

La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos

RESUMEN: Las actividades de formación tienen un impacto positivo en la interacción social y familiar. Por otra parte, un tercio de las personas que han tenido un primer episodio psicótico han perdido el empleo o interrumpen sus actividades de formación.

PALABRAS CLAVE: trastorno psicótico e integración sociolaboral. Programas de rehabilitación laboral.

SUMMARY: The formation activities have a positive impact in the social and family interaction. On the other hand, a third of people that they have had a first episode psychotic has lost the employment or they interrupt its formation activities.

KEY WORDS: psychotic disorders and social integration. Psychiatric vocational programs.

1. *Revisión general*

En España las cuestiones de la formación y el empleo de las personas con trastornos mentales no merecieron atención hasta la década de los ochenta. Hasta entonces no se pensaba ni se advertía que formaban parte de las necesidades de los pacientes mentales, pues las instituciones psiquiátricas y los internamientos prolongados impedían que emergieran sus necesidades personales y sociales. Por eso, la preparación laboral y el empleo no fueron tenidos en cuenta; en todo caso se recomendaba mantener a los pacientes entretenidos y activos y se consideraba conveniente que realizasen alguna actividad ocupacional: son buen ejemplo las labor-terapias. Pero, sobre todo, se les encargaba tareas subsidiarias e imprescindibles para el funcionamiento de las instituciones. Así que muchos de los enfermos que permanecían en los hospitales psiquiátricos hacían un trabajo importante para el mantenimiento de esos establecimientos, pero su trabajo no era reconocido como tal y no generaba los derechos correspondientes. Las experiencias de transformación institucional y la progresiva implantación de modelos de atención comunitaria, que tienen como objetivo la integración y evitar el desarraigo, han evidenciado esas y otras necesidades –como las de alojamiento– y han contribuido a que la formación y el empleo sean ya consideradas como estrategias e instrumentos básicos para la rehabilitación e integración de las personas con trastornos mentales (1).

1.1. Trastorno mental y acceso al empleo

Se ha hecho más evidente que el empleo y la actividad laboral son medios indispensables para lograr una evolución más positiva del paciente mental. Pero

esa constatación no ha resuelto los problemas relacionados con la disponibilidad de trabajo y el acceso al mismo; por el contrario, se hace más necesario superar muchas barreras y dificultades que antes no eran visibles, y crear apoyos y condiciones adecuadas para ello. Las dificultades que presenta una persona con un trastorno mental persistente para conseguir su integración laboral son múltiples; citaremos las más evidentes que agrupamos en dos categorías (2):

a) Derivadas del mercado laboral: La actual situación económica genera unos elevados índices de desempleo, lo que determina que una parte importante de la población tenga dificultades para encontrar un trabajo. Existe por tanto una fuerte competición para acceder al trabajo, que se ha convertido en un bien escaso. Las personas con trastornos mentales lo tienen aún más difícil, pues los déficits propios de su enfermedad, los efectos adversos de los tratamientos, así como los prejuicios y estigmas existentes añaden importantes desventajas para competir en ese entorno laboral. Las normativas que se han promulgado para establecer una discriminación positiva y que obligan a las empresas a tener una reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidades se incumplen o se aplican fraudulentamente. No se dispone aún de recursos comunitarios ni de las oportunidades suficientes para eliminar esas desventajas.

b) Asociadas a la propia enfermedad: Como es sabido, los trastornos psicóticos persistentes producen alteraciones de las funciones cognitivas y conductuales. Su mayor incidencia en el período del ciclo vital que coincide con la terminación de los estudios y la desvinculación del hogar familiar, da lugar a importantes interferencias que dificultan la adquisición de un adecuado nivel de formación académica y profesional y el avance en el proceso de autonomía personal. Ocurre, además, que las personas que padecen esos trastornos no suelen poseer experiencia laboral o se ha interrumpido hace tiempo, y por ello no tienen conocimiento de los hábitos ni de las habilidades sociales adecuadas que exige el desempeño regular de una tarea. Si ha habido experiencia laboral es frecuente que, por la enfermedad y sus complicaciones, haya habido fracasos y por tanto hay un recuerdo de frustraciones que distorsionan la percepción de sus propias capacidades. En ambos casos se genera miedo y ansiedad respecto al trabajo, de forma que no existe la adecuada motivación laboral, tanto por parte del paciente como de su familia. En pocas ocasiones se genera la suficiente confianza en las capacidades del paciente para alentar abiertamente su incorporación laboral. Todo esto repercute en una baja autoestima del paciente y en un aumento de la carga subjetiva para la familia (3). El manejo inadecuado que, con frecuencia, se hace de las incapacitaciones y de la gestión de pensiones económicas de invalidez termina produciendo situaciones muy aversivas respecto al empleo, tanto en los pacientes como en sus familias.

Las normativas que regulan las prestaciones de apoyo a la discapacidad no son consideradas como compensatorias de la limitación funcional, y por tanto

compatibles con determinadas actividades laborales, sino que se asimilan al concepto de rentas mínimas, teniendo que concurrir además la condición de precariedad económica. Todo esto configura una situación de dependencia económica y familiar difícil de modificar pues la búsqueda de trabajo conlleva el riesgo de no poder mantener los ingresos que provienen de la pensión ni recuperarlos, en caso de pérdida del trabajo. Las circunstancias descritas nos orientan sobre las actuaciones y apoyos que se deben poner en práctica, tanto con las familias como con los pacientes, para que las iniciativas de empleo puedan tener éxito.

1.2. Actividad laboral e identidad y evolución de la persona

El trabajo en nuestra cultura se ha convertido en un tema en torno al cual organizamos nuestra forma de vida y tiene gran importancia en la configuración de la identidad y en la presentación social. La respuesta de la persona *a quién es* *Vd. o qué hace* contiene siempre una referencia a la actividad laboral o al ejercicio profesional, que otorgan un estatus a la persona. La posesión de un trabajo productivo retribuido económicamente tiene repercusiones positivas sobre la identidad y el bienestar de todas las personas. Esto queda ampliamente demostrado en todos los estudios e investigaciones sobre las dificultades que sufren las personas que están desempleadas. Al trabajo se le atribuyen diversas funciones socio-psicológicas (4) que amplían el horizonte social de la gente, y fomentan la interdependencia y la cooperación. A través de él se crea una situación de dependencia mutua, muy distinta de la dependencia asistencial que es unilateral.

El trabajo tiene también otras funciones positivas que detallamos a continuación: a) Proporciona una estructura que facilita la creación y mantenimiento de la red social, pues casi todos los trabajos exigen interactuar socialmente con otras personas facilitando y obligando de esta manera a la interacción social y promocionando la creación de una red social (5). b) Fomenta la autonomía, pues sólo se puede hablar de autonomía si los individuos están en condiciones de afrontar las exigencias que esa condición plantea. La retribución económica asociada al trabajo nos permite decidir con mayor libertad cuál será nuestro estilo de vida, dónde la desarrollaremos, con quién y en qué actividades podemos emplear el tiempo libre. En definitiva, nos permite tomar decisiones sobre nuestra vida para mejorar su calidad. c) La posesión de un trabajo proporciona una estructura para la utilización de nuestro tiempo y espacio. La adaptación a unos horarios que debemos respetar obliga a planificar el resto de actividad de la vida cotidiana, proporcionando a través de esa limitación temporal la posibilidad de diferenciar mejor los tiempos de trabajo, ocio y descanso.

Estas consecuencias positivas del trabajo son especialmente valoradas en el

caso de pacientes mentales, pues según estudios realizados (6) la disponibilidad de trabajo y la obtención de beneficios son dos de los factores que más altamente se correlacionan con los niveles de satisfacción de estas personas; y además, contribuyen de forma importante a mejorar áreas deficitarias o problemáticas en su caso, como la interacción, el sentimiento de utilidad social, la autoestima, y la identidad, cuyas deficiencias son fuentes de sufrimiento importantes. Desempeñar un trabajo forma parte de las conductas que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos y roles integradores. Realizar una actividad laboral produce, además, otros beneficios que son más específicos y concretos, tales como las repercusiones positivas en el estado clínico y en las habilidades sociales de los pacientes, lo que facilita su integración.

1.3. La formación y el empleo: sus repercusiones

El desempeño de una actividad laboral se asocia con la posibilidad de incrementar los intercambios sociales, con la potenciación de redes sociales y con la mejora de las oportunidades para la socialización. Tener un trabajo puede servir como factor de protección contra la recaída y reactivación sintomatológica de las personas con trastornos psicóticos reduciendo o neutralizando los estresores. Según algunas investigaciones (7) mantener un trabajo es un predictor significativo de la duración de la remisión de la sintomatología productiva y de la posibilidad de realizar la vida en la comunidad, para los pacientes mentales crónicos.

Muchos pacientes experimentan una disminución de los síntomas psiquiátricos cuando participan en actividades laborales productivas (8). También se han señalado resultados de investigaciones que confirman el impacto positivo de la actividad y la rehabilitación laboral en las tasas de hospitalización (9). Se refieren, asimismo, los resultados positivos que la rehabilitación laboral tiene sobre el *insight*, particularmente en sujetos con importantes déficits cognitivos (10). Otros estudios confirman la influencia positiva sobre el cumplimiento del tratamiento y la disminución de recaídas (11). Algunos autores consideran que el curso de la enfermedad viene determinado por las formas en que se reparte el trabajo en las diferentes partes del mundo y por la facilidad con la que una persona que se ha recuperado de un trastorno psicótico puede volver a recuperar su trabajo en las mismas condiciones económicas (12).

1.4. Preparación y creación de oportunidades para el acceso al empleo

Si no se cuenta con las oportunidades adecuadas no es posible promover el acceso al empleo de las personas con trastornos mentales, pero la existencia de recur-

sos no asegura que una persona con trastorno mental persistente logre hacer un uso y aprovechamiento adecuado de ellos. De ahí, la absoluta necesidad de «facilitar la adquisición, recuperación y potenciación de las habilidades y conocimientos necesarios para promover la integración laboral de dichas personas» (13). El conjunto de todas estas estrategias conforman el campo de la rehabilitación laboral. La creación de empleo para personas con trastornos psicóticos está claramente asociada a la oferta de oportunidades y apoyos. Hoy sabemos que es necesario disponer de ofertas diversificadas, que comprenden distintas fórmulas: desde la empresa social, hasta las cooperativas; desde el trabajo con total autonomía hasta los que requieren un apoyo o tutoría de profesionales de salud mental. Se pretende crear situaciones que permitan ejercer y aprovechar las capacidades de estas personas, que activen otras nuevas y propicien intercambios cognitivos, emocionales y sociales (14).

Por nuestra experiencia sabemos que el proceso de incorporación al empleo de las personas con trastornos psicóticos exige la elaboración de un plan personalizado, en el que se debe incluir la preparación, los apoyos, y también el acompañamiento, fundamental para hacer esa transición. Acompañamiento que se puede realizar bien a través de la figura del gestor de caso o de otra modalidad, pero disponiendo siempre de un referente tanto para el trabajador como para los directivos de la empresa.

2. *Material y método*

2.1. Programas de formación y empleo en Asturias

Al comienzo de los años ochenta, se emprendió en Asturias una transformación institucional y la implantación de un modelo de cuidados de atención psiquiátrica basados en la comunidad. Pasada una década, en el hospital psiquiátrico se había reducido su población de manera muy notable y existía una red de servicios integrada por centros de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales y estructuras intermedias (tabla 1). El proceso de desinstitucionalización realizado fue importante: se pasó de contar con un hospital psiquiátrico que tenía 1.016 internados, en 1982, a alojar un residuo de 192, a finales del año 1994, y cerrarlo para las nuevas hospitalizaciones desde 1991 (15). Lograda una dotación razonable de servicios, surgió de manera más evidente la necesidad de promover programas de formación e iniciativas para el empleo. Por esa razón, entre 1991-1995, se desarrolló una intensa actividad formativa con pacientes psiquiátricos de cara a favorecer el empleo (16). Se entendía que la formación era un elemento indispensable para la capacitación y para competir en los mercados laborales; pero también se consideró importante para mejorar la autoestima, y para

cambiar las expectativas e incrementar la valoración social de quienes participan en esas actividades. Pues es cierto que invertir en la formación de una persona es una forma de poner en ella más valor y abrir nuevas expectativas. Las actividades de formación han contribuido, de ese modo, a modificar la condición de asistido.

La financiación de esos programas se logró captando fondos de distintas fuentes dedicadas a la formación profesional. Es decir, mediante el aprovechamiento de programas del fondo social europeo, y de otras entidades como el INEM, y el INSERSO. De ese modo se realizaron 22 cursos de capacitación en materias diversas, en los que participaron 193 personas (tabla 2). Se creó una situación que funcionó como un eslabón entre asistencia, formación y trabajo. A través de esas actividades se constituyó un contexto propicio para expresar capacidades, para adquirir habilidades, fomentar la cooperación, potenciar los intercambios y activar facultades creativas y productivas. A pesar de todo, las experiencias de creación de empleo en Asturias han sido escasas. Se pueden destacar únicamente: la constitución de una cooperativa, de una comunidad de bienes y algunas colocaciones puntuales en empresas privadas y en planes de empleo municipales (Plan Piles de Gijón, Plan del Ayuntamiento de Corvera). En 1994 se creó una Fundación para promover y apoyar las iniciativas de empleo de las personas con discapacidades, FAEDIS, pero el interés por el área de integración laboral decayó a partir de 1996, y hasta ahora no se lograron los resultados deseados (17). En ese contexto, realizamos dos estudios a efectos de valorar de forma más ajustada el impacto de estas actividades de formación y de la interrupción de la actividad laboral en el estado clínico y las condiciones para la integración social de los pacientes.

2.2. Efecto de los programas de formación

De entre las personas que habían realizado los cursos de formación señalados se seleccionaron una muestra de carácter aleatorio, integrada por cincuenta procedentes de distintas áreas sanitarias. La muestra está compuesta por un 74% de varones y un 26% de mujeres, de edades comprendidas entre los 21 y 50 años y una media de edad de 34 años. El 70% habían sido diagnosticadas de trastorno psicótico, la gran mayoría tenían una larga historia de tratamiento psiquiátrico y en el 20% tuvieron ingresos en el hospital psiquiátrico. La valoración se realizó mediante la aplicación de un cuestionario elaborado *ad hoc*, en el que se recogían ítems sobre cumplimiento terapéutico, aplicación laboral, interacción social, relaciones familiares, y condiciones de alojamiento y residencia. Para ello se utilizó el cuestionario que se detalla en la tabla 3. Las valoraciones fueron cumplimentadas por el equipo y sus terapeutas habituales y contrastadas con los monitores de los programas de formación.

2.3. Pérdida de empleo o interrupción de las actividades de formación

Para una mejor valoración de la repercusión del empleo en el estado clínico y social de los pacientes realizamos otro estudio con personas que han sufrido un primer episodio psicótico. Hemos incluido pacientes de tres centros de salud mental, con edades comprendidas entre 16-40 años, diagnosticadas de psicosis y trastorno delirante que contactaban por primera vez con esos servicios, a lo largo de los años 1995 y 1996. Se ha estudiado el nivel de instrucción, la situación laboral antes y después del episodio de enfermedad y la repercusión en su estado clínico. Para valorar el área clínica utilizamos las variables de número de ingresos, recaídas y cumplimiento terapéutico.

También estudiamos la repercusión en las capacidades de adaptación social, valorando este área según escalas del «Morningside Rehabilitation Status Sacale», versión española de Rebolledo, 1992 (tabla 4). La evaluación de las variables estudiadas y de la evolución seguida se realizó en el último trimestre de 1998; así que el período de estudio oscila entre un máximo de tres y un mínimo de dos años. Los datos se procesaron en un archivo de datos generado con Dbase IV y analizados con el paquete estadístico SPSS/PC V.7.5 para Windows. Tras un primer análisis descriptivo de la muestra se llevó a cabo un análisis bivariado entre el nivel de instrucción y la variable mantener trabajo tras la aparición de la enfermedad con las variables de estado clínico y de adaptación social. Para variables cuantitativas utilizamos la T de Student y en las cualitativas la prueba Chi-cuadrado con la corrección de continuidad de Yates cuando fue necesario, escogiendo un valor de $P < 0.05$ para determinar la significación estadística.

El grupo estudiado se compone de 64 personas, 44 varones y 20 mujeres. La media de edad ha sido de 29 años, con una desviación típica de 7,2. Diferenciada por sexos es 28 años para los varones y 30 para mujeres, sin que se constaten diferencias significativas. Según el nivel de instrucción el 84% tenían un nivel bajo, y el 16% correspondía al nivel medio-alto. Se incluyen en este nivel titulaciones de grado medio y superior. El 43% se encontraban en una situación laboral activa antes del inicio de la enfermedad.

3. Resultados y conclusiones

Los resultados del estudio de pacientes que participaron en los cursos de formación se exponen en la tabla 5. Y nos permiten concluir que las actividades de formación han tenido un impacto positivo en todas las áreas, sobresaliendo las de interacción familiar y social, así como el grado de implicación, expresado sobre todo en el cumplimiento de horarios y regularidad en la asistencia. Los abandonos

fueron muy pocos. Estas personas experimentaron cambios en las funciones cognitivas, las habilidades sociales y las capacidades para la relación interpersonal, no sólo por lo que sucedía en el espacio restringido de la formación sino también por todas las exigencias y experiencias de aprendizaje que ha supuesto participar en los cursos: desplazamiento y manejo de transportes públicos, atención a los autocuidados y a la presentación. Estos programas tuvieron, además, un impacto positivo e importante en los propios servicios de atención de salud mental, muchos profesionales experimentaron con sorpresa que los pacientes mostraban funcionamientos y capacidades que ellos nunca habían previsto. La mezcla de profesionales del área de la formación y de la atención a la salud mental fue también positiva.

Los resultados del estudio de la pérdida o interrupción de las actividades de empleo fueron las siguientes: a) el 33% perdieron su trabajo o interrumpieron su actividad de formación tras el inicio de la enfermedad; b) el 53% no tuvieron ingresos hospitalarios durante el período estudiado y el 2% tuvieron 3 o más. En cuanto al factor cumplimiento terapéutico, en el 42% se produjo buen cumplimiento y el 14% muy malo. No tuvieron recaídas clínicas el 27%, y tuvieron 3 o más el 10%; c) se hizo un análisis estadístico de asociación de variables utilizando el test Chi-cuadrado (tabla 6); d) existe una asociación significativa entre nivel de instrucción medio-alto y la posibilidad de disponer de trabajo después de manifestarse la enfermedad con un valor $P < 0.05$; e) no constatamos una asociación significativa entre situación laboral tras la enfermedad y número de ingresos, ni tampoco lo es con el cumplimiento terapéutico; pero sí con el número de recaídas, con un valor de $P < 0.05$; f) aumentando el número de factores a controlar, hemos visto que las personas que conservan el trabajo después de la enfermedad y tienen un nivel de instrucción alto muestran una tendencia de menos hospitalizaciones. El nivel de instrucción aparece como un dato de significación importante para la evolución; g) en el área de adaptación social es donde la asociación se manifiesta con mayor significación: los que conservan el trabajo son menos dependientes, más activos y presentan menor aislamiento social, resultando valores de significación de $P. 0,00$, $P. 0,00$ y $P. 0,03$ respectivamente. En consecuencia, el nivel de instrucción y disponer de trabajo después de haberse manifestado la enfermedad son factores que muestran una fuerte asociación con la autonomía, la iniciativa y la interacción social, que son todas ellas capacidades básicas para realizar la integración.

De las actuaciones habidas en Asturias en materia de formación, y de los estudios que aquí analizamos inferimos las siguientes conclusiones y propuestas:

1. Las psicosis tienen un efecto muy negativo sobre la conservación del trabajo y la finalización de las actividades de formación. Un tercio de las personas por nosotros estudiadas, han perdido el empleo o han interrumpido sus actividades de formación tras la aparición de la enfermedad.

2. La participación en programas de formación además de mejorar las habilidades profesionales ha tenido un impacto positivo en el grado de interacciones sociales y familiares. Contribuye, también, a modificar las expectativas que tenían los profesionales de salud mental sobre las capacidades de los pacientes.

3. Disponer de un buen nivel de instrucción hace a los pacientes menos vulnerables para la pérdida de empleo y la exclusión.

4. Mantener el empleo después de manifestarse el trastorno es una circunstancia que se asocia positivamente al desarrollo de habilidades sociales, a la autonomía y al incremento de intercambios, lo que posibilita la integración.

5. El desarrollo de una actividad laboral contribuye a ampliar la red social y da lugar a la creación de más soportes emocionales.

6. El desempeño de una actividad laboral mejora la autoestima, aumenta el interés por los autocuidados y potencia más vínculos sociales. Se confirma, además, que el mantenimiento de la autoestima aumenta la motivación para modificar hábitos y estilos de vida.

7. La realización de una tarea laboral regular ayuda a la estructuración del tiempo. El esfuerzo físico que comporta facilita el reencuentro con el cuerpo, la confrontación con sus límites y posibilidades, y genera las secuencias de cansancio, descanso y sueño. Mediante estas experiencias se ejerce un efecto positivo sobre la fragmentación y la discordancia entre sentimientos y pensamientos que sufren las personas con trastornos psicóticos.

8. El proceso de incorporación al empleo exige un plan personalizado que comporta hacer una preparación adecuada y disponer de soportes y acompañamientos para hacer esa transición con los menores riesgos posibles. Nuestra experiencia es que resulta beneficioso hacer el acompañamiento con un profesional que haga las funciones de gestor de caso o, en todo caso, mediante un profesional que sea un referente que dé seguridad y estabilidad al paciente. La disponibilidad de este tipo de acompañamientos facilita la tolerancia del entorno laboral.

9. Las personas con trastornos psicóticos que mejoran su formación y mantienen su actividad laboral ejercen un efecto positivo sobre los servicios de atención y contribuyen a modificar las representaciones estereotipadas que tienen los profesionales sobre su evolución.

10. La legislación actual que regula las pensiones de las personas con discapacidades debería modificarse para suprimir barreras en el acceso al empleo.

11. Por todo lo dicho, la conservación del empleo y el mantenimiento de las actividades de formación deben ser consideradas como elementos básicos en la estrategia de tratamiento integral para las personas con trastornos psicóticos. Su pérdida debe ser catalogada como uno de los efectos adversos que más van a influir en su evolución.

Tabla 1

Recursos de la red de Servicios de Atención de Salud Mental en Asturias, 1995
(Población: 1.093.000 habitantes)

| | |
|---|----------------|
| Centros de Salud Mental (Dotados con equipo multidisciplinar) (4 de ellos con Unidad de Atención Infanto-Juvenil) | 15 |
| Hospitales y Centros de Día | 7 (125 plazas) |
| Unidades de Hospitalización | 5 unidades |
| Hospital General | (77 camas) |
| Comunidades Terapéuticas de Rehabilitación (media estancia) | 3 (54 plazas) |
| Pisos Protegidos & Hogares Tutelados | 30 plazas |
| Centros de Tratamiento de Toxicomanías | 6 |
| Unidades de Desintoxicación en H. General | 2 (10 plazas) |
| Hospital Psiquiátrico (ocupadas a 31-4-1994:192 camas) (Exclusivamente larga estancia) | 194 camas |

Tabla 2

Plan de Formación Laboral: años 1991-1995
Principado de Asturias

Financiación: Fondo Social Europeo, Programa HORIZON-INSERSO-INEM

| Cursos | Número | Horas Total: 11.600 | Usuarios |
|--------------------------|--------|------------------------|-----------------------------|
| Agricultura | 11 | Duración media: 527 | Personas: 193 |
| Restauración edificios | 3 | | Alumnos: 295 |
| Reparaciones en general | 4 | | Edad media: 35 |
| Carpintería / Fontanería | 3 | | Hombres: 167 Mujeres: 26 |

Tabla 3

Cuestionario para la valoración del estado clínico-social

- El cuestionario se aplicará a todos los pacientes que han sido incluidos en los cursos de formación.
- A cumplimentar por el terapeuta y equipo terapéutico y contrastar con los datos de la historia clínica e informe de alta y derivación, con monitores.
La valoración se limita a diciembre de 1995.

El estado clínico-social se puntúa: según grado de mejoría

| | | | | |
|------|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Algo | Bastante | Mucho |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. *Valoración estado clínico*

- a) Adherencia al plan de tratamiento psicofarmacológico ha mejorado:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | P | A | B | M |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- b) Implicación en los programas de formación, horarios, asistencia.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | P | A | B | M |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. *Valoración estado social*

- e) La capacidad de relación con personas de su entorno que no sean familiares ni profesionales de Salud Mental: ha mejorado:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | P | A | B | M |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- d) Interacción con los miembros de su familia, ha mejorado

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | P | A | B | M |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- e) Lugar y condiciones de residencia habitual ha mejorado:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | P | A | B | M |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tabla 4

*Ficha de evaluación de pacientes en Centros de Salud Mental
Diagnósticos (CIE-10) F20, F21, F22, F23, F24
Edades: 16-40 años*

1. Nivel de instrucción
2. Situación laboral previa: anterior al primer episodio de enfermedad
3. Situación laboral tras el tratamiento del primer episodio
4. Evolución clínica y social tras la manifestación de la enfermedad
 - 4.1. Ingresos hospitalarios tras el primer episodio:
codificar según el número (ej. 0. 1. 2. etc.)
 - 4.2. Episodios de reactivación sintomatológica sin ingresos:
codificar según número
 - 4.3. Cumplimiento del tratamiento:
1, satisfactorio; 2, irregular; 3 incumplimiento
 - 4.4. Interrupción del contacto con el servicio
5. Adaptación social, valoración según escalas M.R.S.S., versión española Rebolledo
 - 5.1. Independencia / dependencia
 - 5.2. Actividad / pasividad
 - 5.3. Integración social / aislamiento
 - 5.4. Desorganización por efecto de los síntomas

Estos subapartados se puntúan:

- 0: ningún problema
- 1: problemas livianos e intermitentes
- 2: deterioro manifiesto, discapacidad en grado moderado
- 3: evidente deterioro, discapacidad en grado severo
- 4: grado de discapacidad extremo

Tabla 5

Evaluación de la mejoría tras haber participado en los programas de formación

| | |
|--|--------------|
| Universo..... | 193 usuarios |
| Muestra aleatoria para el estudio:..... | 50 |
| Áreas de evaluación: conciencia de enfermedad; implicación laboral; interacción social; interacción familiar; alojamiento y residencia | |
| Puntuación de la Valoración: Nada = 0 // Poco = 1 // Algo = 2 // Bastante = 3 // Mucho = 4 | |
| Resultados en medias: | |
| Conciencia de enfermedad | 2,58 |
| (incluye cumplimiento terapéutico | |
| Implicación laboral | 2,30 |
| Interacción social | 2,68 |
| Interacción familiar..... | 2,72 |
| Residencia habitual | 2,48 |

Tabla 6

Resultados del estudio de pérdida de empleo

Asociación de factores: empleo y nivel de instrucción con estado clínico y adaptación social

| | | | |
|------------------------------------|---|------------------|----------|
| Nivel de instrucción | → | mantener trabajo | P < 0,05 |
| tras la aparición de la enfermedad | | | |

| | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|----------|
| <i>Área clínica:</i> | | | |
| Mantener trabajo | → | número de ingresos | N.S |
| ídem | → | número de recaídas | P < 0,05 |
| ídem | → | cumplimiento terapéutico | N.S |
| Mantener Trabajo | → | número de ingresos | P < 0,09 |
| controlando nivel de instrucción | | | |

| | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------|----------|
| <i>Área adaptación social:</i> | | | |
| Mantener trabajo | → | Dependencia/independencia | P < 0,05 |
| Mantener trabajo | → | Actividad/pasividad | P < 0,05 |
| Mantener trabajo | → | Aislamiento/integración | P < 0,05 |

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GROVE, B., «Salud mental en Europa», *British J. of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 431-432.
- (2) GALILEA, V.; COLIS, J., «Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral», en VV.AA., *Integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos: de la rehabilitación al empleo*, Ponencias I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Madrid, 1995.
- (3) VILLA, J., y otros, «De la formación al empleo: una estrategia para la rehabilitación de enfermos mentales», en GARCÍA y otros, *Rehabilitación psicosocial*, Oviedo, KRK. 1997.
- (4) ZEELLEN, J., «Rehabilitación vocacional en una psiquiatría en transformación», *Conferencia seminario UIMP*. Sevilla, 1990.
- (5) LIBERMAN, R. P., *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, Barcelona, Martínez Roca, 1993.
- (6) LEHMAN A. F.; WARD, N. C.; LINN, L. S., «Chronic mental patients, the quality of life issue», *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139, pp. 1.271-1.276.
- (7) STEIN, L. I.; TEST, M. A., «An alternative to mental hospital treatment, conceptual model, treatment program, and clinical evaluation», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, pp. 393-397.
- (8) STRAUSS, J., y otros, «The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles», *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142, pp. 289-296.
- (9) REKER, T.; EIKELMAN, B., «Kwork therapy for schizophrenic patients: results 3 years perspective study in Germany», *Nervenarzt*, 1998, 69, 3, pp. 210-8.
- (10) BELL, M. D.; LYSAKER, Ph., «Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia», *Schizophr Bull*, 1996, 22 ,(1), pp 51-67.
- (11) Lehman A. F., «Vocational rehabilitation in schizophrenia», *Schizophr. Bull.*, 1995, 21, pp. 645-56.
- (12) WARNER, R., *Recovery, From schizophrenia. Psychiatry and political economy*, Londres, Routledge & Kegan, 1985.
- (13) RODRÍGUEZ, A., «Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos», en REBOLLEDO, S., *Rehabilitación psiquiátrica*, Univ. Santiago de Compostela, 1997.
- (14) LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F., *La empresa social*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1994.
- (15) GARCÍA, J., «La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias: 1982-1993», en GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L., *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998.
- (16) NOSTI y otros, «Miraflores una experiencia de formación laboral y de rehabilitación», *Informaciones Psiquiátricas*, 1993, 131, pp. 101-104.
- (17) GARCÍA J.; DE LAS HERAS, B.; PEÑUELAS, E., *Rehabilitación psicosocial*, Oviedo, KRK., 1997.

Un resumen de este trabajo ha sido presentado como ponencia en el Simposio Internacional «Tratamiento integral de personas con enfermedad psicótica». Granada, marzo 1999.

* José García, psiquiatra, Oviedo. Enrique Peñuelas, psiquiatra, Avilés. Blanca de las Heras, psiquiatra, Oviedo. M.^a Eugenia Díez, psicóloga, Oviedo. Lina Menéndez, Trabajadora Social, Gijón.

Correspondencia: José García. Centro de Salud Mental. Hospital General de Asturias, c/ Julián Clavería, s/n, 33060 Oviedo.

** Fecha de recepción: 1-XI-1999.