

Diez puntos clave en la actualidad de la Inserción Laboral en Salud Mental

Foro Esti(g)matización en SM

20 de marzo de 2018

Universitat Internacional de Catalunya

Barcelona

Con la colaboración de:

Instituto Universitario de Pacientes
Cátedra Gestión Sanitaria y Políticas de Salud



Índice

Introducción	3
Justificación y objetivo	4
Participantes	4
Resumen ejecutivo	5
Diez puntos clave	6

Introducción

ENTIDAD ORGANIZADORA

El Instituto Universitario de Pacientes de la Universitat Internacional de Catalunya, es una institución universitaria que tiene como objetivo general la educación y formación sanitaria de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones en relación a las enfermedades en sus diferentes dimensiones.

Entre sus líneas de trabajo destaca el abordaje de las diferentes dimensiones de la enfermedad, individual, familiar, social y relacional con el sistema sanitario.

En el entorno sanitario actual, el Instituto parte del análisis de necesidades de la comunidad para desarrollar programas y estrategias destinadas a promover las aulas de educación y formación, estudios y creación de instrumentos que ayuden en el día a día del paciente y su gestión.

Aula Janssen

El AULA JANSSEN de Innovación en Política Sanitaria tiene su sede en el Instituto Universitario de Pacientes de la *Universitat Internacional de Catalunya*.

Esta se centra en el estudio de las innovaciones en el área de las políticas sanitarias, principalmente las destinadas a la gestión de organizaciones sanitarias, las políticas de participación y la formación directiva de profesionales, y la traslación a nuestro entorno de innovaciones en las áreas de política y gestión sanitaria.

En este sentido, el Aula organiza cursos, seminarios, conferencias y mesas redondas sobre temas de actualidad vinculados con su área de actuación, y difunde asimismo los resultados que obtenidos tanto a profesionales sanitarios como a colectivos de pacientes interesados en el tema.

Objetivos

Una de las líneas estratégicas del Instituto es la orientación a la formación de profesionales, ciudadanos y pacientes en el área de la salud comunitaria en colaboración con médicos, enfermeras y otros agentes sanitarios. En este contexto, el Instituto tiene entre sus objetivos la promoción de la salud de la ciudadanía a través de la formación en competencias en salud y autocuidado, la investigación y la divulgación del conocimiento.

Para cumplir este objetivo, este Instituto promueve la investigación y la generación de conocimiento teniendo en cuenta tres pilares fundamentales a) la identificación y análisis de necesidades específicas; b) el desarrollo de políticas de salud y estrategias sanitarias que puedan responder a las necesidades identificadas y, finalmente; c) la garantía de la mejora de la calidad asistencial a través de la información y formación de los agentes implicados en la gestión de la salud: ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL FORO

La estructura demográfica de Europa, con una mayor esperanza de vida y un menor número de personas con capacidad contributiva, así como el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, van a producir un incremento de la morbilidad y, presumiblemente, en la mortalidad en los próximos años. Frente a todo ello, los sistemas sanitarios de los países desarrollados están afrontando ya cambios sin precedentes en su propia historia. La variabilidad de la práctica clínica, la multidisciplinariedad de las intervenciones, la complejidad del proceso asistencial, la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y el coste asociado que conlleva, entre otros, son aspectos que caracterizan la realidad sanitaria en la actualidad.

En este contexto, los trastornos mentales y las adicciones son uno de los problemas de salud con una carga sanitaria, social y económica más elevada y creciente en la mayoría de países. Según la Organización Mundial de la Salud, dos de cada cinco casos de incapacidad en el mundo son debidos a trastornos mentales, los cuales también originan hasta uno de cada tres del total de los contactos con los servicios de salud, tanto en países desarrollados como no desarrollados. La elevada prevalencia de estos trastornos se relaciona también con las rápidas transformaciones sociales, y fenómenos como el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de apoyo familiar y social, la soledad, las rupturas de las redes sociales y las tensiones económicas. Así mismo, la relación entre la mejoría y estabilidad de las personas con trastornos de salud mental tiene mucho que ver con su inserción laboral. Por ello, el presente foro de debate pretende profundizar en la actualidad del estigma y la inserción laboral en Salud Mental (SM) desde un abordaje integral.

Esta es una iniciativa que ha puesto en marcha el Instituto Universitario de Pacientes, junto a Janssen, en el marco de las actividades programadas para el Aula de Política Sanitaria que juntos promueven en la Universitat Internacional de Catalunya.

PARTICIPANTES

Dr. Albert Balaguer	Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UIC Barcelona.
Dra. Cristina Molina	Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.
Dra. Sara Berbel	Directora General Barcelona Activa.
Dr. Leandro Tacons	Coordinador institucional agrupació AMMFEINA.
Dr. Pere Bonet	Presidente Cluster Salut Mental de Catalunya.
Dr. Emilio Rojo	Profesor Adjunto área de Psiquiatría, Universitat Internacional de Catalunya.
Dr. Jesús Honorato	Catedrático Farmacología, Universidad de Navarra. Cátedras en Red.
Dr. Boi Ruiz	Cátedra Gestión Sanitaria y Políticas de Salud. Instituto Universitario de Pacientes.

Resumen ejecutivo

1. El abordaje del estigma se ha incluido en los planes estratégicos de la administración

El estigma se manifiesta en distintos entornos, siendo el laboral uno de los más notables. Por este motivo, los gobiernos están incluyendo en sus planes de salud líneas de actuación frente al estigma en Salud Mental (SM). Diversos ejemplos surgidos en el Foro SM, muestran como las sinergias entre organizaciones pueden ser una solución a esta situación.

2. Nuevas estrategias colaborativas: Metodología IPS (Individual Placement and Support) y programas Peer-to-Peer

Las estrategias colaborativas entre distintos agentes han venido para quedarse. La metodología IPS ejemplifica cómo un modelo desarrollado entre distintos departamentos para ofrecer un apoyo individualizado socio laboral puede ser efectivo para lograr la inclusión de personas con un trastorno mental (TM) en el mercado laboral ordinario.

3. Un nuevo factor de riesgo para la salud mental: la precariedad laboral

Junto al paro, la precariedad laboral ha pasado a considerarse también un factor de riesgo, ya que conlleva una pérdida de recursos económicos y sociales, lo cual deriva en una incertidumbre para la persona en esta situación. Esta circunstancia es muy prevalente, como se refleja en el hecho de que el 40% de contratos firmados en Barcelona en el 2017 eran de menos de 1 mes.

4. Los colectivos vulnerables en SM y entorno laboral siguen siendo las mujeres y los jóvenes

Las mujeres españolas son las más estresadas y las que menos duermen de Europa. En este entorno, las mujeres tienen más probabilidad de sufrir un problema de Salud Mental debido a los horarios y a la doble jornada, la remunerada y la del hogar. A su vez, la población infantil y juvenil también son detectados como un colectivo de riesgo, debido a que en el año 2005 tenían un 4,2% con TM graves y en el 2016, se incrementó a un 12%.

5. El nuevo paradigma de la no exclusión y la aproximación 4 de cada 4

De la premisa “una de cada cuatro” personas sufrirán un TM a lo largo de su vida, se propone una aproximación cuatro de cada cuatro, que propone que todos somos susceptibles de sufrir un TM.

Este cambio de paradigma debe ser adoptado a nivel global, ya que habla de igualdad, de no desagregar el concepto mental del concepto salud.

6. La necesidad de modelos integrativos a nivel meso, la SM no es solo un asunto de salud

Los modelos integrativos a nivel meso consiguen unificar recursos sanitarios, sociales, laborales o lúdicos, para que el usuario pueda utilizarlos libremente según sus necesidades. Este es un gran avance respecto a la compartimentalización de servicios existente durante los últimos años, la cual requiere la derivación y por tanto la espera para la persona afectada.

7. Los pacientes llegan a la universidad. Un nuevo abordaje académico de la SM

La docencia universitaria en salud mental está incorporando a personas con un TM activo en las aulas. Así, los alumnos pueden ir más allá de la teoría y conocer las vivencias en primera persona de los afectados. Estas colaboraciones también permiten el role play, donde los estudiantes pueden analizar sus competencias de valoración y tratamiento de personas con TM de un modo realista.

8. Los tratamientos farmacológicos actuales: un factor determinante en la reducción del estigma en SM

La farmacología ha tenido una estrecha relación en la estigmatización de las personas con un TM.

Los fármacos actuales permiten a la persona llevar una vida prácticamente normal, por lo que reducen drásticamente la estigmatización y permiten desarrollar una vida social, familiar y laboral efectiva.

La investigación futura se centra en la mejora de la sintomatología y la posología. Además, destaca la importancia de tener una comunicación abierta con el paciente acerca de las diferentes opciones de tratamiento existentes, pudiendo tomar la mejor decisión de forma conjunta.

9. El flujo laboral actual desfavorece a las personas con un TM

Las personas con un TM han estado históricamente entre los colectivos de desocupados y excluidos. El flujo laboral depende de varios factores y agentes que lo regulan. Entre ellos, es necesaria también una revisión del rol de la administración como empleador público de estos colectivos, las estrategias de ocupación versus formación, o el concepto de la discapacidad en salud mental y empleo.

10. La necesidad de conocer los elementos que contribuyen al estigma. Empecemos por los medios de comunicación.

El punto de partida futuro debe pasar por el análisis en profundidad de las causas históricas, así como los elementos que contribuyen en mayor medida a que perdure el estigma. El conocimiento de estos debe fundamentar las estrategias de intervención, y estas deben ser medidas para ser comparadas. Se señala a los medios de comunicación como el primer objeto de estudio.

1. El abordaje del estigma se ha incluido en los planes de salud de la administración

La importancia de la lucha contra el estigma que envuelve a las personas con trastorno mental (TM) ha llevado a las administraciones sanitarias a desarrollar planes de acción para el abordaje de esta situación. El estigma se manifiesta en distintos entornos, siendo el laboral uno de los más notables.

Las tasas de paro muestran grandes diferencias entre hombres y mujeres con algún tipo de TM (67,1-56,8%) respecto la población sin TM (16,5-19,1%). Además, entre las personas con TM ocupadas, un 19,5% se han sentido mal tratados y un 16,9% se han sentido discriminados en su entorno.

Como muestra un reciente estudio en el ámbito laboral, una de las causas de esta brecha laboral es la infravaloración de las capacidades percibidas en estas personas por parte de las empresas. Debido a esto, la ocultación de la existencia de un TM durante una entrevista de trabajo es muy frecuente.



Generalitat de Catalunya

“Las empresas que tienen políticas internas enfocadas a la salud y equipos directivos concienciados están más predispuestas a adaptar el lugar de trabajo a personas con algún tipo de TM”

Como se expone en el Foro Esti(g)matización en Salud Mental (SM), abreviado en este documento como Foro SM, los gobiernos están incluyendo en sus planes de salud líneas de actuación frente al estigma en SM. Como ejemplo, el Gobierno de la Generalitat de Catalunya implantó en el 2017 el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones (2017-2019) con el objetivo de promover una atención que prevenga el estigma y la exclusión social de este colectivo. Entre sus líneas estratégicas, se encuentra el impulso de las acciones necesarias para el despliegue de un programa de lucha contra el estigma (línea 1), y para la inserción laboral de las personas adultas con trastorno mental grave y adicciones.

Un ejemplo de proyecto de lucha contra el estigma es el que se realiza desde la plataforma Obertament¹, constituida por una alianza de organizaciones unidas por el mismo objetivo (Veus, Federació Salutmental Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, Fòrum Salut Mental, Consorci de Salut y Social de Catalunya). Las acciones en esta área se deben desarrollar en base al empoderamiento de las personas, las campañas de concienciación sobre la salud mental en entorno laboral, escolar y sanitario, así como la recomendación para el trato de la salud mental en los medios de comunicación.

¹ Obertament. Per la salut mental, dóna la cara. <https://obertament.org/ca>

2. Nuevas estrategias colaborativas: Metodología IPS (Individual Placement and Support) y programas Peer-to-Peer

Las políticas públicas de inserción laboral en personas con TM han alcanzado una aproximación colaborativa entre distintos departamentos y entornos para que estas sean más efectivas. Como ejemplo, se mencionan durante el Foro SM algunos programas basados en la metodología IPS (*Individual Placement and Support*).

Esta aproximación se materializa en julio de 2013, cuando el *Departament de Treball, el de Serveis Socials y el de Salut*, con la colaboración de la diputación de BCN, el instituto psiquiátrico de Dartmouth y la Obra Social la Caixa introducen en Catalunya el modelo IPS^{2,3}. Se trata de un modelo basado en la evidencia que ofrece un apoyo individualizado socio laboral para personas con TM severo, que promueve la inserción en puestos de trabajo competitivos. El modelo IPS se implementa actualmente en Europa y Estados Unidos. La metodología IPS se basa en 8 principios entre los que destaca la no existencia de criterios de exclusión. Además, los puestos de trabajo corresponden a un entorno competitivo u ordinario; contempla la integración de los equipos de inserción laboral y salud mental; trabaja junto a las empresas para facilitar la inserción e incluye un asesoramiento individualizado.



Figura 1. Principios IPS. Fuente: Avedis Donabedian

“La inserción laboral de personas con algún problema de SM en un entorno ordinario y normalizado es un elemento difícil si no hay una estrategia política clara”

Como muestra la experiencia de Catalunya, esta metodología innovadora ofrece resultados positivos. El número medio de usuarios fue de 435 personas por trimestre, logrando una inserción de un 41,1% de todas las visitas registradas, el 65% de los cuales en empresa ordinaria y el 35% en empresa protegida.

La aproximación comunitaria es otro punto clave para el abordaje de la inserción laboral y del estigma. En este sentido los programas de apoyo entre iguales (PEER2PEER) han resultado prometedores a nivel internacional en el apoyo a otras personas con TM. Las

personas responsables reciben formación, se acreditan y de esta forma pueden llevar a cabo intervenciones autónomas y en colaboración con equipos asistenciales. En experiencias internacionales, como la canadiense⁴, los resultados de estos programas han mostrado una disminución en ingresos hospitalarios, mejora de la adherencia al tratamiento, mejora de la calidad de vida y de la funcionalidad.

² Fundación Avedis Donabedian. <http://www.fadq.org/?portfolio=proyecto-piloto-metodologia-ips-en-cataluna>

³ IPS Employment Center. <https://www.ipsworks.org/>

⁴ Peer Support Canada. <http://peersupportcanada.ca/>

3. Un nuevo factor de riesgo para la salud mental: la precariedad laboral

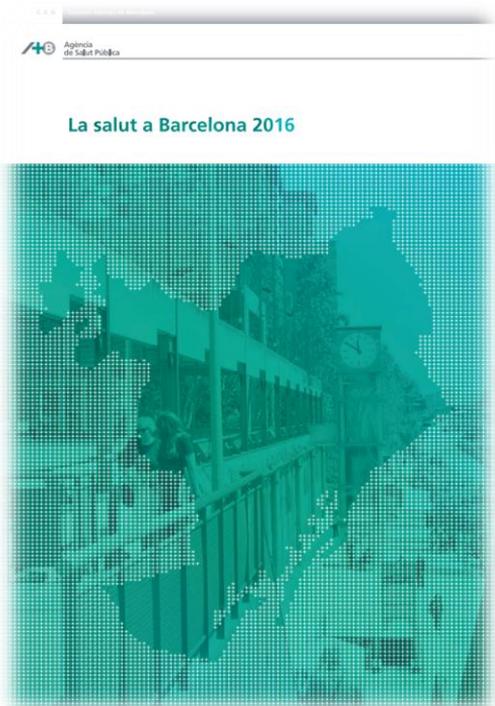
El paro ha aparecido durante los últimos años como un factor determinantes con efectos en la SM. En la actualidad, la precariedad laboral ha pasado a considerarse también un factor de riesgo, ya que conlleva una pérdida de recursos económicos y sociales, lo cual deriva en una incertidumbre para la persona afectada. Esta situación es muy prevalente, como se refleja en el hecho de que el 40% de los nuevos contratos firmados en Barcelona en el 2017 eran de menos de

“Existe un gradiente claro de una peor salud a medida que las condiciones laborales y sociales empeoran”

1 mes. Esta situación ha llevado a la aparición de iniciativas como la de “Salut als Barris” de Barcelona Activa, la cual ha seleccionado los 12 barrios de la ciudad con mayor paro y precariedad laboral para crear unos programas llamados “treball als barris”⁵.

Como se expone en el Foro SM, estos programas de colaboración con empresas deben incorporar criterios de selección para mejorar la calidad de los empleos proporcionados a estas personas desocupadas. Por ello, Barcelona Activa colabora con empresas que paguen como mínimo 1000€ al mes y ofrezcan contratos de 6 meses.

El estudio de los factores de riesgo es necesario en cualquier sistema de salud para la creación de programas efectivos. En este sentido, informes como “La Salut a Barcelona 2016”, realizado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona, concluye que alrededor de 400 trastornos de salud mental están relacionados con el trabajo, lo que supone el 72% del total de todos los problemas relacionados de salud laboral.



Estos estudios, permiten detectar datos relevantes, como que el principal factor de riesgo de quienes han sufrido un problema de SM en el trabajo es, en un 75%, la falta de apoyo de sus superiores. Este aspecto se encuentra por delante de los cambios en el entorno laboral, sea cambio de trabajo o cambio de ubicación, y del volumen de trabajo y la presión de tiempo.

“El hecho de sentirse solos o solas delante de los problemas en el trabajo, es un factor de riesgo clarísimo para acabar con un problema de salud mental”

Conocer los efectos del paro y de la precariedad laboral es indispensable para poder desarrollar planes de acción efectivos y realistas en el área de SM.

⁵ Barcelona Activa. Treball als Barris. <http://serveiocupacio.gencat.cat/ca/soc/ambits/desenvolupament-economiclocal/projepte-treball-als-barris/>

4. Los colectivos vulnerables en SM y entorno laboral siguen siendo las mujeres y los jóvenes

Un punto clave surgido en el Foro SM, ha sido la detección de mujeres y jóvenes como colectivos vulnerables a sufrir problemas de SM relacionados con el entorno laboral. Así, según un estudio realizado por la empresa Nielsen, las mujeres españolas son las más estresadas y las que menos duermen de Europa. En este entorno, las mujeres tienen más probabilidad de sufrir un problema de Salud Mental debido a los horarios y a la doble jornada, la remunerada y la del hogar, hecho que provoca un mayor nivel de ansiedad y propicia al consumo de fármacos ansiolíticos.

“Según un estudio de la empresa Nielsen las mujeres españolas son las más estresadas de Europa y las que menos duermen”

Como se reflejó en la discusión del Foro SM, esta sobrecarga de trabajo puede conducir a un absentismo laboral por una sobreutilización de la baja laboral como vía de escape.

Se alude a los TM para justificar una baja cuando en realidad es debida a falta de tiempo o desbordamiento.

Además de las mujeres, la población infantil y juvenil también son detectados como un colectivo de riesgo. En el año 2005, un 4,2% presentaban TM graves, y en el año 2016, ha alcanzado el 12%. El planteamiento subyacente en las estrategias para revertir estos datos reside en empezar a tratar el estigma en los colectivos de jóvenes, para favorecer

oportunidades laborales en un futuro.



Con este objetivo, aparece el ejemplo de los puntos de acceso a asesoramiento para jóvenes, llamados “A prop joves”⁶ en distintos barrios de Barcelona para jóvenes con cualquier tipo de sufrimiento psicológico o TM.

Estos ejemplos de programas de abordaje integral sociolaboral con la inclusión de la salud mental, muestran cómo es necesario desarrollar estrategias que aborden las desigualdades teniendo en cuenta el territorial, sanitario y sociolaboral, ya que se tratan de ámbitos relacionados.

“Tenemos que incorporar la lógica de la positividad, mostrar a las empresas el valor que estas personas aportan”

El abordaje de estas desigualdades requieren estrategias de futuro como las políticas de redistribución económica y las políticas de reconocimiento. En el caso de las personas con enfermedad, mental, se debe hacer redistribución para equilibrar las oportunidades estructuralmente, pero también de reconocimiento, con políticas antiestigma que visualicen las capacidades de este colectivo.

⁶ A prop Joves, Barcelona Activa. <https://treball.barcelonactiva.cat/porta22/es/assetsocupacio/programes/pagina48458/a-prop-jove.do>

5. El nuevo paradigma de la no exclusión y la aproximación 4 de cada 4

Durante los últimos años, los paradigmas de abordaje laboral en salud mental han experimentado cambios notables. En el Foro SM se han repasado las distintas aproximaciones históricas hasta la actualidad. Inicialmente las personas con un TM quedaban apartadas del entorno laboral, sin ningún tipo de actuación por las políticas públicas. Esta exclusión permaneció hasta que se comenzaron a agrupar las personas con un problema de SM en entornos aislados al margen del mercado laboral. Recientemente se avanza hacia la integración, que incorpora a estas personas al mercado laboral pero controlados en su entorno, y finalmente se establece el modelo más prevalente, el de la inclusión, que implica una actitud social de proactividad la incorporación en el mercado laboral ordinario. Todas estas aproximaciones responden al modelo “one in four people” propuesto por la OMS.

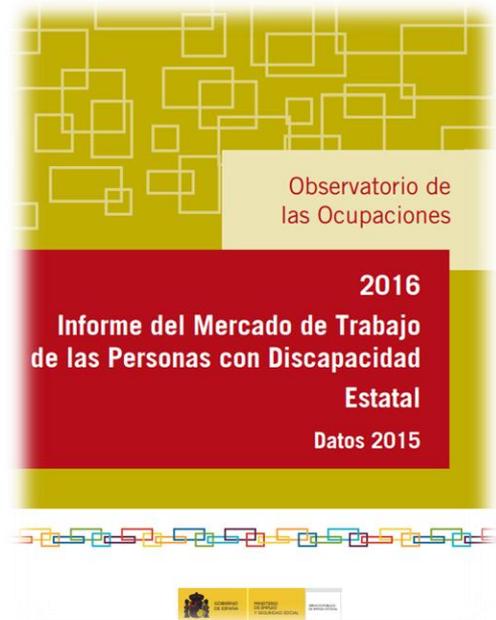
De la premisa “una de cada cuatro” personas sufrirán un TM a lo largo de su vida, en el Foro SM aparece una evolución mediante el modelo de la no exclusión, el cual propone una aproximación cuatro de cada cuatro, que propone que todos somos susceptibles de sufrir un TM.

Este cambio de paradigma debe ser adoptado a nivel global, debido a que los modelos 1 de cada 4 favorecen intrínsecamente el estigma, ya que pone el foco en la diferencia, mientras que la premisa 4 de cada 4 habla de igualdad, de no desagregar el concepto mental del concepto salud. Del mismo modo, se explica que la premisa 1 de cada 4 puede llevar al paternalismo, “se ha de proteger y cuidar al enfermo”, mientras que la

“Es más fácil reducir la visión de estigma si pensamos que todos somos personas potencialmente usuarias de recursos de salud mental”.

segunda permite centrarse en las políticas estándar de la empresa. Permite fomentar actitudes como la empatía, sin tener que realizar estrategias particulares, como ocurre en la inclusión.

Este cambio de perspectiva tuvo un claro exponente en el año 2009, cuando se empezó a desvincular los problemas de SM de la discapacidad⁷. A partir de este momento, las políticas públicas comenzaron a incidir en que estas personas pueden ejercer su derecho al acceso al empleo sin necesidad de pasar por un proceso administrativo de reconocimiento de una discapacidad. En este paradigma trabaja AMMFEINA⁸, incluyendo laboralmente estas personas en entornos generalistas. Esta entidad que define recursos especializados y específicos para personas con TM, orientado en el tema de la cronicidad, destinando recursos socio laborales de todo tipo para lograr esta inclusión. Tiene presencia en las 17 comunidades autónomas por lo que incluso influye en las políticas públicas.



⁷ Observatorio de las ocupaciones. http://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_mercado_trabajo/imt2016_datos2015_estatal_discapacitados.pdf

⁸ AMMFEINA. <http://www.salutmental.org/qui-som/smc-ammfeina/>

6. La necesidad de modelos integrativos a nivel meso, la SM no es solo un asunto de salud

Las estrategias integrativas en salud mental a nivel meso permiten la unificación de recursos sanitarios y sociales para atender las necesidades de estos pacientes. Como ejemplo, en el Foro SM aparece la experiencia de la fundación Althaia, una organización la cual tiene recursos de atención primaria, hospitalaria, salud mental y socio sanitaria. En este entorno, el 2016- 2020 comenzó un plan estratégico llamado Talaia, que incluye la orientación al paciente entre sus ejes de trabajo. En el ámbito de la salud mental, esta aproximación se concreta en diversos proyectos, entre los que destacan la iniciativa MOSAIC^{9,10} y el programa aProPa. En el presente documento se adjuntan estos programas para ejemplificar un hecho muy clarificador: desde el primer momento en que una persona con un TM entra en contacto con los servicios socio sanitarios correspondientes, se deben analizar los elementos necesarios para dignificar la vida de esa persona, incluyendo también los elementos laborales. Frente a la práctica habitual de derivar entre los distintos recursos sanitarios, sociales, comunitarios etc., en el Foro SM se ha hablado de la necesidad de su integración para la libre circulación del paciente según sus necesidades vitales.

“Se debe tener una visión transversal cuando valoramos a personas. Tenemos que buscar un conocimiento que nos haga mejores para apoyar la inclusión social de las personas en su proyecto de vida”.

El proyecto MOSAIC ha sido desarrollado por cinco organizaciones para favorecer la salud mental de los usuarios de Manresa y Catalunya Central. Cada año proporciona a más de 200 personas de forma integrada atención sanitaria, formativa, lúdica o laboral. Esta red de recursos incluye una oficina técnica de empleo, un club social, centros de salud, y residencias, entre otros. Consecuentemente, los circuitos asistenciales también se ven modificados y los profesionales deben ser formados.

“En conclusión, se debe considerar la inclusión laboral como un factor terapéutico más e incluirlos en los planes de trabajo, además de considerar la inserción laboral en la Central de Resultados como un indicador más de resultados en salud”.

Así, la misma fundación mediante el programa aProPa formó a más de 30 profesionales multidisciplinares y estableció estrategias participativas para conocer el consejo de los usuarios. Así, se estableció un referente para los aspectos de ocio, residenciales, laborales, otro referente que va siguiendo a la persona en cada recurso.

Para trabajar en esta nueva aproximación centrada en la persona hay que cambiar actitudes, visiones y conductas de los profesionales y también de las personas afectadas. Precisa cambios estructurales y funcionamientos de los recursos diferentes, superar la compartimentación de las personas y de los recursos. Finalmente, se debe considerar la inclusión laboral como un factor terapéutico más, por lo que se debe considerar un indicador más en resultados en salud.

⁹ Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Mosaic. <http://www.ohsjd.es/reportaje/mosaic-nueva-formula-afrentar-salud-mental>

¹⁰ Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Report. http://www.ohsjd.es/files/repor_in_248.pdf

7. Los pacientes llegan a la universidad. Un nuevo abordaje académico de la SM

La universidad tiene el objetivo de crear y difundir conocimiento a la sociedad. Durante los últimos años los modelos utilizados para la docencia en el área de la SM pueden haber contribuido paradójicamente a la estigmatización de los pacientes, pero también de la Psiquiatría y la Psicología. Por ello, desde el uso de las Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), algunas universidades están introduciendo algunas estrategias innovadoras en el abordaje de este ámbito de la salud, como la estructuración de la aproximación de la enfermedad mental mediante otros modelos clasificatorios, como el *“The international classification to functioning, disability and health”* (ICF)¹¹.

Esta clasificación pone más énfasis a la funcionalidad y discapacidad de la persona causada por la enfermedad, más allá de la propia enfermedad. Además, los métodos para su validación incluyen una revisión en cada territorio y para ello ha contado con la participación de pacientes y familiares dentro de sus respectivos entornos culturales y socioeconómicos. Otras metodologías innovadoras en el ámbito de la docencia en psiquiatría y psicología incluyen la participación de las personas con un TM en las aulas. Un paso previo para ello es el de detectar movimientos asociativos con los que establecer relaciones desde las facultades. Por este motivo, el asociacionismo en SM se considera un factor de participación de personas con TM y sus familiares en desarrollo de estrategias. Estas acciones se están llevando a cabo en la actualidad, como ejemplifica la experiencia de colaboración entre Activament y Veus, ambas asociaciones catalanas relacionadas con la SM, en el ámbito universitario.



“Los estudiantes comprendieron que es muy importante no basarse solo en los síntomas, sino también apoyar el proyecto vital de las personas, incluidas sus expectativas laborales”.

De este modo, personas con un TM activo comparten su experiencia en el aula donde los alumnos pueden conocer el modelo de autorecuperación del paciente, pero desde la vivencia en primera persona del proceso. Estas colaboraciones también permiten el role play, donde los estudiantes pueden analizar sus competencias de valoración y tratamiento de personas con TM de un modo realista. A su vez el paciente puede valorar al estudiante en ítems que serán de importancia en su experiencia real, como la capacidad de escucha, la comprensión, el respeto, o el apoyo. Esta aproximación práctica permite al estudiante observar aspectos más humanos y vitales más allá de la sintomatología y los tratamientos, por lo que se percibe como una estrategia prometedora en la docencia del futuro.

¹¹World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

8. Los tratamientos farmacológicos actuales: un factor determinante en la reducción del estigma en SM

La farmacología ha tenido una estrecha relación en la estigmatización de las personas con un TM. Este punto, tratado ampliamente en el Foro SM, analiza la relación entre el tratamiento farmacológico y la evolución del estigma en SM.

Históricamente, el recelo de la población frente a personas con TM implicó la marginalización de estos colectivos, hecho que se objetiva en la institucionalización masiva del pasado. La reclusión ha provocado la incapacidad de inserción en la vida laboral y la vida normalizada. La evolución en la farmacología ha supuesto la mejora de esta situación, al contribuir a la desestigmatización.

Los primeros tratamientos no mejoraban de forma clara la calidad de vida de estas personas, ya que eran inespecíficos, no actuaban en el TM y tenían un efecto sedante para hacerlos “menos molestos para el resto de la sociedad” (opio, morfina, codeína, etc.).



El primer salto cualitativo relevante se da con la aparición de los antipsicóticos típicos en el año 1952, entre los que se encuentran la clorpromazina y el haloperidol. Actúan bloqueando los receptores dopaminérgico y muscarínicos colinérgicos, con el principal efecto secundario de provocar efectos extrapiramidales, lo que reduce su calidad de vida. Estos fármacos disminuyen la hospitalización de los afectados, mejora los síntomas y la rehabilitación de los pacientes, el paciente piensa mejor y permite que se relacione mejor con su entorno, lo que contribuye a la reducción de la estigmatización. Aun así, existen sintomatologías que no responden, como la agresividad.

“Los fármacos antipsicóticos actuales han puesto a los pacientes en una situación muy permeable, pueden llevar una vida prácticamente normal y esto ha contribuido a que la estigmatización se haya reducido de una forma muy importante.”

Posteriormente aparecen los antipsicóticos atípicos, más selectivos y actuando en receptores alfa adrenérgicos y anticolinérgicos. Entre ellos destaca la paliperidona, clozapina con inicio en su uso en los años 1960, y posteriormente los fármacos de uso actual, como quetiapina o risperidona. Estos fármacos permiten a la persona llevar una vida prácticamente normal por lo que reducen drásticamente la estigmatización y permiten desarrollar una vida social, familiar y laboral efectiva, como en otras patologías. En la actualidad, ya hay disponibles fármacos de efecto mensual o incluso trimestral, lo que mejora la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Estos cambios permiten mejorar en gran medida la calidad de vida de las personas con TM, además de atender una de las principales barreras en este ámbito, que es la correcta adherencia al tratamiento.

9. El flujo laboral actual desfavorece a las personas con un TM

En la actualidad, se pueden distinguir cuatro grupos poblacionales en función de su situación laboral, dos de ellos considerados colectivos ocupados, los cuales aportan los recursos a la bolsa pública, y dos colectivos no ocupados. De estos últimos, los pensionistas, parados, incapacitados y subsidiarios reciben los recursos de la bolsa, mientras que los excluidos están al margen (Figura 2).

En el caso de la salud mental, el estigma ha provocado una desigualdad de oportunidades para poder acceder a los cuadrantes superiores. Por este motivo, históricamente y actualmente las personas con un TM han estado la mayor parte del tiempo entre los colectivos no ocupados, sujetos a la dependencia económica de familiares e iniciativas sociales.

El sistema ha de procurar que las personas pasen el menor tiempo posible como colectivos no ocupados para garantizar la estabilidad de la bolsa de recursos.

Además, es necesario revisar el flujo entre cuadrantes debido al efecto terapéutico del empleo en este colectivo.

Bajo esta premisa, aparecen como retos de futuro la reflexión sobre la capacidad contractual de empresarios, para que aquella persona con un TM pueda ser considerada a efectos laborales de igual forma que otra. Además, debe existir mayor involucración para el cambio entre empresarios y sindicatos.



Figura 2. Distribución poblacional según la situación laboral. Fuente: elaboración propia.

“El empleador público también se abstiene de dar ocupación al subsidiario, y en cambio propone complementos de formación. Las consecuencias de este sistema es el miedo a perder el subsidio por parte de la persona”.

De igual forma, otro de los agentes con un papel potencial en la mejora de esta situación son las administraciones, ya que pueden crear estrategias para

incorporar a estos colectivos en el empleo público. De igual forma, el empleador público debe plantear formas de dar ocupación al subsidiario, más allá de proponer exclusivamente complementos de formación.

Otro punto a revisar es la regulación de empleo en este colectivo: aunque la escisión de las personas con TM del grupo de disminuidos o discapacitados ha conllevado una mejora en el estigma y en su empleabilidad, paradójicamente las deja fuera de los aspectos de discriminación positiva de empleo de los convenios colectivos.

10. La necesidad de conocer los elementos que contribuyen al estigma. Empecemos por los medios de comunicación.

Las concepciones sociales sobre el estigma en SM deben ser estudiadas en profundidad. Por este motivo, en el Foro SM se expone la necesidad del análisis de las causas históricas, así como los elementos que contribuyen en mayor medida a que perdure el estigma, como punto de partida de acciones futuras.

Como primer elemento a tener en cuenta, los participantes del Foro SM exponen la importancia de los medios de comunicación. Su forma de abordar el ámbito de la SM puede favorecer percepciones erróneas sobre las capacidades y características de este colectivo. Como ejemplo de acción concreta, debería ser conveniente establecer una jornada de reflexión con el colegio de periodistas, que incorporaran a sus líneas de ética editorial los conceptos adecuados para el correcto tratamiento de los elementos estigmatizadores. Su importancia para la disminución de la estigmatización justifica que se deban formalizar compromisos para el trato adecuado de la salud mental desde este ámbito.

Otro elemento a estudiar es el circuito para el acceso al entorno laboral ordinario por parte de los afectados. Por dignidad, una persona con un TM no debería tener que asumir que tiene una discapacidad para poder tener una aportación contributiva. El conocimiento de estos y otros elementos que perpetúan el estigma es el primer paso para poder pedir a la administración y la sociedad la lucha contra estos, a los que los pacientes se tienen que enfrentar de forma individual.

“El problema de las personas con un TM lo abordamos siempre desde una perspectiva de las consecuencias de la estigmatización, ¿por qué no hablamos de la causa?”

Una vez determinados los diferentes elementos heterogéneos que configuran la estigmatización de las personas afectadas con un TM, hay que desarrollar ítems para valorar de forma medible la contribución de cada uno de ellos.

“Hay muchas empresas que se creen vulnerables desde el punto de vista de su mercado a incorporar a personas con TM, por reparo a que se vea afectada su imagen”

Actualmente, se realizan estrategias disgregadas pocas veces evaluadas, al no disponer de un mapa previo de estos elementos.

Como se ha explicado anteriormente, los participantes del Foro SM puntualizan que la administración está en un cambio de paradigma, que pasa de tener el conocimiento y ser decisores en base a un modelo paternalista, a facilitadora de procesos contando con la participación directa de la población. Así, ya sea a través de políticas sanitarias, u otros entornos, se deben ir incorporando los modelos “co” (co-diseño, co-liderazgo, etc). Esta visión permitirá hacer unas políticas más realistas, ya que implicaría la participación de los afectados por un TM, no en un solo estamento, como puede ser el ámbito sanitario, sino de forma transversal.

*Instituto Universitario de Pacientes UIC BCN
Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès
Tel. 93 504 20 19 / iajjovell@uic.es*