

LA AUTONOMÍA PERSONAL EN EL EMPLEO ORDINARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Francisco Rodríguez Pulido (Ed.)



SINPROMI
SOCIEDAD INSULAR PARA LA PROMOCIÓN
DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, S.L.

Canarias 2011

Título:

La autonomía personal en el empleo ordinario
de las personas con trastorno mental grave.

Edita:

Sinpromi S.L.

Diseño gráfico:

Javier Cabrera S.L.

Impresión y Fotomecánica:

Deposito legal:

Tf. --- ---

ISBN:

978-84-614-9795-9

Agradecimientos

A **Dña. Carmen Rosa García Montenegro** (Consejera Delegada de SINPROMI) y a **Dña Cristina Valido García** (Consejera Insular del Área de bienestar social) por apoyar y acoger con entusiasmo los equipos de apoyo individualizado al empleo.

A **Dña Carmen Beatriz Sicilia Afonso** porque con su apoyo comenzaron los primeros pasos de esta singular experiencia.

A **D. Victor García Díaz** (Gerente de SINPROMI) por haber apoyado todas las iniciativas en este ámbito.

A todas aquellas personas que han participado en esta realidad: **D. Jorge López Pérez, D. Severo Díaz Casanova, a D. Jose Vicente Reyes Díaz** y a **Dña Haridian Jiménez Campos**.

A todos los profesionales del **Sistema Sanitario de Atención Pública en Salud Mental**.

Al **CIRPAC** y a la **Dirección de Área de Salud de Tenerife** de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

A la **Unidad de Discapacidad del IASS**.

Autores

Dña. Nayra Caballero Estebanz

Licenciada en Psicología. Coordinadora del Equipo de Apoyo Individualizado al empleo (EAIE Santa Cruz). SINPROMI.

D. Enrique González Dávila

Profesor Titular Universidad de La Laguna.. Estadística I.O. y Computación.

Dña. Marién González Lorenzo

Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

Dña. M^a del Carmen Hernández Álvarez de Sotomayor

Licenciada en Psicología. Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE La Laguna). SINPROMI.

Dña. Susana López Reig

Licenciada en Psicología. Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE zona sur). SINPROMI.

Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez

Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

Dña. Jeanette Pérez Ramos

Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

Dr. Armando Rivero Santana

Psicólogo. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

Prof. Dr. Francisco Rodríguez Pulido

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de la Laguna. Responsable del Equipo Comunitario Asertivo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicossocial de Tenerife (PIRP) Dirección de Área de Salud. CIRPAC.

Dña. Elena Tallo Aldana

Licenciada en Psicología. Equipo de apoyo individualizado al empleo (EAIE zona ECA). SINPROMI.

Dña. Patricia Inés Vilchez de León

Licenciada en Psicología. Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE zona norte). SINPROMI.

Índice

Prologo	11
Capítulo I La recuperación de las personas con trastorno mental grave en un modelo de red de redes	13
Capítulo II Principios del apoyo individualizado al empleo	45
Capítulo III Evidencias científicas: discusión de resultados	59
Capítulo IV El Desarrollo en Tenerife de los Equipos de Apoyo individualizado al empleo (EAIE)	77
Capítulo V Nuestros resultados en el logro del empleo ordinario	87
Capítulo VI Áreas de intervenciones complementarias en los EAIE	97
Capítulo VII Autoevaluación de los EAIE	109
Capítulo VIII Conclusiones	125
Anexos	131

Prólogo

Desde el año 1993 la Sociedad Insular para la Promoción de las Personas con Discapacidad, Sinpromi S.L. desarrolla una amplia trayectoria en el diseño de programas de integración laboral, incidiendo en particular en aquellas personas con especiales dificultades de inserción.

Su experiencia en esta área promueve que desde el año 2003, esta Sociedad asuma la gestión de los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.), establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.). Estos equipos son una apuesta novedosa, cuya finalidad es la integración rápida al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración, a través de una atención individualizada y especializada.

La superación del modelo médico-asistencial de la discapacidad y de dependencia familiar y el nuevo enfoque hacia los modelos sociales que proporcionen las condiciones necesarias para el ejercicio y control de la propia vida, son principios inspiradores del trabajo de Sinpromi. En esta línea la labor de los Equipos de Apoyo logrando la integración social a través del empleo, ha contribuido a superar las limitaciones y el aislamiento de las personas con discapacidad por problemas de salud mental y los estigmas y prejuicios que socialmente les han asignado, promoviendo la normalización de sus vidas.

La mejora social y psicológica de las personas usuarias de este Programa y los excelentes resultados obtenidos, han demostrado la eficacia de la labor desarrollada por los Equipos de Apoyo individualizados al empleo, promoviendo la confianza de las empresas para facilitar el acceso al mercado de laboral y su consolidación.

Este libro que presentamos es el reflejo del trabajo en red social e institucional para la rehabilitación de las personas con trastorno mental grave y sus resultados. La experiencia desarrollada en Tenerife por los Equipos de Apoyo gestionados por Sinpromi forma parte de este documento, que estamos seguros va a contribuir al avance del modelo social de la discapacidad y al establecimiento de nuevas acciones de normalización.

Carmen Rosa García Montenegro

Consejera Delegada de Sinpromi

Capítulo I

La recuperación de las personas con trastorno mental grave en un modelo de red de redes

Rodríguez Pulido, F.

El modelo “red de redes” desarrollado en la isla de Tenerife representa el trabajo de una década, el período comprendido entre el año 2000 y el 2009, después de haber empujado en esta dirección durante la década anterior (Rodríguez Pulido, 1995, 2000), frente a otro proyecto ahistórico y manicomial. El cambio se hizo operativo a partir del año 2003 en su esfuerzo de hacer visible una visión fundamentada de la rehabilitación y la recuperación y de sus prácticas organizativas, así como ir descubriendo esta experiencia basada en unos fundamentos, en unas técnicas, en unos soportes comunitarios y una voluntad subjetiva común.

Hay que señalar que tanto a nivel institucional en las Naciones Unidas, en el Tratado de CE, en el Consejo de Europa, en la Asamblea Parlamentaria de la UE, en las Conferencias de Ministros de la UE, Estrategias Nacionales de Salud Mental, la Constitución Española, así como, a nivel de Organizaciones no Gubernamentales, como el Foro Europeo de la Discapacidad, la política de igualdad de oportunidades, la lucha contra la discriminación, y el desarrollo de la sociedad del pleno empleo, son ingredientes de profundo valor democrático, que por el empuje de la sociedad civil organizada, son recogidos por diferentes organismos o en sus declaraciones, y que actuarán como facilitadores en la integración de las personas con trastorno mental en la sociedad y en las acciones locales que los gobiernos lleven a cabo, porque la sociedad civil organizada, estará como conciencia movilizada, reiterando su práctica efectiva.

En este sentido, se están produciendo, aunque con cierta lentitud, cambios significativos que llevan a la construcción de nuevos paradigmas en el mundo de la discapaci-

dad en el siglo XXI, que favorecen las políticas de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Estos principios serían:

1. Del modelo de las minorías al modelo universalista
2. De pacientes al reconocimiento de ciudadanos
3. Del asistencialismo a la integración real y efectiva
4. De la responsabilidad política de un departamento a la de todo el gobierno
5. La integración social sería posible en el marco de la integración laboral
6. El reconocimiento del derecho a la diferencia

Sobre estos principios está girando la acción institucional y también la acción las Asociaciones de Familiares, de las Asociaciones de Usuarios o de los Supervivientes de la Psiquiatría, y de las Organizaciones no Gubernamentales, en definitiva la sociedad civil, lo cual creará un entorno más favorable para la integración.

Estos principios han facilitado el paso de un modelo institucional al modelo comunitario. Ha representado un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales. Se pasa de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración en la comunidad. De un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes. Un sujeto con una dimensión social además de la dimensión biológica y psicológica.

El concepto comunitario e individualización

En muchas ocasiones, el vocablo comunitario o la práctica de lo que es o no comunitario parece ser, que lo determina y se reduce de forma simple, a el lugar en donde se realiza el quehacer rehabilitador o en su caso, lo comunitario es definido por el lugar donde se encuentran las personas con trastorno mental.

Dentro de nuestra labor, lo comunitario vendría definido, por la posición o la relación significativa que el sujeto mantiene con un lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. Realmente si el entorno o el quehacer es visualizado y comprendido como comunitario debe favorecer de forma interdependiente los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia e individualización. Estos cuatro ingredientes forman el contenido de lo comunitario y deben estar presentes operativamente en los procesos de recuperación personal. Los procesos de institucionalización no son solo genuinos de los manicomios, sino también pueden darse en los recursos de alojamientos alternativos o en las prácticas de rehabilitación Psicosocial.

No hay que pensar que lo comunitario es depositar la carga en las familias, haciendo que estas sean las responsables de los cuidados y soporte de las personas con trastornos mentales graves. La comunidad no solo es un espacio geográfico, sino, sobre todo, una red de vínculos en los que se construye y desarrolla el sujeto.

Los procesos de la práctica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión deben favorecer el hacer individual desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. Esto es intrínsecamente sustancial de los procesos de diferenciación psicológica para hacer que las identidades personales se construyen a partir de la interacción con los otros. Los procesos individuales de separación, diferenciación e individualización se construyen desde la interacción con los otros a través y en el marco de todas las formas grupales que nos vamos encontrando en nuestra maduración y desarrollo. En resumen, es relevante el significado de lo comunitario como una sucesiva construcción operativa grupal, visible y alternativa de mediación y soporte para promover, desarrollar y madurar los procesos de recuperación desde la individualidad.

La red de redes

El enfoque Psicosocial nos permite acercarnos a la comprensión de las relaciones entre las instituciones y la comunidad, las relaciones entre las personas y de las personas para sí. El ámbito de lo psicosocial es el campo de la experiencia interpersonal, donde, a partir de la interacción y el intercambio de significados relacionales, se configuran los procesos y objetos en función de los cuales construimos nuestra subjetividad, nuestra identidad, así como la realidad personal, social y cultural que hacen parte de nuestra vida cotidiana. La realidad individual como la social o cultural hacen parte de un mismo proceso global donde no es posible acceder a la comprensión de un proceso aislándolo del contexto, sino que, por el contrario, es en relación con el contexto global como accedemos a la construcción de su sentido, que debemos encontrarlo, en lo biográfico y lo clínico, el apoyo social resulta influir de forma positiva para mantener o resolver el bienestar psicológico y la salud de las personas.

De acuerdo con Lin (1986), las fuentes de apoyo social pueden representarse en tres niveles que se corresponden con tres estratos distintos de las relaciones sociales, cada uno de los cuales indica vínculos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes. El más extenso y general de ellos consiste en las relaciones que se establecen con la comunidad y reflejaría la integración en la estructura social más amplia. Estas relaciones indican el grado y extensión con que el individuo se identifica y participa en su entorno social, lo cual constituye un indicador del sentido de pertenencia a una comunidad. El siguiente estrato, más cercano

al individuo, consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Estas relaciones de carácter más específico (relaciones de trabajo, amistad, parentesco) proporcionan al individuo un sentimiento de vinculación, de significado por un impacto mayor que el proporcionado por las relaciones establecidas en el anterior nivel. Finalmente las relaciones íntimas y de confianza constituyen para el individuo el último y más central y significativo de los estratos o categorías de relaciones sociales propuestas. Esta clase de relaciones implican un sentimiento de compromiso, en el sentido de que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro.

El abordaje de los trastornos mentales graves se ha concebido a través de la intervención en redes sociales como un enfoque de intervención comunitaria sobre numerosos problemas o necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, donde una variedad de equipos multiprofesionales (Equipo Comunitario Asertivo/Equipo de Apoyo Individualizado empleo/Centros de Recuperación Psicosocial, Centros de Día Ocupacionales) que actúan como dinamizadores y catalizador de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social y laboral), cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes. Intervenir en redes sociales ha sido una alternativa práctica donde es posible movilizar a la comunidad para que interprete su realidad, movilice sus recursos personales, comunitarios e institucionales hacia la transformación de las condiciones personales, sociales y culturales de las personas participantes y acceda a un nivel amplio de participación en la recreación de la vida social y cultural, que conlleve la solución integral de numerosos problemas.

No hay que olvidar que en este proceso existe una gran diferencia entre las *redes sociales de carácter informal* y las *redes formales o interinstitucionales*, las cuales están constituidas (Arango, 2003) por un conjunto de instituciones que han acordado realizar acciones conjuntas para el enfrentamiento de una problemática de la sociedad o de una comunidad. Para el trabajo en redes formales es necesario desarrollar una metodología que haga posible la construcción de un lenguaje común y un horizonte común de significados compartidos. Este ha sido un proceso lento y minucioso que se ha ido desarrollando a medida que se van construyendo los conceptos y se va llegando a acuerdos conjuntos. Es necesario acordar principios, propósitos, objetivos y metas. Acordar una metodología en común y desarrollar mecanismos de comunicación en red que garanticen el mantenimiento de un mismo lenguaje, sin caer en la imposición y manipulación de conceptos. La elaboración, desarrollo e implementación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP), se nutre de esta fundamentación.

La red de redes no es una suma de profesionales ni de recursos sino una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual

cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y darle el protagonismo de su vida.

Rehabilitación y recuperación

Rehabilitar es habilitar una función parcial del estado mental o del funcionamiento para la vida diaria con la finalidad de aumentar su rendimiento, competencia o capacidades a un nivel de eficacia más próximos a los niveles premorbidos o ajustar los entornos a las personas. (Re)construir habilidades en personas que, por alguna razón, carecen de ellas, Esta definición es una definición muy restrictiva médico biológica que emula a la rehabilitación física y que a veces, en las personas con más deterioro clínico y funcional, parece adquirir su pleno sentido.

El concepto de recuperación es útil para poder facilitar los procesos individuales partiendo del descubrimiento del ser y de los deseos personales. Esta consideración clínica, de saber con qué grupo de usuarios estamos trabajando, determina posteriormente, el marco de relaciones intersubjetivas y los planes individualizados de atención. Las prácticas de la rehabilitación se asientan sobre un marco explicativo del enfermar y sobre el concepto de deterioro. Habilitar o instituir al sujeto psicótico como sujeto de la palabra, del derecho y de la responsabilidad en un discurso de nueva creación que considere y tolere que en la raíz del sentido habita en toda su potencia el sin sentido irreductible del ser (Rivas, 2005).

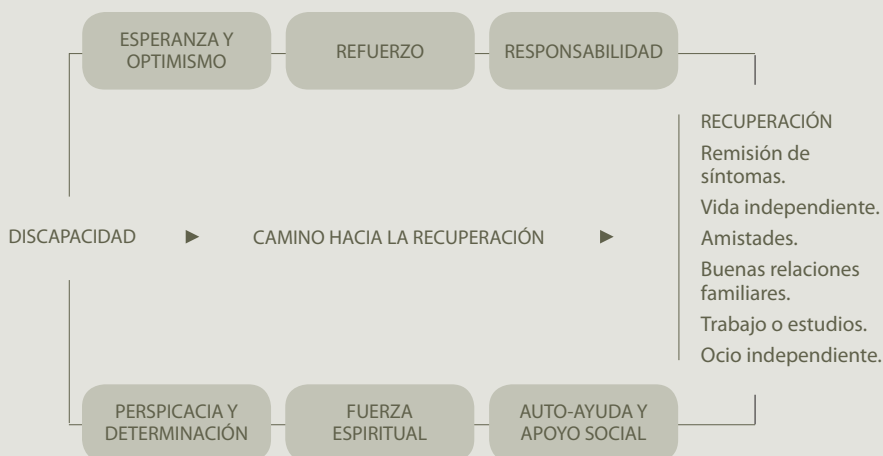
Por tanto, en el espacio de la rehabilitación y/o la recuperación de las personas con trastornos mentales graves, se requiere contar con unos fundamentos, un análisis epistemológico de la materia (García et al., 2003; Vázquez et al. 2002), unas técnicas y unos soportes. Un análisis epistemológico de la rehabilitación debería iluminar sobre la naturaleza de los procedimientos de trabajo, pero de modo más especial, debería arrojar luz sobre el substrato de conocimientos sobre el que se asienta dicha práctica. Deterioro y Rehabilitación, Psiquiatría/Psicología Clínica y Rehabilitación se presentan indisolublemente unidos. El mito del deterioro en la psicosis recae efectivamente sobre las funciones simbólicas, en sentido amplio, del "sujeto"; la función de relación y vinculación con los otros, en su constitución como individuo deseante, su verdad histórico vivencial (Anasagasti, 2005). La apuesta por la reconstrucción del sujeto es para nosotros el objeto de la recuperación y las técnicas y la provisión de recursos están en segundo orden y en función del deseo. Muchas veces, en el mejor de los casos, se reduce la rehabilitación a unos ingredientes atóxicos, en la peor de las situaciones a una suma de actividades, y casi siempre las prácticas no relacionan de forma coherente cada uno de los elementos, dando lugar a la impresión real, que la rehabilitación se mueve en un concepto en busca de un método (Anthony 1977) o es una práctica que espera una teoría (Saraceno y Montero 1993).

La recuperación puede ser definida desde la perspectiva de los profesionales y desde la perspectiva de los usuarios (Bellack 2007). Hace dos décadas Anthony (1990, 1993) nos ofrecía una de las definiciones más influyentes, al describir la recuperación como “un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad” o Farkas en 1996, nos habla de “recuperar el sentido de uno mismo y la confianza en un futuro de auténticas posibilidades”.

Las definiciones científicas consideran la recuperación como un resultado, enfatizando las manifestaciones de la enfermedad: síntomas y discapacidad funcional. La mayoría de las personas con trastornos graves y de larga duración pueden, por lo tanto, esperar de forma realista una “recuperación clínica”, si bien algo menos de una cuarta parte, es probable que mantenga una discapacidad permanente. Liberman et al., 2002 ha señalado que “ningún conjunto único de criterios para definir la recuperación ha conseguido acaparar el mercado”, señalando los factores positivos que impulsan el progreso hacia la recuperación (véase figura 1).

FIGURA 1

Factores positivos que impulsan los progresos hacia la recuperación.
Liberman et al (2002)



Estudios sobre la recuperación de las personas con trastorno mental grave

Los investigadores han empleado diferentes criterios para definir la recuperación clínica (Harrow et al., 2006; Robinson et al., 2004). Sin embargo, muchas definiciones de recuperación clínica incluyen la ausencia de síntomas principales, y un funcionamiento en el trabajo instrumentales, así como, un funcionamiento social apropiado. Harding en 1994 al examinar y completar los estudios de seguimiento de tres décadas anteriores relativos a las medidas de resultados de la recuperación de los pacientes con trastorno mental severo comprueba que de forma significativa un alto porcentaje 43-68% de los pacientes expresaban una recuperación subjetiva. En el Internacional Estudio de la Esquizofrenia (Harrison et al., 2001) se efectuaron seguimientos de 15 y 25 años de individuos originariamente incorporados a ensayos internacionales anteriores. En este estudio, el 48% de los participantes con esquizofrenia fue calificado como recuperado (según los criterios de M. Bleuler, trabajando y habiendo resumido sus funciones cotidianas anteriores, no considerado mentalmente enfermo por la familia y sin síntomas psicóticos manifiestos); el 37,8% fue clasificado como recuperado según un criterio más restrictivo (criterios de Bleuler más evaluación global de funcionamiento mayor 60). Recientemente, Harrow et al., 2006, en Chicago se realizó el seguimiento de una cohorte de pacientes durante y ha efectuado evaluaciones en cinco ocasiones 15 años, observando que más del 50% de los pacientes esquizofrénicos no tenían un trastorno que fuera crónico y continuo. Más bien, su trastorno era episódico, aunque, para muchos pacientes con esquizofrenia más vulnerables y menos resistentes los episodios eran frecuentes y más graves, con recuperaciones más lentas.

Los datos sobre el porcentaje acumulado de pacientes con esquizofrenia que presentan un período de recuperación son especialmente importantes con respecto a antiguas opiniones de que los pacientes con esquizofrenia no tenían posibilidad de recuperarse. Al revisar Kraepelin sus cifras –con la de otros autores de la época- nos podemos dar cuenta que las contradicciones tienen que ver con el ensanchamiento de los límites de la propia demencia precoz. Sin embargo, vale la pena señalar la experiencia de que incluso entre los casos que terminan desfavorablemente, que constituyen el fundamento de las afirmaciones clínicas de Kraepelin, podría pensarse, en un tercio de los casos, en verdad en más de la mitad, exhiben una mejoría marcada, pero dan lugar más tarde o más temprano a una recaída. Sus posteriores investigaciones le llevan a afirmar, que las curas durables y verdaderamente completas de la demencia precoz, aunque puedan tal vez ocurrir, son sin embargo, en todo caso, rarezas. En su defensa, el propio Kraepelin señalaba que el tiempo transcurrido desde el comienzo de la mejoría es demasiado corto como para que las cifras puedan dar una decisión definitiva sobre el pronóstico de la demencia precoz.

Desde una posición crítica y abierta Bleuler (1950) reconocía que en la medida de que no definamos a la cura exclusivamente como restitución al estado anterior, de-

pende de un procedimiento enteramente arbitrario decidir en que punto y número de síntomas residuales hablaremos de cura. Si la restitución social es nuestro criterio, debemos considerar algunos factores que están fuera del control del paciente, y no puede aplicarse a la psicopatología. Algunos de los factores que apunta son el grado de sensibilidad de las familias, el impacto de la enfermedad según las profesiones de los afectados. El propio Bleuler, reconoce encontrar dificultades con el concepto teóricamente preciso de cura. En cuanto restitución al estado anterior y se pregunta ¿Qué es una peculiaridad del carácter y qué es un síntoma de esquizofrénico?.

En relación a estas antiguas perspectivas, los datos actuales sobre el curso de la enfermedad en las personas con esquizofrenia traen buenas noticias, y seguramente, se aproximan más a la realidad. De este modo, a pesar, sentencia Harrow (2006), de una tasa inferior de recuperación clínica comparada con la de los otros grupos psiquiátricos, en la evaluación a los 4,5 años de seguimiento y en las visitas posteriores a partir de ese momento, el 19% o más de estos pacientes mostraba tanto una adecuada ejecución ocupacional como un período de recuperación de los síntomas principales. Por otra parte, y aún más importante, en uno o más puntos durante el período de 15 años, poco más del 40% de estos pacientes mostraba un período de recuperación de 1 año o más de duración. Para muchos pacientes con esquizofrenia, este período de recuperación duraba al menos algunos años, aunque en más del 60%, con el tiempo, a esta recuperación le seguía la aparición de síntomas y/o otras dificultades adaptativas en los 5/8 años siguientes. Si el 35-45% o más de las personas que sufren de esquizofrenia presenta esta posibilidad de recuperación, incluso durante un período de tiempo inferior, es importante que los programas de rehabilitación puedan estimar cuantos pacientes con esquizofrenia muestran este tipo de posibilidades de recuperación y cuantos podrían precisar una ayuda especial (Harrow et al., 2006). Asimismo, la creciente bibliografía sobre primeros episodios señala que el tratamiento precoz puede desempeñar un papel considerable en mejorar los resultados (Kelly, et al., 2005). Puede consultarse la obra de Davidson et al., 2005, para una mayor profundidad.

Ciampi, psiquiatra suizo hizo un útil análisis del curso de la esquizofrenia en seguimiento hasta edades avanzadas. En los últimos años de 1960, Ciampi estudió 289 pacientes todos de más de 65 años de edad que fueron admitidos para tratamiento psiquiátrico en la Clínica Universitaria de Loussane varias veces durante el siglo. Para la mayoría de estos pacientes tenía una historia de enfermedad de más de 35 años, en muchos casos, más de 50 años. Esto es uno de los estudios más largos de seguimiento presente en la literatura científica. Ciampi describe con detalle sus criterios diagnósticos, siguiendo los criterios de Emil Kraepelin y Eugen Bleuler.

Ciampi encontró que el inicio de la enfermedad ha sido aguda (con menos de seis meses desde los primeros síntomas hacia el esplendor psicótico) o insidiosa

en iguales números de los casos. De manera similar, el curso de las condiciones era episódica o de forma continuada en aproximadamente los iguales números de pacientes; además el resultado era una discapacidad moderada hacia severa en la mitad de los casos y discapacidad media o una recuperación total en la otra mitad. La recuperación total fue observada en más de un cuarto de los pacientes. El resultado de la esquizofrenia varía desde un período hasta otro y desde un sitio hasta otro. Estos resultados, como los de Eugen Bleuler, son en alguna manera mejor de la media y, esto puede ser una consecuencia de la superior condición económica en Suiza durante la mayor parte del siglo XX, explica Warner (2003). Nosotros podemos observar estos resultados además que el curso de la esquizofrenia puede variar mucho entre pacientes y el resultado es a menudo favorable, sin tener en cuenta el tratamiento.

Etapas y componentes de la recuperación

Para los usuarios la recuperación es más un proceso en el que el individuo lucha para superar el hecho de la enfermedad mental y su impacto en el sentido de uno mismo donde la recuperación es un proceso de adaptación positiva a la enfermedad y a la discapacidad, unido fuertemente a la autoconciencia y a un sentido de **empoderamiento**, (Hogan 2003). Por lo tanto lo consideran que “recuperación social” no es imposible ya que pueden lograr una mayor comprensión sobre cómo gestionar sus síntomas y construir una vida con sentido pese a padecer limitaciones graves, como sucede en las enfermedades clínicas crónicas, la diabetes u otras cardiopatías, que pueden interferir en el funcionamiento pero que no definen a la persona ante sí misma o ante los ojos de la sociedad. El modelo de usuario hace especial hincapié en apoyo de iguales y la experiencia personal y el tratamiento no es un requisito indispensable.

La rehabilitación se encuentra ahora en un proceso de redefinición para incorporar las ideas de recuperación (Roberts et al., 2006). Esta mantiene una preocupación por los resultados sociales, en oposición a los resultados clínicos, pero existe un énfasis creciente en la autoayuda y en un enfoque centrado en lo que las personas pueden hacer, en vez de lo que no pueden hacer (Rapp et al., 2006). El concepto de recuperación necesita un desarrollo más amplio, desde el punto de vista de los usuarios (dimensiones subjetivas de la recuperación, instrumentos de medida y ensayos controlados), pero ofrece un marco de trabajo que, si se adopta en serio propiciará en el futuro una transformación radical de los servicios de salud mental.

En EE.UU. a finales del 2004, la SAMHSA (Substance abuse y Mental Health Services Administration) celebró una Conferencia de Consenso Nacional sobre el tema de la

recuperación y transformación de la salud mental. Se identificaron así mismo diez características de servicios eficaces orientados a la recuperación:

- **Autodirección:** el usuario dirige, controla, toma decisiones y determina su propio camino de recuperación.
- **Individualización y enfoque en la persona:** hay muchas vías de recuperación que se basan en las necesidades, preferencias y experiencias individuales e intransferibles de la persona.
- **Capacitación:** el usuario tiene la autoridad de elegir y tomar decisiones que tengan influencia en su vida y se le educa y apoya para que pueda hacerlo.
- **Holístico:** la recuperación engloba los diferentes aspectos de la vida de un individuo, incluido la mente, el cuerpo, el espíritu y la comunidad.
- **No lineal:** la recuperación no es un proceso paso a paso, sino un proceso basado en el crecimiento continuado con reveses ocasionales.
- **Basado en los puntos fuertes:** la recuperación se enfoca en valorar y estructurar los múltiples puntos fuertes, la resistencia, la habilidad para sobrellevar los síntomas, el valor inherente y las capacidades del individuo.
- **Apoyo de iguales:** se reconoce y se fomenta el valioso papel de apoyo mutuo en el que los usuarios se animan unos a otros.
- **Respeto:** para alcanzar la recuperación es crucial que, en la comunidad, los sistemas y la sociedad acepten y valoren al usuario, incluidas la protección de los derechos del usuario y la eliminación de discriminación estigmas.
- **Responsabilidad:** el usuario tiene la responsabilidad personal de su propio cuidado y su camino a la recuperación.
- **Esperanza:** la recuperación ofrece el mensaje esencial y motivador de que las personas pueden superar, y superan, las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan.

De estas diez dimensiones, el informe SAMHSA, basado en los testimonios personales de supervivientes de la psiquiatría, puso especial énfasis para definir la recuperación en la esperanza. Asimismo, Andersen et al., en el 2003 después de estudiar relatos personales sugieren cuatro componentes esenciales en la recuperación. Estos se reflejan en el *Cuadro 1*. Son muy similares a los elementos sugeridos por Rethink (2008).

CUADRO 1**Componentes del proceso de recuperación****ENCONTRAR ESPERANZA Y MANTENERLA**

Crear en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro

RE-ESTABLECIMIENTO DE UNA IDENTIDAD POSITIVA

Encontrar una nueva identidad de que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo

CONSTRUIR UNA VIDA CON SENTIDO

Entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir

ASUMIR RESPONSABILIDAD Y CONTROL

Sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza, en cambio, el recorrido único de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad.

Aunque la recuperación es una opción para todos, no es preciso que cada individuo la asuma al mismo nivel (depende de su “elección”). Andersen, Caputi y Oades (2006), tomando como base extensas entrevistas con personas usuarias de los servicios, sugieren cinco “etapas” en el proceso de recuperación. Estas se describen en el *cuadro 2*.

CUADRO 2**Las cinco etapas de la recuperación****MORATORIA**

Un tiempo de retraining caracterizado por una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza

CONCIENCIACIÓN

Darse cuenta de que todo no está perdido y que una vida plena es posible

PREPARACIÓN

Hacer un inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación y empezar a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación

RECONSTRUCCIÓN

Trabajar activamente para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas y asumir el pleno control de la propia vida

CRECIMIENTO

Vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad, la fuerza moral y un sentido positivo de uno mismo

Las “etapas” del Cuadro 2 no deben interpretarse como una progresión lineal que todo el mundo debe recorrer. Es mejor verlas como aspectos de vinculación con el proceso de recuperación. Entonces, ¿por qué no se vincula al mismo nivel todo el mundo? Davidson y Roe (2007) sugieren que muchas personas pueden parecer reticentes a implicarse en la recuperación debido a la gravedad de sus síntomas, sus experiencias negativas con los servicios de salud mental, los intolerables efectos secundarios de la medicación o el simple hecho de que es a veces demasiado doloroso y costoso para ellos empezar a reconocer que necesitan el tipo de ayuda que se les está ofreciendo. Es vital que los servicios apoyen a estos individuos para empezar su recorrido de recuperación.

Ciertamente la relación profesionales, usuarios y familias (Glyn et al., 2007) están llamados a establecer mecanismos de dialogo que permitan ir negociando –en el transcurso de un compromiso común- la toma de decisiones que hagan factible la combinación de la elección del usuario y el énfasis en la evidencia científica, mientras se profundiza y se operativizan, las dimensiones subjetivas del sentido y propósito de no mismo, y se valida de forma universal.

En la medida de que a las personas las devolvemos a su océano de experiencias fluyen sus necesidades en la interacción con los entornos. Las personas pueden necesitar cuidados, desde cuidados prácticos inmediatos a cuidados del desarrollo. El cuidado no es un trabajo directivo ni una receta, sino siguiendo el modelo de la marea (Barker et al., 2004), es una guía práctica para administrar unos cuidados de colaboración, centrados en la persona, basados en la fuerza y el poder de la relación.

La continuidad de cuidados hace posible la interacción entre las personas, los espacios, las redes, los equipos y los profesionales. Se trataría que los equipos y las redes de los distintos espacios que van a intervenir en el plan integrado de atención, establezcan un marco de trabajo cuyo proceso se inicie con un acuerdo de contrato (Lorenzo, 1997) al modo como se establecen los contratos terapéuticos, es decir, la organización de un encuentro donde quedan fijados los roles y funciones de cada uno, los objetivos, el tiempo y los espacios del encuentro. Esto que permite al paciente una diferenciación del mundo interno y del mundo externo, posibilita a los equipos y las redes, la diferenciación entre su propia organización y las otras.

Los equipos, en su lugar privilegiado, pueden hacer de la escucha de la demanda de estos un momento fecundo, procurando distinguir el cuidado del tratamiento (Recamier, 1983). El cuidado, es sobre todo, una tarea que implica a todo el equipo, requiere con frecuencia de un trabajo planificado, con intervención de varios profesionales y espacios. El tratamiento, sin embargo, suele recaer con más frecuencia en un solo miembro. Hacerse cargo del paciente, es asegurarle una presencia

estable, el “estar ahí” tiene una especial relevancia. Es poderle acompañar sin que nuestra presencia anule la individualidad (García, 1990), saber que cuenta con nosotros y que puede hacer uso de los recursos de cada uno de los espacios de cuidados cuando sus necesidades así lo requieran. Un peligro frecuente que hay que evitar en los servicios pertenecientes a la continuidad de cuidados (Lorenzo, 1997), es fomentar la dependencia. Un recurso clave en el cuidado y tratamiento de las personas con trastornos mentales es la formación y la moral de los profesionales y los equipos.

TABLA 1

Características de personalidad deseables e indeseables para los profesionales de la salud mental comunitaria

CARACTERÍSTICAS DESEABLES

1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre.
2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga.
3. Paciencia, sin intromisiones.
4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas.
5. Flexibilidad.
6. Empatía.
7. Optimismo y apoyo.
8. Firmeza respetuosa.
9. Humor.
10. Modestia.
11. Razonamiento tomando en consideración el contexto.

CARACTERÍSTICAS INDESEABLES

1. Fantasía de salvador.
2. Distorsión consistente de la información.
3. Visión pesimista.
4. Abuso de los clientes en función de sus propias necesidades.
5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás.
6. Desconfianza y culpabilización de los demás.

Tales factores deben identificarse en la fase de entrevista o de selección debido a que nuestra experiencia nos ha enseñado que la mayoría de las ocasiones –los gerentes, los sindicatos y los directores de recursos humanos- se piensa que un curso de formación o una rotación se pueden corregir estos factores intrínsecos de la personalidad o infundirles las cualidades a quienes no lo poseen.

Procedimientos terapéuticos

Dentro de los procedimientos terapéuticos nos encontramos con las técnicas psicológicas que podrían disponerse para la recuperación de las personas con trastorno mental grave:

1. Las terapias de apoyo en la esquizofrenia
2. Psicoeducación para la esquizofrenia
3. Terapia familiar para la esquizofrenia
4. Programas de entrenamiento de habilidades para la vida
5. Terapia Resolución de problemas
6. La rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia
7. Terapia “cognitivo-conductual” (TCC) para la esquizofrenia
8. Psicoterapia de grupos en la esquizofrenia
9. Arteterapia en la esquizofrenia o en enfermedades similares
10. Danzaterapia
11. Dramaterapia

Una revisión de las evidencias científicas sobre estos procedimientos terapéuticos puede consultarse Rodríguez Pulido et al 2010.

Provisión de servicios de soporte

Los recursos que cuentan con mayor número de evaluaciones son:

1. Residencias de apoyo
2. Rehabilitación vocacional
3. La gestión de casos
4. Tratamiento asertivo comunitario (TAC/ACT)

Una revisión de las evidencias científicas sobre estos procedimientos terapéuticos puede consultarse Rodríguez Pulido et al 2010.

El tratamiento asertivo comunitario

El modelo de tratamiento asertivo comunitario fue desarrollado por Stein y Test en Madison, Wisconsin, a finales de los años 60, en respuesta a las necesidades de los enfermos mentales con psicosis graves y crónicas, o con un patrón de elevada frecuentación y uso de recursos –observadas durante el proceso de reforma del Menota State Hospital- y como alternativa al hospital psiquiátrico. El modelo de ACT fue desarrollado (Test et al., 1976) y evaluado (Stein et al., 1975) durante la década de 1970 en Madison, Wisconsin, donde llegó a ser llamado para la formación en la Vida Comunitaria (TCL) del programa (Stein et al., 1985; Test et al., 1992). La primera evaluación principal se realizó en la década de 1970 por Stein y Test (1980; 1998), realizando una revisión crítica de su efectividad a comienzos de este siglo (Test et al., 2001). Thompson y sus colegas (1990) proporcionan un panorama histórico de desarrollo y evolución de este modelo de programa. Estudios de replicación posteriores se llevaron a cabo en Australia (Hoult et al., 1983 y 1984), de California (Jerrel et al., 1989) y Londres (Mark et al., 1994).

Se han desarrollado normas claras y específicas que es el ACT e incluso se ha creado un comité internacional de expertos de cara a definir y validar el modelo. Las características de este modelo han sido establecidas por comités de expertos:

- Trabajo sobre población definida
- Bajo ratio paciente/staff (10:1)
- Equipo multidisciplinar
- Prestación de servicios en ambiente natural paciente
- Servicios individualizados y completos
- Responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, más que individualmente
- Cobertura permanente 24 horas/7 días semana
- Prestación directa por el equipo de todos los servicios sanitarios y sociales que necesita el paciente
- Apoyo y servicios ilimitado en el tiempo

TAC es un enfoque para la organización y prestación de servicios de salud mental que trata de ofrecer una gama completa de tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo a través de un equipo multidisciplinario en la comunidad. Las características básicas incluyen contactos de clientes frecuentes por parte del personal, la prestación de servicios dentro de la comunidad, disponibilidad las 24 horas de los servicios y la

responsabilidad permanente de personal para la atención de sus clientes. Se requiere el número de casos con el personal de la elevada relación entre el cliente con un contacto breve y frecuente. Tratamiento asertivo comunitario (TAC) se desarrolló en la década de 1970 como respuesta al cierre de hospitales psiquiátricos. El TAC es un enfoque de equipo destinado a mantener a las personas enfermas en contacto con los servicios, la reducción de los ingresos hospitalarios y la mejora de los resultados, especialmente el funcionamiento social y calidad de vida.

Por último, se recomienda en la literatura especializada seguir estudiando las comparaciones entre el TAC y los "cuidados estándar" en países fuera de Estados Unidos, en especial en aquellos con buenos servicios de investigación primaria, como en Reino Unido. Se espera que estos estudios arrojen una correlación inversa entre los sistemas públicos de atención a la salud y la promoción de los TAC. Es sorprendente que tan solo dos estudios con casos controles aleatorios y comparativos entre TAC y "cuidados estándar" se han realizado fuera de Estados Unidos. Hoy en el Reino Unido, Canadá y Australia los TAC son una realidad formando parte de sus sistemas nacionales de salud. En el 2007 la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud promovida por Consejo Interterritorial de Salud se recomienda los TAC y case managment para la atención de los trastornos mentales graves en nuestro país.

En Asturias (1990) y Tenerife (2005) los TAC es una realidad vinculada a los sistemas públicos de atención a la Salud Mental. Mas concretamente puede leerse en Rodriguez Pulido et al 2010 el como organizan los TAC su trabajo asistencial comunitario para la recuperacion.

El PIRP y el PAD

La conserjería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias por el Decreto 83/1008 de 28 de Mayo, publicó el 19 de Junio de 1998 en el BOC (léase anexo), la regulación por la que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para los enfermos mentales crónicos. Una de las tareas centrales de este Consejo era la elaboración del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial a través de un Director del Plan nombrado por el pleno de este Consejo.

En el CIRPAC están representadas la administración pública canaria en todos sus niveles y una representación de las asociaciones y entidades privadas. Las decisiones se toman por consenso institucional. El Director de Área de Salud preside dicho Consejo, que al menos, se reúne una vez al año. La importancia histórica de este Consejo radica en que las instituciones y la sociedad civil organizada ha asumido que cualquier decisión debe contar con el visto bueno de dicho organismo para la planificación de las acciones en el campo de la atención de las personas con trastorno mental grave

y comprendido que todas las partes implicadas juegan un papel fundamental en el desarrollo del proceso.

Por otro lado, las funciones del director del PIRP son relativas a las tareas de planificación, favorecer la colaboración inter-administrativa, y supervisión de los recursos y su formación, y está adscrito a la Dirección de Área del Servicio Canario de Salud.

Se trataba, con la aprobación en Diciembre del 2001 del PIRP por el CIRPAC de hacer efectivo uno de los mandatos contemplados en el Plan de Salud de Canarias, mediante el decreto de Constitución de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), y ofrecer una respuesta a la demanda sentida por las asociaciones de familiares de enfermos mentales y las asociaciones de profesionales. Posteriormente en el año 2005 las funciones del CIRPAC y parcialmente el PIRP de Tenerife, al entrar en vigencia el Programa Socio Sanitario Plan de Atención a la Discapacidad (PAD, 2005-2010), fueron incorporados al mismo.

La nueva Ley promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes, (21990. ley 39/2006, de 14 de diciembre) que también su sujeto de atención incluyen a las personas con enfermedades crónicas, abre un nuevo escenario de prestaciones y servicios, y una nueva oportunidad para cubrir las necesidades de estas personas y sus familias. El escenario de la nueva ley de promoción de la autonomía personal, pese a sus insuficiencias, consolidara estos recursos y abrirá nuestras posibilidades de crecimiento ante las nuevas demandas previsibles para la década 2010-2020. La dinámica de los CIRPAC debe incorporarse a facilitar la implementación y el desarrollo de la citada ley en su versión estatal o su versión regional.

Con el apoyo de la administración canaria (Gobierno de Canarias, Cabildo Insular y Ayuntamientos) y las entidades civiles (AFES, ATELSAM, SIMPROMI, Caritas), la Dirección del PIRP, durante todo el año 2000, y a través de una metodología de investigación participativa, cuyo punto culminante fue una reunión celebrada en la Facultad de Medicina el 25 de abril de ese año, donde en la discusión de la propuesta del Plan participaron todos los sectores implicados, presento el PIRP en el pleno del CIRPAC, el 18 de Diciembre el Plan definitivo, siendo aprobado y respaldado por todos.

El PIRP representa un documento técnico de consenso de sumo valor, al alinear a todos los sectores hacia unas metas comunes. Se estableció la estrategia a partir del año 2002, de comenzar la ejecución del PIRP a través del marco de un convenio de colaboración del 2002 al 2005 para la planificación, gestión y financiación de los recursos sociosanitarios del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife para las personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración donde se proyectase en la comunidad los primeros compromisos institucionales. En el año 2002, paralelamente al sector de la salud mental, a inicia-

tiva de la Dirección General de Servicios Sociales y los Cabildos Insulares comenzó a elaborarse el Plan de Atención a la Discapacidad (PAD). Si bien desde la Dirección del PIRP de Tenerife, en julio del 2002, mucho antes de la aprobación del PAD, en su elaboración elevé como Director del PIRP de Tenerife, un informe crítico sobre el borrador. En el PAD aprobado con posterioridad se recogió algunas de nuestras advertencias y sugerencias.

Así pues, el lograr la firma del acuerdo del **convenio de colaboración interinstitucional** para hacer efectivo el PIRP generó unas tensiones intersectoriales. Lo cierto es que a la postre, representó un paso de sumo valor para el comienzo de un nuevo período en la asistencia psiquiátrica a las personas con trastornos mentales graves en la isla de Tenerife, tanto, por el número de recursos que se iban a comenzar a implementar (4 CRPS, 4 EAIE, 7 CO), y pero sobre todo, porque se fijó las bases del modelo de red de redes al señalar y ordenar las responsabilidades de cada administración implicada. La firma de este convenio, después de movilizaciones de profesionales y familiares, representó para el sector de la salud mental ante la sociedad insular, su validación como un sector maduro y organizado, que le valió su reconocimiento por la opinión pública, ocupando la portada del rotativo de mayor tirada en la prensa escrita. Los medios de comunicación social auguraron un papel de apoyo a las iniciativas de sector, quizás, por su abandono histórico y por el papel jugado por las asociaciones de familiares y de determinados profesionales adquiriendo un compromiso público con el modelo de psiquiatría comunitaria.

El Convenio de Colaboración Interinstitucional entre 8 administraciones de carácter local, insular y regional fue un instrumento de carácter coyuntural que facilitó la comunicación interinstitucional de las administraciones públicas con responsabilidades en materia salud mental, permitió diseñar y unificar una política común de todas las administraciones a nivel insular y establecer un liderazgo de la administración en el sector. Asimismo, garantizó la estabilidad financiera de una serie de recursos, cuestión ésta, esencial cuando se trabaja con problemas crónicos y comunitarios. Los profesionales y usuarios, se beneficiaron de otros recursos terapéuticos, y las organizaciones de carácter cívico, ya no tendrán que suplir la carencia de liderazgo de las administraciones públicas en esta materia, lo cual le ha exigido reordenar su papel, como organizaciones que complementan las políticas de la administración y la propia dinámica las someterá a una mayor profesionalización de su actividad, si desean asumir una mayor capacidad de gestión. Este convenio, cuya firma por todas las administraciones, fue a la postre fundamental, al señalar a todos, una nueva forma de trabajo transversal en la administración pública en problemáticas tan complejas como las patologías crónicas. De hecho, esta forma de relación fue tomada de ejemplo en otras islas.

Esta compleja tarea ordenada, planificada y regulada de cocido interadministrativo con la sociedad civil organizada con una ruta de trabajo común consensuada, consti-

tuyó, en estos primeros años, la tarea principal y la misma, conllevó en la práctica del día a día a una exigencia paralela de ejecución inmediata mediante: la gestión y habilitación de locales adecuados, la selección y formación del personal, la información a la opinión pública, la constitución de las comisiones comarcales e insulares de selección de casos, la elaboración y aceptación de protocolos y criterios de derivación en la red de salud mental y la propia red de rehabilitación.

Esta tarea se llevo adelante con mucha colaboración por parte de todos pero también con serias dificultades: 1) no existir una clara delimitación entre las tareas de gestión y las tareas de clínico-rehabilitadoras, que tuvo inicialmente consecuencias nefastas como una excesiva burocratización y la no transición natural de la vertiente clínica a la rehabilitadora retrasando los comienzos de los procesos terapéuticos o facilitando abandonos, 2) la no comprensión de la especificidad de las discapacidades vinculadas a los estados psicóticos con la vinculación de la participación en el programa terapéutico a la voluntariedad, y) la vulneración del convenio del PIRP relativo a la contratación de personal.

En el PAD (2005-2010) definitivo se estableció, el carácter prioritario de las actuaciones en el sector de la salud mental, que las islas de Tenerife y Gran Canaria, sobre todo, por la creación de nuevas plazas de atención diurna, alojamiento tutelado y residencial. Asimismo se reconoce explícitamente que el CIRPAC es el órgano de planificación y evaluación de las necesidades de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y sus familias.

El PIRP y el PAD han permitido que un número significativo de personas con TMG puedan realizar el camino de la recuperación de su identidad personal y social. Este Plan tiene enorme significado histórico, al romper con el acuerdo establecido en el siglo XVIII, donde los ilustrados se comprometieron a que la atención en salud mental girara en torno a los hospitales psiquiátricos. Ahora, en el siglo XXI, la sociedad insular haciéndose eco de las aportaciones mundiales en este campo, llega a un nuevo compromiso consensuado y moderno, con una nueva política reflejada en este Plan, para atender a las personas con una enfermedad mental de larga duración.

La ejecución real de los recursos, con financiación PAD, comienza en la isla de Tenerife en el 2006, ya que la firma del convenio en materia de discapacidad entre el Cabildo Insular de Tenerife y el Gobierno de Canarias, es en Octubre del 2005. Esta circunstancia ha condicionado que la ejecución real del PAD lleve consigo, varios años de retraso, entre otras razones, por la crisis económica, cambios legislativos, etc.

En definitiva, el desarrollo del PIRP y el PAD en la isla de Tenerife han permitido, que desde el 2003 al 2010, en apenas siete años del siglo XXI, se han logrado más recursos que todo el siglo XX para las personas con trastorno mental grave y sus familias.

En la isla de Tenerife el modelo de red de redes lo conforman de forma articulada -para los cuidados y su soporte en la comunidad de las personas con trastornos mentales graves- los siguientes recursos; **6** Centros de Rehabilitación Psicosocial; **3** Equipos Asertivos Comunitarios; **4** Minirresidencias; **17** Pisos supervisados; **100 plazas** Atención domiciliaria; **5** Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo; **14** Centros Ocupacionales; **1** Centro Especial de Empleo.

Estos recursos se encuentran distribuidos de forma sectorizada por toda la isla. La puerta de entrada a cualquiera de ellos es el servicio de atención especializada en salud mental del servicio canario de la salud.

Decálogo de buenas prácticas

En la práctica asistencial se debe considerar una serie de orientaciones del quehacer que lleva implícito las maneras de entender la construcción de una red de redes, una red relacional. Estas diez orientaciones básicas serían las siguientes:

1. Antes de enviar a un usuario a un determinado recurso de rehabilitación o recuperación psicosocial o entre estos realizar una reunión conjunta, cara a cara, entre los profesionales de los recursos implicados (emisor y posible receptor) y valorar conjuntamente la idoneidad de la derivación y realizar un barrido de los probables candidatos. Aprendamos compartiendo. Una vez, clínicamente acordada la derivación y aceptada por el usuario, cumplimentar los documentos administrativos oportunos, que sean los menos posibles y más sustantivos.
2. Recordar que el proceso progresivo de construcción y consolidación de la red de rehabilitación psicosocial y recuperación, es fundamental no solo que los propios equipos terapéuticos vayan adquiriendo su propia identificación con su meta, sino también lleva implícito una labor docente hacia todo aquello que gira en torno a nuestros recursos. Tener paciencia y explicar las veces necesarias lo que hacemos y lo que somos y quien es nuestra población diana (perfil determinado de usuarios).
3. Cada recurso debe soportar la carga que debe y tiene que soportar, pero no la carga propia de otros recursos que realizan otras funciones. Por ejemplo, ninguna persona en un estado clínico de descompensación psicopatológica o en situación de riesgo para sí misma o para los demás, debe ser asumida o seguida por los recursos de rehabilitación. Distingamos los estados y las funciones de cada persona y recurso. Todos los recursos del campo de la atención psiquiátrica trabajan con criterios. La rehabilitación también.
4. No dejemos que los ruidos administrativos salpiquen nuestra valoración de los casos y de los otros profesionales. Pensar y actuar siempre con criterios propios del saber y

quehacer de nuestras disciplinas. El acento ponerlo en la continuidad terapéutica y en la persona.

5. Los recursos y su misión estratégica, estará muy determinada por lo que nosotros, como profesionales, deseemos que sean. Nuestra oportunidad, se encuentra ubicada, en la posibilidad de construir una red integrada, una cartera de servicios técnicamente justificadas científicamente, y un acercamiento al usuario y su familia, lleno de escucha empática, y basada en la ética. Puede construirse nuestra red de rehabilitación y recuperación para los ciudadanos de Tenerife con estos criterios, o también construir otra cosa, pero seguramente no sea lo mismo, si no se basa en estos criterios. Recordar siempre que será lo que nosotros deseemos que sea.
6. Nuestra función como profesionales en la red del PIRP no consiste en buscar la verdad de las personas. Nuestra función es desvelar esa necesidad de cada persona capaz intrapsíquicamente de favorecer su proceso de cambio y que este aprendizaje sea vivido de forma satisfactoria y le permita construir lo real. Trabajaremos con hipótesis para hacer el camino desde la recuperación. Facilitemos los medios para esa constricción de lo real.
7. Seamos flexibles, no cabe lo confrontación, huyamos de la interpretación, no importa lo que nosotros desvelemos sino lo que el usuario y su familia asuman, tener presente nuestros propios pensamientos y emociones en nuestros juicios, facilitemos espacio para la escucha y el vinculo, respetemos el ritmo de cada usuario, no olvidemos a la familia. Aspiremos a la excelencia de lo que hacemos. Manejamos un buenpreciado: la salud.
8. Eliminemos al máximo posible los obstáculos administrativos de accesibilidad a los recursos, así como, construyamos la posibilidad de un circuito interno de fácil derivación y tránsito, a imagen y semejanza de lo que debe ser por definición, el propio proceso de recuperación, donde podamos vencer a nuestra propia psicotización. No funcionemos como partes escindidas sin tener conocimiento del todo.
9. Construyamos los proyectos individuales desde la narrativa de los propios usuarios y desde sus necesidades verbalizadas. Cada persona en la definición de su proyecto de recuperación es singular. No hay proyectos validos para todos. Cada usuario establecerá su propio ritmo y su propio trayecto. Recordar que estar ahí ya es importante para el usuario y que el más que sabe de sí, aunque no lo sabe, es el propio usuario.
10. El usuario es el más que sabe sobre si mismo. Nosotros le acompañaremos en su proceso de recuperación. Nuestra escucha activa, calidez y empatía (comprender por analogía) debe servir para la creación de una atmosfera terapéutica. Las relaciones interpersonales son claves para la recuperación de las personas. Las personas deben movilizar sus recursos internos, sus estrategias, sus deseos, sus fortalezas, para construir su identidad. Este viaje no es lineal, esta sujeto a muchos vaivenes, admitamos

que muchas personas pueden perderse un tiempo, el que ellas deciden. Démosles el control de sus vidas. Ayudemos y apoyemos su proceso de empoderamiento.

La autonomía en el empleo

El apoyo individualizado al empleo es una práctica que tiene el potencial de transformar los servicios de salud mental en la dirección de fomentar la autonomía de las personas con enfermedad mental grave.

Autonomía significa gestionar los asuntos propios sin supervisión o control por parte de otros. La autonomía implica la libertad y capacidad de elegir. Los adultos autónomos tienen opciones y eligen alternativas informadas en relación con la vida, entre ellas dónde vivir, cómo emplear el tiempo, **si desean trabajar y dónde trabajar**, y con quiénes relacionarse. La autonomía está asociada íntimamente con la integración en la comunidad (Bond et al. 2004), porque la mayoría de los usuarios, si se les da la oportunidad, prefieren tener la libertad de vivir, **trabajar** y relacionarse con una variedad de personas en la comunidad. El concepto de autonomía es un concepto vacío si un individuo carece de las habilidades, recursos y confianza en sí mismo que le permitan acceder a oportunidades reales. Autonomía no significa independencia completa de otros; todos nosotros somos interdependientes.

Los principios del apoyo individualizado al empleo sustentan directamente la autonomía del usuario de varios modos: en primer lugar, el apoyo individualizado al empleo se basa en el principio de que todos los usuarios que quieren trabajar tienen derecho a una oportunidad para hacerlo, con independencia de su historial psiquiátrico o de trabajo. En segundo lugar, el empleo con apoyo es un enfoque individualizado en el que los usuarios reciben para encontrar trabajos que satisfagan sus preferencias, puntos fuertes y capacidades. En tercer lugar, el empleo con apoyo comprende la existencia de un papel activo para los gestores de casos en el proceso profesional, para ayudar a identificar trabajos posibles y ayudar a los usuarios a dominar sus síntomas con el fin de tener éxito en el puesto de trabajo. En cuarto lugar, el empleo con apoyo aspira a formar la red de relaciones sociales "naturales" como forma de estimular la posesión de un puesto de trabajo de larga duración y de reducir la dependencia del personal de tratamiento.

Con frecuencia se utilizan de forma indistinta los términos: trabajo, empleo y ocio. Cada uno de ellos tiene un significado propio (Shepherd, 2000). El trabajo de una forma amplia puede ser definido como el uso de aptitudes o criterios para realizar labores dentro de los límites confirmados por otras personas. Por ejemplo, el trabajo doméstico, trabajo voluntario, etc. Se puede trabajar y no ser empleado, pues trabajo no siempre significa empleo. En este sentido el trabajo se puede contrastar con el

Ocio que también utiliza aptitudes y capacidades pero simplemente para pasar el tiempo, estando sus límites determinados por la persona para la propia satisfacción. Por ejemplo ver la televisión, jugar al golf, arte creativo, etc. En la definición de empleo, es esencial el trabajo remunerado en sus diferentes formas. Por ejemplo a través de las cooperativas, tiempo completo o parcial, arte creativo con remuneración. Todas las personas estamos involucradas en trabajo, ocio y empleo en forma diferente. A las personas con discapacidades como consecuencia de la pérdida de salud mental es importante también ofrecerles una gama de trabajo, ocio y empleo. La mayoría de los hospitales psiquiátricos y en muchos países los servicios comunitarios de salud mental ofrecen trabajo y ocio pero no empleo. Es el equilibrio de estas tres actividades lo importante. Para diferentes personas este equilibrio podría conseguirse con diferentes cantidades en tal de las diferentes actividades. No hay una sola respuesta para mantener este equilibrio.

El desempleo forzoso está asociado con el deterioro de la salud física y mental de las personas. No obstante este efecto no es igual para todas las personas. Algunas personas se benefician del mismo y pueden realizar actividades de ocio y de trabajo que no podían hacer antes. Algunas personas, menos del 10%, pueden tener beneficios físicos y mentales del desempleo. Es interesante este subgrupo de población para estudios de investigación futuros para conocer como estos afrontan el desempleo forzoso. Este les permite generar actividades para sí mismo, tener relaciones sociales, y convierten su ocio y otros tipos de actividades de trabajo hacia una posición social, no necesitando un empleo para hacerlo. Ahora bien hay muy pocas personas con problemas mentales graves que pueden lograr esto. Razón por la cual el empleo y el trabajo son de vital importancia para las personas con problemas de salud mental. El desempleo no es necesariamente perjudicial para todo el mundo. Y esto subraya el hecho de que las personas son diferentes con diferentes necesidades y con diferentes formas de afrontarlos. No obstante sigue siendo cierto que el desempleo es en general perjudicial para la salud.

Los beneficios psicológicos y sociales del trabajo para las personas con problemas en salud mental es un resultado consciente en todas las investigaciones. Los beneficios que el propio trabajo origina para la vida de las personas son muy diversos. El trabajo desempeña varias funciones, entre otras, ser fuente de ingresos económicos, facilitador de la identidad propia, mantenedor de la actividad física y mental, estructura nuestro tiempo y genera y potencia las relaciones y comunicación interpersonal (Anthony et al., 1990). El hecho de que una persona con esquizofrenia trabaje, no sólo es una cuestión del derecho o ideología sino que, se ha comprobado técnicamente, éstas se benefician de los aspectos anteriormente señalados. La involucración en trabajo o empleo valorado positivamente se asocia generalmente con una reducción de síntomas, una mejora de la evolución de la enfermedad y de las posibilidades de recu-

peración, además de mayor probabilidad de evitar la hospitalización y de mantener el empleo (Fairweather et al.,1969).

La cuestión es ¿cómo crear oportunidades de empleo y trabajo dentro de la comunidad para reemplazar las oportunidades de trabajo y empleo que antiguamente estaban disponibles para las personas en los hospitales? (Shepherd, 2000). No sólo es importante en el trabajo lo que hacen sino cómo y dónde lo hacen. Su significación social tiene un profundo sentido para las personas. El trabajo tiene valor social, económico y psicológico. Y estas dimensiones sociales y psicológicas del trabajo son quizás las que contribuyen a reducir los síntomas y aumentan las probabilidades de recuperación tanto como los beneficios económicos de estar empleados. La mayoría de las personas en salud mental quieren trabajar aunque no todos quieren estar empleados. Es importante pensar al desarrollar un programa local ofrecer oportunidades de trabajo y empleo. No pensar que todo el mundo debe ser empleado. Todo el mundo debe tener la oportunidad de trabajar y de emplearse si quieren. Las investigaciones nos dicen que estar involucrado en un trabajo puede tener muchos beneficios, no sólo el económico. En los estudios de integración laboral para valorar la eficacia se habla de resultados blandos y resultados duros.

El resultado duro sería conocer el impacto del programa a través del número de personas que están empleadas de forma remunerada. Pero también podría medirse por medio de los resultados blandos que son importantes para el individuo, como es la autoestima, la autoconfianza, el estigma, las redes sociales, y los cambios en la manera en que las personas utilizan los servicios de salud y los servicios sociales. Entonces de ¿quién es la responsabilidad de ofrecer trabajo y empleo a las personas con una enfermedad mental crónica?. El trabajo y el empleo es una cuestión de salud pero por otra parte el empleo y el trabajo tiene consecuencias económicas, por lo que es responsabilidad del gobierno ofrecerlo, pero el trabajo también crea una posición social, es socialmente importante para las personas, por lo que los servicios sociales juegan un papel en la creación de empleo, entonces podemos decir que el trabajo y el empleo tienen aspectos sanitarios, sociales y económicos. Por eso a veces se traslada la responsabilidad de unos a otros, siendo ésto un obstáculo para el desarrollo de los servicios de empleo.

Shepherd apuesta por ayudar a estas agencias a cooperar, a colaborar para la creación de un sistema de oportunidades de empleo. El fomento de la cooperación entre todas estas instituciones es esencial. Juntar los puntos de vista de cada uno. Identificar y reconocer sus intereses comunes y también a respetar sus diferencias. No podemos ayudar a nuestros pacientes si estos perciben o tienen impresión que no hay cooperación entre las partes o que sus diferentes necesidades reciben diferentes respuestas entre estas agencias. Tenemos que ayudar a derribar las barreras que hay entre las diferentes organizaciones.

El trabajo, el empleo y el ocio son componentes esenciales de las estrategias de reinserción social. En la estrategia de inserción social (Bertolotte, 1996) señala tres aspectos que pueden favorecer este proceso, a saber: 1) la legislación, 2) los recursos humanos y financieros y 3) la información y la formación. La integración laboral no puede estar al margen del proceso terapéutico rehabilitador sino umbilicalmente insertada en el mismo. Por lo tanto entendemos que la vida laboral no es un complemento de la rehabilitación psicosocial. La integración laboral es el corazón que abre las arterias de la propia integración social, facilitando a la persona su significación social en su rol de ciudadano y trabajador y la misma recobra su sentido en el propio proceso terapéutico individual.

A pesar de que sólo el 5% - 15% de los pacientes con enfermedad mental grave en el sistema público de salud mental tienen un empleo competitivo (Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007; et al. West, 2005), la mayoría expresan el deseo de trabajar (McQuilken et al., 2003; Mueser, Salyers, y Mueser, 2001; Rogers, Walsh Danley, Masotta, 1991). Para muchos usuarios, el empleo es su objetivo principal, ya que el trabajo proporciona la estructura, la actividad, es decir, un rol de adulto normal, las relaciones sociales, integración en la comunidad, la autoestima, aumento de los ingresos y una mejor calidad de vida (Bond, Resnick et al 2001.,; Burns et al 2009, Fabian, 1989, 1992; Mueser et al., 1997, Van Dongen, 1996, 1998).

Muchas personas con enfermedad mental subrayan el papel central del trabajo en el proceso de recuperación (Bailey, 1998; Clevenger, 2008; Rogers, 1995; Steele y Berman, 2001).

Por otra parte, hay más de dos tercios de personas con enfermedad mental grave en situación de pobreza (Cook, 2006; Draine, Salzer, Culhane, y Hadley, 2002). Los ingresos del empleo puede ayudar a aliviar esta fuente de pobreza.

Existen usuarios con SMI que se han desmoralizado, temerosos de perder beneficios (MacDonald- Wilson, Rogers, Ellison, y Lyass, 2003), y dudan en volver al trabajo por miedo al fracaso (Westermeyer y Harrow, 1987). Sin embargo, la mayoría anhela llevar una vida normal, de ser parte de la sociedad general y ser productivo. Maslow (1970) sugirió que el ser productivo es un derecho humano básico De necesidad y que ocupa un lugar destacado en la jerarquía de necesidades. Como Beard (1982), claramente ha señalado, un trabajo es un lugar donde te necesitan, si nadie depende de ti, entonces ¿por qué me molesto en levantarme cada mañana?.

Así el Apoyo Individualizado al empleo (Individual Placement Supported, IPS) refleja una aspiración central en la vida de la mayoría de los usuarios con enfermedad mental grave. La evidencia también es abrumadora de que sin asistencia profesional en forma de servicios dirigidos específicamente en el empleo, la mayoría de los usuarios

seguirían en el paro. A falta de servicios de empleo, otros servicios de salud mental, tales como los medicamentos (Resnick et al., 2008), la psicoterapia (Bond, 1992), y el tratamiento de día (Becker, Bond et al., 2001) no tienen un impacto mensurable en los resultados del empleo.

En este sentido todavía en el mundo desarrollado las tasas de desempleo para las personas con trastorno mental de larga duración son elevadas en torno al 70-80%. En EEUU, en estimaciones efectuadas en 1990, la tasa de empleo en torno al 16-32%, de los cuales del 10-26% en trabajos no cualificados y la tasa de empleo en programas de integración laboral en EEUU se situaba entre el 30-60% y la tasa de mantenimiento del empleo en seis meses del 60% (Carulla, 1995). Además los indicadores de empleo de las personas con trastorno mental son poco fiables, el porcentaje de inscritos como demandante de empleo ridículo y el número de empresas o cooperativas sociales aún muy inferior.

BIBLIOGRAFÍA

- Anasagasti, I. El mito del "deterioro" en la psicosis frente a la apuesta por la reconstrucción del "sujeto" (2005). En Gómez Esteban R. Rivas Padilla E. La práctica analítica en las instituciones de la salud mental. La psicosis y el malestar en la época actual. VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. AEN. Estudios/34. 2005.65-74.
- Andersen, R., Oades, L., Caputi (2003): The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Andersen, R., Caputi, P., Oades, L. (2006): Stage of recovery instrument development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.
- Anthony, WA. (1977): Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32:658-662.
- Anthony, WA. Cohen, M. Farkas, M. (1990): *Psychiatric rehabilitation*. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.
- Anthony, WA. (1993): Recovery from mental health illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 16(4): 11-23.
- Arango Cálad, C.A. (2003): Los vínculos afectivos y la estructura social, una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. *Investigación y desarrollo* vol 11, nº 1:70-103.
- Bailey, J. (1998). I'm just an ordinary person. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 8-10.
- Barker, P.J. (2004): Uncomomon sense-The tidal model of mental health recovery. *New Therapist*, 33:14-19.
- Beard, J. H., Propst, R. N., & Malamud, T. J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 47-53.
- Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52, 351-357.

- Bellack, A.S. (2007): Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones, *Schizophrenia Bulletin*, (ed Esp);2(3): 117-128.
- Bertolote, JM. (1996). Las experiencias de rehabilitación laboral a nivel mundial. En la rehabilitación laboral en personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II). Eds. Proyecto RISEM. Ayto Santa Lucía. Fondo social Europeo. Dirección General de Servicios Sociales. Gran Canaria. 22-26.
- Bleuler, E. (1950): Demencia Precoz en el Grupo de las Esquizofrenias. Ediciones Horme. 259-278.
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 244-275). New York: Macmillan.
- Bond, GR. (2000). Los programas de empleo con apoyo. Seminario de Integración laboral de personas con trastorno mental severo. UIMP. FAISEM. Junta de Andalucía. Sevilla. 23 al 27 de octubre.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Bond, G.R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 27, pp. 347-359.
- 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.(2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*.29;370(9593):1146-52.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsis, M., Fioritti, A., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., & Lauber, C. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 949-958.
- Carulla, L.S. (1995). Aspectos conceptuales y de clasificación de la rehabilitación laboral. En La rehabilitación laboral en personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II). Eds. Proyecto RISEM. Ayto Santa Lucía. Fondo Social Europeo. Dirección General de Servicios Sociales. Gran Canaria: 27-32.
- Ciompi, L. (1980): Catamnnesis long-term study on the course of life and adding of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6:606-18.
- Clevenger, N. (2008). In favor of science. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 277-279.
- Cook, J. A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a report for the President's Commission. *Psychiatric Services*, 57, 1391-1405.
- Davidson, L., Roe, D. (2007): Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal Of Mental Health*, 16, 459-470.
- Davidson, L, Harding, C, Spaniol, L. (2005): Eds. Recovery From Severe Mental Illness. Research Evidencia and Implication for Practice. Vol 1. Boston Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sarget College of Health And rehabilitation Sciencies, Boston University.
- Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 565-573.
- Estrategia de Salud Mental de Sistema Nacional de Salud (2006): Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Fabian, E. S. (1989). Work and the quality of life. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(4), 39-49.
- Fabian, E. S. (1992). Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36(2), 84-97.

- Faiweather GW. (1969) Sanders DH. Maynard H. et al (1969). Community life for the mentally ill. Chicago: Aldine.
- Farkas, M. (1996): Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En Aldaz, J.A. Vázquez, C. Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiátricos en la rehabilitación. Madrid. Siglo XXI de España Ediciones.
- García Badaraco, J.E. (1990): La comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid. Tecnipublicaciones.
- García Montes, J. Pérez Álvarez, M. (2003): Reinvidicación de la persona en la esquizofrenia. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3;(1): 107-122.
- Glynn, S.H. Cihen, A.M. Dixon, L.D. Niv N. (2007): Impacto potencial del movimiento de la recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos. Schizophrenia Bulletin, (Ed. Esp.);2(3): 143-148.
- Harrison, G. Hopper, K. Craig, T. et al., (2001): Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. Br J Psychiatry, 178;506-517.
- Harrow, M. Grossman, L.S. Jobe, T.H. Herberner, E. (2006): Los pacientes con esquizofrenia: ¿alguna vez presentan períodos de recuperación? Un estudio de seguimiento de 15 años. Schizophrenia Bulletin, (ed Esp);1(2): 92-103.
- Hogan, ME. (2003): New Freedom Commission report: The President's New Freedom Commission. Recommendations to Transform Mental Health Care in America. Psychiatr Ser., 54:1467-1474.
- Hoult, J. Reynolds I, Charbonneau-Powis M, et al(1983) Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. Hoult, J. Reynolds I, Charbonneau-Powis M, et al., (1983): Hospital Psiquiátrico versus el tratamiento de la comunidad: Los resultados de un ensayo aleatorio. Aust NZJ Psychiatry 17:160-167, . Aust NZJ Psiquiatría 17: 160-167.
- Hoult, J. Reynolds I: Schizophrenia: A comparative trial of community-oriented and hospital-oriented psychiatric care. Hoult, J. Reynolds I. (1984): esquizofrenia: Un ensayo comparativo de los orientados hacia la comunidad y la atención hospitalaria psiquiátrica orientada. Acta Psychiatr Scand., 69:359-372, Acta Psychiatr Scand., 69:359-372.
- Jerrell JM, Hu TW: Cost- effectiveness of Clinical and case management compared with an existing system of care. Jerrell JM, Hu TW. (1989): Rentabilidad de la intensidad clínica y gestión de caos en comparación con un sistema de atención existentes. Inquiry 26:224-234, 1989. Encuesta 26:224-234.
- Kelly, DI. Copney, RR. Carpenter, WT. (2005): First-episode schizophrenia: a focus on pharmacological treatment and safety considerations. Drug, 65:1131-1138.
- Lieberman, R.P. (2002): En vivo Amplified skills training: Promoting generalization of independent. Living skills for clients with schizophrenia. Sychiatry, 2;10-12,20-32.
- Lin, N (1986): Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, W. ENTEL (comps.), Social support, life events and depression. Nueva York: Academic Press.
- Lorenzo, M^a D. Continuidad de cuidados. Cronicidad. En Rubio J.L. (1997): Equipos e instituciones de salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 21;143-148.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2003). A study of the Social Security Work Incentives and their relation to perceived barriers to work among persons with psychiatric disability. Rehabilitation Psychology, 48, 301-309.
- Marks IM, Connolly J, Muijen M, et al(1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry 165:179-194.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.): Harper & Row.

- McQuilken, M., Zahniser, J. H., Novak, J., Starks, R. D., Olmos, A., & Bond, G. R. (2003). The Work Project Survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 59-68.
- Mental Health Commission (1998): Blueprint for mental health services in New Zealand. Mental Health Commission: Wellington NZ.
- Mental Health Commission (2005): A vision for a recovery model in Irish mental health services. Mental Health Commission: Dublin.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Rapp, C. Goscha, R.J. (2006): The Strengths model Case Management with People with Psychiatric Disabilities, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.
- Recamier, P.C. (1983): Los esquizofrénicos. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., Canive, J. M., De Souza, C., Stroup, T. S., McEvoy, J., Davis, S., Keefe, R. S., Swartz, M., & Lieberman, J. (2008). Employment outcomes in a randomized trial of second-generation antipsychotics and perphenazine in the treatment of individuals with schizophrenia. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 215-225.
- Rethink (2008): A brief introduction to the recovery approach (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery:and_self_management/recover) [Accessed February 2008].
- Rivas Padilla, E. (2005): Diálogo y Trato con el sujeto psicótico En. Gómez Esteban R.
- Roberts, G., Davenport, S. Holloway, F. Tattan, T. (2006): Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatric. Gaskell: London.
- Robinson, D. Woerner, M. McMeniman, M. Mendolowitz, A. Bilder, R. (2004): Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia of schizoaffective disorder. *Am J Psychiat.*, 161:473-479.
- Rodríguez Hernández, S. Rodríguez Pulido, F. Hernández Marrero J. (2000): La Psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales. Ayuntamiento de Santa Lucía. Proyecto ISLEM. Gran Canaria.
- Rodríguez Pulido, F. (2010). La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular.
- Rodríguez Pulido, F. Tallo Valdana, E. Tost Pardell, L. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos, J. Rivero Santana, A. González Lorenzo, M. Rodríguez García, Á. Hernández A de Sotomayor, C. (2010). Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESC Num. 2007/12.
- Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Hernández, S. Hernández Marrero J. Et al., (2000): Los trastornos mentales y la discapacidad y su relación con la cronicidad. En Rodríguez Hernández, S. Rodríguez Pulido, F. Hernández Marrero J. La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales. Ayuntamiento de Santa Lucía. Proyecto ISLEM. Gran Canaria, 167-188.
- Rodríguez Pulido, F. (1995): Análisis del modelo asistencia en el Archipiélago Canario. Dirección de Asistencia Sanitaria. Gobierno de Canarias.
- Rogers, E. S., Walsh, D., Masotta, L., & Danley, K. (1991). Massachusetts survey of client preferences for community support services: Final report. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

- Rogers, J. A. (1995). Work is key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 5-10.
- Rosenheck, R. A., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., & Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 411-417.
- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Harding, C. M., Hough, R. L., Rosenheck, R. A., Swartz, M. S., Barrio, C., & Yamada, A. M. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*, 58, 315-324.
- Sarraceno, B. Montero, F. (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En Aparicio V. Evaluación de servicios en salud mental. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 313-321.
- Shepherd, G. (1984): *Institutional Care and Rehabilitation*. Longmans London.
- Shepherd, G. (2000) La coordinación entre profesionales y redes de servicio. Seminario Integración laboral de personas con trastornos mentales severo. UIMP. FAISEN. Junta de Andalucía. Del 23 al 27 de octubre. Sevilla .
- Shepherd, G. Boardman, J. Slade, M. (2007): *Hacer de la recuperación una realidad Sainbury Centre for Mental Health Policy Paper Making Recovery a Really: Edición en Castellano*.
- Shors Tracey, J. (2009): *Salvar las neuronas nuevas, En el cerebro, hoy. Tema 57. Investigación y Ciencia. Scientific American, Septiembre, 19-25.*
- Steele, K., & Berman, C. (2001). *The day the voices stopped*. New York: Basic Books.
- Stein, M.A. Stein, L.I. (1975): *Alternative to the hospital: a controlled study: American Journal of Psychiatry*, 132; 517-522.
- Stein, L.I. Santos, A.B. (1998): *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. Norton, New York.
- Stein, L.I. Test, M.A. (1985): *The Training in Community Living model: a decade of experience. New Directions for Mental Health Services* 26:1-98.
- Stein, L.I. Test, M.A. (1980): *Alternative mental hospital treatment, I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry*, 37; 392-397.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *National Consensus Conference of Mental Health Recovery and Systems Transformation*. Rockville Md: Dep of Health Human Services; 2005.
- Test, M.A. Stein, L.I. (1976): *Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. Community Mental Health Journal*, 12:72-82.
- Test, M.A. (1992): *Training in Community Living*. In *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R.P. Liberman, ed., pp. 153-7, Macmillan Publishing, New York.
- Test, M.A. Stein, L.I. (2001): *A Critique of the Effectiveness of Assertive Community Treatment. Psychiatric Services* 52:1396-7.
- Thompson, KS, Griffith, EH, Leaf PJ. (1990): *A historical review of the Madison model of community care. Hosp Community Psychiatry* 41:625-633.
- Tost Pardell, L. Hernández A de Sotomayor, C. Rodríguez Pulido, F. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos, J. González de Chávez, M. Rodríguez García, Á. González Lorenzo, M. Rivero Santana, A. *Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SES Num. 2007/13.
- Vallina Fernández O. Lemus Giradles S. (2003): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. En Pérez Álvarez M. Fernández Hermida J.R. Fernández Rodríguez C. et al., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid. Pirámide, 18-79 pp.

- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 535-548.
- Van Dongen, C. J. (1998). Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(1), 29-40.
- Vázquez, C. Nieto, M. López-Luengo, B. (2002): Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (eds.), *Rehabilitación en la salud mental: Situación y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Warner, R. (2003): *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. 3ª Edition. Brunner-Routledge. 233-260.
- West, J. C., Wilk, J. E., Olsson, M., Rae, D. S., Marcus, S., Narrow, W. E., Pincus, H. A., & Regier, D. A. (2005). Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. *Psychiatric Services*, 56, 283-291.
- Westermeyer, J. F., & Harrow, M. (1987). Factors associated with work impairments in schizophrenic and nonschizophrenic patients. In R. R. Grinker & M. Harrow (Eds.), *Clinical research in schizophrenia: A multidimensional approach* (pp. 280-298). Springfield, IL: Thomas, C. C.

Capítulo II

Principios del apoyo individualizado al empleo

Rodríguez Pulido, F; Tallo Aldana, E; Caballero Estebaranz, N; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C; Vilchez de León, P.I.; López Reig, S.

Un componente básico de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves es el destinado a favorecer su empleo. Tanto en Estados Unidos como en Europa se han venido desarrollando a la vez nuevas iniciativas y un número creciente de investigaciones que van aportando nuevo conocimiento a este importante campo de intervención.(Rodríguez Pulido F 2001). Entre ellas, los programas de de otros países en lengua anglosajona como los programas Clubhouses, el enfoque diversificado al empleo, los programas fairweather Lodge, los programas de empleo “prosumer”, los negocios dirigidos por usuarios y el Apoyo Individualizado al Empleo.

En estos momentos disponemos ya de una considerable perspectiva histórica con respecto a distintos tipos de programas utilizados con mayor o menor grado de éxito, a la hora de facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas Trastorno Mental Grave. (TMG) (Anthony, WA 1987, Grove, B 2003, Crowther, R. E. 2001, Boardman, J,2003 Lehman, A. F,1995, Rosen, A y Barfoot, K. 2001, Cook, J, y Razzano, L. 2000).

El tipo de programas que cuenta con más experiencias evaluadas de manera sistemática y con rigurosos diseños experimentales son los Programas de Empleo con Apoyo, y el más conocido y estudiado de todos ellos, es el denominado Individual Placement and Support (IPS), cuya metodología se desgana detenidamente, y que podría traducirse al castellano como “Apoyo individualizado a Empleo”.

Desarrollado en la década de 1980 en EE.UU. por Becker y Drake (2003), el apoyo individual al empleo (IPS) es un modelo con un enfoque sistemático para ayudar a las personas con SMI a lograr un empleo competitivo.

En Europa, el Empleo con Apoyo para personas con TMG empieza a tomar peso en los años 90, obteniéndose resultados positivos similares a los alcanzados en EE.UU y concretamente en España la presentación de este concepto aparece en el primer Simposium Internacional sobre empleo con apoyo celebrado en Mallorca en 1991 (Rodríguez Pulido F, 2004).

Este modelo demuestra su eficacia con tasas de empleo que superan el 60% y buenos índices de mantenimiento del puesto de trabajo, entre otros resultados, en población psiquiátrica (Becker, D.R, 1993 Drake R.E, 1996) Estos resultados son especialmente relevantes para las personas con trastornos mentales crónicos, ya que si bien les resulta difícil acceder a un empleo, es muchísimo más complicado el mantenerse en el mismo (Bond, G R. 1994). Si tradicionalmente se entendía que la persona con discapacidad debía adaptarse a lo que se le ofrecía en un centro o institución asistencial, con una posición sumisa, donde eran los demás los que decidían por él, en esta nueva concepción el cambio es abismal, entendiéndose que la persona como ser adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas, en igualdad de condiciones respecto al resto de ciudadanos.

Esta manera de aproximación al empleo, a través de los equipos de apoyo individualizado al empleo, significa de hecho una estrategia que rompe con la estrategia más clásica del paso a paso o estrategia de la rehabilitación vocacional o laboral.

Básicamente su estrategia define el empleo competitivo o empleo real en empresas ordinarias como un objetivo alcanzable, si se tienen en cuenta algunas características o principios básicos que hacen hincapié, además de la búsqueda rápida y efectiva de empleo, en el carácter activo de la persona, en la coordinación estrecha con los servicios salud mental y en el apoyo sostenido durante tiempo ilimitado.

Hay que destacar el énfasis que la mayoría de los estudios hacen en el papel múltiple y positivo que juegan los aspectos «normales» del trabajo (a diferencia de contextos clínicos, rehabilitadores u ocupacionales) y especialmente la interacción cotidiana con personas no-enfermas sobre la base de reglas de funcionamiento comunes (Banks, B 2001 , Wilson, KL et al. 2002, Gowdy, et al 2003).

La inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario es la meta que debemos perseguir para este colectivo, ya que es la única que les va a permitir una integración y autonomía plena en la comunidad, y la que va a ayudar a romper las barreras y estigmas que aún existen y que impiden la igualdad de todos los ciudadanos.

Esta alternativa es la única que cumple los criterios de normalización e integración (Rodríguez Pulido, F, 2001) En la propia LISMI, en su artículo 37, se destaca que será

finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos, su integración en el sistema ordinario de trabajo. Un empleo competitivo en ambiente normalizado, se debe caracterizar por estar inserto en la comunidad, donde el trabajador con discapacidad tenga compañeros sin discapacidad, y mantenga relación laboral con ellos y con condiciones laborales similares al resto de sus compañeros. (Cook, J, y Razzano, L, 2000).

A continuación se detallan los principios fundamentales del modelo de Apoyo Individualizado al empleo:

1. El empleo competitivo como meta.
2. Disponible para las personas que quieran trabajar.
3. Búsqueda rápida de empleo.
4. Integración de salud mental y rehabilitación.
5. Atención a las preferencias de las personas.
6. Continua valoración comprensiva.
7. Apoyo continuo y sin tiempo límite.

El empleo competitivo como meta:

En ocasiones se asume que varios tratamientos e intervenciones en salud mental para ayudar a las personas en sus ajustes (especialmente sociales) deben tener una generalización de los efectos en la capacidad de trabajo (Bond, Drake y Becker, 1998). Paralelamente, se ha asumido a veces que la estabilización clínica y el control de los síntomas sirven para aumentar la capacidad de trabajo. Sin embargo, por sí mismo en ninguno de los estudios de casos (Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998), ni el entrenamiento de habilidades (Dill y Bond, 1996) ni la psicoterapia (Gunderson et al, 1984) ni la medicación (Dion, Dellario y Farkas, 1982; Klerman, 1977) tienen un impacto significativo en el empleo.

Aunque un asesoramiento puede motivar a las personas a buscar empleo, si el asesoramiento no está acompañado por una asistencia directa para ayudar a las personas a encontrar trabajo, se incrementará la motivación de trabajar pero no se trasladará a un aumento en las tasas de empleo (Blankertz y Robinson, 1996; Growick, 1976).

La literatura sobre rehabilitación nos indica que la cantidad del tiempo dedicado del técnico para asistir directamente a las personas a encontrar y obtener un trabajo, está asociado con un aumento en las tasas de colocación en un empleo competi-

vo mientras que otras actividades (vocacionales, entrenamientos y evaluaciones) no están asociadas (Vandergoot, 1987; Zadny y James, 1977). Además, Cook y Razzano (1995) encontraron que las personas que obtenían un empleo protegido eran menos capaces después de lograr un empleo competitivo que aquellos que no lo obtuvieron nunca. Todos estos hallazgos sugieren que los programas de apoyo individualizado que se concentran solamente en obtener empleos competitivos obtienen un aumento en las tasas de empleo competitivo que si se usan combinaciones de empleo competitivo, con transicional o empleo protegido.

La persona debe integrarse en empresas normalizadas, en las mismas condiciones laborales que el resto de sus compañeros, es decir, con similar contrato y salario. No debemos olvidar que el Apoyo Individualizado no sólo es beneficioso para la persona con discapacidad y su entorno, sino que para la sociedad en general, el que esta persona esté participando del mundo laboral, tiene importantes repercusiones, incluyendo las económicas.

El valor del empleo competitivo está fundamentado en varias cuestiones. En primer lugar, los propios usuarios expresan una fuerte preferencia por el empleo competitivo sobre el protegido y desean trabajar en la comunidad. En segundo lugar, el empleo competitivo promueve la integración de personas con discapacidad por trastorno mental Grave en la comunidad a través de su implicación en actividades normales que reducirán el estigma percibido por esas personas. Tercero, la autoestima de los usuarios suelen mejorar cuando ven que son capaces de trabajar, que su trabajo se valora y que contribuye a la sociedad. Por último, históricamente, muchos programas de rehabilitación vocacional han colocado a los usuarios con discapacidad en entornos no competitivos, a menudo pagados por debajo del salario mínimo y con raras promociones al empleo normalizado. La experiencia demuestra que los usuarios pueden trabajar en empleos competitivos sin participar antes en programas de formación o en empleos protegidos.

Disponible para las personas que quieran trabajar

La idea que subyace es que todas las personas con discapacidad pueden trabajar en empleos generales en la comunidad si quieren hacerlo y cuentan con el apoyo necesario.

La investigación demuestra que la sintomatología, el abuso de sustancias y otros factores personales no son buenos predictores del éxito o fracaso en el empleo. Por tanto, con carácter general, el único requisito de entrada es que la persona tenga una elevada motivación por trabajar en un empleo ordinario.

Búsqueda rápida de empleo

Una de las clave del éxito de los programas de Apoyo Individualizado y de su mejor rendimiento en comparación con otros programas de rehabilitación vocacional está relacionada con la rapidez en iniciar el proceso de búsqueda de un puesto de trabajo adecuado a la persona demandante.

Varios estudios indican que en entrenamiento “paso a paso” no conduce a mejores resultados en el empleo (Bond, 1992). La evidencia es fuerte sobre que las actividades prevocacionales no mejoran las oportunidades de empleo sino que más bien lo contrario, es decir, disminuyen la probabilidad de un empleo más tarde (Bond, 1992).

Bajo la filosofía de búsqueda de empleo rápido, la rapidez en la que las personas encuentran puestos de trabajo varía pero la mayoría de las personas con SMI que expresan deseos de trabajar y que son asistidos, logran el objetivo en varios meses (Bond et al, 1995; Drake, McHugo, 1996; Shafer y Huang, 1995).

El proceso de búsqueda comienza en el momento en que se establece el contacto con el técnico, y no se pospone para realizar evaluaciones o entrenamientos prelaborales, ni se espera a que la persona pase antes por prácticas o periodos de aclimatación en entornos protegidos, como talleres o centros ocupacionales.

Otros modelos tradicionales empleados no sólo con población con TMG sino con desempleados con discapacidad y sin ella, demoran en exceso el inicio de la búsqueda para recoger toda la información del perfil personal y ocupacional de la persona y ofrecer asesoramiento, orientación e incluso formación básica y profesional necesaria. En todo ese tiempo, la persona demandante va dejándose su motivación por el camino. Más si cabe, en personas con discapacidad en la que el objetivo laboral en muchos casos se encuentra difuso tras barreras autoimpuestas o generadas por el estigma y por la propia discapacidad.

Por tanto, dar pronto los primeros pasos que pueden conducir a conseguir empleo, refuerza la motivación laboral de la persona y le demuestra que tomamos en serio su interés por trabajar, ayudándole a buscar ese empleo tan pronto como sea posible en cada caso. Además, si la persona tiene éxito en esa búsqueda, reforzará aún más su motivación por el logro realizado y por los beneficios que éste pueda reportarle: retribución, relaciones sociales, aprendizaje de tareas, etc.

Integración de Salud Mental y rehabilitación

Otro aspecto clave es la coordinación con los servicios de salud mental, vinculación que afecta a los distintos momentos en que se articula el programa, incluyendo la

evaluación periódica de las actuaciones e intervenciones individuales sobre los distintos usuarios.

- Deben ser los servicios de salud mental, los que deben establecer la indicación de entrada en el programa, sobre la base de una evaluación inicial y en el marco de una estrategia individualizada de rehabilitación.
- Son también ellos los que, con las modalidades y mecanismos concretos que se definan en cada caso, deben asegurar la atención sanitaria individual que corresponda.
- El itinerario individual previsto para cada usuario debe elaborarse contrastando esa primera indicación con la evaluación del Equipo de apoyo individualizado al Empleo.

La literatura nos indica que muchos son los intentos de integrar los servicios de salud mental con los de rehabilitación vocacional a través de acuerdos interinstitucionales, entrenamientos y otras estrategias y parece que estos esfuerzos mejoran el acceso, la permanencia en los programas y los resultados de empleo (Dellario, 1985; Drake et al in press; Rogers, Anthony y Danley, 1989; Saveanu y Roth, 1986). Sin embargo, la conclusión contundente de muchos es fuerte sobre que la integración es mucho más difícil cuando se tienen que involucrar múltiples profesionales. Un enfoque integrado debería estar dirigido a una planificación y coordinación en virtud de una comunicación sistemática tanto en reuniones de equipo y contactos informales entre los especialistas de empleo y los servicios de salud mental (Becker y Drake, 1993).

Una coordinación estrecha del Técnico de Empleo con otros servicios de rehabilitación y tratamiento asegura que las metas laborales de la persona atendida sean relevantes para cualquiera que participe en la atención a ella y no sólo para su técnico de empleo.

La participación de éste en las reuniones del equipo de tratamiento es un vehículo para la discusión de los aspectos clínicos y de rehabilitación relevantes para el empleo, como los efectos de la medicación, los síntomas persistentes, las dificultades cognitivas u otras necesidades de rehabilitación. También da a otros profesionales implicados la oportunidad de contribuir a que el usuario consiga sus metas laborales.

Muchos estudios apuntan a que la integración con los servicios de Salud mental favorece mejores resultados de empleo y de recuperación general. El enfoque "separado" (con varios "proveedores" de servicios) provoca peores resultados, generando planificaciones opuestas, problemas en la comunicación, abandonos, y otras disfunciones.

Planificación Centrada en las preferencias de la Persona

Muchas de las personas que están motivadas en trabajar perciben que los profesionales que les ayudan, tienen la creencia de que el trabajo es importante para ellos y consideran que realmente ellos pueden trabajar (Rogers, Walsh, Masotta y Danley, 1991). Las personas tienen preferencia por los servicios de rehabilitación que reciben: prefieren enfoques que enfatizan las estrategias de empleo rápido frente al entrenamiento prevocacional (Bond et al 1995; Bond y Dincin, 1986; Drake, McHugo et al, 1996). No es sorprendente, que las personas prefieran empleos pagados que sin cobrar. Un estudio ha demostrado esto experimentalmente (Bell, Milstein y Lysaker, 1993).

La realidad es que los técnicos suelen tomar decisiones por los usuarios acerca de la estructura y ritmo de los servicios vocacionales independientemente de lo que ellos digan (Noble et al, 1997).

El impacto de las preferencias de los usuarios en los resultados en el empleo ha sido estudiado. Específicamente, cuando el usuario obtiene un empleo emparejado con sus preferencias iniciales, están más satisfechos y se mantienen más tiempo en el empleo (Becker et al, 1996; Gerver y Kowal, 1994).

Todo el proceso se basa en los intereses, motivaciones, y habilidades de las personas, haciéndolos partícipes del mismo, y dotándoles del control que necesitan para llevar las riendas de su vida. Por tanto, debemos hacer una valoración individualizada, atendiendo a cómo la persona se desenvuelve en su entorno, más que a las dificultades que presenta en el mismo (García J et al, 2000).

Las preferencias de quienes utilizan el programa son centrales a la hora de determinar el tipo de trabajo que se buscará en el mercado y cómo se apoyará la adaptación de cada persona en su nuevo empleo. Si se respetan las preferencias mostradas por los participantes en el programa, éstos suelen estar más satisfechos y permanecen más tiempo en sus empleos (Mueser KT, et al 2001) Estudios muestran que una mayoría de las personas que participan en programas de empleo tiene motivación para trabajar si percibe que el personal que les atiende confía en sus posibilidades laborales (Mueser KT et 2001, Rogers E et 1991) muestran en un estudio que la mayoría de quienes (81%) entran en un programa de empleo tiene preferencias laborales, y éstas suelen ser realistas y estables en el tiempo, a diferencia de lo que suele indicarse de manera muy aventurada y no contrastada. La investigación reciente aporta cada vez más valor al papel activo de la propia persona en su proceso de recuperación. (Reiser S. 1993).

Continua valoración comprensiva

El apoyo es un proceso continuo, comenzando con un contacto inicial y continuado después de que la persona consiga el empleo. El apoyo no está limitado solo a la evaluación de las aptitudes del usuario sino que incluye las preferencias del usuario, las experiencias laborales previas, información sobre la familia, equipo de tratamiento y las características del contexto. Antes del empleo, la meta es apoyar para que haya un ajuste entre el usuario y el empleo. Después de que la persona consiga el empleo, la meta es el apoyo para que lo mantenga o aprender a que termine un trabajo si el usuario no mantiene un trabajo en particular. Tanto como sea posible, el asesoramiento debe estar basado en las experiencias reales de trabajo.

El técnico de empleo es un profesional que proporciona apoyo y compañía a la persona con TMG ayudándole en el proceso de entrenamiento laboral. Debe fomentar que la persona se implique en su entrenamiento, en resolver los problemas que le puedan ir surgiendo y conseguir que los agentes relacionados con la persona, participen también de este proceso (Bond, G.R, 1998).

Es una pieza clave del modelo, es el que nos va a permitir que la persona pueda acceder y mantenerse en el empleo.

Existen distintos niveles de apoyo, que dependerán de las necesidades de la persona, de las necesidades del entorno, y que variarán en función del momento.

Así, podemos contar con apoyos intermitentes, apoyos intensos, y apoyos generalizados. (Bond, G.R. 1998). La intensidad del apoyo varía en el tiempo y según las circunstancias.

Para el periodo en el que la persona permanece en la empresa cumpliendo sus funciones y cometidos con las dificultades habituales en estos casos, deben acordarse seguimientos periódicos y rutinarios en los que se evaluará el ajuste de la persona a las exigencias de su nuevo rol y se establecerán los objetivos de trabajo para solventar los obstáculos detectados.

Apoyo sin tiempo límite

El apoyo brindado a las personas incluidas en programas de apoyo individualizado al empleo no está limitado en el tiempo. Las dificultades que presentan las personas con TMG suelen persistir en el tiempo por lo que el proceso de apoyo óptimo debe plantearse a largo plazo. Así, quienes reciben servicios de apoyo individualizado al empleo no dejan de recibirlos, aunque estén bien adaptados a su

puesto de trabajo. Para muchos usuarios el apoyo se va “retirando” gradualmente, dado que uno de los objetivos fundamentales de estos programas es fomentar la autonomía de la persona en su entorno social y laboral.

Estudios experimentales confirman que los programas limitados en el tiempo tienen escaso impacto en los resultados de empleo (Bond GR, 2004), sobre todo en cuanto al mantenimiento del puesto. La continuidad de los apoyos puede mantener e incluso incrementar las tasas de empleo y la incertidumbre sobre aquella es un factor clave en el declive del empleo (Chandler D, et al 1999).

La evidencia indica que las tasas de empleo pueden ser mantenidas o incluso incrementadas si se continúa con el apoyo intensivo a largo plazo (Chandler et al, 1997; Cook y Pickett, 1994; Cook y Razzano, 1992; McHugo, Drake y Becker, 1998; Test et al, 1995).

Conclusión:

Los programas de Apoyo Individualizado al Empleo ofrecen apoyo a la recuperación de las personas con TMG mediante una aproximación bien definida que ayuda encontrar y conservar un empleo competitivo. La utilidad de estos “principios” significa abrir nuevas posibilidades de intervenciones psicosociales contrastadas, y favorecer la igualdad de oportunidades.

La demostración de la efectividad de IPS ha debilitado, e incluso hace insostenible la mayoría de las creencias clásicas, que reposan en las siguientes afirmaciones o requerimientos: **a)** la necesidad imprescindible de la estabilización clínica y el control de los síntomas; **b)** el entrenamiento de habilidades y competencias previas; **c)** el estar preparados primero para el trabajo para entrar en el mercado laboral; **d)** el realizar evaluaciones exhaustivas para conocer sus déficits; **e)** enseñar técnicas de búsqueda; **f)** los consejos para cambiar las actitudes hacia el trabajo; **g)** mejor establecer metas intermedias; **h)** funcionamiento separado de los servicios de salud mental/ y empleo; **i)** los pacientes no tienen preferencias realistas y son inestables sobre lo que ellos pueden y desean hacer; y **j)** el apoyo ofrecido debe ser por tiempo limitado. (Chandler D, et al 1999).

En definitiva, el IPS se presenta como una alternativa para que las personas con TMG consigan, mediante la consecución de empleos competitivos en contextos integrados y comunitarios, continuar su vida más allá de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, WA, Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11:5-23.
- Banks, B; Charleston, S , (2001) Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities». *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24,4:389-396.
- Becker, D.R., & Drake, R.E. (1993). *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D.R., Drake, R.E., Farabaugh, A., & Bond, G.R.(1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford Press.
- Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond, GR. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47: 1223-1226.
- Becker, D.R, Drake R.E.(1993). *A working life: The individual placement amd support(IPS) program*. Concord, HH: New Hanspire-Dartmouth Psychiatric. Research center.
- Bell, M.D; Mildstein, R.M. y Lysaker, P.H. (1993). Pay as an incentive in work participation by patients whith severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 684-686.
- Blankertz, L y Robinson, S (1996). Adding a vocational focus to mental Elath rehabilitatios. *Psychiatriz Services*, 47, 1216-1222.
- Boardman, J; Grove, B.(2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182:467-468.
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R., & Dincin. J. (1986). Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology*, 31, 143-155.
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 244-275). New York: Macmillan.
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40, 91-111.
- Bond GR. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27[4], 345-359.
- Bond GR, Vogler KM, Resnick SG, Evans LJ, Drake RE, Becker DR. (2001.) Dimensions of supported employment: Factor structure of the IPS fidelity scale. *Journal of Mental Health* 10[4], 383-393.
- Bond, G. R.,Becker, D. R.(2001) Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practi- ce». *Psychiatric Services*, 52 (3): 313-322.
- Bond GR, Drake RE, Becker DR, Mueser KT.(1999.) Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of Disability Policy Studies* 10[1], 18-52. Bond, G.R. (1998). Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23
- Bond, G R. (1994) Applying Psychiatric Rehabilitation principles to employment: recent findings. En (24), Ancil, R y ots 49-65.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R.(1998). The role of social functioning in vocational rehabilitation. In K. T. Mueser & N. TARRIER (Eds.). *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (pp. 372-390). Boston, MA: Allyn and Bacon.

- Chandler, D., Meiser, J., Hu, T., McGowen, M., & Madison, K. (1997). A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: Employment outcomes. *Community Mental Health Journal*, 33, 501-516.
- Chandler D, Levin S, Barry P. (1999). The menu approach to employment services: Philosophy and five-year outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23[1], 24-33.
- Cook, J. A., & Pickett, S. A. (1994). Recent trends in vocational rehabilitation for people with psychiatric disability. *American Rehabilitation*, 20(4), 2-12.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (1992). Natural vocational supports for persons with severe mental illness: Thresholds supported competitive employment program. *New Directions for Mental Health Services*, 56, 23-41.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (1995). Discriminant function analysis of competitive employment outcomes in a transitional employment program for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 127-140.
- Cook, J. y Razzano, L. (2000) Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26,1: 87-103.
- Crowther, R. E. Marshall, M. (2001) Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322: 204-208.
- Dellario, D.J. (1985). The relationship between mental health, vocational rehabilitation interagency functioning, and outcome of psychiatrically disabled persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 28, 167-170.
- Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1986). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346.
- Dion, G., Dellario, D., & Farkas, M. (1982). The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely disabled clients: Implications for rehabilitation practitioners. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6(2), 29-35.
- Drake RE, Becker DR. (1996) The individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services*; 47:473-75.
- Drake, R. E., Fox, T. S., Leather, P. K., Becker, D. R., Musumeci, J. S., Ingram, W. F., & McHugo, G. J. (in press). Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 493-504.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Becker, D.R., Anthony, W.A., & Clark, R.E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399, 1996.
- Gervey, R., & Kowal, H. (1994, May). A description of a model for placing youth and young adults with psychiatric disabilities in competitive employment. Paper presented at the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services Conference. Albuquerque, NM.
- Gowdy, EL; Carlson, LS y Rapp, C A. (2003) Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26,3:232-239.
- Grove, B. (2003) La integración laboral de personas con trastorno mental severo en el Reino Unido. En Lara y Lopez, Op. Cit, 137-149.
- Growick, B. S. (1976). Effects of a work-adjustment program on emotionally handicapped individuals. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 7, 119-123.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-596.
- Klerman, G. L., (1977). Better but not well: Social and ethical issues in the deinstitutionalization of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 617-631.

Lehman, A. F. (1995) Vocational Rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 214: 645-656.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

López, M. y Laviana, M. (1998) Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas. En García y Ots, Op. Cit.: 253-260.

McDonald-Wilson, K.L.; Rogers, S. (2002) An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study». *Community Mental Health Journal* 38,1: 35-50.

McFarlane WR, Stastny P, Deakins S, Dushay R, Lukens E, Link B. (1994) Family psychoeducation, assertive community treatment and vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: employment outcomes in controlled and comparative studies. In: Proceedings of the NASMHPD Research Institute Fourth Annual Conference on State Mental Health Agency Services Research and Program Evaluation. Alexandria, Va: National Association of Mental Health Program Directors Research Institute, 113-123.

McHugo, G. J., Drake, R. E., & Becker, D. R. (1998). The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 55-61.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health* 10[4], 411-417.

Noble, J. H., Honberg, R. S., Hall, L. L., & Flynn, L. M. (1997). A legacy of failure: The inability of the federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill.

Reiser S. (1993). The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1012-1017.

Rodríguez Pulido F, Tallo Aldana E, et al. (2010) Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias SESCO Num. 2007/12*.

Rodríguez Pulido F, Rodríguez Hdez S. et al. (2001) El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración. En: Hernández S, Rodríguez Pulido F, Hernández Marrero J. *La psiquiatría comunitaria*. Ayuntamiento Santa Lucía. ISLEM. Programa Horizon II. Gobierno de Canarias p.311-43.

Rodríguez Pulido F, Rodríguez Díaz M, García Ramírez M. (2004) La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 25 (6): 264-281.

Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Danley, K. S. (1989). The impact of interagency collaboration on system and client outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 33, 100-109.

Rogers E, Walsh D, Masotta L, Danley K. (1991). *Massachusetts survey of client preferences for community support services (Final report)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Rosen, A y Barfoot, K. (2001) Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. En Thornikroft, G y Szmukler, G. – *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, 295-308.

Saveanu, T. I., & Roth, D. (1986). Evaluation of the impact of a statelevel interdepartmental agreement for the provision of rehabilitation services to severely mentally disabled persons in Ohio. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.

Shafer, M. S., & Huang, H. W. (1995). The utilization of survival analysis to evaluate supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 103-113.

Test, M. A., Allness, D. J., & Knoedler, W. H. (1995, October). Impact of seven years of assertive community treatment. Paper presented at the American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, Boston, MA.

Vandergoot, D. (1987). Review of placement research literature: Implications for research and practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 30, 243-272.

Zandy, J. J., & James, L. F. (1977). Time spent on placement. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 21, 31-35.

Capítulo III

Evidencias científicas: discusión de los resultados

Rodríguez Pulido, F. ; Tallo Aldana, L. ; Perestelo Pérez, L. ; Pérez Ramos, J. ; Rivero Santana, A; González Lorenzo; Caballero Estebaranz, N.

Recientemente nuestro equipo (Rodríguez Pulido, et al 2007) realizó una actualización de la revisión sistemática de los estudios científicos en relación al empleo de las personas con trastornos mentales graves y su relación con los equipos de apoyo individualizado al empleo. En los resultados de este estudio diferenciaremos entre resultados vocacionales y no vocacionales. En los resultados vocacionales las variables principales de estudio fueron el número de personas que consiguen empleo, número de horas trabajadas y salarios percibidos, duración, preferencia y satisfacción con el empleo, porcentaje de los que no consiguen empleo, tasa de retención, pérdidas de seguimiento y número de abandonos antes de la finalización de un contrato. En muchas ocasiones no se pudieron estudiar todas estas variables en todos los estudios revisados. Y entre los resultados no vocacionales las variables más estudiadas, fueron, la influencia de la sintomatología y hospitalización, autoestima, y funcionamiento cognitivo. En síntesis y simplificando podemos concluir que la estrategia IPS (apoyo individualizado al empleo) es más efectiva, para el logro del empleo ordinario, que los EVR (programas de rehabilitación vocacional) y los cuidados estándar (asistencia básica). En algunos estudios el IPS está acompañado al tratamiento asertivo comunitario.

Características de los estudios

La mayoría de los estudios publicados y analizados en esta revisión se llevaron a cabo en los EE.UU., a excepción de un ECA realizado en Canadá (Latimer 2006). Reciente-

mente ha sido publicado un estudio realizado EUROPA, por el grupo EQOLISE, que consiste en un ensayo aleatorizado de IPS donde participan 6 centros (Burns 2007).

Los hallazgos de nuestra revisión pueden aplicarse con confianza a la población general de personas que desean obtener un empleo y que presentan trastornos mentales graves y persistentes. Una significativa proporción de los participantes tienen un diagnóstico clínico de acuerdo a las clasificaciones internacionales de enfermedades, mayoritariamente del sistema nosológico americano, compatibles con el espectro de los trastornos psicóticos y del estado de ánimo. En los estudios también se representan las mujeres, las minorías étnicas (afroamericanos vs. caucásicos vs. hispanoamericanos) y diferentes niveles educativos. En cambio, el medio urbano está sobrerrepresentado en relación al medio rural. Son escasos los estudios que replican los resultados de los programas de apoyo al empleo urbano en economías rurales. En relación al mercado laboral y los servicios públicos, en el contexto donde se realizaron los estudios, el medio rural frente al medio urbano, representan diferentes oportunidades de empleabilidad, diferentes tasas de ocupación y una oferta limitada y geográficamente dispersa de servicios de rehabilitación vocacional y servicios sanitarios. Sólo un estudio se realizó exclusivamente en un contexto rural (Gold 2006) y el mismo refuerza la importancia de la integración de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales mediante la forma de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT/IPS) en los resultados de éxito para el logro del empleo competitivo. Los estudios en el medio rural tienen especial relevancia por el papel que juegan los determinantes sociales de la salud en los resultados vocacionales.

La cuestión de la raza también es importante a tener en cuenta ya que los afroamericanos experimentan una desproporcionada alta prevalencia de pobreza multigeneracional y enfermedad médica crónica comparados con otros grupos étnicos y raciales. Peor aun, los africanos americanos adultos con TMG usan los servicios de salud mental mucho menos que otros grupos étnicos raciales Su escaso uso del servicio y la gran presencia rural ha excedido gravemente la capacidad de Carolina del Sur para desarrollar salud vocacional accesible, salud mental y otros servicios en respuesta a sus necesidades y preferencias. Un tratamiento psiquiátrico insuficiente con duras desventajas sociales y económicas aquí es y en otras regiones rurales del sureste responden probablemente al estatus psiquiátrico y a un funcionamiento mas pobre de los afroamericanos comparados con otros grupos étnicos y raciales. El estudio de Gold et al., 2006 refuerza la importancia, al ser una economía rural como se ha descrito en este capítulo, la importancia de la integración de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales en los resultados de éxito para el logro del empleo competitivo que tomó la forma de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC /IPS).

El IPS como decíamos no solo ha sido evaluado en diferentes poblaciones (urbano vs rural) sino también en diferentes grupos étnicos (afroamericanos vs caucásicos vs latinos). Mueser et al., 2004 evaluó el IPS en participantes latinos. Ser latinos en Estados

Unidos tiene especialmente desventajas con respecto a los niveles de educación, trabajo y ganancias (Therrien et al 2000). A estos retos pueden añadirse las complicaciones de las personas latinas con problemas de trastorno mental severo por su tendencia a recibir menos servicios de salud mental (Padgett et al., 1994). La pregunta del estudio de Mueser et al 2004 era saber si el modelo del IPS podría ser efectivo en enganchar y retener a los participantes latinos en servicios vocacionales y entonces poder mejorar sus resultados de empleo. El estudio provee fuertes evidencias para los participantes latinos, IPS era más efectivo en mejorar resultados vocacionales, que el PSR o servicios estándar. Aunque no está claro que componentes del IPS son más críticos para mejorar los resultados, puede que la percepción de los demás haya sido un factor crítico en retener a los participantes en servicios vocacionales, similar al funcionamiento del PACT (Bond et al 2001). De hecho un estudio etnográfico como parte de este estudio encontró que especialista de empleo en IPS tenían más éxito en captar y retener los participantes latinos; y sus familias percibían a los servicios vocacionales como un gran beneficio para ellas (Alverson, et al., 2006).

Todos los estudios revisados están referidos al seguimiento de una cohorte de participantes en un solo lugar excepto el estudio multicéntrico de Cook (2005) muy próximo a la realidad clínica habitual. Este estudio aleatorio se realizó sobre siete cohortes de participantes en siete lugares (6 urbano, 1 rural), reuniendo la particularidad de reclutar las muestras más grandes de los estudios realizados hasta el momento y con notable variabilidad de modelos de SE. Ambos aspectos representan un salto en la ambición de los estudios de IPS, pero también, al aproximarse más las condiciones del estudio a las condiciones clínicas reales, sus resultados, aunque los valoramos como muy beneficiosos para el modelo de integración de los servicios de empleo con los servicios clínicos, deben ser interpretados cautelosamente, como asimismo reconocen los autores, ya que las condiciones experimentales probadas no eran idénticas a lo largo del periodo de recolección de los datos (algunos lugares 24 meses, otros 36 meses), y algunos sujetos recibieron sustanciales cantidades de servicios vocacionales. Además, es posible que a través de los diferentes lugares se desestimaran los efectos de SE relativos a las condiciones en las que hay pocos servicios de empleo y apoyos disponibles como es lo típico para la mayoría de pacientes externos psiquiátricos cuando intentan volver al trabajo. Dada la diversidad de los lugares y de los modelos probados, los resultados no obstante podrían sugerirnos la bondad de estos programas de SE por su potencial de aplicación para una gran variedad de participantes de los servicios, sin olvidarnos de reconocer que la mayoría de los participantes del estudio no lograron éxito en cada una de las medidas de resultados y sugiere necesidad de una continua mejoría de estos modelos. Deben examinarse los efectos del empleo con apoyo en ensayos multicéntricos, más grandes, dentro y fuera de los Estados Unidos, particularmente en países con altas tasas de desempleo y que tienen sólidos sistemas de bienestar social.

Este trabajo también muestra cómo las economías locales también pueden tener su influencia en las tasas de empleo competitivo. Controlando las características personales de los participantes (factores demográficos y estatus clínico) con un seguimiento de 24 meses, se encontró una interacción entre condición de estudio y tasas de desempleo, y nos sugiere que aquellos que intentan volver al trabajo en lugares con economías locales débiles, los servicios de empleo con apoyo de calidad, pueden aminorar los efectos del alto desempleo sobre los resultados de trabajo, si bien la fidelidad de la implementación en los diferentes lugares de las estrategias de acercamiento al empleo con apoyo no fue medido. Además el estudio fue realizado en un periodo de descenso de la tasa de empleo. Este estudio nos muestra que la presencia de los servicios de empleo pueden sobrellevar los efectos del mercado laboral. Aumentar la intensidad de los servicios de empleo y de los servicios de apoyo clínicos deben, según los autores, ser tomado en cuenta por los administradores, para aminorar los efectos de alto desempleo sobre los resultados de trabajo en la población con discapacidad psiquiátrica.

La retención en el programa de empleo IPS suele ser alta en la mayoría de los estudios revisados. Esto no sólo es debido a la efectividad relativa de este tipo de acercamiento en la obtención de un empleo competitivo, sino también está asociado a otros componentes muchas veces asociados con este programa. El trabajo de Mueser (2001) en Connecticut nos aporta algunos ingredientes críticos a este respecto. Los participantes en el programa de IPS en su estudio tenían significativamente mejores resultados de trabajo y especialmente trabajo competitivo que aquellos que participaron en el programa PSR o que recibieron servicios vocacionales estándar. Los efectos positivos del IPS parecen proceder, al menos parcialmente, de una gran habilidad para retener participantes en los servicios vocacionales gracias al uso de estrategias individualizadas y de búsqueda rápida de empleo, tratamiento asertivo voluntario, integración clínica y servicios vocacionales, que los otros dos programas no ofrecían. Las tasas de retención se mantuvieron a los dos años sobre el 90% para el IPS, comparado sobre el 50-60% para PSR y al menos 40% para servicios estándar en el segundo año. Aunque es posible en un programa retener a los participantes en servicios que no son efectivos en mejorar los resultados (ejemplo, trabajo) ofreciendo otros incentivos (ejemplo comida, socialización). La retención en servicios vocacionales puede ser condición necesaria pero no suficiente para mejorar empleo en personas con trastorno mental severo. EL IPS fue efectivo en retener a los participantes en el servicio y mejorando resultados de empleo. La inhabilidad de los servicios estándar incluyendo el programa de apoyo estándar para retener a los participantes en estos servicios en un largo plazo de tiempo, pueden deberse a limitaciones como falta de integración con los servicios de salud mental y equipos comunitarios asertivos, componentes centrales en el modelo del IPS (Bond et al, 2001). Ahora bien, los participantes en el programa del PSR informaron de incrementos satisfactorios de relaciones sociales comparados

con los participantes en servicios estándar o IPS, que no cambiaron. Por tanto, la participación en actividades sociales que eran fácilmente accesibles al programa del PSR podría haber ayudado a retener a sus participantes. Los resultados también sugieren una limitación del IPS que no se dirige completamente a las necesidades sociales de los participantes.

Resultados vocacionales

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. Así mismo, este tipo de estrategia puede extenderse a estadios iniciales de la psicosis, como fue el estudio realizado en Gran Bretaña por Rinaldi et al., 2004 utilizando un diseño pre-post, con una alta fidelidad al IPS, en un servicio de intervención temprana para jóvenes con primeros episodios psicóticos, obteniendo resultados prometedores, incrementando la tasa de empleo abierto del 10% al 28% en 6 meses con la estrategia IPS.

Las diferencias significativas de resultados vocacionales entre la estrategia IPS en comparación con las estrategias de Entrenamiento Prevocacional (todas en conjunto, o sobre cualquier variante) podrían ser explicadas de acuerdo a varios factores, que no tienen que ser independientes los unos de los otros. Un conjunto de factores interdependientes pueden aumentar o decrecer la efectividad de la estrategia del IPS. Estos factores pueden estar referidos a: 1) los diferentes principios que fundamentan las estrategias; 2) sexo; 3) los niveles educativos; 4) etnia y status social (Mueser, 2004); 5) sintomatología; 6) a los estilos de búsqueda del empleo activo versus pasivo (Alverson et al., 2006); 7) la integración vs separación de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales -esto en las economías rurales, como hemos visto, es un componente esencial- (Drake, 1999; Gold, 2006); 8) la libertad de elegir uno o varios proveedores de servicios; 9) la dificultad de implementación de los programas; 10) la rapidez en la búsqueda de los empleos (Mueser, 2004); 11) la tasa de desempleo mercado local (Cook, 2005); 12) la forma de reclutar a los participantes en el estudio (Lehman, 2002; Latimer, 2006); 13) presencia de programas de apoyo de acuerdo a las necesidades globales de los usuarios (Mueser, 2004).

En síntesis también se hace necesario mejorar la uniformidad de los modelos experimentales en los estudios multicéntricos, monitorizar la fidelidad al modelo IPS con

mayor exactitud y hacer citas más definitivas sobre la calidad de la implementación de los programas de empleo con apoyo. Sería deseable extender y poder generalizar estos hallazgos a países que tienen economías menos dinámicas, diferentes estructura social, o actitudes culturales distintas frente al trabajo. Una de las primeras iniciativas a este respecto, es la publicada, recientemente por grupo EQOLISE en un estudio multicéntrico en seis regiones europeas, demostrando que el IPS es eficaz en Europa, a pesar de las grandes diferencias existentes en cuanto a economías y mercados laborales con respecto a EE.UU, aunque la heterogeneidad del efecto del tamaño entre los 6 centros no fue estadísticamente significativa. Burns et al, en 2007 encontró que a diferencia de EE.UU, en Europa si afectó en contexto socioeconómico a la efectividad del IPS. Informaron que donde el IPS tuvo más éxito fue en los dos lugares donde la tasa de desempleo local era más baja que la tasa nacional. Los trabajadores del IPS parecían más capaces de encontrar empleo para las personas con TMG en puestos de baja cualificación en los contextos donde la economía era floreciente. Si constata en este estudio que las tasas de desempleo local si afecta a la eficacia del IPS, siendo más fácil conseguir empleos para personas con TMG en puestos no cualificados, en el contexto de una economía local boyante. No obstante, nuestra experiencia en Canarias, con una tasa de desempleo que ha oscilado, según el informe del Instituto Canario de estadística, de 11.96 (2004) a 28.70 (2010), podríamos adelantar que la estrategia del IPS también es efectiva en mercados limitados desde del punto de vista poblacional y económico, como es un territorio archipelágico fragmentado, y con alta tasa de desempleo y un sólido sistema de protección sanitaria y social. Asimismo habría que controlar en los diseños y en sus análisis de resultados si las dificultades de reducir la bolsa de no empleables obedece a factores del mercado laboral locales, a la idiosincrasia de un subgrupo de participantes, a las dificultades de implementación de los recursos, a la ausencia o debilidad de los sistemas de salud mental o del seguimiento comunitario, a la excesiva protección de las familias, o los fuertes sistemas de apoyo y protección social.

Es necesario pensar como se refuerza el mantenimiento en el empleo. El mantenimiento del empleo es un reto. El empeoramiento neurocognitivo y de las habilidades interpersonales, en opinión de Lehman (2002), pueden jugar un papel importante. El hecho de que las personas con trastornos mentales graves y persistentes trabajen en servicios básicos a tiempo parcial y sea preferido por ellos, puede ser atribuido a numerosos factores. El comienzo de la enfermedad psiquiátrica en los inicios de la edad adulta puede limitar la educación de las personas y desanimarles para la búsqueda de metas ambiciosas, pudiendo aceptar pasivamente este estatus algunas veces problemático, pudiendo reflejar hipotéticamente la insatisfacción de las personas con el empleo -por su salario o conflictos interpersonales en el ámbito laboral- que les impiden avanzar para obtener ganancias más altas. La mayoría de los expertos están de acuerdo en que para personas con TMG e historia de trabajo limitada, el mantener

el trabajo competitivo puede incrementar las oportunidades de recobrar papeles de adulto con valor, aumentar su involucración en la comunidad y permitirles avanzar hacia la autosuficiencia económica. Aunque esto depende de los ingresos sin tener en cuenta el tipo de empleo.

La duración o la permanencia en el empleo puede estar relacionada con numerosas variables, tales como el emparejamiento con el puesto de trabajo de acuerdo con las preferencias personales de los participantes y la satisfacción con el empleo (Mueser 2001), las habilidades interpersonales (Rodríguez Pulido, 2009), el funcionamiento cognitivo (Mueser, 2003; Bell, 2001; McGurk, 2003), los apoyos en el lugar de trabajo (McGurk, 2004), la promoción de incentivos para continuar trabajando y desarrollar su carrera profesional (Gold 2006), o la continuidad de los apoyos sin límites (Banks, 2001). Latimer (2006) comprobó, paradójicamente, como la variedad de alternativas disponibles al empleo competitivo, como empleo transicional y el protegido, parece haber disminuido la atracción relativa del empleo competitivo para los participantes y también particularmente para los empleados primerizos de apoyo al empleo, ejerciendo esa variedad como fuerza disuasoria para los que se acercan por primera vez al empleo competitivo.

La permanencia en el empleo puede también estar relacionada con el tipo de intervención y con la continuidad o no de los cuidados de los servicios vocacionales (apoyo limitado vs apoyo ilimitado). McHugo (1998) al examinar la persistencia de los resultados de empleo dos años después de la fase experimental, concluyó que los participantes de IPS que recibieron apoyo continuo en la fase de extensión fue asociado con altas proporciones de empleo (78.6%), mientras que la mayoría de los participantes en el grupo de Entrenamiento de Habilidades Prevocacionales, quienes informaron que recibieron apoyo no permanecieron en GST (o proveedores similares) y en cambio recibieron servicios de apoyo de IPS (69.7%), sin evidencia de que los cambios le beneficiaron. Este resultado tiene que ser interpretado con prudencia, ya que la forma de IPS fue menos intensiva y no cumplía con los criterios de fidelidad al modelo, lo que junto con el retraso en ayudar a buscar los empleos competitivos explicarían la no evidencia de cambios, por lo que la intervención podría haber sido menos efectiva. Además, en la fase de extensión los sujetos no fueron aleatorizados a las opciones de servicios y la medición en la cuantificación de los servicios vocacionales recibidos por los participantes ofrece serias dudas.

Otra de las posibilidades explicativas mas plausibles de las diferencias en el logro del empleo competitivo puede venir de la consideración de que en EE.UU, en un servicio vocacional estándar, un paciente de salud mental recibe atención en los centros comunitarios de una agencia y los servicios vocacionales de otra agencia. Los defensores de este sistema separado, consideran que esta manera organizativa tiene la ventaja de la especialización de los servicios vocacionales, evitar el estigma de tratamiento en

salud mental y desarrollar una cultura de altas expectativas. En la práctica, lo cierto es que agencias separadas y paralelas tienen dificultades de cooperar y diseñar intervenciones individualizadas. El programa IPS supera estas dificultades de comunicación al juntar las experiencias de los especialistas de empleo con los profesionales de los servicios de salud mental a través o los "case management" o el "tratamiento asertivo comunitario".

La manera de reclutar a los pacientes puede tener una repercusión en los resultados. Es probable que en el estudio de Lehman (2002), se reclutara a pacientes poco motivados, los cuales habrían sido excluidos de los estudios de Drake (1996), y esto puede haber contribuido a tasas de empleo inferiores en su estudio. Más impactante es la baja tasa de empleo de los pacientes de la comparación de Lehman (2002), un 115 frente al 46% del estudio de Washington. Esto puede reflejar dos influencias, los niveles severos de discapacidad y las desventajas entre el estudio de Lehman (2002), y las diferencias en las condiciones de comparación. La tasa de abuso de sustancias de los participantes en el trabajo de Lehman (2002) fue considerablemente más alta (40% vs 24%). Los análisis multivariantes revelaron que el abuso de sustancias predecía negativamente de forma significativa los resultados de empleo. Además en el estudio último citado hubo altos niveles de hospitalizaciones previas, una media de más de 11 hospitalizaciones de media en sus vidas. Otro posible factor a tener en cuenta es la naturaleza de la condición de comparación. A los pacientes se les ofreció un programa de rehabilitación psicosocial comprensivo, sólo un componente del cual fue un servicio vocacional. Los pacientes comparados a menudo no optaron por utilizar estos servicios y ese programa no alcanzó asertivamente a enganchar a sus pacientes. En contraste, el grupo de comparación de Drake (1999) en Washington DC recibió servicios de rehabilitación vocacional tradicional coordinados por un coordinador vocacional in situ. La explicación que Lehman (2002) nos ofrece es que la baja tasa de empleo en el grupo de comparación es atribuida al alto nivel de discapacidad de la muestra y al fracaso en el acceso a los servicios vocacionales.

Si la integración de los servicios de apoyo al empleo y los servicios de salud (Drake 1999), o en su forma de ACT-IPS (Gold 2006), es requisito para mayor éxito en los resultados, también cabría preguntarse en esta línea si la posibilidad de elección entre uno o varios proveedores de servicios de empleo o rehabilitación vocacional está asociado con mejores resultados. A diferencia del estudio en New Hampshire donde se ofreció en los servicios de rehabilitación vocacional solo una posibilidad de proveedor de entrenamiento prevocacional, en el estudio de Columbia (Washington) se ofreció a los participantes la posibilidad de elegir -este distrito lo hacía factible- cualquiera de los proveedores de la amplia variedad de agencias de rehabilitación y además se corrigió la hipotética ineficacia administrativa de estas agencias al colocar un consultor en las mismas. El fracaso en los resultados primarios vocacionales del Entrenamiento Pre-

vocacional mejorado, en el Estudio de Columbia, al no poder ser atribuido entonces al rendimiento ineficiente de un proveedor o de varios proveedores al subsanar las ineficiencias de la administración de los servicios de rehabilitación, nos hace pensar que la no confirmación de esta hipótesis descansa en los diferentes principios que mueven ambas estrategias.

La importancia de la búsqueda rápida de empleo se nos presenta como otro de los ingredientes críticos del éxito de la estrategia de empleo con apoyo IPS. Mueser (2004) al analizar por qué obtenían tasas empleo competitivo tan sustancialmente bajas en la estrategia PSR comparada con el IPS, sugiere que el énfasis en el PSR en desarrollar habilidades de trabajo y empleo transicional no era tan efectivo en ayudar a los participantes a obtener empleos competitivos, como la rápida búsqueda de empleo individualizado en los acercamientos de apoyo de IPS. Sus resultados son consistentes con otras investigaciones que indican que el retraso de la búsqueda de empleo competitivo en participantes con TMG reduce probabilidad de los participantes para obtenerlo (Bond, 1995). Solamente una minoría de participantes, según la evidencia disponible, que participó en empleo transicional progresó a trabajos competitivos.

El proceso de recuperación de las personas se fundamenta en el derecho y el valor de la libertad de elección como uno de los componentes esenciales. Se trabaja en la hipótesis de si las preferencias personales pueden incrementar la duración del empleo y la satisfacción con el trabajo, mejorando la motivación para permanecer en el empleo. Algunas opiniones tradicionales están basadas en la asunción de que las personas con trastorno mental grave y persistente no tienen preferencias de empleo realistas y necesitan educación y consejos para ayudarlos a realizar una buena elección, y debido a esto en otros programas de entrenamiento prevocacional les hacen incorporarse un tiempo limitado a las oportunidades desarrolladas por la agencia, sin respeto a las preferencias individualizadas. Las preferencias de empleo de los participantes pueden jugar un papel crítico en la duración o permanencia en los puestos de trabajo y en la satisfacción con el empleo. Pese a lo que frecuentemente se piensa, los participantes en los estudios (Mueser 2001, 2004), tienen una preferencias de empleo realistas y estables en el tiempo, y hay pues una tendencia favorable para ser evidente la relación entre preferencias de empleo, la duración de empleo y la satisfacción con el empleo.

Mueser (2001) encuentra que los participantes que obtuvieron empleos que emparejaban con sus preferencias mostraban casi dos veces mayor permanencia en el empleo que los participantes que no emparejaban sus preferencias de trabajo. Este efecto ocurrió sólo el grupo de IPS. Sin embargo, en cuanto a la satisfacción, no aparecieron diferencias significativas. Estudios de muestras más grandes y de características similares e instrumentos de medida comparables se hacen necesario para la consolidación científica de la asociación de estas variables.

En cualquier caso, recomendamos profundizar en la fortaleza científica de los hallazgos no vocacionales, para lo cual sería necesario realizar estudios con muestras más grandes, mayores tiempos de seguimiento, con más de un lugar de estudio, y analizar detenidamente la cuestión de la sensibilidad de las medidas de cambio.

Resultados no vocacionales

Si bien se reconoce que el empleo tiene un resultado valioso para el usuario, muchos profesionales, miembros de la familia, usuarios y personas en general temen las consecuencias de trabajar. Simplemente, muchos creen que el trabajo es demasiado estresante. Además, muchos suponen que algunos usuarios son muy frágiles, creyendo que el trabajo alterará su equilibrio y que el empleo puede conducir a una recaída, que contraindique el regreso a un programa vocacional. Relacionadas con estas creencias se encuentra el hallazgo en una encuesta nacional de prácticas de tratamiento entre los psiquiatras en los que ninguno de los 107 pacientes con esquizofrenia desempleados estaban recibiendo ningún tipo de rehabilitación para el empleo (West et al., 2005). En pocas palabras, muchos psiquiatras son reacios a fomentar a sus pacientes la búsqueda de ayuda profesional. Del mismo modo, los administradores de casos ha puesto en duda que los usuarios con SMI están demasiado enfermos para trabajar (Braitman et al., 1995; Crane-Ross, Roth, y Lauber, 2000). De hecho, las demandas al principio de empezar el empleo son estresantes, en particular por el ritmo rápido (Ehrenreich, 2001) típico de los puestos de trabajo y que las personas con enfermedad mental grave obtienen para la reanudación de su vida laboral. Sin embargo, las recomendaciones clínicas desalientan la búsqueda de empleo a menudo descuidando las consecuencias del desempleo. Como Marrone y Golowka (1999) preguntan: "Si el trabajo enferma a las personas con enfermedad mental, ¿qué causa el desempleo, la pobreza, y el aislamiento social?" En la población en general, los efectos del desempleo incluyen el aumento de abuso de sustancias, los problemas físicos y los trastornos psiquiátricos, acompañado de disminución de la autoestima, la pérdida de contactos sociales, la alienación y la apatía (Warr, 1987). Muchos de estos resultados, por supuesto, se encuentran en la población psiquiátrica. Algunas de las secuelas psicosociales atribuibles a una enfermedad mental grave son casi con toda seguridad relacionadas con la "exclusión social" (Grove, Secker, Seebomh, 2005), es decir, el efectos acumulativo de los que viven fuera de la corriente principal de la sociedad. Las personas con enfermedad mental grave que no tienen trabajo pasan mucho más tiempo durmiendo y participando en ocio pasivo (por ejemplo, ver televisión) – aumentado a más de 4 horas por día en comparación con los generales de trabajo población (Hayes y Halford, 1996; Krupa, McLean, Eastabrook, Bonham, y Baksh, 2003). En los primeros años de desinstitucionalización, varios estudios sugieren influyentes efectos nocivos de las "altas expectativas de los programas" para los pacientes dados

de alta que tras su prolongada estancia en el hospital (Goldberg, Schooler, Hogarty, y Roper, 1977). Sin embargo, los estudios que evalúan directamente los posibles efectos adversos del IPS se han equivocado en detectar los resultados negativos. Por ejemplo, dos estudios de la conversión del tratamiento de día a IPS revisados, evaluó cambios en las tasas de intentos de suicidio, hospitalizaciones, encarcelamientos, falta de vivienda, y en el abandono del programa (Drake et al., 1994; Drake et al., 1996.). Un tercer estudio de este grupo examinó los síntomas psiquiátricos y de hospitalización (Becker, Bond et al., 2001). La hipótesis general fue que la sustitución de tratamiento de día por apoyo con los más exigentes programas IPS sería estresante y conducirían a resultados negativos. De hecho, no hubo ningún cambio que apoyara la hipótesis de los resultados negativos de IPS, el único cambio significativo fue una reducción de la tasa de hospitalización en un estudio.

Otra prueba de la hipótesis de los efectos secundarios negativos de la IPS viene de ensayos controlados (Bond, Drake et al., 2008). En algunos estudios, se controlaría la configuración del trabajo (por ejemplo, empleo protegido) que teóricamente sería menos estresante. Por otra parte, la proporción de participantes a IPS que han obtenido puestos de trabajo competitivos han superado con creces a los controles en todos los estudios. Si el trabajo lleva al deterioro, entonces podríamos hipotetizar más resultados negativos para los participantes a IPS. Sin embargo, ninguno de los estudios documentados de IPS han aumentado las tasas de hospitalización psiquiátrica para el grupo de IPS, en comparación con los controles. En un estudio, el grupo IPS tuvo significativamente menos días hospitalizados que los controles (Burns et al., 2009). Otro estudio encontró de manera significativa la reducción de la hospitalización para ambos grupos, IPS y controles (Kukla, 2009). Un tercer hallazgo es que se registran menos visitas a urgencias y hospitalización psiquiátrica para los usuarios de IPS en comparación a los controles (Henry, Lucca, Bancos, Simón, y Page, 2004). Burns et al., 2007, encontró en sus resultados que tener empleo no perjudica al bienestar ni a la recaída clínica, que estaba medida con el número de ingresos psiquiátricos por lo que rompe con algunas creencias de que el estrés del trabajo competitivo puede influir negativamente.

La conclusión general a partir de estudios controlados es que los servicios de IPS por sí solos tienen poco impacto directo, positivo o negativo, sobre los resultados no vocacionales, incluyendo los síntomas psiquiátricos, calidad de vida, funcionamiento social y la autoestima. Una hipótesis más refinada, sin embargo, ha recibido cierto apoyo. En concreto, se ha formulado la hipótesis de que el impacto de IPS en resultados no vocacionales está mediado por mantener un trabajo competitivo. Los análisis secundarios, de 4 IPS con ensayos controlados examinó el impacto longitudinal de un empleo competitivo en los resultados no vocacionales sin un diseño longitudinal (Bond, Resnick et al., 2001 et al. Burns, 2009; Kukla, 2009; Mueser et al., 1997). Estos

estudios fueron diseños observacionales, pero cada uno trató de controlar las características iniciales para descartar las diferencias iniciales (es decir, los sesgos de selección). En general, estos estudios sugieren que un período significativo de un empleo competitivo se asocia con una mejora en el tiempo en control de los síntomas, calidad de vida, autoestima, y el funcionamiento social en comparación, al grupo que no trabajaba. En otras palabras, los "efectos secundarios" de un empleo competitivo son más positivos que negativos.

Además recientemente se han comenzado a desarrollar intervenciones específicas que integradas en el modelo IPS puedan mejorar los resultados. En este sentido, se vienen desarrollando programas de entrenamiento en rehabilitación cognitiva dirigidos a mejorar el funcionamiento cognitivo valorando sus efectos sobre los programas de rehabilitación vocacional (Bell, 2001; Bell, 2004; Bell, 2005). En esta línea, McGurk (2005, 2007) nos presenta resultados alentadores de una evaluación aleatorizada, con periodos de seguimiento diferentes (1 año y 2-3 años respectivamente) sobre los efectos del programa de entrenamiento cognitivo para apoyo al empleo: "Programa de Habilidades de Pensamiento en el Trabajo". En este programa, el entrenamiento cognitivo es proporcionado por especialistas cognitivos que trabajan en colaboración con especialistas de apoyo al empleo para proveer remediación cognitiva y desarrollar estrategias compensatorias para discapacidades cognitivas que interfieren con el funcionamiento en el trabajo. Lo relevante de este hallazgo es que los pacientes con fracasos de empleo -despido de un trabajo mantenido durante menos de tres meses, o abandono de un trabajo sin otro para sustituirlo después de menos de tres meses de empleo- que fueron reclutados para apoyo al empleo, al ser evaluados a los dos o tres años, tenían más posibilidades de trabajar, mantenían más empleos y trabajaban más horas y ganaban más salarios. No obstante no está claro si las mejoras de funcionamiento cognitivo, de los síntomas o de otros factores contribuyen a la mejoría de los resultados vocacionales, así como también se requiere determinar qué componentes del entrenamiento cognitivo tienen mayor peso en los resultados. especialista de apoyo al empleo.

En relación a los costes, un análisis de costes de 2004, de 7-IPS con alta fidelización a los programas que se representan en diferentes regiones del EE.UU., incluyendo tanto los sitios rurales y urbanos, mostró una estimación de que los costos anuales directos por usuario atendido varió de 1.400 dólares a casi US \$ 7.000 (Latimer, Bush, Becker, Drake, y Bond, 2004). La mayoría de las variables influyentes en la determinación de los costos fue el tamaño del número de casos, suponiendo una carga de trabajo típica de 18 usuarios, las cuentas anuales por usuario y los costes directos de IPS se estimó en \$ 2,500. Mientras que un punto de partida de este estudio descriptivo, no responde a la cuestión de la rentabilidad: ¿Es caro el IPS

comparado con otras alternativas? En comparación a los servicios de tratamiento de día, parece que IPS tiene menos mano de obra intensiva y por lo tanto es menos costoso, aunque el análisis de costos no han sido definitivo (Clark, Bush, Becker, y Drake, 1996).

Centrándose en la ley federal de rehabilitación vocacional del estado del sistema, Cimera (2008) estimó anualmente los gastos per cápita para los usuarios de empleo con apoyo en un rango de \$ 2.579 a \$ 3.846 para usuarios con discapacidades psiquiátricas, en comparación con \$ 4.683 para todos los usuarios de empleo con apoyo incluidos en la rehabilitación profesional. Este análisis sugiere que es menos costoso para financiar los servicios de empleo para los usuarios con discapacidades psiquiátricas que otras discapacidades.

La línea más prometedora de la investigación examina la hipótesis de una reducción a largo plazo en el tratamiento de los costos de salud mental cuando los usuarios con SMI vuelven a trabajar, que ha sido demostrado en un estudio (Bush, Drake, Xie, McHugo, y Haslett, 2009). Un estudio a corto plazo apoya también la idea de una reducción en los costos de tratamiento de salud mental, principalmente en los costos de los tratamientos de día (Bond, Miller, y Dietzen, 1992). Otra fuente de mayor costo que se reduce son las hospitalizaciones psiquiátricas, tal como fue revisado en la última sección. Un estudio de la "Base de rehabilitación vocacional y la comunidad" encuentra una caída en picado de hospitalizaciones psiquiátricas después de la inscripción en los servicios profesionales (Jaeger et al., 2006), lo que incrementa la credibilidad a esta hipótesis.

Otra hipótesis actual es que la intervención en la psicosis temprana reducirá la discapacidad y otros gastos añadidos (Hsiao, 2008). Un elemento central de este enfoque es IPS (Killackey, Jackson, y McGorry, 2008; Mayor et al.; De 2009 Nuechterlein et al., 2008 Rinaldi et al., 2004). Un estudio anterior sugirió ahorros de costes significativos con la intervención temprana de este grupo (Mihalopoulos, Harris, Henry, Harrigan, y McGorry, 2009). Los modelos económicos se utilizaron para estimar el impacto sobre el presupuesto federal, si el IPS estaba disponible a gran escala (Drake et al., 2009). Varios escenarios económicos fueron considerados, y en algunos supuestos, el modelo económico propuesto supuso modestos ahorros.

En resumen, el coste de los análisis de algunos de IPS se han completado. En comparación con muchos servicios de salud mental, el IPS es relativamente barato. Sin embargo, es evidente que los beneficios económicos de una menor dependencia del sistema de salud mental puede producir ahorros de costes significativos con el tiempo en la salud de las personas con TMG.

BIBLIOGRAFIA

- Alverson, H. Carpenter F. Drake R.E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;30;1:15-22.
- Banks B.S. Grossi Ch.T. Mank. D. (2001). Workplace Support Job Performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation* ;24;(4);389-396.
- Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52, 351-357.
- Bell MD, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler RE. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. *Arch Gen Psychiat* ;58:763–768.
- Bell MD.- Fiszdon J. Bryson G. et al., (2004). Effects of neurocognitive enhancement therapy in schizophrenia: normalization of memory performance. *Cognit Neuropsychiatry* ;9(3):199-211
- Bell MD, Bryson G.J. Greig TC. Fiszdon JM, Wexler BE.(2005). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. *J Rehab Res Dev* ;42:829-838.
- Bond, G. R., Miller, L. D., & Dietzen, L. L. (1992). Final report on SSA Supported Employment Project for SSI/SSDI Beneficiaries with Serious Mental Illness (Social Security Administration Grant No. 12-D-70299-5-01)
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., Miller, L. D.(1995) Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* ;40: 91–111
- Bond, G.R.; Vogler, K.M.; Resnick, S.G. et al. (2001). Dimensions of supported employment factor structure of the IPS Fidelity Scale. *Journal Mental Health* ;10;383-393
- Bond G.R. Drake R.E. Mueser K.T. Latimer E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients Disease Management and Health Outcomes, ;9:141-1159.
- Bond G.R. Becker D.R. Drake R.E. Rapp C.A. Meisler N. Lehman A.F. et al.(2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*:52(3):313-321.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ;69, 489–501.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-290.
- Braitman, A., Counts, P., Davenport, R., Zurlinden, B., Rogers, M., Clauss, J., Kulkarni, A., Kymla, J., & Montgomery, L. (1995). Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(1), 3-18.
- 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.(2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*.29;370(9593):1146-52.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., & Lauber, C. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 949-958.
- Bush, P. W., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Haslett, W. R. (2009). The long-term impact of employment on mental health service use and costs. *Psychiatric Services*, 60, 1024-1031.
- Cimera, R. E. (2008). The costs of providing supported employment services to individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 110-116.

- Clark, R. E., Bush, P. W., Becker, D. R., & Drake, R. E. (1996). A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 24, 63-77.
- Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., Gold, P.B., Goldberg, R. W., Mueser, K.T., Toprac, M.G., McFarlane, W.R., Shafer, M.S., Blankertz, L.E., Dudek, K., Razzano, L.A., Grey, D.D., & Burke-Miller, J. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness.
- Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S., Blyler, C.R., Toprac, M.G., Razzano, L.A., Burke-Miller, J.K., Blankertz, L.E., Shafer, M.S., Pickett-Schenk, S.A., & Grey, D. D. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1948-1956.
- Crane-Ross, D., Roth, D., & Lauber, B. G. (2000). Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support service needs. *Community Mental Health Journal*, 36, 161-178.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., & Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitation day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30, 519-532.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Biesanz, J.C., Wyzik, P.F. Torrey, W.C.(1996) Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatric Services*, ;2:1125-1127
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R., Quimby, E.(1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*;56: 627-633.
- Ehrenreich, B. (2001). *Nickel and Dimed*. New York: Henry Holt.
- Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: The 95% problem. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 677-678.
- Goldberg, S. C., Schooler, N. R., Hogarty, G. E., & Roper, M. (1977). Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 34, 171-184.
- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A.B., Carnemolla, M.A., Williams, O.H. & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 378-395.
- Grove, B., Secker, J., & Seebohm, P. (Eds.). (2005). *New thinking about mental health and employment*. Abingdon, UK: Radcliffe Publishing.
- Hsiao, J. K. (2008, January 11). *Recovery After an Initial Schizophrenic Episode (RAISE) NAMHC Concept Clearance*.
- Hayes, R. L., & Halford, W. K. (1996). Time use of unemployed and employed single male schizophrenic subjects. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 659-669.
- Jaeger, J., Creech, B., Glick, B., Berns, S., Douglas, E., & Kane, J. (2006). Community-based vocational rehabilitation: effectiveness and cost impact of a proposed program model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 452-461.
- Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry*, 193, 114-120.
- Krupa, T., McLean, H., Eastbrook, S., Bonham, A., & Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for clients of assertive community treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 558-565.
- Kukla, M. E. (2009). *The relationship between employment status and nonvocational outcomes for persons with severe mental illness enrolled in vocational programs: A longitudinal study*. Unpublished dissertation, Indiana University-Purdue University Indianapolis, Indianapolis.

- Latimer, E., Bush, P., Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2004). How much does supported employment for the severely mentally ill cost? An exploratory survey of high-fidelity programs. *Psychiatric Services*, 55, 401-406.
- Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St. Pierre, M., Therrien, C., & Xie, H. (2006). Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment: Results of a Canadian randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
- Lehman, A.F.; Goldberg, R. et al. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59, 2: 165-172.
- Marrone, J., & Golowka, E. (1999). If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 187-193.
- Major, B. S., Hinton, M. F., Flint, A., Chalmers-Brown, A., McLoughlin, K., & Johnson, S. (2009). Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, online first.
- McGurk S.R, Mueser K.T. (2003) Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *Nervous and Mental Disease*; 191:789-798.
- McGurk S.R, Mueser K.T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research* :70:147-174.
- McGurk S.R., Mueser K.T., Pascaris A. (2005) Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* 31[4], 898-909.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. (2007). Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 164[3], 437-441.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., & Becker, D.R. (1998). The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 55-61.
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., & McGorry, P. (2009). Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 909-918.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Mueser K.T. Salyers M.P. Mueser P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 27:281-296.
- Mueser K.T, Becker D.R. Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *J Ment Health*; 10:411-417.
- Mueser K.T, Foy D.W, Carter M.J. (2003). Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification* ;27:387-411.
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., Mchugo, G. J., Bond, G. R., Becker, D. R., Essock, S. M., Wolfe, R., & Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479-490.
- Mueser, K. T., Essock, S. M., Haines, M., Wolfe, R., & Xie, H. (2004). Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectrums*, 9, 913-925.
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R., Ventura, J., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2008). Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 340-349.

Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., Schlesinger, H. J. (1994). Women and outpatient mental health services: Use by Black, Hispanic, and White women in a national insured population. *Journal of Mental Health Administration*;21, 347–360.

Rinaldi, M., McNeil, K., Finn, M., et al. (2004) What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin*;28, 281-284.

Rodríguez Pulido, F. Tallo Valdana, E. Tost Pardell, L. Perestelo Pérez, L. Pérez Ramos, J. Rivero Santana, A. González Lorenzo, M. Rodríguez García, Á. Hernández A de Sotomayor, C. (2007). Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESC Num. 2007/12.

Rodríguez Pulido, F. (2009). La experiencia de Tenerife en la inserción rápida en el empleo ordinario. En Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Fundación canaria de salud y sanidad de Tenerife

Therrien, M., Ramirez, R. R. (2000). The Hispanic Population in the United States: March 2000 (Rep. P20–535). Washington, DC: U. S. Census Bureau.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

West, J. C., Wilk, J. E., Olsson, M., Rae, D. S., Marcus, S., Narrow, W. E., Pincus, H. A., & Regier, D. A. (2005). Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. *Psychiatric Services*, 56, 283-291.

Capítulo IV

El desarrollo en Tenerife de los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE)

Rodríguez Pulido, F; Caballero Estebaranz, N; Tallo Aldana, E; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C; Vílchez de León,PI; López Reig, S.

El Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.), es uno de los recursos establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P.), con el objetivo general de apoyar en el empleo a aquellas personas con problemas de Salud Mental a través de una atención individualizada y especializada.

La finalidad del Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.) 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 recibirán un apoyo continuo y flexible por parte del equipo, tanto en la fase del logro del empleo, como en la continuidad del mismo.

Los Equipos de Apoyo individualizado al Empleo se crean en el año 2003 con el objetivo de favorecer la integración rápida al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración, siguiendo la evidencia científica en el campo de la salud mental. Es una estrategia novedosa y que rompe con la rehabilitación vocacional tradicional.

La gestión indirecta de los equipos fue depositada a Sinpromi, S.L., a través de un convenio con el Instituto de Atención Social y Sociosanitario a través de la Unidad Orgánica de Discapacidad. Al ser recursos incluidos en el marco del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial y por extensión en el PAD, son financiados por el Gobierno de Canarias y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife. La supervisión y evaluación es realizada por el Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial

de Tenerife como técnico del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria.

Están formados por Técnicos de Empleo, licenciados en Psicología con formación específica en salud mental que se distribuyen por las distintas zonas geográficas de la isla. Actualmente hay cinco técnicos de empleo distribuidos geográficamente por toda la isla.

1. El EAIE de la zona Norte tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Santa Úrsula y Buenavista del Norte, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de La Vera y la USM de Icod.
2. El EAIE de la zona de La Laguna tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde La Laguna hasta la Victoria, ambos inclusive, trabajando en red con el HUC, la USM de La Laguna y USM de Tacoronte.
3. El EAIE de la zona metropolitana tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Santa Cruz hasta Arico, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de Ofra y USM de Salamanca.
4. El EAIE de la zona Sur tiene como área de actuación los municipios comprendidos desde Granadilla hasta Santiago del Teide, ambos inclusive, trabajando en red con la USM de El Mojón y la USM de Adeje.
5. El EAIE de la zona ECA se encargará del empleo rápido en las personas que residen en las distintas modalidades de alojamiento en toda la isla.

El objetivo general de los EAIE es apoyar en el empleo a aquellas personas con problemas de Salud Mental Grave y Persistentes a través de una atención individualizada y especializada.

La finalidad del Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.) 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 recibirán un apoyo continuo y flexible por parte del equipo, tanto en la fase del logro del empleo, como en la continuidad del mismo.

El acceso al Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.) para personas con discapacidad derivada de una enfermedad mental crónica, se iniciará previa indicación del/la psiquiatra responsable del/la usuario/a.

Funciones de los EAIE:

1. Valorar a los usuarios/as derivados para su posterior incorporación al servicio.
2. Formar y Orientar laboral y profesionalmente a los beneficiarios/as del servicio.

3. Concienciar al mercado de trabajo (empresas públicas, privadas, sindicatos, etc.) sobre la capacidad de los/as trabajadores/as con problemas de salud mental crónica.
4. Buscar un puesto de trabajo, que tenga en cuenta las capacidades y habilidades de las personas con problemas de salud mental crónica, usuarias del recurso.
5. Mantener y Consolidar el puesto de trabajo por medio del apoyo y seguimiento individualizado a través del servicio y en red con el resto de recursos.

Objetivos de los EAIE:

- Favorecer de forma rápida la inserción de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración en el mercado laboral ordinario.
- Ofrecer el acompañamiento, apoyo y seguimiento individualizado según el perfil de cada persona con el fin de acceder, mantener y consolidar el empleo, del modo más autónomo e integrado que sea posible en cada caso.
- Sensibilizar, asesorar e informar a las empresas en materia de integración para el empleo de las personas con trastorno mental severo.
- Abrir y consolidar la colaboración con el mundo empresarial, instituciones y asociaciones para lograr el incremento de oportunidades de integración en el empleo de estas personas.
- Remover los obstáculos que dificulten la integración laboral de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente.

Acciones realizadas:

- Realizar entrevistas de orientación y asesoramiento a usuarios/as, con todo tipo de discapacidad de salud mental.
- Censar a usuarios/as en la base de datos de Sinpromi, incorporándolos en el Censo de personas con Discapacidad de Tenerife.
- Valorar a los usuarios que cumplen el perfil para el EAIE.
- Registrar los datos obtenidos en la base de datos informatizada específica para el EAIE.
- Elaborar informes de alta, baja y no inclusión en el recurso.
- Reuniones mensuales con las unidades de salud mental.

- Reuniones semanales entre la coordinadora y todo el equipo.
- Reuniones con el Director del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife.
- Reuniones con los preparadores laborales de las asociaciones y terapeutas ocupacionales.
- Informar y asesorar sobre ofertas de empleo, adecuadas al perfil de los usuarios/as.
- Visitas a empresas para buscar ofertas de empleo según las preferencias de los usuarios y su perfil.
- Realizar seguimientos con el usuario fuera de su puesto de trabajo.
- Gestión de ofertas de empleo y continuación de todo el proceso de selección, la formalización del contrato/os. Este proceso abarca las siguientes tareas:
 - Reunión con empresarios/as y cumplimentación del soliper y la ficha de análisis del puesto.
 - Búsqueda de candidatos de la base de datos informatizada y elaboración del listado de aquellos que cumplen el perfil del puesto solicitado.
 - Adaptación de entrevistas de selección en función del perfil del trabajador solicitado por la empresa.
 - Contacto telefónico, con todos/as los/as usuarios/as preseleccionados/as.
 - Realización de entrevistas a aquellos/as usuarios/as que cumpliendo el perfil se muestran interesados/as en el puesto ofertado.
 - Elaboración de informe de candidatos/as, para la empresa, e informes de selección.
 - Concertar una entrevista entre la empresa y los /as candidatos/as seleccionados/as. Si es necesario acompañamiento a dicha entrevista.
 - Contacto telefónico con la empresa, para conocer el resultado de la selección.

Criterios de entrada a los EAIE

Para acceder a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE), las personas serán derivadas desde los Equipos Comunitarios de Salud Mental, el Equipo Comunitario Asertivo o los Centros de Recuperación Psicosocial (CRPS) o Comunitarios y deberán cumplir con los siguientes criterios:

- Tener discapacidad por trastorno mental de larga duración preferentemente entre 18 y 50 años.

- Ser atendido, derivado y en seguimiento por los Servicios de Salud Mental de referencia o los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).
- No encontrarse en fase aguda de la enfermedad.
- Deseo manifiesto de empleabilidad y motivación para su logro.
- Tener Calificación de minusvalía vigente o en tramitación.
- Compromiso de la persona, y en su caso de la familia, de colaborar en su proceso de integración en el empleo.

Estos criterios están basados en los principios de apoyo individualizado de Bond (1998).

Los técnicos del EAIE realizan la valoración completa en 3 ó 4 sesiones (véase anexo). Concluidas las valoraciones, los resultados obtenidos pueden ser que la persona pase a formar parte de equipo de empleo o bien podrá ser remitido a otros recurso, o simplemente, valorar que no reúne los criterios operativos de empleabilidad.

A efectos de la inserción laboral y el seguimiento y apoyo adecuado la ratio no puede superar de veinticinco usuarios por técnico de empleo. Los/as psiquiatras responsables del seguimiento terapéutico de los/as usuarios/as, tanto los de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (U.S.M.C.) o privado remitirán el Documento Integral de Derivación a:

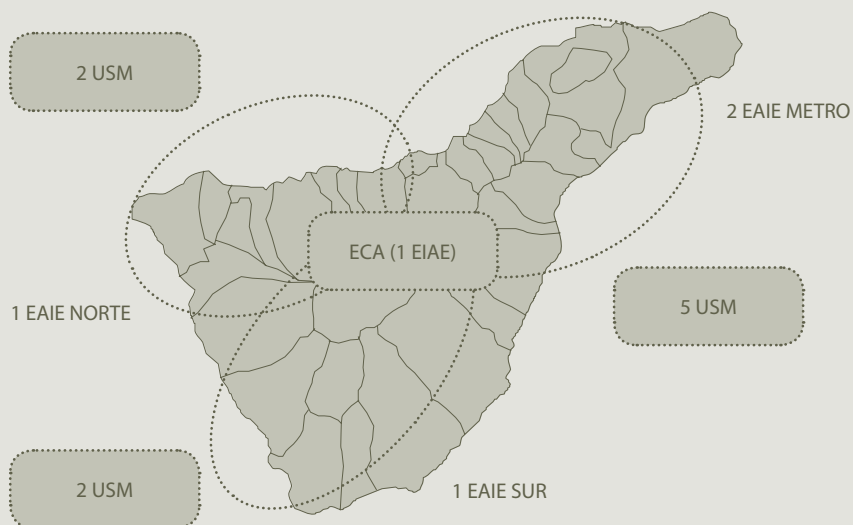
- SINPROMI S.L.
- Unidad de la Discapacidad (IASS)

Los usuarios/as del Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.) pueden beneficiarse simultáneamente y de manera temporal, de algún otro recurso de rehabilitación psicosocial (Centro de Día, Taller Ocupacional y Unidad de Rehabilitación Activa U.R.A.).

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.

Los Técnicos de Empleo, se distribuyen por las distintas zonas geográficas de la isla. Las cinco zonas delimitadas en la isla de Tenerife (figura 1.1.) son las siguientes:

FIGURA 1.1
Áreas de actuación de los EIAE, USM y ECA



En total en la isla de Tenerife a principios de 2011 se dispone de 5 EIAE (santa cruz, la laguna, norte, sur y eca).

Todas las personas derivadas se incluyen en las siguientes categorías dependiendo de la valoración final realizada por el Equipo:

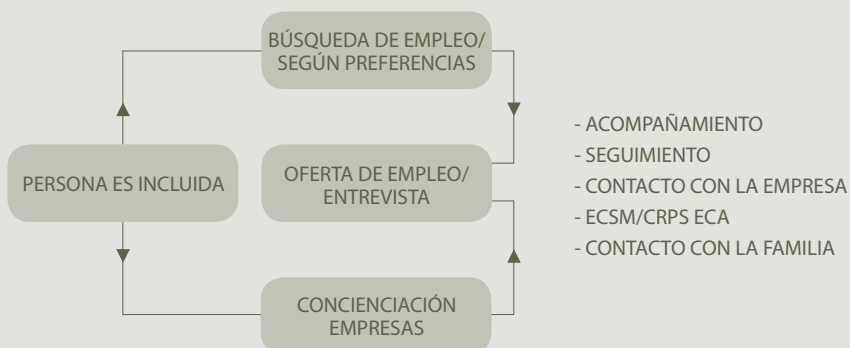
- **Altas:** Personas aptas para empleo que entran en el recurso. (La carga máxima de usuarios por técnico de empleo es de 25 usuarios).
- **No Inclusión:** Personas no aptas para empleo.
- **Bajas:** Personas que han entrado en el recurso y en el momento actual no lo están.
- **Espera en empleo:** Personas incluidas en el equipo que esperan un empleo.

Con aquellas personas que son incluidas en los Equipos, los técnicos comienzan con la búsqueda rápida del puesto en empresas ordinarias, según las preferencias del usuario. Al mismo tiempo se realiza un trabajo de concienciación con las empresas. Conseguida la oferta de empleo, se hace un análisis del puesto de trabajo para, posteriormente, acompañar al candidato a la entrevista. Cuando la persona se incorpora en el empleo, la técnico realiza un acompañamiento inicial, un seguimiento (telefó-

nico/presencial) con el usuario que queda registrado en una base de de datos (véase anexo), contacto con la familia y la empresa, así como con la USM correspondiente (Figura 1.2).

FIGURA 1.2

Proceso de búsqueda de trabajo y seguimiento del equipo EAIE



CARTERA DE SERVICIOS

- Incorporar de forma rápida en el mercado laboral ordinario a las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración.
- Atender las preferencias del usuario en cuanto al empleo.
- Sensibilizar, asesorar e informar a las empresas en materia de integración para el empleo de las personas con trastorno mental severo.
- Analizar los puestos ofertados por la empresa.
- Acompañar a los candidatos a la entrevista.
- Realizar las gestiones necesarias para cumplimentar el contrato laboral: mecanizar el certificado de minusvalía en la Seguridad Social, solicitar etiquetas identificativas de Hacienda, elaborar curriculums vitae, preparar entrevistas, etc.
- Hacer seguimientos durante la duración del contrato con el personal de recursos humanos de la empresa, y/o con el encargado directo del trabajador que se incorpora en el empleo.

- Ofrecer el acompañamiento, apoyo y seguimiento individualizado según el perfil de cada persona con el fin de acceder, mantener y consolidar el empleo, del modo más autónomo e integrado que sea posible en cada caso.
- Abrir y consolidar la colaboración con el mundo empresarial, instituciones y asociaciones para lograr el incremento de oportunidades de integración en el empleo de estas personas.
- Remover los obstáculos que dificulten la integración laboral de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente.
- Intervenir con los usuarios y/o familias en aquellas áreas que obstaculicen su incorporación y/o mantenimiento en el empleo.

Comisión de empleo. Acuerdos de colaboración

En este año 2010, promovido por el Director del PIRP, se pone en marcha un acuerdo marco de colaboración para ordenar la participación de las diferentes entidades del tercer sector en el ámbito laboral y favorecer la autonomía personal mediante la ocupación pre-laboral y la integración ordinaria en el empleo de las personas con discapacidad o en situación de dependencia por trastorno mental grave y persistente (véase anexo). A los recursos ya existentes, EAIE, Centros Ocupacionales y Centros Especiales de empleo, se introduce la figura del preparador laboral que depende de las asociaciones de familiares (Afes y Atelsam). Se trata de un profesional que acompaña a la persona con discapacidad a su lugar de trabajo, ayudándole en el proceso de entrenamiento laboral. Esta figura es la que va a proporcionar un apoyo a las personas que no cuenten con experiencia en el mundo laboral, para mejorar habilidades intra o interpersonales en relación al trabajo y que estén motivadas, facilitando la integración.

Las derivaciones entre los diferentes recursos destinados a la integración laboral, -desde el Centro Ocupacional al Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo- pueden ser en todos los sentidos y se realizará mediante un documento de derivación (véase anexo). Los EAIE derivarán también aquellos casos que, teniendo "documento 1" de la USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria) de referencia, no cumplan con los requisitos para ocupar plaza en éstos equipos, remitiéndole a los recursos del ámbito ocupacional y laboral más adecuado para mejorar las dificultades para la empleabilidad.

Para otros referentes, sobre la estructura, organización, y a el día a día de un equipo de IPS se especifica en un variedad de manuales de prácticas (Becker y Drake, 2003; Swanson, Becker, Drake, y Merrens, 2008) y con un completo kit de herramientas (Becker & Bond, 2002). Estos manuales explican la razón de ser cada uno de los componentes del modelo de programa, proporcionan ejemplos de casos, y la oferta de recursos materiales en

forma de listas de control, herramientas de evaluación y consejos útiles. Los fundamentos empíricos de los principios IPS se han examinado en dos artículos de revisión (Bond, 1998, 2004). En el campo de la rehabilitación psiquiátrica cada vez hay más conciencia sobre el modelo de IPS, y una encuesta en 2002 encontró un fuerte consenso entre los expertos y los profesionales respecto a los ingredientes críticos (Evans & Bond, 2008).

BIBLIOGRAFÍA

- Becker D.R, Drake R.E. (1994) Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J*; 30(2):193-206
- Becker, D.R., Drake, R.E. (2006) Supported employment interventions are effective for people with severe mental illness. *Evid Based Ment Health*; 9(1):22.
- Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G. J., et al. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52, 351-357.
- Becker, D. R., & Bond, G. R. (Eds.). (2002). Supported employment implementation resource kit [www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/]. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Becker, D.R., Bebout, R.R., Drake, R.E. (1998) Job preferences of people with severe mental illness: A replication. *Psychiatr Rehabil J*; 22(1):46-50.
- Becker, D. R, Drake, R. E, Bond, G R, Xie, H, Dain R.J, Harrison K. (1998): Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*;34:71-82.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford Press.
- Bond, G. (2003) La integración laboral de personas con trastorno mental severo en Estados Unidos. En Lara y López, Op. Cit.: 103-114.
- Bond, G,R, Campbell, K Evans,L.J., Gervey, R, Pascaris, A, Tice, S, Del Bene, D & Revell,G.(2002) A Scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17 239-250.
- Bond, G R. (1998) Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22: 11-23. Traducción castellana en Lara y López, Op. Cit., 2003: 115-136.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345-359.
- Bond, G. R., Becker, D. R. y ots. (1998) Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*, 2001,52 (3): 313-322 Bond, G R, Drake, R E y Becker, D R. The role of social functioning in vocational rehabilitation. En (18) Mueser y Tarrier, 372-390.
- Bond, G. R., Drake, R. E. y ots. (1997) An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*,48: 336-346.
- Bond, G. R. (1994) Applying Psychiatric Rehabilitation principles to employment:recent findings. En (24), Ancil, R y ots,49-65.
- Burns T., Catty J., Becker Th., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M., Lauber Ch. Rössler W., Tomov T., Van

Busschbach, White S., Wiersma D. (for the EQOLISE Group), (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*; Vol 370 (29 de Septiembre):1146.

Drake, R.E., Becker, D.R., Bond, G.R. (2003). Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry*; 16(4):451-55

Drake, R.E., Goldman, H.H., Leff, H.S., et al (2001): Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services* 52:179–182.

Drake, R.E., Becker, D.R. (1996) The individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatri Serv*; 47:473-75.

Drake, R.E, Mc Hugo, G.J, Becker, D.R, Anthony, W.A, Clark, R.E. (1996) The New Hampshire Study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*; 64:391-9.

Evans, L. J., & Bond, G. R. (2008). Expert ratings on the critical ingredients of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 318-331.

Goldman H.H., Ganju V., Drake R.E., et al. (2001) Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services* 52: 1591–1597.

McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. (2007) Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial.[see comment]. *American Journal of Psychiatry* 164[3], 437-441.

McGurk S.R., Mueser K.T., Pascaris A.(2005) Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* 31[4], 898-909.

McGurk S.R, Mueser K.T. (2004) Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*:70:147–174.

McGurk S.R., Mueser K.T., Harvey P.D., LaPuglia R, Marder J. (2003) Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients with Schizophrenia in Supported Employment. *Psychiatr Serv* ; 54(8):1129-35.

McGurk S.R, Mueser K.T. (2003) Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *Nervous and Mental Disease* ;191:789-798.

Mueser K.T, Foy D.W, Carter M.J. (2003) Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification* ;27:387–411.

Mueser K.T., Salyers M.P., Mueser P.R. (2001) A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull*; 27(2):282-96.

Rodríguez Pulido, F., Tallo Valdana, E., Tost Pardell, L., Perestelo Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero Santana A, González Lorenzo M, Rodríguez García A, Hernández A de Sotomayor C. (2010) Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO Num. 2007/12

Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Díaz, N. García Ramírez, M. (2004) La integración laboral de las personas con trastornos mental grave: Una cuestión pendiente. *Psiquis*; 25(6):264-281.

Rodríguez Pulido, F., Rodríguez Hdez., S. et al. (2001) El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración. En: Hernández S, Rodríguez Pulido F, Hernández Marrero J. La psiquiatría comunitaria. Ayuntamiento Santa Lucia. ISLEM. Programa Horizon II. Gobierno de Canarias; p.311-43.

Swanson, S. J., Becker, D. R., Drake, R. E., & Merrens, M. R. (2008). Supported employment: A practical guide for practitioners and supervisors. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center.

CAPÍTULO V

Nuestros resultados en el logro del empleo ordinario

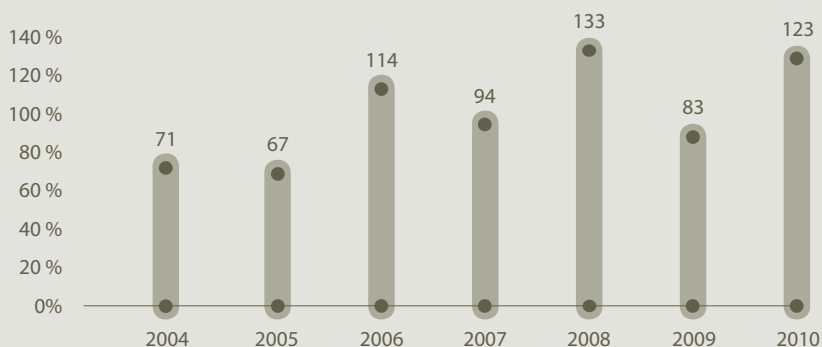
Rodríguez Pulido, F; Caballero Estebaranz, N; González Dávila, E; Tallo Aldana, E; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C; Vílchez de León, PI.; López Reig, S.

En este capítulo, podremos comprobar los resultados de los EAIE durante el periodo 2004-2010. Las variables que hemos estudiado son: derivaciones, inclusiones y no inclusiones, personas en empleo, número de contratos, porcentajes de cumplimiento de contratos, motivos de no finalización, porcentajes de recaídas y abandonos, distribución de las personas según nivel de estudios, edad, diagnóstico y sexo y lista de espera. Además de todas estas variables, expondremos los resultados globales, la efectividad de los equipos y una comparación con los resultados de empleo de la población general.

Derivaciones de usuarios a los EAIE

El número de usuarios derivados al EAIE procedentes de UCSM/ECA (Figura 1.1) ha ido creciendo a lo largo del tiempo. Durante el período de 2004-2010 se han recibido un total 685 derivaciones (Doc. 1) a los EAIE. Habría que destacar que, a partir del 2005, las derivaciones han ido en aumento debido probablemente al mayor conocimiento, sensibilización, labor psicoeducativa que se ha llevado a cabo por los propios equipos en su interacción con la red de atención especializada de salud mental. A finales de 2009, se incorpora un nuevo técnico de empleo especializado en IPS al Equipo Comunitario Asertivo.

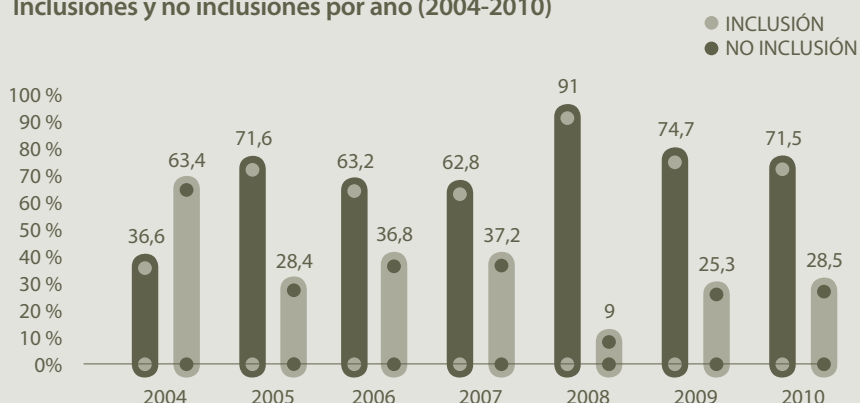
FIGURA 1.1
Número derivaciones de usuarios a los EAIE (2004-2010)



Inclusiones en los EAIE

Se puede comprobar que a lo largo de los años, las derivaciones están más ajustadas y las no inclusiones van en descenso (véase Figura 1.2) en comparación al total de derivaciones recibidas. En 2008 fue el año donde más derivaciones se hicieron, donde más usuarios fueron incluidos y donde menos no inclusiones hubieron.

FIGURA 1.2
Inclusiones y no inclusiones por año (2004-2010)



De los 685 derivaciones, un 69% fueron incluidos frente a una 31% que no cumplieron los criterios de inclusión (Figura 1.2.1).

FIGURA 1.2.1
Porcentaje de inclusiones y no inclusión total (2004-2010)



Personas que han conseguido empleo

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. En el 2010 ya se observa un incremento significativo de las personas con empleo (Figura 1.3). En el periodo 2004-2010 se ha conseguido un promedio de 17.8 personas en empleo por técnico.

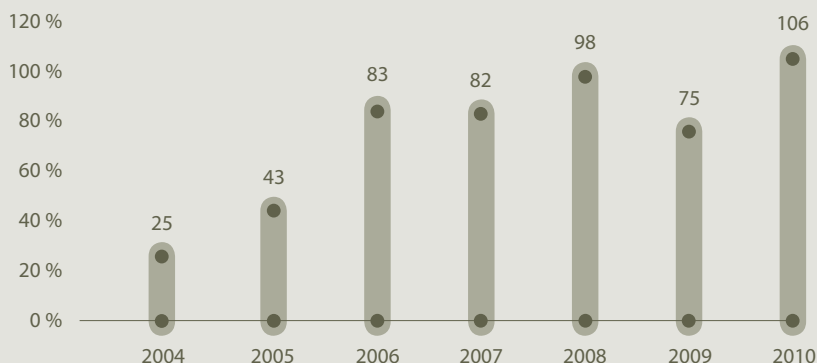
FIGURA 1.3
Personas con empleo EAIE (2004-2010)



Contratos realizados

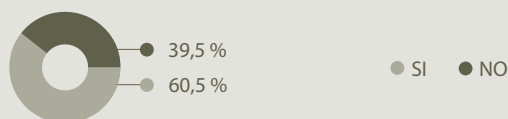
Se han conseguido un total de 740 contratos, siendo su evolución ascendente desde que se crearon los Equipos hasta el año 2009, que hay un descenso por el comienzo de la crisis económica (Figura 1.5). La media de contratos por persona en el periodo 2004-2010 es de 1.41 y un 25.5 de contratos por técnico.

FIGURA 1.4
Número de contratos realizados (2004-2010)



En relación al cumplimiento de contratos, el 60.5% de los contratos fue culminado con éxito frente al 39.5% que no lo finalizó (véase figura 1.4.1).

FIGURA 1.4.1
Porcentaje de cumplimiento de contratos (2004-2010)



La relación con la duración de los contratos durante el periodo 2004-2010 es poco significativa (Tabla 1). Los contratos realizados son en su mayoría menores de 6 meses. En el 2010, se observa la tendencia a que los empresarios empiezan a contratar de manera indefinida (13.60%) y no sabemos si esto representa un cambio de la tendencia en la política de contrataciones de las empresas. 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).

TABLA 1
Porcentaje de temporalidad de la contratación (2004-2010)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
< 6 Meses	45,40%	39,20%	37,40%	45,50%	34%	46,60%	30%
>=6 MESES-1 AÑO	24,20%	10,70%	12,20%	25%	26,15%	25,20%	32,40%
>1 AÑO-3 AÑOS	24,20%	35,70%	32,80%	21,30%	30,30%	18,40%	24%
INDEFINIDOS	6%	14,28%	17,55%	8%	9%	9,80%	13,60%

Los motivos por los que el resto de los contratos no finalizaron son variados (Tabla 2). La mayoría no finalizaron el empleo bien porque las expectativas no estaban ajustadas o también, por fase inestable de la enfermedad, por despido en la empresa y por pérdida de motivación en el empleo. Otros, en cambio porque hay una mejora en el empleo y dejan un trabajo por otro con mejores condiciones. En los motivos clasificados como "otros" estarían: fallecimiento, traslado de residencia, enfermedad física, etc.

TABLA 2
Motivos de no finalización de contratos

MOTIVOS NO FINALIZAR	
Expectativas no ajustadas	18,70%
Fase inestable	17,70%
Despido	15,80%
Pérdida motivación	13,90%
Mejora empleo	11%
No supera periodo de prueba	9,60%
Otras	8,60%
Baja voluntaria	3,30%
Abandono medicación	0,90%
Interferencia negativa familia	0,50%

Recaídas y abandonos de los EAIE

El 83.8% de las personas que han estado en empleo no han tenido recaídas (Figura 1.5). De las personas que han tenido recaídas el 4.8% no han tenido que ser ingresadas y el 11.4% lo han necesitado para estabilizarse.

FIGURA 1.5
Porcentajes de recaídas durante el empleo (2004-2010)



Así mismo durante el periodo 2004-2010 solo el 29% abandonaron de los usuarios los Equipos y el 71% sigue dentro de los EAIE (véase figura 1.5.1). Del 29% que abandonaron los EAIE, el 16.2% tuvo lugar durante una recaída y el restante (13%) debido a otros motivos como traslado de residencia, enfermedad física, etc.

FIGURA 1.5.1
Porcentaje de abandonos de los EAIE (2004-2010)



El perfil tipo de usuario que entra al recurso (Figura 1.6) es el de hombre con edad comprendida entre 26 y 45 años, y con estudios primarios, graduado escolar o bachillerato. La gran mayoría de ellos han tenido una experiencia laboral previa y presentan diagnóstico de esquizofrenia.

FIGURA 1.6

Distribución de las personas con TMG por diagnóstico, sexo, edad y estudios



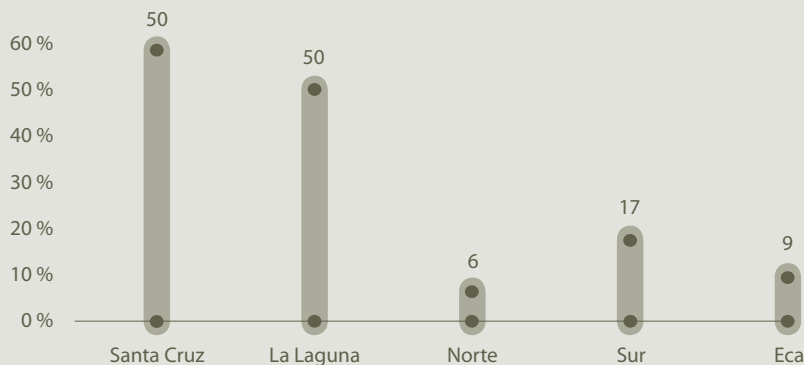
Lista de espera

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.

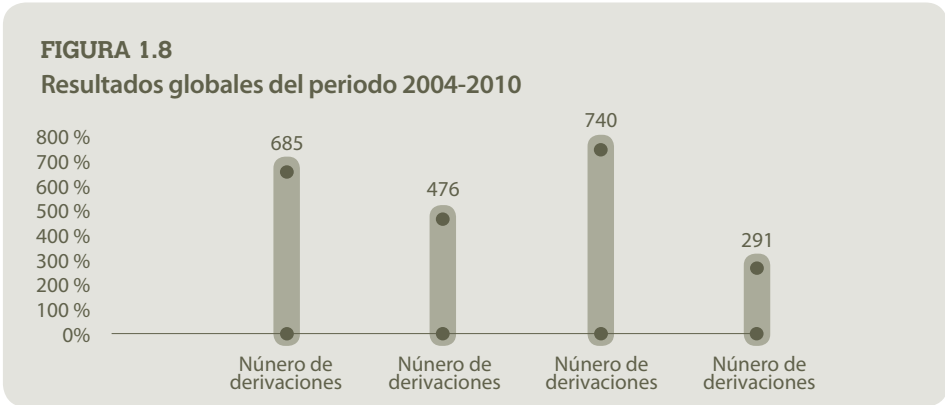
La mayor lista de espera en el año 2010 está en la zona metropolitana (santa cruz y la laguna). La zona norte tiene pocos usuarios en espera aunque el técnico de empleo está intentando que le deriven usuarios a pesar de que en la actualidad hay menos empleo y la zona eca no tiene mucha lista de espera al ser de nueva creación (a finales de 2009) y abarcaría toda la isla en la que esté los recursos del eca (pisos tutelados, miniresidencias y atención domiciliaria).

FIGURA 1.7
Lista de espera en los EAIE

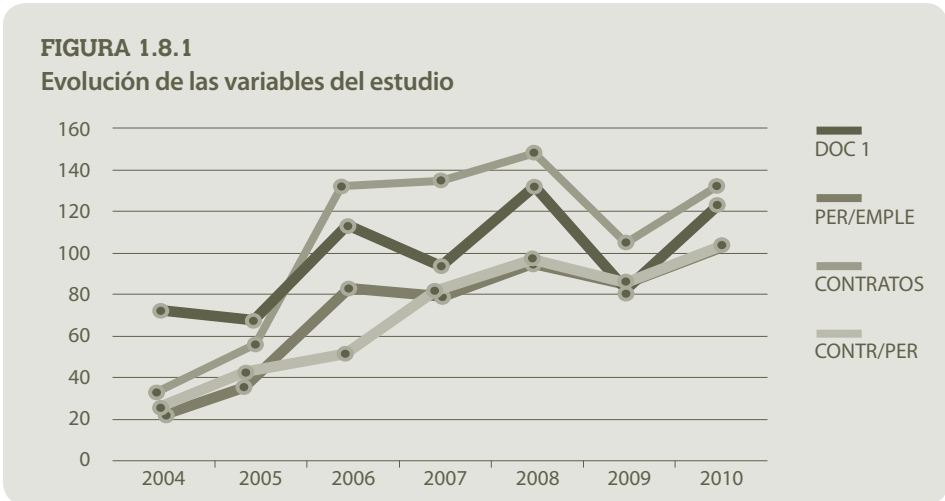


Resultados globales

En relación a los resultados globales durante el periodo 2004-2010, podemos decir que se han derivado a 685 personas de los cuales 476 fueron incluidas. Se han realizado 740 contratos a 291 personas en estos siete años.



Si la información anterior la disgregamos por años para cada uno de las variables estudiadas, observamos una evolución positiva en todas las variables, observándose como en el año 2009 hubo un descenso de todas las variables (derivaciones, contratos y personas contratadas) debido a como hemos comentado anteriormente, es el año en el que comienza la “crisis económica”. Como se puede observar en la figura 1.8.1, en el 2010 ya los EAIE empiezan a recuperarse y todas las variables empiezan a incrementarse de nuevo.



Efectividad

Como se observa en la figura 1.9. el porcentaje de efectividad de los EAIE empieza en el año 2004 con un nivel bajo (por debajo del 50%) y a partir del 2006 empieza a

funcionar el equipo favorablemente, alcanzando un porcentaje en el 2008 de un 98%. El porcentaje de efectividad se ha calculado en base a los objetivos de empleabilidad que tienen que conseguir el EAIE y los resultados finalmente conseguidos.

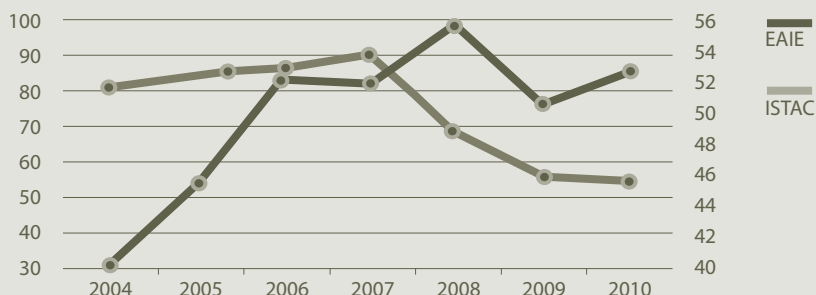
FIGURA 1.9
Porcentajes de efectividad de los EAIE



Tasas de empleabilidad

En relación al comportamiento del logro de empleo competitivo por parte de los EAIE en relación a un contexto de alta tasa de desempleo (26.37 en el 2010), se puede comprobar en la figura 1.10 que el disponer de un servicio especializado de empleo para las personas de salud mental, garantiza que la tasa de empleabilidad no decaiga bruscamente como ocurrió en la población general ya que a partir de 2008 hubo un descenso considerable del empleo en la isla de Tenerife.

FIGURA 1.10
Comparativa entre la empleabilidad general y la del EAIE



Fuente: ISTAC (Instituto Canario de Estadística). Porcentaje de empleabilidad de Tenerife
EAIE: Porcentaje de empleo de personas con TMG

CAPÍTULO VI

Áreas de intervención complementarias en los EAIE

Rodríguez Pulido, F; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C; Caballero Estebaranz, N; Tallo Aldana, E; Vilchez de León,PI; López Reig,S.

Otro aspecto de interés es comprobar que de aquellos participantes que si encuentran empleos competitivos muchos tienen como hemos visto una breve duración de empleo que terminan sin éxito, siendo despedidos por rendimiento pobre en el trabajo o ellos abandonan por su cuenta. Varias estrategias van siendo evaluadas, no existiendo estudios controlados randomizados, sino estudios observacionales al respecto, en su mayoría con muestras pequeñas.

No obstante las áreas de intervención más estudiadas, como complemento a la misión de apoyo individualizado de los Equipos, en el logro y permanencia en el empleo ordinario, están en relación con la mejora del funcionamiento cognitivo, las habilidades interpersonales y sociales y de la carrera profesional.

Funcionamiento cognitivo

La mejora del funcionamiento cognitivo es un área de interés en el campo de las neurociencias y de la psiquiatría en el contexto de la psicopatología. Sabemos que existen afectaciones específicas en la esquizofrenia de las funciones de rapidez de procesamiento de la información, atención, memoria, y funciones ejecutivas (Green 1996 Gold et al., 1993). Se cree que estas afectaciones cognitivas subyacen en gran parte del papel funcional observado en la esquizofrenia. Las alteraciones del funcionamiento cognitivo interfieren con la adquisición de habilidades en los

programas de rehabilitación y tiene repercusión en el funcionamiento global de la persona.

Las técnicas psicológicas tienen, hoy mucho auge en el campo de las psicosis, como por ejemplo las entrevistas motivacionales para dirigir síntomas negativos (Corrigan, 2006). la terapia neurocognitiva o cognitiva (Hogarty et al., 2004 Bell, et al 2001; Wykes, et al., 2003 Gold 1993) o el entrenamiento de habilidades sociales (Mueser et al 2005) o las estrategias compensatorias adaptativas para evitar la afectación cognitiva (Velligan et al., 2006; 2002). El principio básico de la rehabilitación cognitiva es que la reserva neuroplástica del cerebro puede ser enriquecida por experiencias proporcionadas mediante entrenamiento. En esta línea, Wexler y Bell (2005) ha desarrollado el programa Neurocognitive Enhancement Therapy, que se centra en la rehabilitación cognitiva en el contexto de la rehabilitación laboral. Este programa emplea programas de ordenador dirigidos a las funciones de atención, memorias y función ejecutiva. El entrenamiento empieza con ejercicios sencillos, y prosigue con otros más complejos. Cuando el individuo domina una tarea a un nivel especificado previamente, se cambian los parámetros de la tarea para permitir el dominio del material progresivamente mas difícil. Además de los ejercicios informatizados, los participantes asisten a un grupo semanal de procesamiento social donde reciben retroalimentación sobre el rendimiento en el trabajo y se discuten sugerencias para mejorar. También ha sido desarrollada por Wykes (2003) la Cognitive Remediation Therapy que se centra en enseñar a los pacientes a desarrollar su propio grupo individualizado de estrategias para la resolución de problemas. El programa de entrenamiento aplicado individualmente se dirige a las deficiencias de los procesos ejecutivos, incluyendo la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y la planificación. Este programa emplea ejercicios de lápiz y papel para el entrenamiento, y destaca la enseñanza a través del aprendizaje de los procedimientos, el montaje de estructuras y el aprendizaje sin errores.

Apoyado en los avances descritos, se vienen desarrollando programas de entrenamiento en rehabilitación cognitiva dirigidos a mejorar funcionamiento cognitivo valorando sus efectos sobre los programas de rehabilitación vocacional (Bell et al. 2005; 2004, 2001; 1997; 1996: 1993). En esta línea McGurk y Mueser (2003), que realizaron una serie de investigaciones basadas en estudiar la gama de estrategias utilizadas por los técnicos de empleo, para ayudar a los usuarios frente a los efectos de deterioro cognitivo y la eficacia percibida de estas estrategias. Se trató de identificar las estrategias de afrontamiento potencialmente útiles para mejorar los efectos de éstas en los resultados de trabajo. En este estudio se solicitó a los técnicos de empleo que identificaran las estrategias que utilizaron para ayudar a los usuarios y que presentaban dificultades en las siguientes áreas: atención, velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas. Se encontró que las estrategias que utilizan para trabajar en las diferentes áreas son:

- **Modelado**, para trabajar la atención, velocidad psicomotora y memoria.
- **Desarrollo de rutinas**, para mejorar la velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas.
- **Reforzamiento positivo**, para trabajar la atención y velocidad psicomotora.
- **Prácticas repetidas y progresivas**, para mejorar la velocidad psicomotora y memoria.
- **Desglosar tareas paso a paso**, para trabajar la atención, velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas.

Y concluyen, por un lado, que las estrategias para hacer frente a los déficits de atención, fueron valoradas como más efectivas que las estrategias para mejorar la velocidad psicomotora, memoria y/o resolución de problemas. Por otro, que los técnicos de empleo son más capaces de ayudar a mejorar las dificultades de las áreas cognitivas básicas (como la atención) que otras funciones cognitivas más complejas, como la resolución de problemas o la memoria. Asimismo comprobaron que los técnicos de empleo que usan un mayor número de estrategias son los que tienen mayores porcentajes de usuarios empleables y un mayor porcentaje de usuarios trabajando. Por lo que se deduce que el factor que mejor predice el porcentaje de empleo es el número de estrategias utilizadas por los técnicos.

Asimismo, McGurk et al, 2006 analizó las relaciones entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas observados tras los 2 primeros años del programa, y el empleo y los programas de apoyo en los 2 años siguientes (3-4 años siguientes de ser incluido en el programa) con el fin de valorar si a largo plazo la participación en el programa de empleo con apoyo reduce el impacto del funcionamiento cognitivo en el trabajo. Se realizó un seguimiento de 30 pacientes inscritos recientes y consecutivos en el programa de apoyo (IPS) que dieron su consentimiento informado, y recibían atención psiquiátrica por los servicios psiquiátricos de cuatro organismos estatales de Long Island (New York) que incluyen la administración farmacológica, el tratamiento de día, el manejo de casos y la terapia de grupo. El funcionamiento cognitivo resultó tener mayor valor predictivo durante los 2 últimos años del estudio que durante sus predecesores y pudo observarse un patrón similar, pero menos acusado, en la predicción de los programas de apoyo, mientras que los síntomas fueron indicadores muy poco eficientes en ambos periodos. Además, durante el seguimiento del tercer y cuarto año, se comprobó la existencia de una correlación entre el aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas y la complejidad de las actividades profesionales que sugería que los especialistas en empleo eran capaces de mejorar su habilidad para asignar los pacientes a los trabajos en función de sus habilidades cognitivas. Es más, la evolución de las relaciones específicas entre el funcionamiento cognitivo, los programas y los

resultados laborales a lo largo del estudio pusieron de manifiesto una interacción dinámica a largo plazo entre estos factores. El funcionamiento cognitivo como predictor de resultados en el empleo competitivo aumentó con el paso del tiempo en los programas de empleo con apoyo.

En esta línea, McGurk et al. 2005 y 2007 nos presenta los resultados alentadores de una evaluación aleatorizada, con periodos de seguimiento diferentes (1 año y 2-3 años respectivamente) sobre los efectos del programas de entrenamiento cognitivo para apoyo al empleo: "el Programa de Habilidades de Pensamiento en el Trabajo". Según estos investigadores se ha visto efectivo la utilización del programa informático COGPACK , programa que se ha utilizado principalmente en la rehabilitación de personas con trastorno mental grave. El software incluye programas de ejercicios de prueba, cada uno con diversas variaciones en velocidad psicomotora, tiempo de reacción, vigilancia, memoria, concentración, práctica, lingüística, relacionados con habilidades intelectuales, conocimientos, etc. Generalmente se realiza en dos o tres sesiones por semana, que duran aproximadamente entre 45-60 minutos. El técnico de empleo programa una reunión para revisar los intereses, evaluar sus capacidades cognitivas y observar los posibles apoyos que necesite. También se reúne con el usuario para planificar la búsqueda de empleo, con sus preferencias.

Este programa entrenamiento cognitivo es provisto para especialistas cognitivos que trabajan en colaboración con especialistas de apoyo al empleo para proveer remediación cognitiva y desarrollar estrategias compensatorias para discapacidades cognitivas que interfieren con el funcionamiento en el trabajo. Lo relevante de este hallazgo es que en muestras pequeñas de forma significativa los programas de entrenamiento cognitivo, sobre las habilidades de pensamiento para el trabajo para pacientes con fracasos de empleo (despido de un trabajo mantenido durante menos de tres meses o abandono de un trabajo sin otro trabajo para sustituirlo después de menos de tres meses de empleo), que fueron reclutados para apoyo al empleo, al ser evaluados a los dos o tres años, tenían mas posibilidades de trabajar, mantenían mejor el empleo, trabajaban más horas y ganaban más salario. Se concluye que, el entrenamiento cognitivo combinado con apoyo individualizado aumenta la permanencia en el trabajo, aumenta salario, reduce hospitalizaciones y que el empleo es un factor importante para la recuperación de las enfermedades mentales graves.

No obstante no está aclarado si la mejora del funcionamiento cognitivo o de los síntomas u otros factores contribuyen a la mejoría de los resultados vocacionales, así como también se requiere, determinar qué componentes del entrenamiento cognitivo tienen mayor peso en los resultados vocacionales. El programa de habilidades de pensamiento para el trabajo incluye múltiples componentes: evaluación

cognitiva comprensiva y vocacional, preparación de destrezas cognitivas de ordenador, plan de trabajo individualizado, apoyo al trabajo con su consultor especialista de apoyo al empleo. McGurk et al 2007 reconoce que no hubo un grupo de control, y por ello no se puede diferenciar si los resultados superiores en los pacientes que participaron en programa se debe a los niveles más altos de atención del personal o al propio programa de entrenamiento. Puesto que el objetivo del programa es integrar la preparación de habilidades cognitivas y el desarrollo de estrategias compensatorias para minimizar los efectos de los déficit cognitivos sobre trabajo en servicios de apoyo al empleo continuo, con el diseño del estudio actual no es posible saber cómo funciona el programa o qué componentes son esenciales o no. Otros componentes no del programa como la experiencia del aprendizaje positivo durante la preparación cognitiva podrían haber mejorado la autoestima, autoconfianza y motivación contribuyendo a mejores resultados de SE. Y otro factor podría ser la estrategia de aprendizaje para tratar las dificultades cognitivas persistentes mejorar experiencias de trabajo exitosa y resultados de trabajo.

La hipótesis que McGurk et al 2005 nos ofrece sobre la mejoría de la depresión está basada en que es posible que el entrenamiento cognitivo en sí reduzca la depresión debido al refuerzo inherente en completar exitosamente ejercicios de ordenador cada vez más difíciles. Otros estudios han mostrado que la participación en el entrenamiento cognitivo está asociada con mejora significativa en la depresión, malestar subjetivo y autoestima. Sin embargo, otros estudios no han informado de estos efectos. Es también una hipótesis plausible considerar que aprender las estrategias para hacer frente a las dificultades cognitivas podría contribuir a más experiencia de éxito de empleo, lo que mejora la autoestima, depresión y preocupaciones autísticas y a su vez el rendimiento de trabajo, para comenzar de nuevo este círculo vicioso. Sea como fuese, los hallazgos de McGurk ofrecen apoyo para la factibilidad de implementar las habilidades de pensamiento para el programa de trabajo en el contexto de apoyo al empleo y su efecto beneficioso en el funcionamiento cognitivo y en el empleo competitivo en personas con enfermedades mentales graves que han fracasado en sus trabajos anteriores (despido de un trabajo mantenido durante menos de tres meses o abandono de un trabajo sin otro trabajo para sustituirlo después de menos de tres meses de empleo) y presentaban niveles educativos bajos.

A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio observacional de McGurk et al., 2007, con una muestra pequeña y exclusiva de pacientes con esquizofrenia y su desconocimiento de la naturaleza del tipo de apoyo al empleo suministrado en su estudio, su investigación nos sugiere la relevancia del funcionamiento cognitivo como indicador de los resultados en el empleo competitivo, el cual aumentó con el paso del tiempo en los participantes en programas de empleo con apoyo. Teniendo en cuenta la estabilidad del funcionamiento cognitivo y su importancia a largo plazo

como correlato del funcionamiento psicosocial, los déficit cognitivos pueden ser un objetivo importante para el tratamiento de la esquizofrenia (Gold, 2004). Por lo tanto, los esfuerzos para mejorar el funcionamiento cognitivo de los pacientes que participan en un programa de empleo con apoyo para ayudarles a sobrellevar mejor sus alteraciones cognitivas puede mejorar sus resultados vocacionales. Es más, teniendo en cuenta la relación a largo plazo entre las alteraciones cognitivas y la necesidad de más servicios intensivos de empleo con apoyo, la mejora del funcionamiento cognitivo también tiene un potencial para reducir la intensidad de los servicios necesarios para ayudar a los pacientes a conseguir y conservar un empleo y, por tanto, para reducir los costes de estos servicios.

Relaciones Interpersonales

Aunque la variedad de factores (McGurk et al., 2004) como discapacidad cognitiva, y síntomas, han sido identificados como factores que contribuyen a una breve duración de empleo y una terminación de empleo sin éxito (siendo despedidos o dejando por voluntad propia el contrato de trabajo sin ningún empleo prospectivo de mejora a cambio), las dificultades sociales han sido un tema común (Becker et al., 1998, Mueller 1988). Por ejemplo, participantes en programas de apoyo al empleo pueden tener dificultades en sus relaciones sociales en el ámbito laboral, como llevarse bien con sus compañeros del trabajo, cambios o interacción con el público, en respuestas de feed-back y al criticismo de los supervisores (Mueser et al., 2003). Ha sido hipotetizado como el entrenamiento de habilidades sociales puede ayudar a los participantes a desarrollar habilidades críticas para el manejo de situaciones sociales en el trabajo, favoreciendo entonces la duración del empleo y proveyendo experiencia de trabajo más satisfactoria (Tsang, 2001). Para dirigir esta necesidad, Wallace et al (1999) desarrollaron programas de entrenamiento de habilidades standarizados dirigidos a mejorar el funcionamiento social en el lugar de trabajo. Su programa de fundamentos en el lugar de trabajo enseña información básica sobre el trabajo, resolviendo problemas en un formato de aprendizaje estructural (Lieberman 1989). La enseñanza está basada en el manual del entrenador y una cinta de video que demuestra cómo resolver los problemas en el lugar de trabajo. Cada participante tenía un libro de trabajo. Mueser et al., 2005 en un estudio de 35 personas empleadas en los últimos tres meses con Trastorno Mental Severo que recibían servicios de apoyo al empleo en un agencia estándar se les asignó de forma aleatoria a dos grupos de intervención, uno que recibía un programa de entrenamiento de habilidades para hacer trabajar con más "éxito y satisfacción" y el otro no. La hipótesis del estudio no pudo ser confirmada, los participantes en el programa de entrenamiento de habilidades no tenían mejoría en resultados de trabajo, aunque estos tenían más conocimiento de los problemas en el lugar de trabajo pero también tenían mayor nivel educativo, no teniendo ninguna repercusión mejorar sus salarios o más horas trabajadas en relación con los que no

recibían dicho entrenamiento. En general, los participantes en este estudio, tenían altos niveles de educación y mejores resultados de empleo que la mayoría de los participantes en los estudios previos en apoyo al empleo, haciendo difícil detectar posible efectos de entrenamiento de intervención sobre el trabajo. Al ser muestras pequeñas, no se logró estudiar la satisfacción en el empleo que era uno de los objetivos del estudio, así como tampoco los síntomas y calidad de vida. En la práctica estos resultados nos hacen considerar que estos programas de entrenamiento de habilidades de fundamentos del lugar de trabajo (Mueser et al., 2005) deben reservarse para participantes que tienen recientes experiencias y dificultades relacionadas con el trabajo, como despidos o finalización antes del tiempo laboral comprometido. Y en el futuro profundizar en esta línea de investigación beneficiosa, al parecer, para un subgrupo de participantes.

Carrera profesional

Otra área con necesidad de ser investigada es como los participantes podrían tener más apoyo para lograr y mejorar sus metas profesionales, y obtener empleos de mayor cualificación profesional. Una clave para ayudar a los participantes para desarrollar estas carreras profesionales podría ser el aplicar los principios de apoyo al empleo para superar en los participantes su nivel educativo. Aunque principios de apoyo educativo han sido desarrollados, las evaluaciones rigurosas de programas educativos de apoyo no han sido publicadas. Así mismo cabría reconsiderar que los programas de apoyo al empleo IPS tiendan a tener una visión más comprensiva de los participantes en cuanto a sus necesidades e incorporar en sus estrategias la resolución de las necesidades sociales, que es uno de los aspectos que produjo mayor retención en el estudio de Mueser et al., 2004 en la estrategia de entrenamiento prevocacional.

A la vista de las tendencias actuales de los resultados expuestos y dada la sencillez en la operatividad de las técnicas señaladas en su incorporación a los contextos reales de intervención para la integración comunitaria, nos parece recomendable, incorporar estas estrategias en los procesos de integración laboral en empleos competitivos, y desarrollar nuevos estudios metodológicamente más robustos con muestras mayores, con una medición más refinada de la valoración de los componentes cognitivos o del entrenamiento de habilidades interpersonales en el trabajo, y del peso que juega cada uno de sus componentes en la mejoría del rendimiento, lo que requiere profundizar la relación entre funcionamiento cognitivo específico relacionado con el trabajo y el funcionamiento global, con diseños de investigación capaces de apreciar el tamaño del efecto de cambios en los resultados no vocacionales, y control de posibles sesgos como la delimitación de la influencia de los consultores o monitores en las sesiones de aprendizaje, así como periodos de seguimiento mayores para valorar los efectos en las funciones mentales.

Otras áreas de interés

En estas áreas no conocemos artículos publicados con un intento de su valoración científica. Lo que comunicamos a continuación es fruto de nuestra propia experiencia.

A. Intervención con familias en el proceso de rehabilitación laboral

En la actualidad, los objetivos de la rehabilitación no se limitan a alcanzar un mejor funcionamiento social, sino que existen cada vez más evidencia de que gran parte de las personas que sufren enfermedades mentales crónicas pueden desempeñar puestos de trabajo de distintos niveles de cualificación con un adecuado rendimiento, sin que ello se traduzca en un agravamiento de su patología. Para ello debemos contar con las familias cuya función en el proceso será de apoyo, supervisión y fomento de la motivación en el trabajo.

Nuestra experiencia nos indica que uno de los factores con más influencia en la inserción laboral de la persona con trastorno mental grave es el apoyo de sus familias en el mantenimiento del puesto. Hemos visto que aquellas personas cuyas familias preferían que realizaran actividades ocupacionales y cobraran una pensión se mantenían menos en el puesto de trabajo que aquellas que vivían en un ambiente potenciador de la actividad laboral y la resolución de problemas. Sin embargo, no podemos esperar que todas las familias cuenten con la información necesaria y las estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones problemáticas que se planteen. Nuestra función como profesionales de la rehabilitación es valorar en qué grado las creencias y actitudes de las familias pueden estar interfiriendo en el apoyo a la inserción laboral, y cuales son los orígenes de las mismas para realizar una intervención adecuada.

Desde el inicio de la enfermedad, se han cristalizado en los estilos de relación familiar pautas de funcionamiento dedicadas exclusivamente al cuidado del miembro enfermo. Los importantes problemas de convivencia que han ido viviéndose han suscitado, crítica, hostilidad, frustración, sensación de ineficacia y un importante sentimiento de culpabilidad que ha sido compensado con una sobre implicación excesiva y una renuncia constante a favor del miembro enfermo. La familia por un lado, desea que normalice su vida pero, percibe que no puede valerse por sí mismo y perpetúa impidiendo de este modo que aquél desarrolle sus estrategias de afrontamiento y se haga más independiente. Como consecuencia aparecen en el usuario actitudes de inmadurez y falta de responsabilidad, baja tolerancia a la frustración, miedos, etc., que cursan en paralelo con una importante necesidad de trabajar y de ser independiente.

Una inserción laboral exitosa requiere que se flexibilicen estos patrones de funcionamiento que han estado operando durante muchos años de manera rígida. Sin em-

bargo, las familias no siempre cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso y ante la falta de estrategias se refugian en las soluciones que han venido poniendo en práctica hasta el momento y que forman parte del problema. Si concebimos la familia como un conjunto de elementos interrelacionados, cualquier cambio en su situación, repercutirá en la de los demás. Esta influencia es mutua y circular, de manera que resulta difícil discriminar que elementos inician la cadena. Con fines explicativos nos situaremos en distintos puntos del proceso de inserción y expondremos la repercusión que puede tener en el funcionamiento de la familia.

El cambio de un rol pasivo o meramente ocupacional a uno activo/laboral genera incertidumbre y, por tanto, la exacerbación de distintos miedos. Que suelen conducir a conductas protectoras de evitación y de resistencia al cambio. El planteamiento de un proceso de inserción laboral, en líneas generales, supone la adopción de las siguientes pautas: a) Inducir una actitud de responsabilización de la propia vida, reduciendo paulatinamente la tendencia a cubrir todas sus necesidades, b) Flexibilizar los mecanismos de toma de decisiones en el funcionamiento familiar e implicar activamente a cada miembro en los procesos de negociación. d) Inducir una actitud activa de entrenamiento de los problemas y no una actitud pasiva de evitación.; e) Favorecer la implicación de la familia en procesos dirigidos a su propio desarrollo, de manera que el funcionamiento del familiar con un TMG deje de ser el foco de atención.

B. Habilidades sociales, Asertividad y Solución de problemas vinculados al mundo laboral

En el programa de intervención breve con los usuarios se han implementado las siguientes áreas de actuación.

B.1. Habilidades Sociales de Ajuste laboral

Entrenar, recuperar o promover el desarrollo del conjunto de HHSS y de asertividad que permitan al usuario manejarse en las situaciones sociales e interacciones con jefes y compañeros en el ámbito laboral. Entrenar y promover habilidades como las siguientes:

- Interacción con compañeros.
- Capacidad para iniciar y mantener conversaciones.
- Capacidad para solicitar u ofrecer ayuda.
- Capacidad para expresar críticas o valoraciones.
- Manejo de las situaciones estresantes.
- Administración y manejo del tiempo de ocio.

B.2. Asertividad

Una de las variables importantes que predicen el éxito laboral son las relaciones personales con compañeros y jefes y las de fiabilidad o confianza(seguimientos de instrucciones, puntualidad y realización de tareas).

- Objetivo general: Dotar a las personas de las habilidades de relación necesarias para desenvolverse de un modo eficaz en un medio social y laboral normalizado.
- Objetivos específicos:
- Mejorar aspectos básicos de la comunicación.
- Conductas no verbales: contacto visual, postura corporal, expresión facial y gestos.
- Conductas paraverbales: volumen, tono afectivo, latencia de respuestas y señales de escucha.
- Contenido verbal: contenido del discurso y la duración de la intervención.
- Mejorar la capacidad para iniciar y mantener una conversación en ambientes laborales.
- Desarrollar un comportamiento asertivo en el entorno laboral: pedir ayuda/información, decir no, defender la propia opinión, hacer y recibir críticas, negociar acuerdos, hacer y recibir comentarios positivos.
- Dotar de estrategias de afrontamiento y manejo de ansiedad en situaciones sociales y laborales.
- Mejorar la capacidad de tomar decisiones en situaciones conflictivas del entorno laboral.

B.3. Entrenamiento en Solución de Problemas

- Orientación hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de alternativas.
- Toma de decisiones.
- Puestas en práctica de la solución y verificación.
- ¿Cómo reconocer el punto de vista de los demás?.
- Observo a la otra persona (lo que dice, su tono de voz, sus gestos,..).
- Escucho lo que la otra persona dice (intento comprender lo que dice).
- Imagino lo que la otra persona puede sentir (enfado, tristeza, ansiedad,..).

- Pienso en las maneras de demostrar interés por lo que la otra persona siente (hablarle, tocarle el hombro, mirarle,..).
- Decido la mejor forma de demostrarle comprensión.
- Desarrollar estas intervenciones breves vinculadas al mundo laboral se nos antojan de enorme interés.

BIBLIOGRAFIA

Becker D. R, Drake R. E, Bond G R, Xie H, Dain R.J, Harrison K(1998).: Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal* ;34:71–82

Bell MD, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler RE. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. *Arch Gen Psychiat* ;58:763–768.

Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*;22:51–67

Bell. M.D. Lysaker P.H.(1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia : 1-year followup. *Schizophrenia Bulletin* ;23 :317-328.

Bell MD.- Fiszdon J, Bryson G. et al.,(2004). Effects of neurocognitive enhancement therapy in schizophrenia: normalization of memory performance. *Cognit Neuropsychiatry* ;9(3):199-211

Bell MD, Bryson GJ, Greig TC, Fiszdon JM, Wexler BE(2005). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. *J Rehab Res Dev* ; 42:829-838-

Bell MD, Milstein RM, Lysaker PH.(1993). Pay and participation in work activity: clinical benefits for clients with schizophrenia. *Psychosoc Rehabil J*;17:173–177.

Corrigan P.W. (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions.. *Expert Rev Neurother* ;6(7):993-1004.

Gold Jm, Harvey Pd. (1993). Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatr Clin of North Am* ;16(2):295-312..

Gold, J. M.. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 72, 21–28.

Green M.F.(1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *American Journal of Psychiatry* ;153:165-172.

Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R. Et al., (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2 years randomized trial on cognition and behaviour. *Arch. Gen Psychiatry*;9(3):199-211.

Lieberman R.P, De Risi W.J, Mueser K.T(1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights, Mass, Allyn and Bacon,

McGurk S.R, Mueser K.T.(2003). Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *Nervous and Mental Disease* ;191:789-798..

McGurk, S.R, Mueser, K.T. (2006): Cognitive and Clinical Predictors of Work Outcomes in Clients with Schizophrenia Receiving Supported Employment Services: 4-year Follow-Up. *Adm Policy Ment Health and Ment Health Serv Res*, 33(5):598-606.

- McGurk S.R, Mueser K.T.(2004).Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research* :70:147–174.
- McGurk, S.R. Mueser, D.T. Pascaris, A. (2005): Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31[4]:898-909.
- McGurk, S.R. Mueser, K.T. Feldman, K. Wolfe, R. Pascaris, A. (2007): Cognitive training for supported employment: 1-3 year outcomes a randomized controlled trial. . *American Journal of Psychiatry*, 164[3]:437-441.
- Mueller H.H. (1988).Employers' reasons for terminating the employment of workers in entrylevel jobs: implications for workers with mental disabilities. *Canadian Journal of Rehabilitation* :1:233–240.
- Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2005). How does a practice become evidence-based? In R. E. Drake, M. R. Merrens & D. W. Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice: A textbook* (pp. 217-241). New York: WW Norton & Company.
- Mueser K.T, Foy D.W, Carter M.J. (2003).Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification* ;27:387–411.
- Tsang H.W. (2001).Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation fo people with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* ;189:90–98.
- Velligan D.I. Prihoda T.J. Ritch J.L. et al., (2002). A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophr Bull* ;28(2):283-292.
- Velligan D.I. Mueller J. Wang M. (2006).Use of environmental supports among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* ;57(2);219-224.
- Wallace C.J. Tauber R, Wilde J (1999). Teaching fundamental workplace skills to person with serious mental illness. *Psychiatric Services* : 50:1147–1153,
- Wallace C.J, Tauber R(2004).Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatric Services*;55:513–515.
- Wexler B. Bell M.(2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophr Bull*;31(4):931-941.Wykes T, Sturt E, Katz R: The prediction of rehabilitative success after three years: the use of social, symptom and cognitive variables. *Br j Psychiatry* 1990, 157:865-870
- Wykes T, Reeder C, Williams C, Corner J, Rice C, Everitt B.(2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CTR) durable? results from an exploratory trial in schizophrenia.*Schizophr Res* ;61:163–174.

CAPÍTULO VII

Autoevaluación de los EAIE

Rodríguez Pulido, F; Caballero Estebaranz, N; González Dávila, E; Tallo Aldana, E; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C; Vilchez de León, PI; López Reig, S

La mejor manera de garantizar que un determinado programa está siguiendo las normas de una práctica es desarrollar y validar una escala de fidelidad, con medidas de la adhesión a un modelo de programa (Bond, Evans, Salyers, Williams y Kim, 2000). La escala de fidelidad IPS (Bond, Becker, Drake, y Vogler, 1997) de 15 ítems que han sido bien validados, utilizándose en EE.UU y a nivel internacional (Bond, Drake & Becker, en preparación).

Existen estudios que examinan la relación entre la fidelidad del IPS y los resultados en el empleo. Nueve estudios evaluaron esta hipótesis (Becker, Smith, Tanzman, Drake, y Tremblay, 2001; Becker, Xie, McHugo, Halliday, y Martínez, 2006; Catty et al., 2008 Henry y Hashemi, 2009; Hepburn y Burns, 2007; McGrew y Griss, 2005; McGrew, 2007, 2008, Resnick, 2009), y en cinco de ellos se encontró correlaciones estadísticamente significativas entre la fidelidad de IPS y los resultados de empleo, y otros dos estudios han tenido resultados que se acercaban a la significación estadística.

En un estudio de 2006, donde se aplicaba el IPS, los participantes evaluaban la fidelidad a IPS. De 26 sitios que participan en esta red, el 65% había logrado una alta fidelidad, el 31% había logrado la fidelidad justa, y sólo un sitio fue clasificado como no proporcionar ninguna fidelidad a IPS (Becker et al., 2006).

Los resultados demuestran que conseguir una alta fidelidad en la aplicación generalizada de IPS es posible cuando hay compromiso y liderazgo local del estado, adecuados recursos, supervisores capacitados y cualificados y personal capacitado. (Bond, 2009).

Por lo tanto, a la vista de los estudios realizados, en diciembre de 2009, bajo el impulso del Director del PIRP, se decide hacer una autoevaluación del funcionamiento de los EAIE, con la intención de tener una visión global y someter a la autocrítica el funcionamiento de los equipos. Para ello, se utilizó una la Supported Employment Fidelity Scale o Escala de Fidelidad del Empleo con Apoyo (Bond, Becker, Drake, y Vogler, 1997) que fue construida por Gary Bond. Este instrumento es específico para valoración de la fidelización de los EAIE a sus principios operativos. Esta escala y sus preguntas de implementación establecen una serie de parámetros basados en evidencias prácticas a las que debe ajustarse un programa de empleo con apoyo individualizado, con el objetivo de mantener su fidelización a los componentes que facilitaron resultados experimentales óptimos en el logro del empleo competitivo. Sirve como marco para obtener una visión general del proceso de implementación de los equipos.

Escala de Fidelidad del Empleo con Apoyo

El instrumento de evaluación se divide en dos partes.

En la primera parte se encuentra una entrevista con preguntas de implementación basadas en los mismos aspectos que la escala: **Dotación de personal, Organización y Servicios**. Dentro de la dotación del personal se encontrarían tres variables (tamaño de casos, planificación y servicios generales), dentro de la organización se encontraría otros tres ingredientes (Integración de la rehabilitación con el tratamiento, Unidad de Formación Profesional y Criterios de exclusión) y en servicios nueve subtipos (Trabajo de evaluación, búsqueda rápida de trabajo, búsqueda de trabajo individualizado, la diversidad de puestos, la permanencia de puestos, las transiciones de los puestos, seguimiento, servicios comunitarios y participación asertiva y divulgación).

La segunda parte de la evaluación se basa en una escala que consta de tres partes, como se dijo anteriormente, con la misma división que en el caso de las preguntas de implementación (dotación personal, organización y servicios). La puntuación de la escala va desde uno a cinco. Una puntuación final alta significaría una mejor implementación del equipo.

Se hizo una traducción al castellano de la escala y de las preguntas de implementación.

La escala se administró en un momento de cambio en el equipo y fue administrada por una persona que no trabajaba en los equipos hasta entonces y que asumía la coordinación con esta primera tarea. Todas las preguntas fueron contestadas por todos los técnicos de empleo, algunas de las preguntas de implementación por algunos usuarios que fueron elegidos aleatoriamente, uno por cada zona (santa cruz, la laguna, sur y norte). Las preguntas tanto a los usuarios como a los empresarios estaban

relacionadas con las preguntas de la escala. Se les preguntaba por el tiempo que llevaban en el empleo, el funcionamiento en la empresa, cuánto tiempo habían tardado en conseguir empleo, cada cuánto tiempo solía el técnico de empleo realizar seguimientos, etc. Además se utilizó información dada por profesionales de las empresas para completar la evaluación.

Resultados de la valoración

CUADRO 1
Puntuación escala de fidelidad, diciembre 2009

	DOTACIÓN PERSONAL	ORGANIZACIÓN	SERVICIOS
Tamaño de los casos	5		
Planificación/Organización diaria	2		
Servicios generales	1		
Salud Mental		3	
Supervisión		5	
Criterios de exclusión		3	
Evaluación			4
Búsqueda rápida empleo			5
Empleo individualizado			3
Diversidad de puestos			3
Permanencia			2
Transiciones			5
Seguimiento			1
Servicios comunitarios			2
Divulgación			3
TOTAL	8	11	28
PUNTUACIÓN TOTAL: 47			

Fuente: Equipo de Apoyo individualizado al empleo
Dirección PIRP Tenerife 2009

La puntuación máxima por cada variable era de 5 puntos. Como se puede observar en el cuadro 1.1. de los tres subgrupos, el único que estaría por debajo de la media sería en el de dotación personal (2.67), que es el que habría que reforzar más, en organización se encontraría por encima y en servicios en la media.

CUADRO 1.1
Media, desviación típica y mediana de los resultados

	PERSONAL	ORGANIZACIÓN	SERVICIOS
MEDIA	2,67	3,67	3,11
SD	2,1	1,2	1,4
MEDIANA	2	3	3

1. Dotación personal

GRÁFICOS 1
Datos obtenidos de la dotación personal



Tamaño de los casos

El tamaño de los casos está dentro de la carga prudente para poder desempeñar bien las funciones y ofrecer un buen servicio. Todas las zonas tienen una carga de 25 usuarios.

Planificación/Organización diaria:

No hay una estructura fija de organización del día y varía dependiendo de la zona. Se nombra como funciones del técnico de empleo las funciones administrativas, las reuniones, los seguimientos, la búsqueda de empresas para nuevos puestos de trabajos y las valoraciones.

Servicios generales:

El equipo incluye la contratación, la colocación y evaluación de puestos de trabajo, y un seguimiento del usuario que a veces se da en la propia empresa.

2. Organización



Salud mental

Las reuniones con las unidades de salud mental son programadas y se realizan mensualmente excepto el caso de santa cruz, que no se reúne todos los meses con todos los psiquiatras.

A la hora de tomar decisiones sobre algún usuario, en todos los equipos, los técnicos consideran normalmente que son consensuadas por todos y que participan en la toma de decisiones.

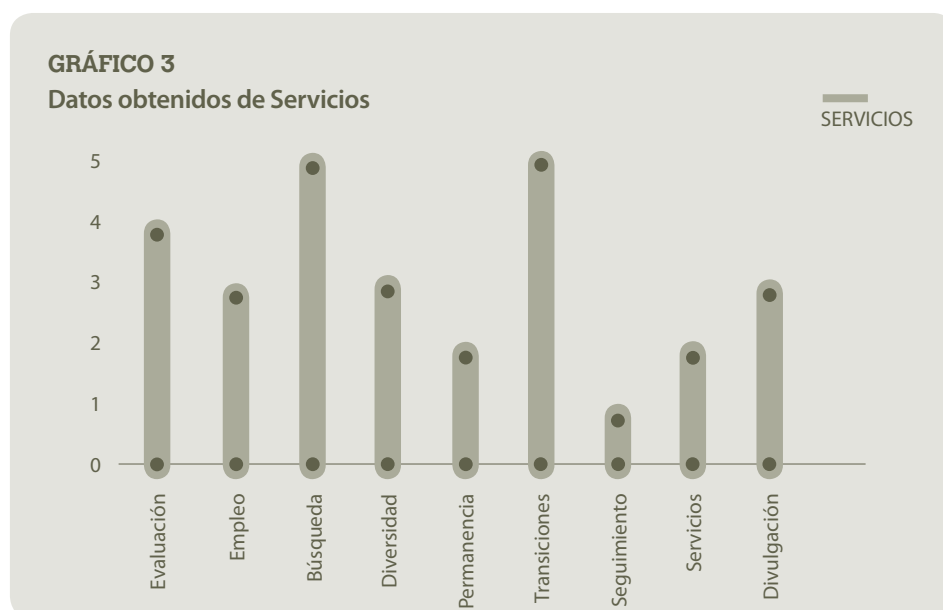
Supervisión

Los técnicos raramente se han reunido para formar un grupo de supervisión de casos. Prestan sus servicios a las demás en épocas largas de vacaciones o cuando ha habido bajas.

Criterios de exclusión

Los criterios de admisión y exclusión están claros y definidos.

3. Servicios



Evaluación

La evaluación que hacen se basa en las entrevistas previas pero no tienen ningún procedimiento de evaluación protocolizado, no se realizan pruebas y no se mide el ajuste pre-laboral con ningún instrumento. Usan en cambio los criterios siguientes: estabilidad psicopatológica, deseo manifiesto de empleabilidad, motivación e intereses laborales y compromiso para el seguimiento.

Búsqueda rápida de empleo

La búsqueda de empleo se suele realizar de forma rápida, entre uno y tres meses pero en ocasiones sin relación con las motivaciones o intereses del usuario. Los trabajos suelen ser temporales y la mayoría de los empleos están en el sector servicios.

Empleo individualizado basado en las preferencias

Las ofertas de empleo en ocasiones son buscadas en un perfil concreto pero la realidad es que muchas veces suelen obtener ofertas que no tienen un perfil específico. Se debate el perfil más adecuado para esa oferta. Hay competitividad dentro del propio equipo en este sentido.

Diversidad de puestos

No hay mucha diversidad de puestos, en la mayoría de los casos se ofrece el mismo tipo de trabajo y sobre todo en el sector servicios.

Permanencia

Los puestos de trabajos indefinidos son escasos, en la mayoría de los casos los trabajos ofrecidos son temporales aunque en algunos casos con posibilidad de renovación.

Transiciones

Cuando un trabajo finaliza, el técnico de empleo busca otro empleo rápidamente por lo que las transiciones suelen ser de poco tiempo.

Seguimiento

El seguimiento que se realiza en todas las zonas es normalmente con una frecuencia mensual que puede variar según el caso. Se intenta utilizar los descansos del trabajo para quedar con las personas o las salidas y entradas al puesto de trabajo. En muchas ocasiones los seguimientos son dentro de la propia empresa.

Servicios comunitarios

Los técnicos de empleo coinciden en que utilizan la mayor parte del tiempo en la calle.

Divulgación

Si la persona no se compromete o abandona el servicio del equipo, los técnicos de empleo intentan derivarlos a formación o a otros recursos.

Puntos fuertes y débiles de los EAIE

Entre los puntos más fuertes de los equipos estaría el tamaño (no superar la ratio de 25 usuarios por técnico), la supervisión y evaluación de los equipos introduciendo mejoras oportunas establecidas por el director del PIRP, la búsqueda rápida de empleo y las transiciones entre empleo.

Entre los puntos débiles estaría los seguimientos a usuarios, los servicios, la permanencia de los puestos de trabajos y la planificación del trabajo.

GRÁFICO 4
Puntos fuertes

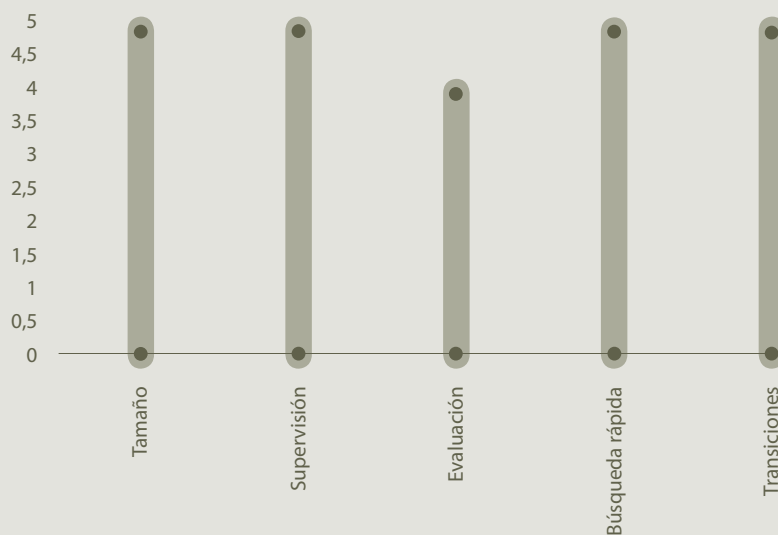
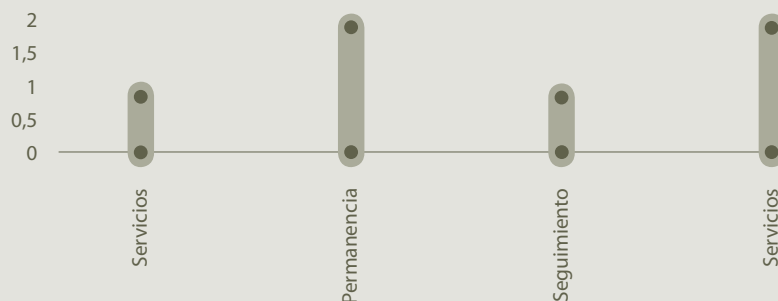


GRÁFICO 5
Puntos débiles



Discusión

A lo largo del tiempo se han utilizado diferentes estrategias para facilitar la incorporación laboral de las personas con Trastorno Mental de larga duración. En la actualidad, la que mayor evidencia empírica posee es la estrategia de apoyo al empleo ordinario (Bond, 2000). Los Equipos de Apoyo individualizado al Empleo se crean en el año 2003 con el objetivo de favorecer la integración rápida al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración.

A pesar de que los equipos en la isla de Tenerife tienen una historia corta, poseen puntos fuertes a destacar y puntos débiles que mejorar para un mejor funcionamiento y una óptima implementación del equipo. Un artículo de Gary R. Bond relata la existencia de indicadores de calidad de un equipo de empleo como son el tamaño de los casos, el trabajo en equipo con especialistas de empleo, ofrecer diversas opciones de trabajo, ofreciendo ventajas como el asesoramiento, múltiples oportunidades de trabajo y un seguimiento sin tiempo límite (Bond, G., Campbella, K..2002).

Evaluado nuestro EAIE la puntuación total de la escala fue 47 puntos, esto significa que está por debajo de lo esperable para una óptima implementación (la puntuación máxima es 75 puntos). En contraste a esta evaluación está la eficacia de los equipos en el logro del empleo competitivo (vease capítulo 5).

Los aspectos débiles que restan puntuación a una óptima implementación se centran en los seguimientos, la cartera de servicios que no incluye ningún instrumento de evaluación prelaboral, la permanencia de los puestos de trabajo que depende en gran parte del mercado laboral aunque teniendo en cuenta las preferencias de trabajo hay más oportunidades de permanencia y de superación del periodo de prueba y , por último, hay debilidad en la organización de los servicios comunitarios, no hay planificación ni organización del trabajo en oficina y en la calle.

Siguiendo estos criterios, por el contrario, los equipos cuentan con puntos fuertes que están incluidos dentro de los criterios de calidad como el tamaño de los casos, el trabajo en equipo, el asesoramiento y las múltiples oportunidades de trabajo (Transiciones). Parece que en esta línea, los puntos comentados anteriormente son positivos y hay que seguir trabajando en ellos porque son puntos destacables y nos están indicando que se sigue una línea de trabajo que responde a unos criterios de calidad según la literatura científica.

Los ingredientes relativos a los seguimientos, la organización del trabajo y el ofrecer diversas opciones de trabajo son los puntos más débiles del trabajo de los EAIE, haciendo estos, que descienda las puntuaciones en la valoración global de la escala. Reforzar estos se nos antoja parte de las recomendaciones de este informe, con el

objetivo de mejorar estas debilidades y convertirlos en puntos fuertes, potenciando los criterios de calidad del equipo. De ahí que, a partir del 2009, introducimos medidas correctoras, que describimos a continuación.

Medidas correctoras

1. Dotación personal

Tamaño de los casos

Se recomienda:

No aumentar la carga de trabajo en ninguno de los equipos para no desvirtuar el sentido filosófico que subyace en la efectividad de los EAIE. Si bien en la medida las personas van ganando autonomía personal (requieren menos contactos con presencia física y los contactos telefónicos van siendo mas espaciados en el tiempo) debe incorporarse nuevos usuarios.

Medidas:

No aumentar la carga de los EAIE en el sentido descrito.

Incrementar la puesta en marcha de nuevos EAIE. En la isla de Tenerife debería, al menos, haber un EAIE por Equipo Comunitario de Salud Mental.

Servicios vocacionales

Se recomienda:

La realización diaria de una plantilla de seguimiento del usuario en el que se redactará todos los contactos e intervenciones si las hubiera y desarrollar un plan de trabajo por EAIE para ayudar a que se visiten a los usuarios con tiempo y garantizar que la persona pueda hablar distendidamente.

Medidas:

Realizar un cronograma de trabajo. Todos los técnicos de empleo deberán remitir a la coordinadora un cronograma de la actividad de los EAIE ,especificando los seguimientos de usuarios con iniciales, reuniones y visitas a empresas.

Establecer un planing semanal. Cada semana se dará cuenta de las variaciones del cronograma inicial.

Servicios generales

Se recomienda:

Establecer la definición del EAIE por escrito donde quede reflejado los objetivos, las funciones delimitadas y haya un acuerdo sobre todos los procedimientos del trabajo, así como, delimitar la intervención psicológica. Con esto se evitaría que se realizaran funciones diferentes dependiendo de la zona.

Establecimiento de un protocolo de derivación de ofertas en el que se tenga en cuenta el perfil del puesto y el ajuste a las preferencias de la persona, estando en armonía la relación preferencias-perfiles y dando prioridad a los candidatos con dichas características.

Medidas:

Tomar el Tríptico de EAIE como referente y su mejora. Estudiar el sistema la idoneidad de puesto de trabajo y candidato. Informatización registro de conjunto mínimo de datos laborales.

2.Organización

Salud mental

Se recomienda:

Que existan reuniones mensuales con los psiquiatras responsables de las unidades de salud mental.

Medidas:

En la reunión semanal se comprobará que existan en la planificación las reuniones con las unidades de salud mental.

Supervisión

Se recomienda:

Que existan reuniones frecuentes con el equipo y con el director del plan Insular de Rehabilitación con el fin de que haya una supervisión del trabajo del equipo y aplicar las mejoras pertinentes en la organización y en el desarrollo del trabajo del equipo.

Medidas:

En este aspecto se tomará las siguientes medidas:

Establecer una reunión semanal de todo el equipo en el que se expongan las dificultades del equipo, la introducción de mejoras y los procedimientos de trabajo.

La coordinadora del equipo de apoyo individualizado al empleo mantendrá reuniones quincenales con el Director del Plan Insular de Rehabilitación para informarle del funcionamiento del equipo y revisar todos los aspectos tratados anteriormente, comprobando que el equipo mantenga unos criterios de calidad adecuados. Toda esta información y las modificaciones pertinentes serán trasladadas en las reuniones semanales del equipo.

Criterios de exclusión

Se recomienda:

Mantener los criterios de exclusión de los equipos claros y definidos.

Medidas:

Redactar en el díptico del equipo los criterios claramente definidos por escrito de entrada al equipo y los criterios de exclusión.

3. Servicios

Evaluación

Se recomienda:

Tener un instrumento de evaluación prelaboral que se pueda utilizar añadiendo a los otros criterios que usa el equipo como son la estabilidad psicopatológica, deseo manifiesto de empleabilidad, motivación e intereses laborales y compromiso para el seguimiento.

Medidas:

Se aplicarán las siguientes medidas correctoras:

Aplicar un instrumento bajo la supervisión del director del PIRP en el que se evalúe la adaptación específica previa al empleo.

Dentro de seis meses volver a evaluar con los mismos procedimientos el equipo para comprobar que los aspectos débiles han sido reforzados.

Bajo la supervisión del PIRP, en las reuniones de equipo semanales, se trabajaran aspectos de formación específica para el equipo y así poder introducir mejoras en el trabajo.

Búsqueda rápida de empleo

Se recomienda:

Seguir fomentando la búsqueda rápido de empleo, teniendo en cuenta los intereses y la experiencia laboral de la persona.

Medidas:

Se adoptarán las siguientes medidas:

Mantener la búsqueda rápida en relación a las motivaciones e intereses de las personas.

Crear una lista en las reuniones semanales de las empresas que se tienen previsto visitar.

Empleo individualizado

Se recomienda:

Continuar buscando empleo individualizado y centrado en la persona.

Medidas:

En las reuniones semanales del equipo, se comprobará que las ofertas se ajustan a los perfiles de las personas.

Diversidad de puestos:

Se recomienda:

Tener en cuenta la experiencia laboral del usuario y sus intereses laborales en la actualidad.

Medidas:

Elaboración de una base de datos en la que se redacten las experiencias previas de empleo del usuario y sus preferencias en la búsqueda de empleo de una forma clara y detallada.

Organizar las visitas a empresas para no coincidir dos miembros de un mismo equipo.

Permanencia

Se recomienda:

Evitar la estigmatización del colectivo de salud mental en las empresas y la importancia de un trabajo estable.

Medidas:

Crear un documento específico de presentación en las empresas en el que se explique el funcionamiento del equipo y se explique la importancia de la estabilidad del empleo para concienciación de las empresas.

Transiciones

Se recomienda:

Seguir buscando otras posibilidades de empleo antes de que finalice el actual trabajo.

Medidas:

Antes de que acabe un empleo, se dará prioridad a estas personas y se buscará otro tal y como se estaba haciendo.

Seguimiento

Se recomienda:

Realizar un seguimiento del usuario en el que se fomente los contactos cara a cara fuera de la empresa.

Medidas:

Elaboración de una ficha de seguimiento por usuario. En esta ficha se redactará todas las intervenciones, seguimientos, entrevistas con supervisores de la empresa, etc. Quedará registrada y actualizada toda la información del usuario con la duración de los contactos. No se realizara reuniones con el usuario en el puesto de trabajo. No se confundirá apoyo flexible con no seguir al usuario. Se facilitará los contactos cara a cara.

La confidencialidad de los datos es fundamental y básica.

Servicios comunitarios:

Se recomienda:

Establecer una organización del tiempo empleado en la comunidad y en la oficina.

Medidas:

En el planing semanal debe aparecer un equilibrio entre los seguimientos, reuniones, visitas empresas, reuniones y tareas administrativas, ajustándose a las necesidades del equipo.

Divulgación

Se recomienda:

Que haya relación con asociaciones o servicios a los que se puedan derivar si no cumplen los criterios del equipo.

Medidas:

Se realizarán reuniones mensuales con las asociaciones de personas con trastornos mentales crónicos y familiares.

Promover un acuerdo marco para el empleo ordinario con otras entidades

Todo ello, a pesar de los resultados positivos obtenidos y de la autoevaluación realizada sería conveniente más adelante volver a realizar otra nueva evaluación para observar si los componentes débiles se han reconvertido a puntos fuertes y los puntos fuertes continúan estando presentes.

BIBLIOGRAFIA

Becker, D. R., Smith, J., Tanzman, B., Drake, R. E., & Tremblay, T. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric Services*, 52, 834-836.

Becker, D. R., Xie, H., McHugo, G. J., Halliday, J., & Martinez, R. A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42, 303-313

Bond, G. R., Drake, R. E., & Vogler (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.

Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. K. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2, 75-87.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2009). Beyond Evidence-Based Practice: Nine Ideal Features of a Mental Health Intervention. . Paper presented at the Los Angeles Conference on Intervention Research in Social Work. University of Southern California. October 23, 2009

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (in preparation). Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: Case example of the IPS Fidelity Scale.

Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D., & Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre RCT. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.

Henry, A. D., & Hashemi, L. (2009, September 9). Outcomes of supported employment services for adults with serious mental illness in Massachusetts: Findings from the Services for Education and Employment Technical Assistance Project (SEE-TAP). Paper presented at the Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, NH.

Hepburn, B., & Burns, R. (2007, June 22). Extending the welcome mat: Opening Doors to employment for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders. Paper presented at the MHA DORS Annual Conference, Baltimore, MD.

McGrew, J. H., & Griss, M. (2005). Concurrent and predictive validity of two scales to assess the fidelity of implementation of supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 41-47.

McGrew, J. H. (2007). IPS fidelity survey of 17 supported employment programs in Indiana: Final report to SECT Center. Indianapolis: Indiana University-Purdue University Indianapolis.

McGrew, J. H. (2008). Final report to SECT Center: IPS fidelity survey of supported employment programs in Indiana. Indianapolis: Indiana University-Purdue University Indianapolis.

Resnick, S. R. (2009, September 24). Measuring fidelity in the national dissemination of supported employment in the Veterans Health Administration. Paper presented at the Festschrift for Gary Bond, Indianapolis, IN.

CAPÍTULO VIII

Conclusiones

Rodríguez Pulido, F; Caballero Estebaranz, N; Tallo Aldana, E; Hernández Álvarez de Sotomayor, M.C.; Vílchez de León, Pl.; López Reig, S.

En el marco de la recuperación de una enfermedad mental, el resultado deseado es el de reducir la dependencia del sistema de salud mental a través del tiempo. En cualquier caso, los servicios son claramente más valiosos si conducen a cambios estables y duraderos. Las prácticas de salud mental deben reflejar los objetivos y preferencias del usuario, y se realizan dentro de unas decisiones compartidas. A falta de servicios de empleo, otros servicios de salud mental, tales como los medicamentos, la psicoterapia, y el tratamiento de día no tienen un impacto mensurable en los resultados del empleo.

A lo largo del tiempo se han utilizado diferentes estrategias para facilitar la incorporación laboral de las personas con Trastorno Mental de larga duración. La estrategia de IPS se ha adoptado a nivel internacional, con proyectos exitosos en Canadá, (Latimer et al 2006), el Reino Unido (Boyce et al., 2008 Rinaldi et al), 2008), los Países Bajos (van Erp et al., 2007); Australia (Waghorn et al., 2007), Japón (Nakahara y Nakatani, 2007), y Hong Kong (Wong et al., 2008). En 6 lugares europeos, el estudio reciente también sugiere la transportabilidad de IPS para diferentes naciones, con diferentes leyes laborales, políticas de discapacidad, y condiciones socio-culturales (Burns et al. 2007). Esto no quiere decir, sin embargo, que el IPS tiene el mismo éxito en todos los países. En los países donde la 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 difícil de implementar.

Existe una fuerte evidencia de que el modelo IPS es significativamente más eficaz que los programas basados en el entrenamiento prevocacional (entrenar y luego colocar)

o en la formación profesional, en la consecución de empleo competitivo con tasas de empleabilidad en torno al 60%- por parte de las personas con trastorno mental grave. Nuestra experiencia en la isla de Tenerife es buen testimonio de esta evidencia científica. La estrategia IPS para el logro de el empleo produce mejores resultados competitivos para las personas con discapacidad que los programas alternativos de formación profesional, independientemente de los antecedentes demográficos, clínicos, y las características del empleo.

Sin embargo, aún queda un porcentaje de individuos, que no son capaces de acceder a este tipo de empleo. Los factores que podrían influir en estos hallazgos, no sólo pueden estar referidos al procedimiento IPS originario que, probablemente necesita incorporar otras estrategias para aumentar su eficacia, sino también está en relaciones con los factores demográficos y clínicos. (nivel basal sintomático y de funcionamiento social) de la población de referencia, los estilos de búsqueda de empleo activo versus pasivo, la integración versus la separación de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales, la dificultad de implementación de los programas, la rapidez en la búsqueda de empleo, la tasa local de desempleo, o la presencia de programas de apoyo a las necesidades globales de los usuarios.

Existe evidencia científica que avala que el modelo IPS es más eficaz que los programas de entrenamiento prevocacional, sobre el número de horas y semanas trabajadas competitivamente, así como el volumen de ingresos obtenidos. Sin embargo, sigue siendo un reto tratar de mejorar la capacidad de los individuos para mantener durante más tiempo el puesto de trabajo conseguido.

Para aumentar la permanencia en el trabajo o disminuir los abandonos, y para aumentar la eficacia de los equipos, estaría trabajar de forma complementaria- sin olvidar los principios del IPS- con las variables cognitivas para aumentar las posibilidades de empleo. Se ha estudiado que la aplicación de programas cognitivos como el CO-GPACK aumenta las posibilidades de empleo de las personas con trastorno mental grave. Los datos obtenidos con pacientes indican que se obtienen avances significativos en el aprendizaje y una correlación positiva entre la realización de las pruebas y resultados de éxito en el empleo. Los estudios hasta ahora sugieren que los esfuerzos por mejorar las funciones cognitivas pueden ayudar a los sujetos a mejorar sus resultados en el empleo. Sería beneficioso por tanto, intervenir para trabajar el deterioro cognitivo en las cuatro áreas importantes: memoria, velocidad psicomotora, atención y resolución de problemas. Se hace por tanto, evidente seguir estudiando la influencia de las variables cognitivas en los resultados de empleo de las personas con trastorno mental graves.

Hoy en día, después de su trayectoria, se demuestra cada vez más que los equipos de apoyo individualizado al empleo son una estrategia válida y eficaz para la incorpora-

ción al empleo de las personas con trastorno mental grave. La evidencia también es abrumadora de que sin asistencia profesional en forma de servicios dirigidos específicamente en el empleo, la mayoría de los usuarios seguirían en el paro. El IPS promueve una trayectoria de vida que difiere de la dependencia parental.

Esta apuesta se hace necesaria para la adecuada integración de estas personas en la sociedad y por tanto, se hace necesario seguir el estudio y la investigación de nuevas metodologías que recojan los conocimientos acumulados en cuanto a la integración laboral de personas con Trastorno Mental Severo.

No existe evidencia científica sólida que sustente que el empleo de las personas con TMG en un entorno competitivo, mediante el estrés, podría favorecer el empeoramiento clínico (recaídas y hospitalizaciones), así como tampoco que éste mejore los resultados no vocacionales: sintomatología, calidad de vida y funcionamiento social o global. En general, los estudios sugieren que un período significativo de un empleo competitivo se asocia con una mejora en el tiempo en control de los síntomas, calidad de vida, autoestima, y el funcionamiento social en comparación, al grupo que no trabajaba. En otras palabras, los "efectos secundarios" de un empleo competitivo son más positivos que negativos.

Los Equipos de Apoyo individualizado al Empleo (EAIE) en Tenerife se crean a finales del año 2003 con el objetivo de favorecer la integración rápida al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga duración. A pesar de que los equipos tienen una historia corta, poseen muchos puntos fuertes a destacar y aspectos que tienen que mejorar, de ahí nuestra posición de someternos a autoevaluaciones periódicas, siguiendo escala de fidelidad a los IPS. Así pues, a pesar de nuestro alto grado de eficacia, se trabaja en la línea de optimizar la carga de trabajo de los equipos, hacer más efectivos los seguimientos favoreciendo el contacto individualizado de trabajadores y empresarios, en el diseño de estrategias más efectivas para captación de puestos de trabajo y e informatización de la información disponible, así como, la maduración de las intervenciones complementarias que habría que ir añadiendo a la estrategia en el empleo. En este sentido, con perspectivas para un futuro estaría incorporar programas de mejoras del funcionamiento cognitivo, así como de las habilidades interpersonales en el trabajo, o mejorar la carrera profesional, con el fin de reforzar la vinculación con los servicios de salud mental.

Los EAIE, su filosofía y su metodología, con pruebas aleatorias contrastadas, aumentan por la propia existencia, las oportunidades de empleo para las personas con trastorno mental grave, más aún en un contexto de alto índice de desempleo, como es el de la sociedad canaria. En una época de crisis económica, los EAIE se han constatado más relevantes como factor de protección de las personas con discapacidad por TMG para el logro del empleo en un mercado laboral con descenso notables de ofertas.

Las listas de espera para los EAIE existen en la actualidad y analizados los resultados favorables obtenidos, se hace necesario en un futuro seguir ampliando los equipos para poder dar respuesta laboral a toda la población. Somos partidarios, de que cada Equipo Comunitario de Salud Mental cuente con el referente de un Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo.

Queda un gran asunto pendiente que es si los EAIE se van o no a incorporar en la ley de la dependencia, desde un punto de vista financiero e incluso como prestación de servicios de promoción de la autonomía personal.

La aplicación generalizada de IPS con alta fidelidad es posible cuando hay compromiso y liderazgo local del estado, adecuados recursos, supervisores capacitados y cualificados y personal capacitado.

BIBLIOGRAFÍA

- Boyce, M., Secker, J., Floyd, M., Schneider, J., & Slade, J. (2008). Factors influencing the delivery of evidence-based supported employment in England. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 360-366.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Latimer, E., Lecomte, T., Becker, D., Drake, R., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St. Pierre, M. S., Therrien, C., & Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.
- Nakahara, S., & Nakatani, M. (2007). How to practice IPS (in Japanese). *Psychiatry Clinical Service*, 7(3).
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 50-60.
- Rodríguez Pulido, F. (2010). La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. Cabildo Insular de Tenerife.
- Rodríguez Pulido, F., Tallo Valdana, E., Tost Pardell, L., Perestelo Pérez, L., Pérez Ramos, J., Rivero Santana A, González Lorenzo M, Rodríguez García A, Hernández A de Sotomayor C. (2010). Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Num. 2007/12
- Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Díaz, N. García Ramírez, M. (2004) La integración laboral de las personas con trastornos mental grave: Una cuestión pendiente. *Psiquis*; 25(6); 264-281.
- Rodríguez Pulido, F., Rodríguez Hdez., S. et al. (2001) El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración. En: Hernández S, Rodríguez Pulido F, Hernández Marrero J. La psiquiatría comunitaria. Ayuntamiento Santa Lucía. ISLEM. Programa Horizon II. Gobierno de Canarias; p.311-43.

Van Erp, N. H., Giesen, F. B., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H. W., Becker, D., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 1421-1426.

Waghorn, G., Collister, L., Killackey, E., & Sherring, J. (2007). Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 29-37.

Wong, K, Chiu R, Tang, B., Mark, D, Ling J, Chiu, SN (2008). A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*. Jan;59 (1): 84-90

ANEXOS

ANEXO I

Hoja de seguimiento de usuarios

Nombre y Apellidos: _____

Empresa/Puesto: _____

Teléfonos: _____

Persona contacto empresa: _____

USMC: _____

Fecha/Tipo Contrato: _____

Psiquiatra: _____

Teléfono Empresa: _____

FECHA	HORA	PERSONA DE CONTACTO		TIPO DE CONTACTO	MOTIVO	OBSERVACIONES
		Tfno.	Presencial			

ANEXO II

Plantilla de seguimiento de casos

PIRP: _____ EAIE: _____ Mes: _____ Año: 201 _____ NIF: _____

Nombre y apellidos: _____ Fecha nacimiento: / /

Fecha Doc1: _____

DIA	PROGRAMAS REHABILITACIÓN				PROGRAMA LABORAL		INTERVENCIONES												
	COGPACK	HABILIDADES LABORALES	INTERVENCIÓN EMPRESA	HABILIDADES SOCIALES	EAIE	PREPARADORA LABORAL	OTROS	CENSAR/VALORACIÓN	ELABORACIÓN PIA	FAMILIA	SEGUIMIENTO PRESENCIAL	PREPARACIÓN ENTREVISTA	INFORMES	CONTACTO TELEFÓNICO	COORDINACION	PERSONAS RELACIONADAS	INCIDENCIAS	DERIVACION PREPARADORA LABORAL	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			



ANEXO III

Acuerdo Marco para la Integración Laboral

ACUERDO MARCO DE COOPERACIÓN PARA FAVORECER LA AUTONOMÍA PERSONAL MEDIANTE LA OCUPACIÓN PRE-LABORAL Y LA INTEGRACIÓN ORDINARIA EN EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD O EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE

Las entidades firmantes de este acuerdo, conscientes de las dificultades existentes en el mercado laboral para las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente, y con el fin de establecer cauces de cooperación para favorecer entornos que faciliten la igualdad de oportunidades, es por lo que ratificamos las siguientes líneas de trabajo conjuntas:

1. Reconocemos que el CIRPAC y la Dirección Técnica del PIRP, es el marco de planificación y supervisión de las estrategias destinadas para la integración social, laboral y de empleo que vayan dirigidas a las personas con discapacidad o en situación de dependencia por trastornos mentales graves y persistente (TMGP). Reconocemos a este organismo interinstitucional y su dirección técnica, como espacio común de consenso y de orientaciones estratégicas, de sumo valor para todos.
2. Reconocemos a SINPROMI, con una trayectoria más que acreditada para seguir liderando, más aún después de los logros de este último quinquenio, la integración en el empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente.
3. Consideramos que ante el empresario de la isla, SINPROMI, AFES y ATELSAM, muestren un discurso unificado y una experiencia acreditada, como mediadoras de las personas con discapacidad por TMGP para la inserción en empleos ordinarios, a través de los EQUIPOS DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO (EAIE) existentes en la isla. Las campañas de divulgación y sensibilización dirigidas específicamente a este sector, llevarán una misma línea, en cuanto a sus objetivos y en la medida de lo posible, se realizarán conjuntamente y las ofertas de empleo serán integradas en una misma base de datos, que será coordinada por SINPROMI.
4. SINPROMI gestionará de forma transparente las ofertas de empleo de las diferentes discapacidades. De los puestos de trabajo que se le demanden a la entidad, serán asignados de manera rotatoria para las diferentes discapacidades, respetando un riguroso orden de turno. En el caso de que el EAIE consiga por su gestión el puesto adecuado para las personas con discapacidad, o en situación de dependencia por TMGP, cederá su turno de la lista de empleo a otro tipo de discapacidad, comunicándolo al responsable de la gestión. Igualmente otras discapacidades podrán acogerse a este procedimiento y viceversa harán las diferentes discapacidades. La obtención de empleos ordinarios logrados por AFES y ATELSAM, en sus contactos con las empresas, serán remitidos para la búsqueda de candidatos idóneos, a los EAIE.
5. Las entidades AFES y ATELSAM, promoverán la contratación de preparadores laborales, que trabajarán según la normativa vigente y serán aportados a la red de recursos de pre-empleo y empleo. El EAIE recibirá el apoyo del preparador laboral, para aquellas personas con alta motivación y que necesiten el apoyo de esta figura para mejorar sus competencias en el desempeño de su puesto de trabajo, sin perder de vista el objetivo estratégico de los EAIE, que es el empleo ordinario sin preparación previa, y en la localización de un puesto de trabajo y, si hay posibilidad de insertar a una persona con el perfil señalado, que precisa la presencia de la figura del preparador laboral, se comunicará a AFES y ATELSAM para que, de su lista de candidatos procedentes de los Centros Ocupacionales y de otros recursos, se seleccione, junto con el técnico de los EAIE, la más idónea para el puesto. Aquellos candidatos que evolucionan favorablemente del seguimiento con el preparador laboral para su normalización. Se mantendrán reuniones para el seguimiento de los casos derivados y supervisión de la gestión de la bolsa de empleo.
6. Las Asociaciones de Familiares, AFES y ATELSAM, se dedicarán:
 - a. El fortalecimiento de los CENTROS OCUPACIONALES como centros en donde se realice una actividad ocupacional dirigida a la ocupación y el pre empleo.
 - b. Promover y participar con todas las entidades, campañas de sensibilización y divulgación dirigida al mundo empresarial, la sociedad y la familia.



- c. Desarrollar su trabajo en estrecha colaboración con los EAIE, respetando sus ámbitos de competencia de forma recíproca.
- d. Promover e impulsar otras modalidades de empleabilidad, como Casas Club, Centros Especiales de Empleo, Cooperativas, Casas de Oficio y otros.
- e. Promover y favorecer de acuerdo a la legislación vigente, la estrategia de preparación laboral (mejorar capacitación general y específica de una actividad) en contextos normalizados para aquellas personas que los EAIE y/o CENTROS OCUPACIONALES remitan como candidatos previa demanda de esto.
- g. Promover proyectos de formación (Talleres, Cursos, Casas de Oficios) de acuerdo a los nichos laborales y las preferencias de los usuarios. En estos proyectos también podrán participar las otras entidades que firman este acuerdo.
7. en cuanto a las empresas contactadas por AFES y ATELSAM, seguirán siendo empresas de su ámbito, igualmente válido para las empresas contactadas por los EAIE. Cuando las entidades reciban ofertas de empleo ordinario de estas empresas ya contactadas, se conectarán con los EAIE para informarles y valorar conjuntamente la candidata más idónea para la bolsa de empleo. Asimismo, los técnicos de los EAIE ofrecerán un porcentaje de los empleos, a los candidatos provenientes de los centros ocupacionales pre laborales que se hayan incluido en la bolsa de empleo.
8. En relación a los proyectos de formación ocupacional y prelaboral que requieran una actividad específica en agricultura ecológica, todos los firmantes, se comprometen a fomentar y favorecer la participación del Centro Especial de Empleo Finca "EL MATO" gestionado por la ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PERMACULTURA (ADP). Asimismo los Centros Ocupacionales dedicados a la agricultura y agro jardinería gestionados por AFES y ATELSAM, favorecerán proyectos de formación comunes con la citada ADP.
9. En el caso de que recibieran donaciones, en cumplimiento de las medidas alternativas a la contratación de personas con discapacidad que contempla la normativa vigente, tanto SINPROMI (respetando la equidad con las diferentes discapacidades por las que trabaja), como AFES y ATELSAM, se comprometen a destinar las mismas a su utilización para la integración laboral de personas con TMGP según sus fines estatutarios.
10. Con el fin de favorecer un modelo de red de redes, y para llevar a cabo de forma adecuada estos acuerdos, se constituye una comisión de seguimiento adscrita al CIRPAC, presidida por el Director del PIRP, que se reunirá al menos 2 veces al año, de forma ordinaria y estará formada por todos los firmantes, y quien se considere en cada momento relevante para el sector, y a la misma se invitará sistemáticamente al SERVICIO CANARIO DE EMPLEO.

I. FIGURA DEL PREPARADOR LABORAL:

LA JUSTIFICACIÓN:

Los rasgos identificativos en que se sustentaría la constitución de este nuevo recurso, gestionado por las Asociaciones de Familiares, se basan en:

- **Existencia de la figura del Preparador Laboral:**

Se trata de un profesional que acompaña a la persona con discapacidad a su lugar de trabajo, ayudándole en el proceso de entrenamiento laboral. Esta figura es fundamental, ya que es la que va a proporcionar el apoyo que facilitará la integración. Pero además, debe fomentar que la persona se implique en su entrenamiento, en resolver los problemas que le puedan ir surgiendo, y conseguir que los agentes relacionados con la persona, ya sea familia, amigos, etc. participen también en este proceso.

- **Apoyo en el puesto de trabajo:**

Esta es una pieza clave del modelo; es la que nos va a permitir que la persona pueda acceder y mantenerse en el empleo. Existen distintos niveles de apoyo, que dependerán de las necesidades de las personas y del entorno, y que variarán en función del momento. Así, podemos contar con apoyos intermitentes, limitados, extensos y generalizados.



El colectivo de personas con trastorno mental crónico, en líneas generales, suele necesitar un apoyo extenso y generalizado.

- **Planificación centrada en la persona:**

Todo el proceso se basa en los intereses, motivaciones, habilidades, etc. de las personas, haciéndole partícipe del mismo y dotándoles del control que necesitan para llevar las riendas de su vida. Por tanto, debemos hacer una valoración individualizada, atendiendo a cómo la persona se desenvuelve en su entorno, más que a las dificultades que presenta en el mismo.

- **Puestos de trabajo en empresas ordinarias en condiciones de igualdad:**

La persona debe integrarse en empresas normalizadas, en las mismas condiciones laborales, que el resto de compañeros, es decir, con igual tipo de contrato y salario.

FUNCIONES:

Las funciones que tendrá el preparador laboral tendrán relación con las siguientes áreas y se detallan a continuación:

- **En relación con el empresariado:**

Analizar el mercado de trabajo actual con la identificación de sectores de producción a través de la recogida de información (diarios, normativa, Internet...) y conocimiento de empresas (necesidades, perfiles demandados; modo de contratación, política empresarial, sistema de selección de personal, jornadas de trabajo...).

Realizar contactos con las empresas y concertar citas con el responsable de contratación. Cada entidad debe llevar un registro de cada contacto.

Visitar las empresas contactadas a las que se le debe proporcionar información de la metodología de trabajo que desarrolla la Asociación; beneficios y bonificaciones según la legislación que la empresa puede obtener con la contratación; los perfiles profesionales disponibles; la información sobre la legislación vigente (medidas alternativas) y sensibilizar (romper estereotipos). Las visitas a las empresas quedarán registradas en el registro de contactos y se realizará un seguimiento.

- **En relación con las personas con discapacidad:**

Diseñar, programar, desarrollar y evaluar actividades necesarias destinadas, en contextos reales vinculados al mundo laboral, teniendo en cuenta las características personales y sociales del usuario.

Entrenar en el ámbito de trabajo, tanto en las habilidades colaterales como en las tareas propias del puesto, apoyando y orientándole en los problemas de conducta, que puedan surgir en el propio puesto y que interfieran en el rendimiento de trabajo.

Proporcionar al trabajador métodos y estrategias útiles y que le sirvan de guía en el desarrollo de sus funciones.

Realizar un seguimiento del usuario de forma continua en su puesto de trabajo desde el recurso o Centro de Día Ocupacional.

Evaluación continua del proceso de integración laboral.

Crear una bolsa de empleo con los perfiles laborales de los/as candidatos/as en coordinación con el/la terapeuta ocupacional.

- **En relación con SINPROMI:**

Derivación a los equipos individualizados al empleo cuando se estime que las personas presentan motivación adecuada, y unas habilidades óptimas para el desempeño de su trabajo.

Mantener contacto con los EAIE por medio de reuniones concertadas.

Gestionar ofertas de empleo que se obtengan de contactos con las empresas y remitir a SINPROMI mediante correo electrónico.



ACTUACIÓN:

Las funciones serán llevadas a cabo por preparadores laborales, los cuales deberán tener la formación y/o experiencia profesional que se establezca en el marco normativo laboral de referencia.

El tiempo de atención a cada trabajador con discapacidad no podrá ser inferior al porcentaje de la jornada de trabajo de dicho trabajador que se relaciona a continuación, según la normativa establecida en el RD 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el Empleo con Apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo:

- Un tercio en el caso de trabajadores un grado de minusvalía reconocido igual o mayor al 65%.
- Un quinto en el caso de trabajadores con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33% e inferior al 65%.

Cuando un mismo preparador laboral preste atención a más de un trabajador con discapacidad, el tiempo de atención conjunto, será la suma de los tiempos de atención de cada uno de dichos trabajadores. Dependiendo de la necesidad de apoyo que requiere la persona, se aumentará la proporción o el ratio, para el preparador laboral, y en ningún caso, un preparador laboral podrá atender simultáneamente, a más de 3 ó 5 trabajadores con discapacidad, de los grupos anteriormente señalados, respectivamente, o los equivalentes, cuando los trabajadores atendidos pertenezcan a distintos grupos.

II. BOLSA DE EMPLEO:

Con el fin de poder constituir una base de datos de los usuarios que asisten a los diferentes centros de día ocupacionales y, así poder satisfacer las ofertas de empleo que se puedan recibir por parte de los EAIE (Equipos de apoyo individualizado al empleo), cada Asociación elaborará una lista de candidatos que será remitida a SINPROMI, para que formen parte de la bolsa de empleo que gestiona esta entidad, diferenciando los usuarios que requieren de un preparador laboral, de aquellos que se deriven directamente a empleo con los EAIE.

Los/as terapeutas ocupacionales de cada Asociación serán los encargados/as de elaborar herramientas que permitan valorar a aquellas personas que asisten a los centros ocupacionales pre-laborales y que tienen un perfil laboral. Los preparadores laborales elaborarán con cada candidato el curriculum vitae que será incorporado a los ficheros de cada organización.

Los/as terapeutas ocupacionales informarán a los/as preparadores/as laborales sobre las personas susceptibles de empleo y las mantendrán informadas de cualquier cambio o nueva alta en la bolsa de empleo, así como comunicarán a la Unidad de Salud Mental la posibilidad de enviar un usuario a empleo.

III. GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE OFERTAS DESDE LAS ASOCIACIONES:

El proceso de gestión de las ofertas de empleo ordinario que lleguen a las Asociaciones se remitirán de forma inmediata para su tramitación en SINPROMI.

Se comunicará al coordinador de integración laboral de SINPROMI, vía electrónica dejando constancia impresa de la comunicación. Se elaborará una ficha modelo que recoja los datos básicos sobre la oferta. Así mismo, se contactará por teléfono para informar de los detalles propios del puesto a cubrir, asegurándonos de que la información ha llegado correctamente.

IV. DERIVACIÓN DE CASOS (ver anexo III):

Tal y como recoge el acuerdo marco de cooperación, "aquellos candidatos que evolucionan favorablemente del seguimiento con el preparador laboral, podrán, ser derivados a los EAIE al empleo ordinario, pues ya no necesitan la presencia del preparador laboral para su normalización. Se mantendrán reuniones para seguimiento de los casos derivados y supervisión de la gestión de la bolsa de empleo".



Para ello, se establecerán reuniones mensuales para analizar cada uno de los casos y conocer el nivel de apoyo que requieren (seguimiento de los EAIE o la presencia del preparador laboral). Las derivaciones pueden darse en ambos sentidos:

a. Derivación de caso del preparador/a laboral al EAIE:

Si transcurridos 6 meses desde el inicio del contrato se valora desde la entidad que el apoyo del preparador laboral ya no es necesario, nos pondremos en contacto con los EAIE para que sean éstos los que asuman el seguimiento de la persona, previa valoración de éstos y desde que se disponga de una plaza libre. Para ello se realizará un informe que justifique el traslado del caso a los EAIE y se enviará por correo electrónico o vía fax. Al margen de lo anterior, se mantendrá informado a los EAIE, sobre la evolución de cada una de las personas insertadas, en las reuniones de coordinación establecidas.

b. Derivación de caso del EAIE al preparador/a laboral:

En el supuesto de que hubiera un retroceso en el rendimiento de la persona, algún incidente o situación que pudiera suponer la intervención de algún técnico en su puesto de trabajo se retomará desde la entidad (AFES o ATELSAM) el apoyo del preparador/a laboral. Este tipo de intervención se llevará a cabo inmediatamente, previa valoración de éstos y desde que se disponga de una plaza libre.

En este caso, los EAIE mantendrán una reunión de carácter extraordinario con los preparadores/as laborales para informar del caso y valorar la intervención que se realice.

Los EAIE derivarán también aquellos casos que, teniendo "documento 1" de la USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria) de referencia, no cumplan con los requisitos para ocupar plaza con éstos, sino con bajo la figura de los preparadores laborales.

V. COMISIONES DE SEGUIMIENTO:

Se realizarán reuniones de coordinación, una vez al mes, en las que participarán los equipos de apoyo individualizado al empleo (EAIE) y su coordinador/a de referencia, así como los preparadores laborales de las entidades, junto con su coordinador. Estas reuniones tendrán como contenido mínimo:

- Resumen de ofertas recibidas.
- Resumen de ofertas cubiertas, diferenciando las de los EAIE y los preparadores laborales.
- Gestión de casos: nuevos candidatos, evolución de los candidatos insertados para valorar si pasan de un recurso a otro, incidencias, etc.

En el contexto del "Acuerdo marco de cooperación para favorecer la autonomía personal mediante la ocupación pre-laboral y la integración ordinaria en el empleo de las personas con discapacidad o en situación de dependencia por trastorno mental grave y persistente", impulsado desde el CIRPAC (Consejo Insular de rehabilitación psicosocial y acción comunitaria para personas con trastorno mental grave de la isla de Tenerife), se hace necesario una estrecha colaboración y coordinación entre los responsables de los EAIE, de las entidades y los dispositivos de Salud Mental, a través de la creación de una comisión de seguimiento a celebrar **cada 3 meses**, para valorar globalmente el funcionamiento del programa y poder resolver incidencias que no hayan podido serlo en primera instancia.



ANEXO IV

Hoja de derivación de casos entre las entidades tercer sector

DERIVACIÓN DE CASOS

Comisión de Empleo - Salud Mental

DATOS DE LOS TÉCNICOS

TIPO DE DERIVACIÓN Preparador laboral – EAIE

FECHA: _____

EAIE- Preparador laboral

PREPARADOR LABORAL: _____

ENTIDAD: _____

EAIE: _____

DATOS PERSONALES – DERIVACIÓN

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: _____

USM REFERENCIA: _____ PSIQUIATRA: _____

FECHA DE INICIO EN EL PROGRAMA: _____

DATOS CENTRO DE TRABAJO

EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____

FECHA INICIO DE CONTRATO: _____ DURACIÓN: _____

PERSONA DE CONTACTO EN LA EMPRESA: _____ TELÉFONO: _____

BREVE INFORME DE DERIVACIÓN (anotar si procede alguna observación): _____

ANEXO V

Cuestionario de valoración para empleo, equipos de apoyo individualizado al empleo

VALORACIÓN PARA EL EMPLEO

Fecha de la entrevista: _____

Entrevistador/a: _____

Zona: _____

1. DATOS PERSONALES:

Titular*

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I.: _____

Familia

PADRE/TUTOR: _____

MADRE/TUTORA: _____

Nº DE HERMANOS/AS: _____

CÓNYUGE O PAREJA: _____

NÚMERO DE HIJOS/AS: _____ EDAD: _____

CONVIVE CON: _____

2. EXPECTATIVAS LABORALES

1. ¿Te interesa trabajar en la actualidad?

- Sí No No lo tiene claro

2. ¿Has trabajado alguna vez?

- Sí No

¿Cuánto tiempo?

0-6 meses	7 meses – 1 año	Más de 1 año	Más de 3 años

3. ¿Tienes experiencia laboral después de la enfermedad?

- Sí No

¿Cuánto tiempo?

0-6 meses	7 meses – 1 año	Más de 1 año	Más de 3 años

4. ¿Cómo definirías tu experiencia laboral?

- Muy Buena Buena Normal Mala Muy Mala

Aspectos positivos: _____

Aspectos Negativos: _____

5. ¿Has pensado en algún tipo de trabajo en concreto?

6. ¿Existe algún trabajo que desecharías?

7. ¿Qué supone para ti el trabajo?

Ingresos Económicos	Posibilidad de relacionarme	Sentirme útil en la sociedad	Otros:

8. ¿Te sientes capacitado para desempeñar un trabajo en la actualidad?

- Sí No Sí, pero con apoyo

9. ¿Cuál es el salario mínimo que estarías dispuesto a cobrar por jornada completa?

S.M.I.	600-700	700-800	+ de 800

10. ¿Te gusta trabajar en equipo o prefieres hacerlo en solitario?

En Equipo	En Solitario	Indiferente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. ¿Has utilizado alguna estrategia para buscar empleo en los últimos tres meses?

Sí No

¿Cuál?: _____

3. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Qué enfermedad padeces?

2. ¿A qué edad te diagnosticaron la enfermedad por primera vez?

3. ¿Cuáles son tus síntomas?

Alucinaciones

Ideas delirantes (ej. Sentirse perseguido, creer ser otra persona...)

Uso de palabras o raras estructuras del lenguaje, pensamientos incoherentes

Trastorno emocional excitadas, deprimidas, o menor sensibilidad a las emociones)

Otros:

4. ¿Crees que la enfermedad te puede afectar a la hora de integrarte?

Sí No

¿En qué aspectos?

5. ¿Sabe alguna otra persona además de ti que padeces esta enfermedad?

Sí No

¿Quién?

4. MANEJO Y PREVISIÓN DE CRISIS

1. Nº de Crisis hasta la fecha actual.

2. Nº de ingresos hospitalarios

3. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste un crisis?

En los últimos 6 meses	En el último año	En los últimos tres años	En los últimos cinco años	No he tenido crisis
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

4. ¿Con qué frecuencia sueles sufrir este tipo de crisis?

He sufrido una única crisis	Una vez cada 2-3 años	Una vez al año	2 ó más veces al año
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
¿cuándo?*	¿cuándo?*	¿cuándo?*	¿cuándo?*
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

*Aclarar cuándo han tenido lugar esas crisis (ej. Puede haber tenido una única crisis este año o hace 5 años, o puede que tuviera 2 ó más crisis al año hace 3 años y Actualmente ya no las sufra, especificar)

5. ¿Qué consecuencias suelen tener las crisis?

Ingresos hospitalarios	Aislamiento social	Problemas familiares	Otros
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

6. ¿Eres capaz de identificar cuándo vas a tener una crisis?

Sí No

¿Qué síntomas notas?

7. ¿Qué harías si notas que vas a tener una crisis?

Acudir a la USM	Cambiar la medicación	Esperar a que se pasen los síntomas	Otros
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

8. ¿Qué tipo de situaciones crees que pueden provocarte una crisis o te las han provocado en el pasado?.

Problemas familiares	Estrés en el trabajo	Factores ambientales	Otros
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

5. ADHERENCIA Y ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

1. ¿Qué medicación estás tomando en la actualidad?

2. ¿Crees que es importante tomar la medicación?

Sí No

¿Por qué?

3. ¿Crees que la medicación que estás tomando es efectiva?

Sí No

4. ¿Qué haces si notas que no te está produciendo el efecto necesario?

Acudir a la USM

Regular la dosis por mí cuenta

Cambiar de medicación

Otros

5. ¿Quién se ocupa de que te tomes la medicación? ¿Tiene que recordártelo alguien? (Nombre, dosis, administración)

Me la tomo de forma autónoma

Me la recuerda algún familiar

Me la administran en la USM

Otros

6. APOYO FAMILIAR

6.1. APOYO FAMILIAR PERCIBIDO

1. ¿Acudes a algún miembro de tu familia si tienes algún problema?

Sí No

¿A quién?

2. ¿Te sientes apoyado por tu familia en la toma de decisiones?

Sí No A veces

3. ¿Cómo te encuentras cuando estás con tus familiares?

Bien

Regular

Mal

4. ¿Tienes conflictos con algún miembro de la familia? ¿con quién?

Sí No

¿Con quién?

6.2. ACTITUD DE LA FAMILIA:

ESTE APARTADO SE PASA A ALGÚN FAMILIAR que conviva con el/la usuario/a (padres, pareja, hermanos etc.)

1. ¿Qué enfermedad padece su hijo/hermano/pareja? ¿Cuáles son sus principales síntomas?

2.

3. ¿En qué actividades cree que necesita apoyo?

Empleo	Actividades de ocio	Formación	Transporte y desplazamiento	Otras
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. ¿Cree que el trabajo sería positivo para él/ella?

Sí No

¿Por qué?

5. ¿Qué situaciones suelen influir en posibles recaídas?

Problemas familiares	Estrés en el trabajo	Factores ambientales (cambios de estación, calor etc.)	Otros:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. HABILIDADES INTERPERSONALES

1. ¿Mantienes comunicación con personas ajenas a tu familia?

Sí No

¿Con quién?

2. ¿Te comunicas de manera especial con alguna persona con la que mantiene una relación más estrecha? (pareja, amigo íntimo...)

Sí No

¿Con quién?

3. ¿Te agrada estar en grupo?

Sí No

8. HABILIDADES LABORALES

1. ¿Eres capaz de pedir ayuda en el trabajo cuando la necesitas?

Sí No

Jefe	Compañeros	Técnicas de empleo	Resolver el conflicto	Otras
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. ¿Sueles expresar tu desacuerdo en el terreno laboral?

Sí No

¿En qué circunstancias?

3. ¿Qué harías si tu jefe te llama la atención por la forma de realizar tu trabajo?

Callarme	Averiguar las causas	Abandonar el trabajo	Resolver el conflicto	Otras
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. ¿Qué harías si te llaman la atención por algo de lo que tú no eres responsable?

Callarme	Decir quién es el responsable	Abandonar el trabajo	Resolver el conflicto	Otras
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. HABILIDADES, DESTREZAS EN LA VIDA COTIDIANA Y AUTONOMÍA

1. ¿Qué actividades suele realizar en un día normal?

2. ¿La mayoría de los días a qué hora te levantas por las mañanas?

Entre las 7 y 8:30	Entre las 8:30 y 10	Entre las 10 y 11	A partir de las 11
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ¿Duermes la siesta?

No	1-2 días por semana	3 - 5 días por semana	Casi todos los días
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuánto tiempo?

4. ¿Con quién vives en la actualidad?

Sólo	Con mis padres	Con mi pareja	En piso tutelado	Otros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. ¿Quién es el responsable de las tareas domésticas en tu casa?

6. ¿Quién se ocupa de las tareas cotidianas como hacer la compra, ir al banco etc.?

7. ¿Qué tipo de tareas se te dan especialmente bien/mal? ¿Para cuáles necesitas ayuda?

8. ¿Gestionas tu propio dinero?

Sí No

¿Quién lo gestiona?

9. ¿Utilizas el transporte público de forma autónoma?

Sí No

10. RESPONSABILIDAD

1. ¿Crees que es importante llegar puntual al trabajo?

Sí No

¿Por qué?

2. ¿Qué harías si te coincide la hora del médico con tu horario laboral?

Avisar a la empresa
e ir al médico

Intentar cambiar
la hora del médico

Intentar cambiar
el turno de trabajo

Otros

3. ¿Qué harías si te das cuenta de que por tu ritmo de trabajo se han acumulado muchas tareas que es importante finalizar?

Intentar acelerar el ritmo

Pedir que reduzcan
el número de tareas

Buscar otro trabajo

Otros

4. Si un día te quedas dormido y vas a llegar tarde al trabajo ¿qué harías?

Llegar en cuanto pudiera

Llamar para avisar
que voy a llegar tarde

No ir a trabajar ese día

Otros

11. OTROS DATOS

1. Elementos que pueden interferir en el desempeño del puesto:

- a. Tabaco
- b. Café
- c. Otras sustancias
- d. Sensibilidad al ruido
- e. Otros

2. Apariencia

Pobre higiene

Limpio pero no bien vestido

Limpio y bien vestido

3. Intereses

¿Asistes a actividades culturales/ocio?

Sí No

¿Cuáles?:

¿Eres miembro activo de un club, equipo u otra clase de organización?

Sí No

¿Cuál?:

¿Tiene algún hobby?

Sí No

¿Cuál?:

12. ORIENTACIÓN LABORAL

PUESTOS DEMANDADOS

PUESTOS IDÓNEOS

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

OBSERVACIONES

Valorar deseo explícito de empleabilidad (Comprobar si tiene aspiraciones laborales realistas)

13. SITUACIÓN LABORAL

1. ¿Tiene actualmente un empleo remunerado?

Sí No

2. ¿Ha utilizado alguna estrategia para buscar empleo en el último mes?

Sí No

3. ¿Tiene algún otro tipo de ocupación en la actualidad? (incluyendo voluntariado)

Sí No

4. ¿Ha tenido algún problema para conservar un trabajo?
