

Sergio Lacámara Cano

# Salud mental y mejoras en la prevención e intervención del trastorno mental grave

Director/es

Gil Lacruz, Ana Isabel

Gil Lacruz, Marta

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>





**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

**SALUD MENTAL Y MEJORAS EN LA PREVENCIÓN  
E INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL  
GRAVE**

Autor

**Sergio Lacámara Cano**

Director/es

Gil Lacruz, Ana Isabel

Gil Lacruz, Marta

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**  
**Escuela de Doctorado**

Programa de Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y  
Sociales

2022





**Universidad**  
Zaragoza

## Tesis Doctoral

# **Salud mental y mejoras en la prevención e intervención del trastorno mental grave**

Autor

**D. Sergio Lacámara Cano**

Directoras

**Dra. Dña. Ana Isabel Gil-Lacruz**

**Dra. Dña. Marta Gil-Lacruz**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
Departamento de Psicología y Sociología  
Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales  
Enero, 2022



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
Departamento de Psicología y Sociología  
Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales



## Tesis Doctoral

# **Salud mental y mejoras en la prevención e intervención del trastorno mental grave**

Autor

**D. Sergio Lacámara Cano**

Directoras

**Dra. Dña. Ana Isabel Gil-Lacruz**

**Dra. Dña. Marta Gil-Lacruz**

Enero, 2022





## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Zaragoza

A Marta y Ana



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1. PREVALENCIA EUROPEA DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN 13 PAÍSES EUROPEOS DE 2005 A 2018.....</b>	<b>19</b>
1.1. INTRODUCCIÓN .....	20
1.1.1. La patología mental .....	23
1.1.2. El suicidio .....	27
1.1.3. Objetivos.....	37
1.2. MÉTODO .....	38
1.2.1. Procedimiento .....	38
1.2.2. Medidas .....	38
1.3. RESULTADOS.....	42
1.4. DISCUSIÓN .....	50
1.5. REFERENCIAS.....	56
<b>Capítulo 2. GRUPOS DE EXPERTOS PARA LA MEJORA DE LA EMPLEABILIDAD EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL</b>	<b>69</b>
2.1. INTRODUCCIÓN .....	70
2.1.1. Principales Obstáculos en la inserción laboral de personas con problemas de salud mental.....	71
2.1.2. Prestaciones económicas. Incapacidades laborales .....	73
2.1.3. Los servicios de apoyo al empleo.....	75
2.1.4. Modelos de intervención en el apoyo a la búsqueda de empleo.....	76
2.1.5. El empleo protegido. Centros Especiales de Empleo .....	78
2.1.6. El acceso al empleo ordinario.....	80
2.2. MÉTODO .....	83
2.2.1. Procedimiento .....	86
2.2.2. Medidas: descripción de la preparación de las mesas .....	89
2.2.2.1. Mesa de personas expertas 1: Incapacidad laboral permanente	89
2.2.2.1.1. Revisión Normativa.....	89
2.2.2.1.2. Constitución de la mesa.....	93
2.2.2.2. Mesa de personas expertas 2. Itinerarios de Inserción laboral en la red de salud mental Valenciana .....	94
2.2.2.2.1. Revisión normativa.....	94
2.2.2.2.2. Constitución de la mesa.....	107
2.2.2.3. Mesa de personas expertas 3. Centros especiales de empleo..	108
2.2.2.3.1. Revisión normativa.....	108
2.2.2.3.2. Constitución de la mesa.....	121

2.3. RESULTADOS.....	122
2.4. DISCUSIÓN .....	128
2.5. REFERENCIAS.....	132
ANEXO 2.1. Listado de conclusiones mesa de expertos .....	136
ANEXO 2.2. Transcripción Mesa 1. Incapacidad Laboral Permanente.....	139
ANEXO 2.3. Información adicional mesa 2. La Red de Servicios de Atención Sociosanitaria en salud mental .....	147
ANEXO 2.4. Transcripción Mesa 2. Itinerarios de Inserción en la red de salud mental	155
ANEXO 2.5. Trascrición Mesa 3. Centros Especiales de Empleo.....	170
<b>Capítulo 3. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: EFECTOS EN SINTOMATOLOGÍA, COGNICIÓN, FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA. UN ENSAYO CLÍNICO.....</b>	<b>177</b>
3.1. INTRODUCCIÓN .....	178
3.2. MÉTODO .....	181
3.2.1. Procedimiento.....	182
3.2.2. Medidas .....	183
3.3. RESULTADOS.....	184
3.4. DISCUSIÓN .....	188
3.5. REFERENCIAS.....	191
ANEXO 3.1. Estructura del programa .....	199
<b>Capítulo 4. ¿PROGRAMAS DE EJERCICIOS AERÓBICOS, DE FUERZA O MIXTOS? UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO: EFECTOS SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA .....</b>	<b>209</b>
4.1. INTRODUCCIÓN .....	210
4.2. MÉTODO .....	212
4.2.1. Procedimiento.....	212
4.2.2. Medidas .....	214
4.3. RESULTADOS.....	217
4.4. DISCUSIÓN .....	221
4.5. REFERENCIAS.....	227
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>237</b>

# ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

## CAPÍTULO 1

Tabla 1.1.	Descripción de variables .....	40
Tabla 1.2.	Media de variables socioeconómicas por régimen del bienestar .....	42
Tabla 1.3.	Modelo predictivo de patologías mentales, regresión de mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ) .....	45
Tabla 1.4.	Modelo predictivo del suicidio regresión de mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ) .....	48
Gráfico 1.1.	Número de pacientes con diagnóstico psiquiátrico 2004-2013.....	24
Gráfico 1.2.	Número de suicidios en España: 2010-2015 .....	31
Gráfico 1.3.	Tasa de suicidio por edad y sexo: 2011-2015 (%) .....	32
Gráfico 1.4.	Suicidios y trastornos mentales por régimen del bienestar y año .....	43
Gráfico 1.5.	Trastornos mentales por régimen del bienestar y año .....	44

## CAPÍTULO 2

Tabla 2.1.	Descripción de candidatos por rol.....	85
Tabla 2.2.	Resumen mesas de expertos .....	88
Tabla 2.3.	Resultados Mesa 1. Incapacidad Laboral Permanente.....	122
Tabla 2.4.	Resultados Mesa 2. Itinerarios de Inserción Laboral en Salud Mental.....	123
Tabla 2.5.	Resultados Mesa 3. Centros Especiales de Empleo en la Comunidad Valenciana .....	124
Tabla 2.6.	Propuestas Transversales .....	125
Tabla 2.7.	Plazas asistenciales por provincia .....	152
Imagen 2.1.	Red de recursos estrategia autonómica de salud mental .....	94
Imagen 2.2.	Fases de los itinerarios individualizados de inserción .....	99

## CAPÍTULO 3

Tabla 3.1.	Características descriptivas del grupo de estudio.....	184
Tabla 3.2.	Comparación entre grupos antes y después del tratamiento .....	185
Tabla 3.3.	Comparación PRE-POS tratamiento en el grupo control (n=27).....	186
Tabla 3.4.	Comparación PRE-POS tratamiento en el grupo experimental (n=26) .....	187

## CAPÍTULO 4

Tabla 4.1.	Características basales de los participantes.....	218
Tabla 4.2.	Comparaciones Intragrupo .....	219
Figura 4.1.	Progresión de los participantes a lo largo del ensayo .....	213



*“Esquizofrénicos. Hay unos veinte millones en el mundo hoy. Deprimidos, cuatrocientos millones, y destinados a aumentar. Bipolares, sesenta. Con ansiedad, ni que decir que dentro de nada serán mil millones. Sujetos con trastornos de la personalidad. Digamos dos mil millones. Toxicófilos. No veas. Si meten en este caldero también a los adictos a los medicamentos legales. Llegas fácilmente a los tres mil millones. En fin. Grosso modo, la mitad de la población terrestre padece una enfermedad mental, la otra mitad, aún no. De momento.”*

Piero Cipriano, 2018





## INTRODUCCIÓN

Kafka creyó encontrar las verdades del universo encerradas en las paredes oscuras de un manicomio, y posiblemente no le faltaba razón. Pues entre esas paredes, parecen asomarse, como si miraras por un tubo, ciertas verdades de la angustia humana. El sinsentido fáctico del mundo, la incontrolable proliferación de estímulos, el cegador torbellino de la existencia, la constante preocupación por la mirada del otro, se pueden ver en el agujero que deja la visión del tubo, como si fueran el rostro de una esencia caótica de la que todos formamos parte. Una precondition inevitable a cualquier construcción de un significado posterior.

Tras la reforma psiquiátrica, implantada en nuestro país en el año 1986, los manicomios pasaron a ser otra cosa, a tener otros nombres. Por eso, ya no se debe hablar de manicomios, ni de asilos de concentración, sólo si cabe, de asilos nosológicos y moleculares, o más bien de centros de recuperación para enfermos mentales. Todos encuadrados en lo que se conoce como: la institución psiquiátrica.

Institución en la que comencé mi andadura profesional, y a diferencia de Kafka, seguramente debido a la torpeza de mi mirada, no fui capaz de encontrar verdad alguna en las paredes luminosas del centro de recuperación. Incluso a pesar del contacto diario con las formas más graves de locura de nuestra sociedad (de las que hablaba el gran escritor), solo hallé contradicción. En ese contacto, enmarcado en el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial (Creap) a personas con Trastorno Mental Grave, me llenaba la cabeza de dudas constantes sobre mi propia labor profesional. El loco de Pinel, el loco “liberado” después de él, el loco del internamiento moderno, condenado a cada instante a un eterno presente y el loco sobremedicado, no me trasladaban más que una fuerte contradicción que tomaba diferentes formas.

En primer lugar, existía una contradicción ética en el desarrollo de la intervención clínica, buscando espacios de reivindicación de las subjetividades truncadas en medio de las ampliamente conocidas perversiones institucionales (como nos mostraron Basaglia y Foucault, entre otros) y que por supuesto, continúan hoy siendo del todo vigentes (Cipriano, Whitaker, Szasz, etc.). En segundo lugar, existía otra contradicción, que interpelaba a mi propia angustia, y que no hacía sino mostrarme cierta arbitrariedad en la línea que separaba el “ellos” del “nosotros”, en una suerte de incapacidad; al no poder extraer apenas conclusiones del magma de información y datos que extraía de mi propio trabajo.

Fue algo semejante a un sentimiento de necesidad de nuevas estrategias ante el desorden, por lo que solicité el acceso al Programa de Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales de la Universidad de Zaragoza, con la aspiración de organizar metodológicamente el “batiburrillo” caótico de la intervención clínica. Orden significa en este

caso una ilusión de predictibilidad y regularidad compartida, una ilusión proyectiva que puede sostenerse por un periodo de tiempo (corto o largo), y que nos otorga herramientas no solo para acercarnos asintóticamente a una realidad, sino también para intervenir en ella, en definitiva, para intervenir políticamente (política como arte propio de los ciudadanos, arte social, arte de vivir en sociedad).

La realidad del loco, o por lo menos la del auxiliado, se impone ante mí con la inevitable necesidad de poner a la enfermedad entre paréntesis. Cualquiera de mis compañeros podría verse en la tentación de violentar al loco con la tecnología simbólica que legitimaba el trabajo, satisfaciendo nuestro deseo de ser auxiliares de la justicia, de imponer nuestra sabiduría profesional. Fueron todas esas contradicciones las que me mantenían bloqueado, observando la realidad de la institución. En ese bloqueo quería entender sociológicamente la locura, desarrollar otras formas de realizar intervención clínica, comprender el juego de la sistematización académica. Con la universal aspiración, y la inevitable melancolía, de apoyar mi práctica profesional con un aprendizaje metodológico/investigador, que me permitiera desarrollar mejores estrategias para afrontar la locura y el sufrimiento de nuestras sociedades, me matriculé en el Programa de Doctorado.

Tras la realización del correspondiente Máster Oficial en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales que versa, y reflexiona, sobre la construcción de una mejor sociedad y una mejor democracia comencé, con el ánimo de poder contribuir a estas premisas incidiendo en el ámbito de las políticas de salud mental (la otra cara de la locura), mi etapa predoctoral. Esta inquietud resultó ser coherente con la preocupación creciente de las instituciones internacionales ante la incidencia de las problemáticas asociadas a la patología mental, que terminaron por asumirlo como un grave problema de salud pública.

La salud mental es una parte de la salud general, el fundamento para el desarrollo social y un eje central en el ejercicio de la ciudadanía. En los últimos años, en nuestras sociedades, se ha observado un alarmante incremento de patologías asociadas a lo mental, hasta el punto de que 1 de cada 6 personas en 2016 tenía diagnosticado un problema de salud mental (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2018) (OCDE). El total de costes relacionados con la “enfermedad mental” es más del 4% del PIB, o más de 600 mil millones de euros en los 28 países de la Unión Europea (OCDE, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de abril de 2018, los trastornos mentales afectan a más de 21 millones de personas en todo el mundo (<http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>). Esta pesada carga económica, social y humana de la enfermedad mental representa un reto de futuro para la gestión de las políticas públicas en Europa. Por ello, analizar los costes y consecuencias del problema es una prioridad para los

decisores públicos. Además, no podemos perder de vista, el aumento de las tasas de suicidio de los últimos 45 años, que ha sido de un 60% (OMS, 2018).

El objetivo principal de la presente tesis es contribuir al diseño, gestión y evaluación de políticas públicas y sociales en salud mental, a la vez que supone un proceso de aprendizaje en diferentes metodologías de investigación. Es mi aspiración que esta investigación, además de progresar en el estado del arte, tenga impacto político e interventor por la gran problemática social vinculada a la salud mental en general, y al trastorno mental grave en particular. Las preguntas que pretendo responder en el presente trabajo son: ¿Cómo se distribuyen a nivel europeo las problemáticas asociadas a la salud mental?, ¿Qué políticas públicas se desarrollan para su abordaje?, ¿Cuáles son clave para garantizar el empleo de personas con estas problemáticas?, ¿Qué tratamientos podemos empezar a incorporar para abordarlas?, entre otras.

Para dar respuesta a estos interrogantes, se plantean, además, los siguientes objetivos secundarios:

- Analizar en términos sociales la prevalencia y el desarrollo de la locura y el sufrimiento psíquico (en definitiva, la angustia o el malestar en la cultura).
- Desarrollar investigación empírica desde diferentes perspectivas (cualitativas y cuantitativas) que puedan tener una incidencia directa en la prevención y el tratamiento de las patologías mentales más graves.
- Abordar el fenómeno del empleo como parte central en el camino de la recuperación de las problemáticas asociadas a la salud mental desarrollando estrategias de cambio a nivel político.
- Contrastar en forma de ensayo clínico aleatorizado la utilidad de dos intervenciones innovadoras de corte social en el tratamiento de problemas de salud mental.

Para el desarrollo de estos objetivos se han utilizado diferentes metodologías: En primer lugar, se profundiza en el fenómeno social de la patología mental a través del análisis estadístico de datos epidemiológicos. En segundo lugar, se aborda, a través de metodología cualitativa Delphi, la importancia de las estrategias de empleo para abordar las problemáticas asociadas a la salud mental. En tercer lugar, se desarrollan dos diseños experimentales (ensayos clínicos aleatorizados) para someter a prueba las intervenciones clínicas en pacientes institucionalizados. En el apartado método de cada capítulo aparece una descripción más detallada de la metodología empleada. En suma, este trabajo parte del deseo de fomentar la reflexión crítica y la investigación académica en el campo de la salud mental con el fin de apoyar el desarrollo de políticas públicas en la materia. La presente tesis avanza desde una mirada global hasta cuestiones específicas de patologías concretas.

El objetivo del primer capítulo de la tesis consiste en estudiar los fenómenos de la salud, y en concreto de la salud mental, desde un prisma sociológico a nivel paneuropeo. En este sentido, se examinan el impacto y las relaciones de distintos determinantes sociales en los estados de salud y en las tasas de suicidio utilizando datos de 13 países europeos (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suiza, Letonia, Eslovenia, Países Bajos, Reino Unido) durante 14 años (desde 2005 hasta 2018). El marco empírico se ha llevado a cabo con técnicas estadísticas para el análisis de datos epidemiológicos, descriptivas y explicativas, estableciendo modelos de regresión (mínimos cuadrados ordinarios) para la estimación de la patología mental y el suicidio. Variables como el régimen del bienestar, la tasa de pobreza, la tasa de antidepresivos y el índice Gini se mostraron como significativas para predecir la tasa de patología mental en un 91% y la de suicidio en un 81%. Además, se ha encontrado evidencia empírica de la incidencia de las políticas públicas enfocadas a reducir la desigualdad en las variables de interés.

En la revisión bibliográfica para la realización del primer capítulo, y siguiendo las recomendaciones del *European Unión (EU) - Compass for Action on Mental Health and Wellbeing*<sup>1</sup>, nos dimos cuenta de la necesidad de profundizar sobre la asociación entre patología mental y empleabilidad. Dado que, entre los diferentes problemas asociados a la salud mental, los trastornos mentales graves se encuentran entre las diez enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y 44 años, tal que sólo un 6% de las personas que la sufren pueden mantener trabajos a jornada completa (Torrey, 2001).

Esto lleva consigo que el coste para la sociedad, tanto el asociado al gasto médico directo como a los costes indirectos derivados, sea muy preocupante. Entre las dificultades que tienen los que sufren una patología mental destacan la interacción con otras personas, la comprensión de los contextos sociales en los que se desenvuelven, el desarrollo de relaciones sociales, la capacidad para ser independientes o para mantener un empleo. Estos aspectos clave en la patología mental generan un considerable impacto sobre los pacientes, sus familias y la sociedad. Por eso, es necesario desarrollar estrategias de acción que aborden las posibilidades de empleabilidad de las personas que sufren patología mental. De este punto nos encargamos en el capítulo 2. En él, se hace una revisión bibliográfica de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental. Se han construido tres grupos de discusión, con ánimo performativo en el seno de la red sociosanitaria valenciana, y con el objetivo de aportar recomendaciones y

---

<sup>1</sup> Herramienta creada por la UE para la comunicación de información sobre el Marco de Acción Europeo sobre salud mental y bienestar. Entre las actividades principales del EU-Compass destacan el incluir la identificación y difusión de buenas prácticas en salud mental, la recopilación de información sobre actividades de salud mental y la realización de talleres en cada país de la UE. Destacando entre las líneas estratégicas en las que hacen hincapié (European Comision, 2019): 1) Investigación y buenas prácticas sobre mejores intervenciones en salud mental; 2) Salud mental y trabajo; 3) Prevención del suicidio; 4) Desarrollo de enfoques de gobernanza integrada.

estrategias para el desarrollo de políticas públicas en materia de empleo y salud mental. En este estudio empírico interesa profundizar sobre la situación actual, mejorar problemas de coordinación entre los participantes y construir líneas estratégicas de futuro en el ámbito de las políticas públicas. Entre los resultados, se generaron más de 32 recomendaciones y líneas estratégicas para el abordaje de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental.

La patología mental donde más se hacen patente los problemas de salud mental de una sociedad es la esquizofrenia (Schizophrenia Commission, 2012). Tanto por los costes asociados a esta patología, como por el gran impacto que tiene en la vida de las personas, se torna necesario el desarrollo de investigaciones que mejoren las estrategias de intervención y prevención posibles. Precisamente en esto nos centramos en los dos siguientes capítulos, a través de una investigación experimental en formato de ensayo clínico.

En el tercer capítulo, se somete a prueba un tratamiento innovador de carácter social en pacientes psiquiátricos. El objetivo es evaluar los efectos de un programa de musicoterapia, implementado, además de la habitual rehabilitación farmacológica y psicosocial, en la sintomatología, la autoestima, la reflexión sobre el estigma internalizado, la cognición social y la calidad de vida de estos pacientes. Para ello, se realizaron comparaciones de medias pre- y post-intervención analizando diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en un total de 60 participantes. Los resultados obtenidos avalan los beneficios de incorporar un programa de musicoterapia como terapia complementaria al tratamiento estándar dentro de las acciones, programas y servicios de carácter psicosocial y de recuperación.

El cuarto y último capítulo principal, tiene por objetivo comparar los efectos de tres programas diferentes de ejercicio físico (fuerza, aeróbico o mixto) sobre la sintomatología, la composición corporal y el estado físico de los pacientes con diagnósticos de patología mental grave. A pesar de que se ha demostrado que las intervenciones deportivas previenen de problemáticas asociadas a la patología mental e inciden positivamente en la sintomatología, se desconoce qué tipo de intervención es la más eficaz. Mediante un ensayo clínico multicéntrico se recogieron datos de 86 pacientes. Este estudio concluye que 3 sesiones semanales durante 16 semanas de un programa de ejercicio progresivo de moderado a vigoroso mejoran la sintomatología de los pacientes, independientemente del tipo de ejercicio.

La presente tesis finaliza, a modo de discusión, resaltando las principales problemáticas de los capítulos centrales, y definiendo futuras líneas estratégicas de investigación e intervención en el ámbito de las políticas públicas en salud mental.

En resumen, bien adentrados en el siglo XXI, aún no contamos con modelos científicamente sostenibles que expliquen cómo y por qué algunas personas desarrollan trastornos psíquicos y exclusión social pese a los múltiples intentos de validar hipótesis

genéticas y neuroquímicas (González y Pérez, 2007). Surgen cada vez más voces críticas que denuncian la forma de considerar y tratar el sufrimiento psicosocial (Whitaker, 2015; Frances, 2014; Ortiz, 2013, Bentall, 2011; Gonzalez y Pérez, 2007). El presente trabajo pretende recuperar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y mostrar si tratamientos “alternativos” de corte más social pueden presentarse como alternativas válidas en el desarrollo de políticas para la prevención y el tratamiento de las patologías más graves.

## REFERENCIAS

- Cipriano, P. (2019). *Las metamorfosis de la psiquiatría, psiquiatría crítica y nuevos manicomios*, Milan: Enclave.
- Whitaker, R. (2011) *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- OCDE (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE*. Paris: OCDE. Recuperado de: <https://read.oecd-ilibrary.org>.
- Basaglia, F. (1968). *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores.
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- OMS. (2007). *Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Discussion paper)*. Geneve: Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants).
- OMS (2018). *Clinical-epidemiological Characterization of Suicide*. Recuperado de: <http://pps.who.int>.
- Torrey, W. (2001). *Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. Psychiatric Services, 1*, 45-50.
- The Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report by the Schizophrenia Commission*. Recuperado de: <https://www.rethink.org>.
- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.
- Ortiz, A. (2013) *Modelos Pedagógicos y Teorías del Aprendizaje* Bogotá: Ediciones de la U.
- Bentall (2011). *Medicalizar la mente*. Barcelona: Herder.

## Capítulo 1

# PREVALENCIA EUROPEA DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN 13 PAÍSES EUROPEOS DE 2005 A 2018

### RESUMEN

El presente estudio aborda los fenómenos de la salud y en concreto, de la salud mental desde un prisma sociológico a nivel paneuropeo. El objetivo general de este capítulo es evaluar como se reflejan las políticas de salud en las tasas de patología mental y de suicidio de los países europeos. Con este fin, se ha analizado, en primer lugar, el impacto y las relaciones de distintos determinantes y factores socioeconómicos en estados de salud y problemas de salud pública utilizando datos de 13 países europeos (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suiza, Letonia, Eslovenia, Países Bajos, Reino Unido), durante 14 años consecutivos (desde 2005 hasta 2018). El régimen del bienestar, la tasa de pobreza, la tasa de desempleo, el consumo de antidepresivos, la esperanza de vida y el índice Gini, se mostraron como variables significativas para predecir el suicidio y la patología mental. Se encontró evidencia empírica de la incidencia de las políticas públicas enfocadas a reducir la desigualdad en las tasas de las variables de interés. Por ello, se torna necesario priorizar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de la investigación y la intervención en el marco de las políticas públicas de las sociedades europeas.

**Palabras clave:** salud, salud mental, paneuropeo, políticas de salud, patología mental, suicidio, régimen del bienestar, tasa de pobreza, tasa de desempleo, esperanza de vida y el índice Gini, antidepresivos.

## 1.1. INTRODUCCIÓN

Abordar el fenómeno de la salud mental desde un prisma sociológico resulta complicado tanto por la amplitud y multidimensionalidad de este concepto como por las diferentes taxonomías que la intentan explicar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*"(OMS, 1948). Aunque ambiciosa, esta definición nos permite acercarnos a la dificultad y carga utópica de dicho constructo. En el terreno sociológico encontramos diferentes enfoques a través de los cuales se puede entender la salud (Moragas, 1976): a) la concepción somático-fisiológica que considera la salud como ausencia de enfermedad tratando de alcanzar la objetividad, b) la concepción psíquica que hace hincapié en el aspecto subjetivo, c) la sanitaria que define la salud como un estado positivo y colectivo y se fundamenta en la prevención, d) la político-legal que considera la salud como un derecho y obligación universal, e) la económica que la relaciona con la productividad y mide el precio de la salud y el coste de la enfermedad, f) la social que explica la salud en términos de participación social y relatividad cultural y g) la ideal que considera la salud como estado perfecto no alcanzable.

Se podría decir que el objetivo general de la sociología de la salud es analizar y reflexionar sobre la relación existente entre la Salud y la Sociedad desde diferentes perspectivas y considerando la interacción entre varias de las concepciones anteriormente descritas. Es decir, el estudio de los factores sociales, culturales, económicos, políticos, médicos, etc. del entorno que repercuten en la salud (Kendall y Reader, 1972). La distribución equitativa de los recursos socioeconómicos y psicosociales es clave en la prevención de los problemas de salud (Sen, 2002), incluyendo aspectos amplios como la posibilidad de lograr bienestar y desarrollo, la justicia de los procesos, la organización de la atención sanitaria, la versatilidad de los recursos, etc. (Sen, 2002). En definitiva, la salud y la calidad de vida son variables directamente relacionadas con las condiciones de vida de las personas y con la forma de vivir (Palomino, Grande y Linares, 2013; Lalonde, 1974; OMS, 1978). Por eso, hay que ser cauto con las concepciones biologicistas o exclusivamente centradas en el tratamiento y la intervención de los problemas de salud (Gallende, 2008; Baum, 2007 y IGHW, 2008 cit. por De vos, et al. 2009; De Vos, et al. 2009; Leal y Opp 1998; Palomino, Grande y Linares, 2013). El modelo de



los determinantes sociales de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1991)<sup>2</sup> es clave para mejorar la salud de las poblaciones y el fomento de la equidad social.

La complejidad epistemológica se acentúa, si priorizamos el componente mental al fenómeno de la salud, tanto es así, que la relación entre psiquiatría y sociología ha sido convulsa y problemática desde sus inicios (Moreno, 2015, Foucault 1999). Foucault apuntó que las prácticas disciplinarias de la psiquiatría no conllevaron ningún avance epistemológico, solo funcionaron como la imposición de normas sociales encubiertas bajo la excusa de la ciencia (Foucault, 1999). En sus palabras: *“los conceptos científicos dependen de un conjunto histórico y la locura jamás podemos aprehenderla en su realidad “salvaje”, la psiquiatría nos ofrece algo institucionalmente modificado”* (pág. 56, 1999). La aproximación psiquiátrica para dar cuenta de las variaciones clínicas en la expresión de la patología mental se centra en las enfermedades, sus expresiones y su evolución en el seno de un universo cultural concreto (aproximación esencialmente nosológica). Por ende, los indicadores propios de los manuales diagnósticos establecen categorías discretas que se pueden interpretar erróneamente para sancionar comportamientos que, en su inserción concreta, no muestran ningún comportamiento enajenado.

En este sentido, existen muchos imaginarios sociales relacionados con los comportamientos humanos extraños o fuera de lugar que podríamos encuadrar alrededor de la locura y los trastornos mentales entendiendo locura en un sentido amplio (dado que por definición se trata de algo incomprensible, fuera de lo normal). El sistema social ha generado abundantes

---

<sup>2</sup> Tanto es así, que la OMS, a partir de la conferencia internacional del Alma Ata, apostó por un enfoque de estilo más comunitario, resaltando un compromiso con el cambio social y una versión más redistributiva. Modelo conocido como “Los determinantes sociales de la salud” (Dahlgren y Whitehead, 1991). Pero la realidad del mercado se impuso a las evidencias promocionando la Atención Primaria de Salud (APS) selectiva (impulsada por la fundación Rockefeller y en contra de la integrativa) mostrándose como una alternativa más rentable al supuestamente caro y poco realista modelo de la OMS. El contexto socioeconómico de principios de los años 80 reforzó esta tendencia a minimizar los aspectos integrales y radicales del Alma Ata. La crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural del fondo Monetario Internacional hicieron que para muchos países del sur los ochenta fueran una década perdida aumentando la dependencia a los préstamos extranjeros y la carga de la deuda internacional. (Leal y Opp 1998 cit. por De vos, et al 2009). Estos acontecimientos históricos jugaron en contra de la perspectiva adoptada por la OMS. Después de la caída de la Unión Soviética y del Bloque del Este, el Banco Mundial asumió el protagonismo imponiendo su visión neoliberal que implicaba mayor privatización y liberación. En un informe para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS representantes de la sociedad civil señalaron que: *“en el contexto mundial actual que está dominado por el paradigma neoliberal, las luchas por salud, desarrollo y justicia social (incluso en un poblado o en barrio lejano) no pueden ser separadas de la lucha mundial por un orden mundial económico y social más justo”* (OMS, citado por De vos, et al 2009).

esquemas interpretativos para percibirlo, comprenderlo y actuar al respecto (Torres, 2012). Desde esta línea de pensamiento crítico, Thomas Szasz (1994), defendía que la idea de que una persona tiene/padece una “enfermedad mental” es nociva desde el prisma científico, pues otorga apoyo profesional a una racionalización popular. Dice textualmente: “*La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal*” (pág. 177, 1994). Esta declaración, apunta al inicio de toda una corriente de pensadores dedicados a enfatizar (Whitaker, Berardi, Goffman, Cipriano, Basaglia, Seikkula, Marrone, entre otros<sup>3</sup>) el papel social/relacional en la patología mental. Se fundamenta, en definitiva, en la tesis Foucaultiana de que son las relaciones sociales las que se inscriben en los cuerpos produciendo desigualdades de salud y que las instituciones públicas, encargadas de organizar la protección, prevención y atención sanitaria, apoyan las relaciones de poder entre heterogeneidades. Por eso, para analizar la patología mental es crucial hacer énfasis en los efectos de la estructura social, las prácticas sociales, la legislación, etc. (Fassin, 1997).

Así pues, el presente capítulo tiene por objetivo analizar los efectos de algunos de estos determinantes de la salud en la patología mental (variables propias de las categorías psiquiátricas expuestas en el epígrafe 1.1.1.) y en el fenómeno del suicidio (tomado como indicador clave, heredado por la escuela de Franckfurt, de la patología mental de una sociedad, comentada en el epígrafe 1.1.2) (Fromm, 1974; Canguilhem, 2004).

Se presta especial atención, al sistema de bienestar, como variable clave del análisis (casi a modo de heurístico explicativo del sistema de salud y de cómo una sociedad ejerce su influencia). En este sentido Luis Moreno en el año 2013, estructuró un modelo en torno a 4 regímenes diferenciados de provisión social:

1. El régimen continental, propio de países como Alemania, Austria, Francia o Bélgica; caracterizado por la intervención del Estado y ligado a las contribuciones y los bajos niveles de redistribución que genera el mercado. Genera un nivel medio de desmercantilización; En cuanto a la familia se promueven leyes que favorezcan la conciliación familiar.

---

<sup>3</sup> Aparecen cada vez más voces críticas que denuncian que la forma de considerar y tratar el sufrimiento psicosocial podría obedecer más bien a intereses de instituciones tales como la industria de psicofármacos o determinadas escuelas pseudoterapéuticas que necesitan definir los trastornos a su medida, creando modelos de enfermedad para diagnósticos psiquiátricos basados en construcciones hipotéticas de lo que podría ser la fisiología subyacente (Whitaker, 2015; Frances, 2014; Ortiz, 2013, Bentall, 2011; Gonzalez y Pérez, 2007).

## 1. Prevalencia Europea de la patología mental en 13 países europeos de 2005 a 2018

2. El régimen liberal, propio de países como Inglaterra, responde con carácter residual al alivio de la pobreza, el Estado estimula el mercado, bien garantizando un mínimo a los subsidiados o bien potenciando planes privados de protección social.
3. El régimen nórdico, que lo encontramos en Finlandia y Dinamarca se enfoca en la provisión de servicios públicos universales orientados a la igualdad, así como, en la construcción de una gobernanza consensual. El objetivo de este régimen es facilitar la igualdad de oportunidades y alcanzar el pleno empleo.
4. El régimen mediterráneo, con España, Grecia e Italia como exponentes, se fundamenta en la relevancia central de la familia y sociedad civil frente a la intervención subsidiaria del Estado.

Cada una de estas lógicas responde de manera diferente ante las inercias económicas y tienen diferentes enfoques de actuación ante los derechos sociales, las estructuras sociales y los mercados productivos.

Además, por considerar que no encajan en ninguna de estas categorías y porque se ha observado que se comportan de forma diferente en lo referente a patología mental y suicidio, se ha integrado otra nueva categoría.

5. El régimen del este, que incluiría a países como Estonia, Lituania y Eslovenia, que tendría rasgos parecidos a los países mediterráneos, pero caracterizados por una estructura pública más nueva, derivada de la relativamente reciente caída del régimen comunista.

A continuación, se desglosan datos sobre patología mental y suicidio.

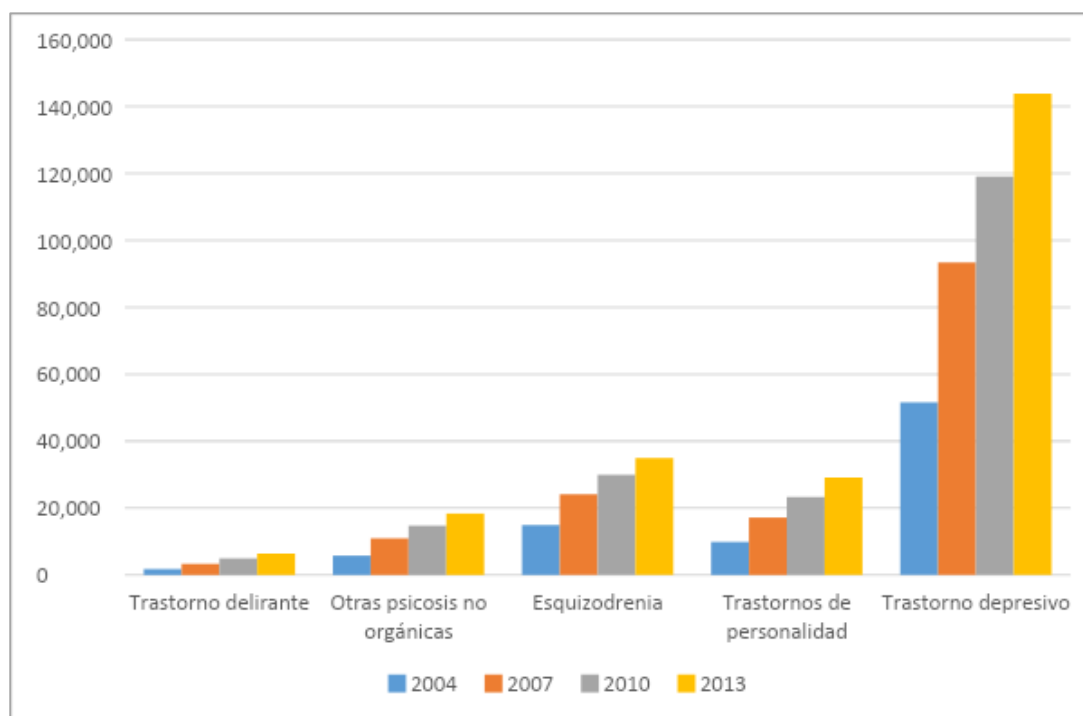
### ***1.1.1. La patología mental***

Los problemas de salud mental cubren una amplia gama de enfermedades: trastornos de ansiedad, depresiones leves o moderadas, trastornos de consumo de alcohol y drogas, trastornos graves como depresiones severas, trastornos de personalidad, bipolaridad y esquizofrenia. La comorbilidad de los trastornos mentales resulta común con el padecimiento de enfermedades físicas. La periodicidad puede fluctuar entre periodos breves de tiempo o crónicos. Sus tasas han ido aumentando progresivamente en las últimas décadas (OECD, 2018).

En España durante el periodo de tiempo de tiempo de 2014 a 2018 según el Instituto de Salud Carlos III (2019), hubo un total de 4.947.157 pacientes que ingresaron en recursos sanitarios con algún diagnóstico psiquiátrico al menos una vez al año. En general, se ha

observado un elevado número de los ingresos en todos los patrones diagnósticos, con mayor aumento en reacciones agudas al estrés o a la adaptación, trastornos de socialización, de adicción al juego, de conducta, de la alimentación y de personalidad. El número de pacientes con este tipo de diagnóstico aumenta cada año en nuestro país más del 25% desde 2010 a 2014. Ver gráfico 1.1.

Gráfico 1.1. Número de pacientes con diagnóstico psiquiátrico 2004-2013



*Elaboración propia. Datos del Instituto de Salud Carlos III (2019).*

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, 2018), los costes de los problemas de salud mental en las economías de los países de la UE son enormes. En 2015, se estima que los costes generales relacionados con la enfermedad mental han excedido el 4% del PIB en los 28 países de la UE, lo que en cifras absolutas equivale a más de 600 millones de euros.

Las políticas de prevención de salud mental de los países de la UE (OECD, 2018) están diseñadas para: la promoción de la salud mental en escuelas y lugares de trabajo, prevención del suicidio, detectar trastornos mentales en sus primeras fases y mejorar el bienestar mental de las personas mayores. Estas políticas, se sustentan en la idea de que aumentar la concienciación sobre las problemáticas asociadas a la enfermedad mental disminuye su estigmatización y mejora la búsqueda y petición de ayuda de las personas cuando éstas experimentan problemas relacionados (Hastings y Remington, 1993).

Buen ejemplo de ello es el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que, entre sus líneas estratégicas, destaca la priorización de la prevención, promoción, atención y apoyo integrado y coordinado, en una estrategia multisectorial que combina las intervenciones universales y específicas de sensibilización y tratamiento de las enfermedades mentales. La crisis sanitaria provocada por el COVID-19, ha puesto encima de la mesa de la agenda política mundial la necesidad de incrementar los esfuerzos por incidir en estas patologías en aumento.

Según el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) en la Unión Europea (UE) durante el 2016 1 de cada 6 personas tuvo problemas de salud mental (17,3% de la población), es decir, cerca de 84 millones de personas miembros de la UE. Los resultados de la Tabla 1.1. (OECD, 2018, pp. 22) muestran que el trastorno mental más común es el de ansiedad con un número estimado de 25 millones de personas (5,4%), seguido de trastornos depresivos, afectando a 21 millones de personas (4,5%). Se estima que 11 millones de personas de la UE padecen problemas por consumo de drogas (2,4%). Las enfermedades mentales graves, como los trastornos bipolares, los sufren casi 5 millones de personas (1%), mientras que los trastornos esquizofrénicos 1,5 millones de personas (0,3%).

Según el DSM-V<sup>4</sup>, *“un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”* (DSM-V 5ª ed., 2020). Los manuales diagnósticos (CIE-11 y DSM-V) reconocen más de 400 trastornos diferentes, si bien existen múltiples clasificaciones para agruparlos en función de su etiología, o de la tipología de síntomas que predominan. La propuesta internacionalmente más consensuada es la propuesta de la OMS del Manual CIE-11<sup>5</sup> que plantea dentro del grupo de trastornos mentales nueve categorías (Miranda, 2015):

---

<sup>4</sup> El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* —en español, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 5ª ed.)— es la actualización de 2018 del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, una herramienta de clasificación y diagnóstico publicada por la *Asociación Estadounidense de Psiquiatría* (APA, por sus siglas en inglés).

<sup>5</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. A diferencia del DSM- V previamente citado (propio del campo de la psiquiatría) la CIE 11 no analiza únicamente trastornos mentales, sino que incluye el conjunto de todas las enfermedades, trastornos y alteraciones que existen.

- Trastornos mentales orgánicos (F00-F09): demencias, delirios.
- Trastornos del comportamiento por consumo de sustancias (F10-F19).
- Trastornos psicóticos (F20-F29): esquizofrenia, psicosis transitoria aguda, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo.
- Trastornos del humor (F30-F39): episodio maniaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, distimia.
- Trastornos neuróticos asociados al estrés y somatomorfos (F40-F49): fobias, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno asociado al estrés, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos.
- Trastornos del comportamiento asociados a funciones fisiológicas (F50-F59): trastornos de la alimentación, trastornos del sueño no orgánico, disfunción sexual no orgánica, trastornos puerperales.
- Trastornos de personalidad del comportamiento del adulto (F60-F69).
- Retraso mental y otros trastornos de desarrollo psicológico (F70-F79).
- Trastornos de la infancia y la adolescencia (F80-F89).

Por su relevancia sociológica y epidemiológica, se añade el alcoholismo, que también es un síntoma de inestabilidad mental y emocional. Autores como Fromm, Parsons, Merton y Giddens han considerado el Alcoholismo como un problema de salud social. La raíz del alcoholismo está sobre todo en la enajenación de la personalidad y tiene un impacto considerable en las vidas de una parte importante de la población (Merton, 2002; Guidens, 1997; Fromm 1974; Ramirez, 2010). El trastorno por consumo de alcohol definido por los criterios del DSM-5 es un trastorno prevalente, altamente comórbido e invalidante que a menudo no se trata. Los datos de NESARC-III (Nacional Epidemiologic Survey on Alcohol related Conditions) indican una necesidad urgente de educar al público y a los responsables políticos sobre el alcoholismo y sus alternativas de tratamiento, para desestigmatizar el trastorno y fomentar el tratamiento profesional que reduzca su consumo y prevenga su adicción.

Los trastornos derivados de los problemas de salud mental generan un considerable impacto sobre los pacientes, sus familias y la sociedad en general, tanto por la angustia asociada a ellos como por el alto coste económico social que representan para los decisores públicos. La magnitud y alcance de la epidemia de patología mental ha aumentado en los últimos cinco decenios y discapacita ya a 850 adultos y 250 niños al día en el mundo (Whitaker, 2011). Ciertamente, adentrados en el siglo XXI, aún no contamos con modelos científicamente

sostenibles que expliquen cómo y por qué algunas personas desarrollan trastornos psíquicos y exclusión social pese a los múltiples intentos de validar hipótesis exclusivamente genéticas y neuroquímicas (González y Perez, 2007).

### **1.1.2. El suicidio**

Se entiende como suicidio *“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por una víctima sabiendo ella que debería producir este resultado”* (Durkheim, 1989, pág. 66). Baechler (1979, pág. 23) lo define como *“toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial atentando contra la vida del sujeto”*. Por su parte, la Organización mundial de la salud (OMS, 1969, pág. 13) entiende el acto suicida como: *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”*. La misma OMS (1969, pág.16), diferencia el suicidio consumado, entendido como: *“acto suicida con desenlace mortal”*, del intento de suicidio como: *“el mismo acto cuando no causa la muerte”*.

La conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, siendo una de las expresiones más evidentes de sufrimiento, desesperación e impotencia del ser humano (Buendía et al., 2004; Daray et al., 2016; Teti et al., 2014; Ramírez et al., 2017; Barraclough y Shepherd, 1994). En la Edad Contemporánea, la evolución de los estudios psicopatológicos junto con el desarrollo de la metodología científica desplazó el debate moral y religioso hacia el ámbito de la ciencia. En 1821, el psiquiatra francés Esquirol, aclaró que el suicidio se conforma a través de los mismos factores que inciden en las enfermedades mentales, que es idiopático, y usualmente posterior a una emoción impulsiva delirio, manía, hipocondría o lipemania (Esquirol, 2014). Así, la escuela psiquiátrica francesa estudió que el suicidio se correlaciona en su totalidad con una patología mental. No obstante, a finales del siglo XIX, alemanes, británicos, franceses, italianos y españoles, apostaron por una visión más amplia en la que el suicidio podía estar motivado no solo por la presencia de un trastorno mental sino también por factores genéticos y sociales (Berrios y Porter, 2012).

En 1897, Durkheim publica su libro *El Suicidio*, en el cual se postula la hipótesis de que uno de los factores que explica el suicidio es la disgregación social y la falta de integración de los individuos en grupos sociales. Fue este autor el primero en advertir sobre la estacionalidad y el contagio del suicidio. Planteó la existencia de tres tipos de suicidio: el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico, interesándole especialmente este último. Para Durkheim, el término “anomia” es empleado para nombrar la situación social que

atraviesa un individuo cuya integración social se encuentra gravemente alterada, tal que se asocia este estado como factor de potencial suicidio. Es decir, la anomia, entendida como atributo social, es una falta de dirección que suele emerger en periodos de crisis social. Respecto al individuo, se relaciona con un desconcierto o inseguridad, o una “alienación o pérdida de la identidad”. En el momento en el que la sociedad está desestructurada, los vínculos sociales debilitados y se pierde la capacidad para integrar y regular adecuadamente a sus individuos, se producen incrementos en la tasa de suicidio y una mayor prevalencia de la patología mental.

Por tanto, para este autor, la anomia se produce cuando los valores tradicionales han dejado de ser relevantes, al mismo tiempo que las nuevas ideas, objetivos o normas todavía carecen de consistencia. Se trataría pues de una forma social en el que cada persona busca para sí mismo su camino, sin una fórmula que lo conecte con los demás (Durkheim, 1989). Si la sociedad fracasa en su proceso de integración y regulación, los individuos se encontrarán en una situación de anomia. McIver (1950) sostiene que la anomia es un estado de ánimo en el que el sentido de cohesión social del individuo está roto o debilitado. Aquél que se encuentra en una situación anómica ha dejado de preocuparse por el resto de las personas, es aquel para quien el único importante es él mismo en el momento presente, y actúa a partir de impulsos desconectados que no tienen continuidad ni sentido de obligación. La memoria sociológica del suicidio se apoyaría en un determinismo social, es decir, pese a la gran heterogeneidad individual, la tasa social se mantiene debido a la influencia de la actitud moral de una sociedad sobre el individuo.

En la actualidad, se avanza hacia la integración teórica multidimensional que posibilite la explicación de la conducta suicida. La terminología para definir diferentes aspectos vinculados con el suicidio resulta compleja. Fue Bongers (1929) el primer autor en usar la palabra “suicidología” para describir la ciencia del suicidio. Por su parte, Kreitman y su grupo de trabajo (1969), emplearon el término “parasuicidio”, que alude a la autolesión deliberada que carece de intención de consumar el suicidio superando el término “pseudocidio” desarrollado por Lennerd Jones y Asher en 1959 (Barraclough y Shepherd, 1994). Henri Ey (1954), establece la primera clasificación clínica sobre el suicidio donde diferencia entre tres formas de suicidio patológico: (i) raptus suicida (reacciones brutales y paroxísticas), (ii) comportamiento suicida impulsivo (conducta secundaria a la organización defectuosa de la conciencia, atravesada por corrientes afectivas violentas) y (iii) las reacciones suicidas delirantes (en relación con la presencia de ideas patológicas). Igualmente advierte de la



importancia de diferenciar el “pseudosuicidio” (por ej. muertes accidentales) del “suicidio verdadero” (Ey, 2008).

En 1970, el Comité en Clasificación y Nomenclatura del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, subrayó la necesidad de crear una terminología universal. Por tanto, se sugiere la categorización del fenómeno del suicidio en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas. Al mismo tiempo, en cada categoría se especificó la probabilidad, la letalidad, la intencionalidad, atenuantes y la metodología del intento; si bien no se incluyó todo el espectro de la conducta suicida (Gvion y Levi-Belz, 2018).

Por ello, en 1980, el Centro para el Control de Enfermedades (*Center for Disease Control, CDC*) desarrolló los “*Criterios Operativos para la Determinación del Suicidio*” (*Operational Criteria for the Determination of Suicide, OCDS*) definiendo el suicidio como la muerte debida a un acto autoinfligido con la intención de suicidarse (Gvion y Levi-Belz, 2018). En esta línea, O’Carroll et al. (1996) planteó una clasificación operativa alternativa diferenciando los distintos tipos de conducta suicida (ideación, conductas potencialmente autolesivas con intencionalidad suicida, conducta instrumental o sin intencionalidad suicida, amenaza suicida, intento suicida y suicidio consumado).

El DSM-IV, introdujo el suicidio (ideación e intento) como síntoma dentro de un trastorno mental, concretamente, en el marco del trastorno depresivo mayor y del trastorno límite de personalidad (Oquendo y Currier, 2009). Desde estos trastornos se desarrolló un sexto eje específico para evaluar la conducta suicida (Oquendo y Mann, 2000). Una categoría diagnóstica independiente otorgaría una referencia para la evaluación del tipo, la intención, la planificación, la gravedad, así como los antecedentes del comportamiento suicida (clave para la evaluación de riesgos) (Oquendo y Currier, 2009).

La eliminación de la evaluación multiaxial y la valoración de la conducta suicida llegó de la mano de la publicación del DSM-5. De hecho, en el apartado “Afecciones que necesitan más estudio” se propusieron criterios para investigaciones futuras del trastorno de comportamiento suicida y el de autolesión no suicida. En el primer cuadro, a pesar de que solo se consideró si hubo o no un intento de suicidio, se incluyeron la letalidad, la planificación, el intento previo y las comorbilidades presentes en la mayoría de los trastornos mentales. Es cierto que los criterios planteados no tuvieron una fiabilidad evidenciada, pero permitieron tener una visión más globalizada de la conducta suicida (APA, 2013).

Aún así, un fenómeno tan complejo como es el suicidio no puede ser explicado únicamente desde una categoría. Es por ello por lo que en estos últimos años se han ido

planteando modelos explicativos multidimensionales entre los cuales destaca el modelo Estrés-Diátesis de John Mann (Mann et al., 1999).

Dicho modelo explica la conducta suicida como resultado de la interacción entre un factor estresante precipitante (reagudización de un trastorno mental o una crisis psicosocial aguda) y una diátesis o factores predisponentes independientes del trastorno mental, como el pesimismo y la desesperanza o la impulsividad. Los intentos de suicidio soportan puntuaciones más altas en depresión subjetiva y en ideación suicida, menos razones para vivir y mayores tasas de agresividad e impulsividad. El trastorno límite de la personalidad, el tabaquismo, el trastorno por consumo de sustancias o el alcoholismo, los antecedentes familiares de actos suicidas, las lesiones en la cabeza y los antecedentes de abuso infantil se han mostrado más frecuentes en los intentos de suicidio (Mann et al., 1999).

En los últimos 45 años la tasa de suicidios ha aumentado en un 60% a nivel mundial (OMS, 2012). En este sentido, el suicidio se percibe como un grave problema de salud pública. Según la OCDE (2018) se calcula que cada año se producen 800.000 muertes por suicidio, 1 cada 40 segundos, constituyéndose en 2015 como la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 y 29 años. Se tiene en cuenta como un problema que afecta a todas las regiones del planeta aumentando la prevalencia entre aquellas que poseen rentas medias y bajas (en 2015 el 78% de los suicidios se produjeron regiones con renta per cápita media y baja). A nivel mundial el principal método de suicidio es el envenenamiento por pesticidas (30%), seguido del ahorcamiento y el uso de armas de fuego. Las tasas mundiales aumentan con la edad, siendo mayor la frecuencia de las personas suicidas con 75 o más años, casi el triple de muertes que respecto a las personas de entre 15 a 24 años (Instituto de Salud Carlos III, 2019).

En Europa, según la OECD (2018), más de 84.000 personas murieron por problemas de salud mental y suicidios en los países de la UE en 2015. La tasa anual de suicidios relacionada con personas con problemas de salud mental es distinta entre hombres y mujeres. Aproximadamente, 43.000 hombres mueren por suicidios en los países miembros de la UE, frente a 13.000 mujeres (OECD, 2018). En todos los países, la tasa de suicidio respecto al género fue de 3,7 puntos mayor en hombres que en mujeres (OECD, 2018). El número de suicidios en Europa tiende a aumentar con la edad, tanto en hombres como en mujeres, alcanzando el máximo entre los 45-64 años. Es a partir de los 65-74 cuando el número de suicidios comienza a disminuir ligeramente (OECD, 2018).

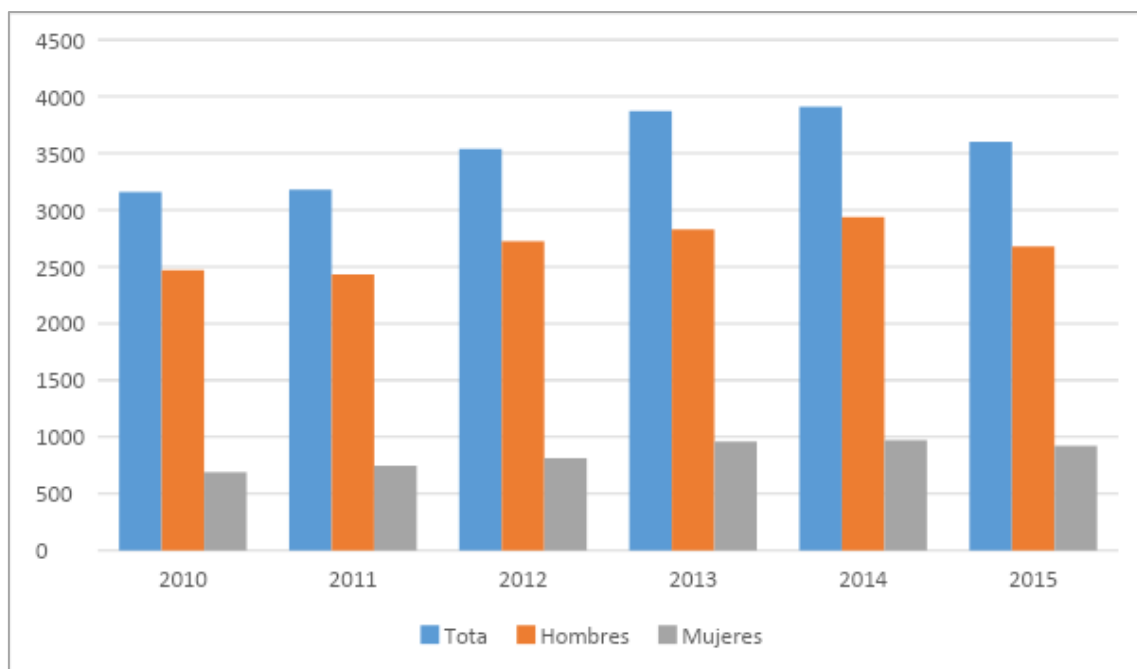
En relación a la tasa de suicidios más alta por países la encontramos con diferencia en Lituania (30 muertes por 100.000 habitantes en 2015), seguido por Eslovenia, Letonia y Hungría (con tasas de 20 muertes por cada 100.000 habitantes en 2015), tasas que son el doble

de la media de muertes por suicidio en la UE (11 por cada 100.000 habitantes en 2015) (OECD, 2018).

En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos. Se contabilizan 1,8 suicidios por cada accidente mortal, 11,7 suicidios por cada homicidio y 68,1 suicidios por muerte por violencia de género. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las muertes por suicidio han aumentado en los últimos 15 años, pasando de 2987 muertes en 1989 a 3602 en 2015 (Generalitat Valenciana, 2017) (GVA).

En el gráfico 1.2. se puede apreciar la diferencia de género en relación con los suicidios durante el periodo de tiempo de 2010-2015.

**Gráfico 1.2. N° suicidios en España: 2010-2015**



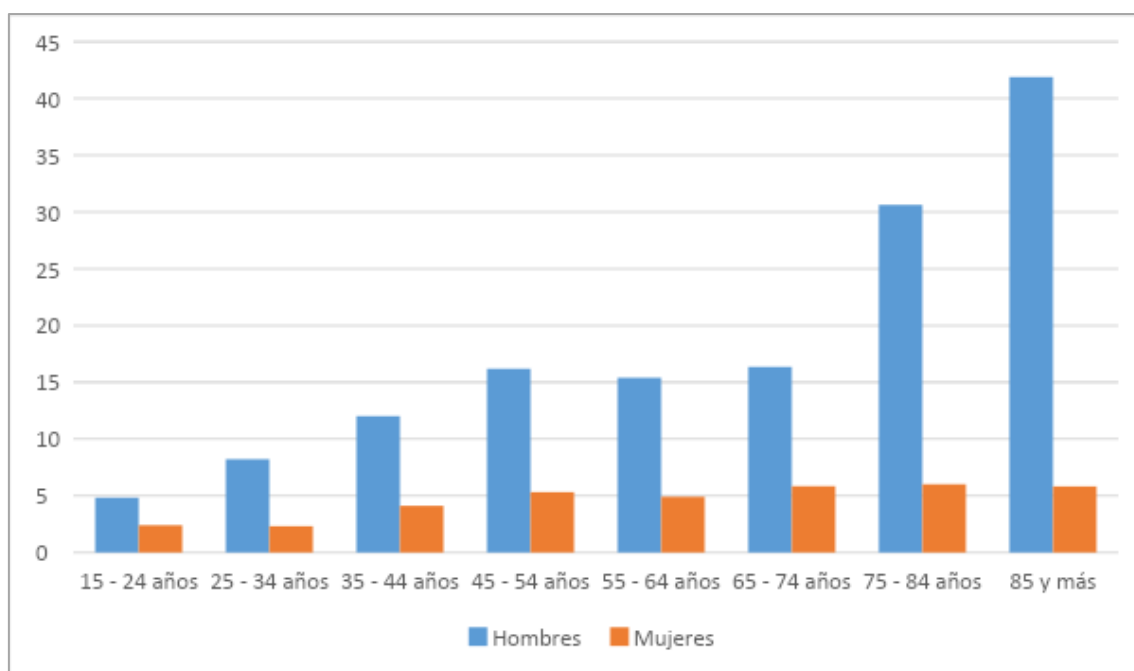
*Elaboración propia. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).*

Según el Instituto de Salud Carlos III (2019), el aumento del número de suicidios de los varones frente a las mujeres se puede deber a factores sociales relacionados con los roles de sexo y su evolución histórica. El papel masculino en las culturas occidentales se relaciona con no admitir la ansiedad, los problemas y las cargas emocionales. Un ejemplo relacionado con el empleo: la pérdida de éste o los largos periodos de tiempo desempleado se asume como un fracaso individual más que como un problema de índole social. Esta atribución en la responsabilidad individual puede llevar consigo patologías asociadas a la pérdida de identidad, a la sensación de bajo control, al desamparo, etc. Los hombres suelen reaccionar con estrategias

poco adaptativas como inexpressividad emocional, no pedir ayuda, conductas de riesgo, agresividad, consumo de sustancias y suicidio.

En España, según el Instituto de Salud Carlos III (2019), el suicidio tiende a aumentar con la edad. Las tasas de suicidio más altas se suelen dar entre personas mayores de 75 años, encontrándose la mortalidad más baja entre los menores de 24 años. En relación con la edad y el sexo, en las mujeres se registra un aumento de la tasa de suicidio hasta los 35-44 años, manteniéndose posteriormente estable; mientras que en los hombres se produce un aumento hasta los 45 años, se estabiliza hasta los 65 años para posteriormente sufrir una marcada tendencia creciente (Ver Gráfico 1. 3.).

**Gráfico 1.3. Tasa de suicidio por edad y sexo: 2011-2015 (%)**



*Elaboración propia. Datos Instituto de Salud Carlos III (2019).*

Aunque las tasas aumentan con la edad, el suicidio no es la principal causa de muerte entre los mayores. Sin embargo, en poblaciones jóvenes es realmente alarmante al constituirse como una de las principales causas de mortalidad. En 2015, entre las personas de 25 a 44 años fue la primera causa de muerte el suicidio en hombres y la segunda en mujeres después del cáncer de mama. La segunda causa de muerte entre el colectivo de 15-24 años fue el suicidio después de los accidentes de tráfico (Instituto de Salud Carlos III, 2019).

El análisis del ciclo vital (Gunnell y Lewis, 2005), proporciona un enfoque para entender el suicidio. Se basa en la premisa de que los factores de riesgo entran en juego en

diferentes etapas de la vida y que el suicidio es el resultado acumulativo de estos a lo largo de la vida. Particularmente los trastornos psiquiátricos, presentan la influencia más fuerte sobre las tasas de suicidio en los modelos de ciclo vital (Chesney et al., 2014). Por ejemplo, según Bachmann (2018), la mayoría de los suicidios en todo el mundo están relacionados con enfermedades psiquiátricas. De hecho, los datos recopilados sobre las personas que han muerto por suicidio tras la denominada “autopsia psicológica”<sup>6</sup> muestran que la depresión, la psicosis y los trastornos por uso de sustancias, sobre todo el alcohol, han sido diagnosticados con frecuencia (Brådvik, 2018; Fazel y Runeson, 2020; Yoshimasu et al., 2008). La presencia de cualquier trastorno mental se asocia con una mayor probabilidad de muerte por suicidio, tal que la comorbilidad psiquiátrica es un factor de riesgo primario (Gili et al., 2019).

La depresión es el predictor más importante del intento de suicidio. De hecho, para las mujeres, el estrés financiero percibido, la desesperanza y la depresión se asociaron significativamente con intentos de suicidio pasados (Espinosa-Salido et al., 2021). De la misma forma, otros estudios de autopsia psicológica han informado repetidamente que la depresión es la enfermedad mental más común entre los fallecidos suicidas (Conwell et al., 1996; Harwood et al., 2001; O’Connor et al., 2013). No obstante, otros estudios muestran correlaciones débiles entre ambas variables, incluso inconsistentes (Ahmed y Stnanciu, 2017; Ribeiro et al., 2018) lo que apunta a la necesidad de seguir investigando sobre el fenómeno.

El perfil con más tasas de muerte por suicidio en pacientes con esquizofrenia fue: ser joven, con ingresos económicos bajos y con “complejidad clínica”; pero lo más alarmante es que tenían las tasas más altas de contacto con los servicios de salud mental antes de la muerte (Zaheer et al., 2018; Yates et al., 2019). Otros determinantes en pacientes con esquizofrenia fueron: ser hombre, blanco, con historia de consumo de alcohol u otras sustancias, tener síntomas depresivos, mayor cociente intelectual, antecedentes familiares de suicidio u enfermedades psiquiátricas, mala adherencia al tratamiento, historial de intentos de suicidio y desesperanza (Cassidy et al., 2018, Duko y Ayano, 2018). A esto se le sumó la falta de apoyo social durante el primer año tras haber sido diagnosticado (Ventriglio et al., 2016).

En el trastorno bipolar, ser de sexo masculino, vivir solo, intentos de suicidio previos, trastorno psiquiátrico comórbido, episodios afectivos recientes, condena penal, atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados, y recibir tratamiento involuntario se mostraron

---

<sup>6</sup> Una autopsia psicológica es una evaluación del estado mental reconstructivo que se enfoca en comprender el estado mental de un individuo fallecido en el momento de su muerte (es decir, suicidio o accidente).

significativos para predecir el suicidio (Hansson et al., 2018); mostrando similitudes con lo comentado al respecto de la esquizofrenia. Es más, en pacientes con esquizofrenia, bipolaridad o trastornos de personalidad (Ostergaard et al., 2017) el consumo de sustancias, sobretodo de alcohol, se asocia con una mayor prevalencia de suicidio consumado (Fazel y Runeson, 2020).

Además, se ha encontrado relación entre la depresión y el uso de sustancias con el suicidio (Dhossche et al., 2000; Irigoyen et al., 2019). Cuando no existe otro trastorno asociado al abuso de sustancias, su relación con el suicidio disminuye, aunque sigue siendo un predictor (Bohnert et al., 2017; Pompili et al., 2012). De las sustancias legales, el consumo de alcohol presenta una mayor correlación con el suicidio (Larkin y Beautrais, 2017; Parra-Urbe et al., 2017), que puede explicarse por el aislamiento social como resultado del abuso y la dependencia del alcohol no tratado (Pompili, 2010).

Además de los ya señalados, otras patologías también pueden ejercer su influencia. Por ejemplo, algunos estudios muestran que padecer un trastorno de ansiedad se relaciona con la aparición de ideas e intentos suicidas (Sareen et al., 2005; Stanley, et al., 2018). Si bien, otros sugieren que la ansiedad y sus trastornos son predictores relativamente débiles de pensamientos y comportamientos suicidas durante largos períodos de seguimiento (Bentley et al., 2016; Stanley, et al., 2018).

A este respecto, las personas con trastornos alimenticios obtienen tasas de suicidio más elevadas en algunos estudios cuando presentan comorbilidad con otras patologías (Smith et al., 2018). Y débiles asociaciones si se consideran de forma aislada (Smith et al., 2019).

Los antecedentes familiares de suicidio ejercen una influencia notable en el suicidio (Qin et al., 2002), si bien los estudios no han podido diferenciar entre la imitación conductual del suicidio de un miembro de la familia y la propensión genética al suicidio como factores explicativos (Turecki y Brent, 2016). También, se ha encontrado una asociación significativa entre el divorcio de los padres y problemas de salud mental como depresión, ansiedad, intento de suicidio, ideación suicida, angustia y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Auersperg et al., 2019). Aunque se trata de un fenómeno poco estudiado (Stack y Kposowa, 2016; Bottolomey, et al., 2019). A este respecto, el riesgo de suicidio se ha mostrado más elevado en personas no casadas mayores de 65 años que en las casadas, siendo los hombres los más afectados (Kyung-Sook et al., 2018).

Algunos estudios sugieren que la religión puede proteger contra el suicidio, la evidencia empírica es inconsistente (Lawrence et al., 2020) y se sigue necesitando más investigación sobre ello (Gearing y Alonzo, 2018).

La pobreza (peor situación económica, disminución de la riqueza y mayor desempleo) está asociada con ideas y comportamientos suicidas; si bien, no hay datos nacionales suficientes para sacar conclusiones claras (Iemmi et al., 2016). Hallazgos más recientes revelan que la pobreza es un buen predictor de la muerte por suicidio en adultos mayores (Choi et al., 2019) y jóvenes estadounidenses de 5 a 19 años (Hoffmann et al., 2020). Igualmente, los estudios de Kerr et al., (2017) revelan que las tasas de pobreza en países con bajos y medianos ingresos presentan tasas de suicidio para ambos sexos y todos los grupos de edad superiores. Es más, se asocian positivamente con la influencia del alcohol en los suicidios para hombres de 45 a 64 años. Además, encontramos que las tasas de pobreza relativa y mortalidad infantil, en EE. UU. y Europa, producen efectos significativos sobre la relación suicidio-homicidio y las tasas de violencia total (Piatkowska, 2020).

En muchas ocasiones, la pobreza puede ir seguida de la exclusión social, la cual podría considerarse como otra variable clave en la mortalidad por suicidio en Europa (Yur'yev, et al., 2012; Yur'yev et al., 2011). En personas adultas, la exclusión social, la angustia psicológica, la gravedad de la pérdida auditiva y la edad fueron variables significativas, mientras que el bienestar psicológico fue un factor protector con respecto a la ideación suicida (Akram et al., 2018). Así, actitudes favorables hacia los ancianos y las estrategias de envejecimiento activo son elementos de protección frente al suicidio (Yur'yev et al., 2011). Las personas con problemas de salud mental pueden llegar a sufrir de exclusión social y, por ende, ser un factor de riesgo añadido para esta población (Richter y Hoffmann, 2019). Por el contrario, eventos positivos y el apoyo social actuarían como variables protectoras contra el suicidio (Kleiman, Riskind y Schaefer, 2014). A pesar de su relevancia, la literatura sobre la exclusión social y su relación con el suicidio es escasa.

Otra de las variables relacionada con la pobreza y la exclusión social es el desempleo, el cual se asocia a largo plazo con una mayor incidencia de suicidio. De hecho, el riesgo es mayor en los primeros cinco años y persiste en un nivel más bajo pero elevado hasta 16 años después de haber estado desempleado (Milner, Page, et al., 2013). El desempleo se asoció significativamente con el suicidio en EE. UU. (Demirci et al., 2020; Kposowa et al., 2019) y en Sudáfrica (Phiri y Mukuku, 2019).

Además, las tasas de suicidio y la proporción de suicidios relacionados con el alcohol aumentaron durante la crisis de 2008-2009, donde muchas personas perdieron su trabajo, generaron deudas y perdieron sus hogares (Kerr et al., 2017). Se observaron asociaciones relativamente estables entre el divorcio y el desempleo con la mortalidad por suicidio (Milner, Hjelmeland, et al., 2013).

Por tanto, la crisis económica parece ser otro marco que explica el incremento de las tasas de suicidio. Ejemplo de ello fue España, cuyas tasas de suicidio aumentaron entre 2008 y 2012 debido a la doble recesión (Alvarez-Galvez et al., 2017). En Grecia se observó un aumento de los suicidios en los años de crisis (2008-2010) y entre 2012-2015 donde el método de intento de suicidio más común fue la intoxicación por medicamentos (Christodoulou et al., 2017). Además, los factores estresantes más destacados relacionados con los intentos de suicidio fueron los problemas familiares, los problemas de relación con la pareja y las tensiones financieras. Durante los años de la crisis, en Grecia, hubo una relación estadísticamente significativa entre los intentos de suicidio y las tasas de desempleo (Benioudakis et al., 2017). Igualmente, en Italia, las recesiones económicas se asociaron con un aumento de los suicidios principalmente entre los hombres, mientras que las crisis económicas graves se asociaron con un aumento de los suicidios entre hombres y mujeres (Mattei et al., 2019).

Recientemente, en Japón, se ha evidenciado como un aumento del 1% en los gastos per cápita del gobierno local en prevención del suicidio se asocia con una disminución del 0.2% en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres de entre 40 y 64 años (Matsubayashi et al., 2020). En la misma línea, las políticas del estado de bienestar podrían contribuir a la disminución de dichas tasas, como nos muestra en su estudio Rambotti (2020) analizando las diferentes inversiones públicas que tuvieron lugar en varios estados de EE. UU durante varios años. De este modo, el gasto público de cada nación y el estado de bienestar podrían ser factores de protección del suicidio.

A hilo de esto, no podemos olvidar la relación entre homicidios y suicidios. Ambos son actos de violencia, diferenciados solo por la dirección de la agresión (Bills, 2017). Las teorías de la subcultura de la violencia y la anomia del homicidio y el suicidio tienen un fuerte respaldo y pueden extenderse a ambas formas de comportamiento (Franke et al., 1977). De hecho, Kennedy et al., (1999) demostraron relaciones significativas entre el homicidio y el suicidio. El propio Durkheim diría que no hay fenómeno que represente de manera más irrefutable todos los síntomas de la normalidad que el homicidio, dado que aparece ligado a las condiciones de cualquier vida colectiva, además se vincula con la anomia como una forma de liberar las tensiones socialmente estructuradas (Durkheim, 1895). No obstante, la literatura y los datos epidemilógicos son muy escasos al respecto.

A modo de conclusión, sobre los aspectos psicosociales y su relación con el suicidio, podríamos decir que aquellos países con índices altos de patología mental, pobreza, exclusión social, divorcios, desempleo y que viven en una situación de crisis económica tienen mayor probabilidad de sufrir elevadas tasas de suicidio.



### ***1.1.3. Objetivos***

En términos generales el objetivo del trabajo es evaluar cómo afectan las variables sociales y económicas a las tasas de patología mental y a las tasas de suicidio. Así como, analizar el impacto del régimen del bienestar (continental, mediterráneo, anglosajón, del este o nórdico) en diferentes variables epidemiológicas de salud mental. Para ello se realizó un análisis descriptivo y comparativo entre variables que tienen que ver con la salud y el gasto en los diferentes países que se han seleccionado para el estudio. Además, se hizo un modelo predictivo/explicativo de las tasas de patología mental y las tasas de suicidio. En definitiva, el principal objetivo de este capítulo es el de contribuir a comprender mejor la patología mental y los suicidios para sumar conocimiento que guíe, en este sentido, las políticas públicas desde un marco paneuropeo; priorizando para ello la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

Las hipótesis que se barajan son:

1. Los problemas de salud mental han aumentado en los últimos años.
2. Los determinantes sociales de la salud tendrán una influencia significativa en las variables dependientes.
3. El régimen del bienestar influirá de forma significativa en las variables dependientes.

## 1.2. MÉTODO

Se han utilizado datos de 13 países europeos (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suiza, Letonia, Eslovenia, Países Bajos, Reino Unido) durante 14 años consecutivos (desde 2005 hasta 2018) procedentes de 5 bases de datos: Eurostat de la Comisión Europea, Global Health Observatory (GHO) de la Organización Mundial de la Salud, Our World in Data de la Universidad de Oxford, World Bank Open Data Banco Mundial y OEDC Data la Organización para la Cooperación y Desarrollo (OCDE). En todos los casos hemos considerado datos “macro” de carácter nacional para la construcción de una serie temporal de 182 observaciones (13 países x 14 años). Se han seleccionado países europeos por tratarse de países próximos geográficamente que comparten rasgos comunes pero que también cuentan con particularidades propias. En la tabla 1.1. se puede ver el desglose de las variables.

### 1.2.1. Procedimiento

En primer lugar, se ha procedido a encontrar las variables de interés en las bases de datos mencionadas (EUROSTAT, OCDE, GHO, Banco Mundial, etc.) para después codificar todas las variables en una misma base de datos. Se ha construido una serie temporal de 182 observaciones combinando por país y año. Para los análisis se ha utilizado el programa estadístico STATA 14 ([Stata 14 | Stata](#)). En primer lugar, se han realizado análisis descriptivos extrayendo medias para la muestra total y por submuestras de régimen del bienestar. En segundo lugar, se diseñaron gráficos de tendencias. En tercer lugar, se ha aplicado la técnica de regresión mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ) para establecer modelos predictivos de la patología mental y del suicidio.

### 1.2.2. Medidas

Como hemos comentado, se han utilizado cinco bases de datos de las que hemos seleccionado las distintas variables a estudiar, las cuales se muestran a continuación:

- La base de datos del observatorio mundial de la salud (GHO) (<https://www.who.int/data/gho>) de la Organización Mundial de la Salud que proporciona acceso a las estadísticas de alcoholismo en sus países miembros. La base de datos de alcoholismo nos informa: del alcohol total consumido (litros x año) por individuo como promedio en mayores de 15 años.

## 1. Prevalencia Europea de la patología mental en 13 países europeos de 2005 a 2018

- De la base de datos de Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat>) se ha recogido la variable salud auto-percibida, que a su vez ha sido extraída de la encuesta paneuropea EU-SILC sobre el estado de salud y las necesidades insatisfechas en atención a la salud, delimitando entre una salud percibida muy buena o buena, y muy mala o mala, para mayores de 16 años.
- De la base de datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (<https://data.oecd.org>) se ha trabajado con: a) el gasto en salud (% del PIB) que mide el consumo final de bienes y servicios de salud (es decir, los gastos de salud actual), incluyendo el cuidado personal de la salud (atención curativa, rehabilitación, cuidados a largo plazo, los servicios auxiliares y productos médicos) y los servicios colectivos (prevención y los servicios de salud públicos, así como la administración de la salud). b) Consumo de antidepresivos (dosis diaria definida por cada 1.000 habitantes por día). c) Número de psiquiatras por 100.000 habitantes en el sistema sanitario. d) Tasa de pobreza: porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza (determinado como la mitad de los ingresos medios de los hogares del total de la población) después de impuestos y transferencias sociales.  
d) el índice de Gini para indicar la desigualdad económica, en base a valores entre 0 (considerándose este valor como la ausencia de desigualdad) y 1 (siendo éste el mayor valor de desigualdad). e) la tasa de matrimonios y la tasa de divorcios por cada 1000 personas por año.
- De la base de datos del Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org>) se ha obtenido la tasa de desempleo por población total activa.
- En la base de datos de Oxford (<https://data.ox.ac.uk/>) se recopilan datos de tasas porcentuales de personas con prevalencia en depresión, ansiedad, esquizofrenia, desórdenes alimenticios, desórdenes bipolares y trastorno por consumo de sustancias (excluyendo alcohol), con los que hemos trabajado en esta tesis.

**Tabla 1.1. Descripción de variables**

<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Base de datos</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
<i>Suicidio</i>	Tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes	OCDE	12,19	6,76
<i>Salud Autopercibida</i>	Resultados encuesta paneuropea EU-SILC	EUROSTAT	14,27	11,18
<i>Esperanza de vida</i>	Medida en años	Banco mundial	80,36	24,33
<i>Trastornos depresivos</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	3,91	0,50
<i>Trastornos de ansiedad</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	5,16	1,15
<i>Esquizofrenia</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	0,26	0,04
<i>Trastornos alimenticios</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	0,52	0,14
<i>Trastorno Bipolar</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	0,92	0,11
<i>Trastornos mentales</i>	Tasa porcentual anual	Universidad de Oxford	14,76	1,35
<i>Consumo de antidepresivos</i>	Dosis diaria cada 1000 habitantes	OCDE	54,89	20,22
<i>Gasto en salud</i>	% del PIB	OCDE	9,28	1,43
<i>Psiquiatras</i>	Número de psiquiatras por 100.000 habitantes	OCDE	5,89	2,23
<i>Tasa de pobreza</i>	Proporción del número de personas (en un grupo de edad determinado) cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza; tomado como la mitad del ingreso familiar promedio de la población total antes de impuestos y transferencias	OCDE	0,34	0,06
<i>Índice Gini</i>	Desigualdad económica, en base a valores entre 0 (considerándose este valor como la ausencia de desigualdad) y 1 (siendo éste el mayor valor de desigualdad)	OCDE	0,34	0,03
<i>Matrimonios</i>	Tasa de matrimonios por cada 1000 personas	OCDE	4,58	1,06
<i>Divorcios</i>	Tasa de divorcios por cada 1000 personas	OCDE	2,10	0,65
<i>Consumo de alcohol</i>	Alcohol total consumido por individuo como promedio (>15 años) para cada 100.000 personas	WHO	10,28	3,95
<i>Tasa de desempleo</i>	% de la población activa total	Banco Mundial	8,90	5,33
<i>Anglosajón</i>	Reino Unido	*	0,08	0,27
<i>Continental</i>	Francia, Alemania, Suiza, Bélgica y Holanda	*	0,38	0,49
<i>Este</i>	Lituania y Eslovenia	*	0,15	0,36
<i>Mediterráneo</i>	España, Grecia e Italia	*	0,23	0,42
<i>Nórdico</i>	Finlandia y Dinamarca	*	0,15	0,36

\* Estas variables explicativas se han conectado las unas a las otras gracias a indicadores de tiempo y espacio (países y años de observación). Además, estos indicadores sirven como variables ficticias para combinar observaciones de distintas fuentes de datos (indicadores geográficos y temporales).

## 1. Prevalencia Europea de la patología mental en 13 países europeos de 2005 a 2018

Se ha contado con un total de 23 variables. De las cuales, se han considerado variables dependientes: tasa de suicidio con una media anual de 13 y tasa de trastornos mentales con una media porcentual de 14,76. Y entre las variables explicativas, se destacan por el error típico: la salud autopercebida con una media de 14,27 y un error típico 11,18; la tasa de desempleo con una media de 8,90 y un error típico de 5,33; el número de psiquiatras con una media de 5,89 y un error típico de 2,23.

### 1.3. RESULTADOS

En la tabla 1.2, que compara las diferentes variables por régimen del bienestar, podemos observar a nivel descriptivo: como en la variable suicidio los países del este tienen una media muy superior al resto de regimenes del bienestar (23,30 por cada 100.000 habitantes), destacando que las puntuaciones del regimen continental (11,58) y del nórdico (11,57) son bastante similares. También llama la atención que el régimen mediterráneo obtiene las puntuaciones más bajas.

**Tabla 1.2. Media de variables por régimen del bienestar**

<b>Variable</b>	<b>Anglosajón</b>	<b>Continental</b>	<b>Este</b>	<b>Mediterráneo</b>	<b>Nórdico</b>
<i>Suicidio</i>	8,77	11,58	23,30	7,34	11,57
<i>Salud Autopercebida</i>	18,19	12,39	12,85	15,38	16,74
<i>Esperanza de vida</i>	80,47	81,26	76,56	81,55	80,05
<i>Trastornos depresivos</i>	4,12	4,03	3,58	3,73	4,12
<i>Trastornos de ansiedad</i>	4,66	6,07	3,19	5,53	4,53
<i>Esquizofrenia</i>	0,25	0,28	0,20	0,26	0,26
<i>Trastornos alimenticios</i>	0,54	0,54	0,23	0,64	0,56
<i>Trastorno Bipolar</i>	1,09	0,92	0,71	0,96	1,01
<i>Trastornos mentales</i>	14,62	15,51	11,93	15,51	14,65
<i>Consumo de antidepresivos</i>	76,37	58,41	37,59	42,75	70,08
<i>Gasto en salud</i>	8,65	10,51	7,31	8,67	9,45
<i>Psiquiatras</i>	6,89	7,05	4,62	3,47	6,02
<i>Tasa de pobreza</i>	0,34	0,32	0,35	0,38	0,31
<i>Índice Gini</i>	0,40	0,32	0,34	0,37	0,30
<i>Matrimonios</i>	4,41	4,36	5,06	4,12	5,41
<i>Divorcio</i>	2,03	2,20	2,22	1,53	2,65
<i>Consumo de alcohol</i>	9,86	10,27	11,40	9,64	10,39
<i>Tasa de desempleo</i>	6,01	6,58	8,55	15,24	7,01

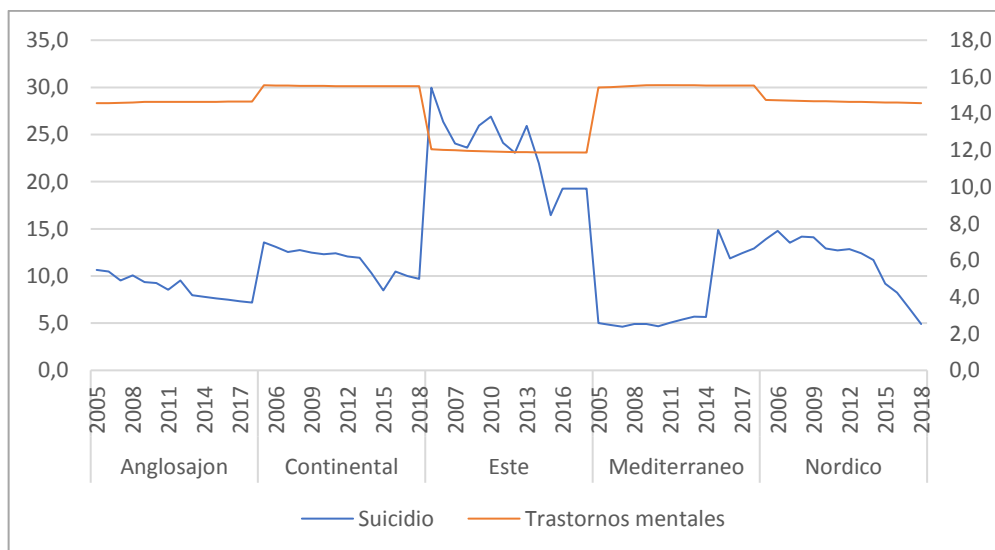
En la salud autopercebida, observamos como la puntuación más elevada la tiene el régimen anglosajon (18,19) y la más baja corresponde a los países continentales (12,39). Los países con mayor esperanza de vida son los mediterráneos. Los regimenes con puntuaciones más altas en depresión son el anglosajón y el nórdico. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en los países continentales y menos en los países del este. El regimen con más tasa de diagnosticados de esquizofrenia es el continental y los trastornos alimenticios presentan una mayor incidencia en los países mediterraneos.

## 1. Prevalencia Europea de la patología mental en 13 países europeos de 2005 a 2018

La tasa de trastorno mental es mayor en los países mediterráneos y continentales, seguidos de los nórdicos, anglosajones y países del este. La distribución del consumo de antidepresivos se correlaciona con las tasas de depresión, siendo los países que más diagnostican los que más psicofármacos prescriben. El gasto en salud es mayor en los países continentales, después los nórdicos, mediterráneos, anglosajones y países del este.

La tasa de pobreza es mayor en países mediterráneos y más baja en países nórdicos. El índice Gini es más elevado en el régimen anglosajón seguido por el mediterráneo, siendo los países nórdicos los que presentan una puntuación más baja. La tasa de matrimonios es más alta en los países del este y más baja en los países mediterráneos. Y la tasa de divorcios es superior en los países nórdicos y más baja en los mediterráneos. El régimen que más alcohol consume es el de los países del este, después los países nórdicos, continentales, mediterráneos y anglosajones. Por último, el régimen con mayor tasa de desempleo es el mediterráneo, a continuación, los países del este, nórdico, continental y anglosajón.

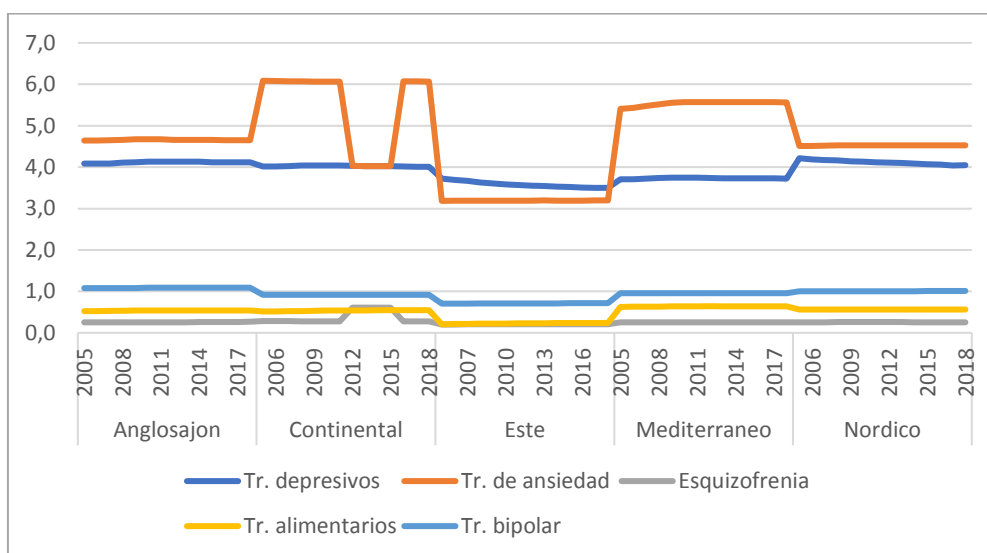
**Gráfico 1.4. Suicidios y trastornos mentales por régimen del bienestar y año**



En el gráfico 1.4. podemos observar, que en lo referente a la tasa de suicidio todos los regímenes han tenido una tendencia decreciente, excepto el régimen mediterráneo cuya inclinación desde el año 2014 ha sido creciente, con una ligera bajada en el último año. En lo relativo a trastornos mentales, los países muestran una tendencia bastante estable a lo largo de los años, destacando la puntuación más baja de los países del este en comparación con el resto de regímenes. Se observa en estos países que la tasa de patología mental es menor, pero sin embargo la tasa de suicidio es superior al resto de regímenes. En el régimen mediterráneo existe

una notable brecha entre la tasa de suicidio y la tasa de patología mental que marca unos niveles bajos de suicidio y unos más altos de patología mental.

**Gráfico 1.5. Trastornos mentales por régimen del bienestar y año**



En el gráfico 1.5, se observa que los problemas de ansiedad son los más elevados en todos los países, especialmente países continentales y mediterráneos. Las tendencias se muestran bastante estables en todos ellos a excepción del régimen continental en el que si se perciben oscilaciones notables. Además, después de los trastornos de ansiedad, al respecto de la incidencia, están los trastornos depresivos, continuando con los trastornos bipolares, los alimentarios y por último la esquizofrenia en cuanto a incidencia. Las tendencias parecen tener a nivel general bastante estabilidad. A continuación, se detallan los análisis predictivos realizados:



Tabla 1.3. Modelo predictivo de patologías mentales, regresión de mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ)

	Trastornos mentales		Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad		Esquizofrenia		Trastornos alimenticios		Trastorno bipolar	
	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t
<i>Salud Autopercebida</i>	-0,002	0,60	0,009	0,00	-0,011	0,00	0,000	0,10	0,000	0,02	0,001	0,01
<i>Esperanza de vida</i>	0,178	0,00	-0,156	0,00	0,201	0,00	0,005	0,14	0,008	0,00	-0,003	0,52
<i>Consumo de antidepressivos</i>	-0,007	0,04	-0,001	0,68	-0,026	0,00	0,000	0,14	0,002	0,00	0,001	0,01
<i>Gasto en salud</i>	0,023	0,68	-0,092	0,01	0,288	0,00	-0,017	0,00	-0,001	0,81	-0,016	0,01
<i>Psiquiatras</i>	-0,035	0,23	0,183	0,00	-0,251	0,00	-0,007	0,00	0,009	0,00	0,003	0,27
<i>Tasa de pobreza</i>	3,177	0,00	4,715	0,00	-2,990	0,00	-0,421	0,00	0,594	0,00	-0,021	0,84
<i>Indice Gini</i>	6,084	0,03	-0,240	0,90	3,759	0,09	0,793	0,00	-0,210	0,12	-0,631	0,03
<i>Matrimonios</i>	0,112	0,16	-0,017	0,75	0,243	0,00	-0,011	0,02	-0,003	0,49	-0,018	0,03
<i>Divorcios</i>	0,172	0,10	-0,136	0,05	-0,134	0,10	-0,009	0,15	0,037	0,00	0,015	0,16
<i>Consumo de alcohol</i>	-0,007	0,40	-0,005	0,34	0,005	0,45	-0,001	0,17	0,000	0,76	0,000	0,89
<i>Tasa de desempleo</i>	0,034	0,00	0,013	0,07	0,014	0,10	0,001	0,30	-0,001	0,24	0,000	0,86
<i>Anglosajon</i>	-1,038	0,00	-0,213	0,29	-0,584	0,01	-0,099	0,00	-0,025	0,08	0,165	0,00
<i>Continental</i>												
<i>Este</i>	-3,215	0,00	-1,086	0,00	-2,456	0,00	-0,128	0,00	-0,210	0,00	-0,225	0,00
<i>Mediterraneo</i>	-0,847	0,00	-0,192	0,26	-1,601	0,00	-0,114	0,00	0,174	0,00	0,069	0,01
<i>Nordico</i>	-0,627	0,00	0,121	0,24	-1,098	0,00	-0,009	0,32	0,004	0,56	0,053	0,00
<i>2005</i>												
<i>2006</i>	0,029	0,85	0,111	0,30	-0,041	0,75	-0,004	0,67	0,006	0,43	-0,003	0,87
<i>2007</i>	0,037	0,82	0,169	0,12	-0,019	0,88	-0,005	0,63	0,004	0,58	-0,001	0,93

	Trastornos mentales						Por categoría					
	Trastornos depresivos		Trastornos de ansiedad		Esquizofrenia		Trastornos alimenticios		Trastorno bipolar			
	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t	Coef.	P> t
2008	-0,024	0,88	0,209	0,06	-0,077	0,55	0,001	0,95	-0,002	0,79	0,005	0,77
2009	-0,179	0,29	0,205	0,07	-0,248	0,06	0,009	0,39	-0,007	0,38	0,015	0,37
2010	-0,310	0,10	0,318	0,01	-0,345	0,02	0,003	0,80	-0,010	0,28	0,029	0,12
2011	-0,342	0,07	0,346	0,01	-0,294	0,05	0,000	0,97	-0,014	0,11	0,023	0,21
2012	-0,399	0,04	0,309	0,02	-0,300	0,05	0,003	0,79	-0,018	0,05	0,024	0,21
2013	-0,444	0,02	0,368	0,01	-0,335	0,03	-0,001	0,93	-0,022	0,02	0,023	0,24
2014	-0,547	0,01	0,413	0,00	-0,413	0,01	-0,001	0,94	-0,028	0,01	0,028	0,17
2015	-0,453	0,02	0,368	0,01	-0,253	0,11	-0,003	0,84	-0,029	0,00	0,024	0,23
2016	-0,473	0,02	0,453	0,00	-0,345	0,04	-0,001	0,94	-0,033	0,00	0,027	0,18
2017	-0,414	0,04	0,463	0,00	-0,302	0,06	0,000	0,97	-0,033	0,00	0,026	0,20
2018	-0,518	0,02	0,446	0,00	-0,295	0,08	0,000	0,99	-0,040	0,00	0,025	0,24
<i>Intercept</i>	-2,240	0,60	1,482	0,00	-1,066	0,00	0,104	0,70	-0,482	0,02	1,496	0,00
<i>Adj R-squared</i>	91,1%		71,2%		92,2%		58,1%		98,1%		87,0%	

La tasa de pobreza ( $p < 0,05$ ), el índice Gini ( $p < 0,05$ ) y la tasa de desempleo ( $p < 0,01$ ) son estadísticamente significativos en la predicción de la tasa de trastornos mentales, tal que a mayor puntuación de estas variables mayor probabilidad de padecer un trastorno mental. De igual manera, es una variable predictiva significativa que se correlaciona de forma positiva con la posibilidad de padecer un trastorno mental. La esperanza de vida es estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con la probabilidad de tener un trastorno mental.

Si desglosamos por diagnóstico observamos que la esperanza de vida es significativa en los trastornos depresivos, los de ansiedad, los alimentarios y la esquizofrenia. La tasa de pobreza es significativa en todos los trastornos a excepción del trastorno bipolar. Y el índice Gini es significativo para la esquizofrenia y el trastorno bipolar ( $p < 0,05$ ).

Según nuestro modelo regresivo de mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ), la bondad de ajuste de la estimación supera el 90%. Lo que nos indica una buena validez predictiva. El régimen del bienestar resulta en todos los casos significativo ( $p < 0,01$ ). Dicho modelo resulta válido, para predecir los trastornos alimentarios con una bondad de ajuste del  $R^2$  de 98,1%. Con el régimen continental como referencia: observamos que las personas que viven en estos países tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno mental que los demás regímenes. Los países del este y anglosajones son los que presentan una incidencia más baja. También observamos que la posibilidad de tener un trastorno de ansiedad es superior en el régimen continental que en el resto de los países.

En lo referente a las variables temporales se observan oscilaciones crecientes y decrecientes sin una tendencia clara. No obstante, si que se observa, que del año 2008 al 2014 hay un incremento progresivo de trastornos mentales.

**Tabla 1.4. Modelo predictivo del suicidio**  
**regresión de mínimos cuadrados ordinarios (OLSQ)**

	Modelo 1		Modelo 2	
	Coef.	P> t	Coef.	P> t
<i>Salud Autopercebida</i>	0,026	0,44	-0,005	0,88
<i>Esperanza de vida</i>	-2,074	0,00	-1,644	0,00
<i>Trastornos mentales</i>	-0,215	0,72		
<i>Trastornos depresivos</i>			4,353	0,00
<i>Trastornos de ansiedad</i>			2,727	0,01
<i>Esquizofrenia</i>			-5,008	0,00
<i>Trastornos Alimentarios</i>			-1,144	0,46
<i>Trastorno bipolar</i>			3,010	0,67
<i>Consumo de antidepresivos</i>	0,069	0,01	0,153	0,00
<i>Gasto en salud</i>	-2,652	0,00	-3,859	0,00
<i>Psiquiatras</i>	1,053	0,00	0,679	0,03
<i>Tasa de pobreza</i>	2,007	0,01	-7,220	0,53
<i>Indice Gini</i>	-8,533	0,00	-5,661	0,02
<i>Matrimonios</i>	-1,282	0,03	-2,437	0,00
<i>Divorcios</i>	0,794	0,30	1,626	0,06
<i>Consumo de alcohol</i>	0,066	0,29	0,039	0,51
<i>Tasa de desempleo</i>	0,200	0,02	0,122	0,12
<i>Anglosajon</i>	-4,312	0,06	-7,287	0,03
<i>Continental</i>				
<i>Este</i>	-1,737	0,49	2,269	0,71
<i>Mediterraneo</i>	-2,156	0,27	-0,721	0,81
<i>Nordico</i>	-5,844	0,00	-3,830	0,02
<i>2005</i>				
<i>2006</i>	-0,100	0,93	-0,617	0,57
<i>2007</i>	-0,583	0,62	-1,468	0,19
<i>2008</i>	0,919	0,44	0,216	0,85
<i>2009</i>	2,926	0,02	3,075	0,01
<i>2010</i>	2,667	0,06	2,246	0,10
<i>2011</i>	2,440	0,08	1,553	0,26
<i>2012</i>	2,187	0,13	1,627	0,25
<i>2013</i>	3,117	0,03	2,142	0,15
<i>2014</i>	3,013	0,05	2,009	0,21
<i>2015</i>	1,995	0,18	0,645	0,67
<i>2016</i>	3,733	0,02	2,294	0,16
<i>2017</i>	3,307	0,03	1,723	0,28
<i>2018</i>	2,865	0,07	1,314	0,44
<i>Intercept</i>	2,201	0,00	1,804	0,00
<i>Adj R-squared</i>	80,9%		83,6%	

Se han realizado dos modelos predictivos para abordar las tasas de suicidio (Modelo 1 y Modelo 2 tabla 1.4). El primer modelo considera como variable explicativa la tasa de trastornos mentales y el segundo introduce cada patología mental por separado. Ambos modelos nos permiten predecir la tasa de suicidios con puntuaciones de bondad de ajuste por encima del 80%. Observamos que al introducir los trastornos mentales por categoría nuestra bondad de ajuste aumenta en tres puntos porcentuales. Destacan como variables significativas en ambos modelos: la esperanza de vida, el consumo de antidepresivos, el gasto en salud mental, el número de psiquiatras, la tasa de pobreza, el índice de Gini y pertenecer al régimen nórdico. En estos modelos se observan puntuaciones de variables como el gasto en salud, el número de psiquiatras y la tasa de pobreza que oscilan en el tiempo creciendo y decreciendo sin una tendencia clara.

Tanto para predecir la tasa de suicidios como para hacerlo con la tasa de trastornos mentales, las variables: esperanza de vida, tasa de pobreza, índice Gini, consumo de anti-depresivos y tasa de desempleo son significativas.

## 1.4. DISCUSIÓN

La presente discusión se divide en dos partes, una primera, centrada en el análisis de los resultados, una segunda, en la que se abre un apartado reflexivo dónde se plantean algunas líneas a desarrollar, en el ámbito de las políticas públicas y sociales. Por último, se analizan las limitaciones del presente estudio.

Primero, al respecto de las tasas de suicidio (tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes) en los 13 países europeos analizados, los países del este presentan las tasas más altas de suicidio, posiblemente debido a sus bajos ingresos y los elevados niveles de desigualdad. Además, en estos países, la tasa de patología mental es significativamente menor que en el resto de los países, lo que nos podría indicar unos sistemas sanitarios menos desarrollados en lo referente a las líneas de diagnóstico en salud mental. Los trastornos mentales se muestran como un factor de riesgo que influye directamente en las tasas de suicidio (Brådvik, 2018; Fazel y Runeson, 2020; Yoshimasu et al., 2008).

El consumo de alcohol de estos países es elevado, es por ello que varias de las políticas públicas destinadas a reducir la tasa de suicidios, han tenido como objetivo reducir el consumo de alcohol con notables resultados (Miranda-Mendizabal, et al., 2019). En nuestros resultados, a diferencia de los estudios analizados (Choi, et al., 2019; Kerr, et al., 2017; Hoffmann, et al., 2020) el consumo de alcohol no ha sido una variable significativa para predecir la tasa de patología mental ni la tasa de suicidios. Esto posiblemente sea debido a las diferentes formas de consumo que existen en los diferentes países analizados, pudiendo depender del tipo de alcohol consumido, la frecuencia de consumo u otras variables de índole socioeconómico.

La pobreza, particularmente en forma de peor situación económica, disminución de la riqueza y desempleo, se asocia claramente con el suicidio (Lemmi et al., 2016), representando una variable explicativa clave de la muerte por este motivo (Choi, et al., 2019; Kerr, et al., 2017; Hoffmann, et al., 2020). Nuestros resultados coinciden con hallazgos recientes revelando que la pobreza es una variable clave en la prevención del suicidio en adultos mayores (Choi et al., 2019; Lemmi et al., 2016; Hoffmann et al., 2020; Kerr et al., 2017), así como en la prevención de las tasas de violencia y homicidios (Piatkowska, 2020). De acuerdo con investigaciones realizadas desde el Instituto de Salud Carlos III (2019) para el cual, la pérdida de empleo o los largos periodos de tiempo desempleado se tienden a percibir como problemas o fracasos individuales más que como cuestiones sociales. La responsabilidad se sitúa de forma característica en el individuo conllevando a su vez, problemas de identidad, de pérdida de control, sensación de desamparo y aumento de las tasas de depresión (Demirci et al., 2020;

Kposowa et al., 2019; Phiri y Mukuku, 2019), tendencias muy distintivas de la actualidad social<sup>7</sup>.

A pesar de las variables populares que siempre han explicado el elevado número de suicidios en estos países: como el clima, horas de luz, relaciones sociales, etc. La tasa de suicidios de los países nórdicos se ha equiparado con la tasa de suicidios de los países continentales a través del desarrollo de diversas políticas públicas (Lewitzka, et al. 2019) que han tenido un impacto directo en el número de suicidios. Esto es un indicativo claro de que políticas públicas bien coordinadas tienen un impacto directo en el fenómeno del suicidio.

El gasto en salud no parece influenciar significativamente la tasa de suicidios, lo que nos lleva a pensar que el estado de salud individual y colectivo está poco mediado por las intervenciones médicas (Lalonde, 1974; Sen, 2002) y mucho más por los determinantes sociales (Solar, Irwin y Navarro, 2010). Las correlaciones entre salud autopercebida y suicidio son débiles e inconsistentes (Ahmed et al., 2017; Ribeiro et al., 2018). En este sentido, aumentar el gasto en salud centrado en asistencia sanitaria no reduciría las tasas de suicidios.

Pese a que a la poca investigación sobre la tasa de divorcios y el fenómeno del suicidio es escasa (Stack y Kposowa, 2016) podría existir cierta correlación (Bottolomey et al., 2019). No obstante, en nuestros resultados no se ha mostrado una variable estadísticamente significativa tomando criterios de  $p < 0,05$  aunque si lo hace desde criterios de  $p = 0,1$ .

En la salud autopercebida, la puntuación más elevada la obtienen los ciudadanos que comparten el régimen anglosajón y la más baja corresponde a los países continentales. Lo que coincide con la hipótesis de que mayor gasto en salud conlleva una mayor probabilidad de que sus habitantes se sientan enfermos. Esta hipótesis la podemos aplicar también a la patología mental, apuntando a que cuantos más recursos sanitarios se invierten en este ámbito, mayor es el número de diagnósticos.

Tal y como han mostrado los resultados del presente estudio, las variables asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son de índole socioeconómico: tener poco apoyo social, estar desempleado (siendo este factor clave en diversos estudios: Alonso y

---

<sup>7</sup> Las características de la posmodernidad necesitan de una reflexión crítica que tenga en cuenta los cambios en el proceso de subjetivación de los individuos para ejecutar políticas sociales eficientes. El cambio de paradigma que representaría el paso de la prohibición a Edipo desde el valor de la ley (“no tomarás a tu madre por mujer”) inscribiendo en el sujeto la trasgresión y la culpa, al paso del desamparo de Narciso, sin ley que le proteja, sin prohibiciones, sin padre que le constituya en su identidad, hace patente la necesidad de reflexión en términos sociológicos y clínicos. Mientras que Edipo indaga para conocer, Narciso es asaltado por el conocimiento.

Lépine, 2007; Artazcoz, Benach, Borrell y Cortès, 2004; Fryers et al., 2003; Haro et al., 2006), etc. Tanto es así, que en la investigación de Bones (2010) se establece un modelo predictivo que explica la tasa de patología mental con una probabilidad superior al 90% (Bones, 2010). No obstante, a diferencia de este estudio, en el nuestro, no encontramos evidencia empírica de algunas relaciones como por ejemplo que la tasa de divorcios sea estadísticamente significativa para predecir una patología mental.

Cabe destacar que la prevalencia de problemas de salud mental hallada en este estudio es más baja que las encontradas en otras encuestas de salud (Barry, et al., 2002; Gispert, et al., 2003; Laaksonen et al., 2007). Además, cuando nuestras variables dependientes se comparaban entre diferentes bases de datos (OCDE, Oxford y Eurostat), puntuaciones para la misma variable y el mismo año no coincidían entre sí. En este sentido, resulta clave el diseño de un registro coordinado de información, al respecto de la tasa de patología mental, para la ejecución de políticas públicas. En el caso de los nórdicos, las variables coincidían en las diferentes bases de datos lo que puede apuntar a que las variables se definieron y midieron con más rigor que en el resto de los países a lo largo del tiempo.

Otro aspecto para considerar es la importancia de acciones de prevención, promoción, identificación y atención a los problemas de salud mental, y su relación con los problemas de salud física, que tienen un importante impacto en la salud de la población, principalmente en términos de discapacidad. Por lo tanto, es importante fortalecer y defender las políticas de bienestar social para la construcción de una sociedad más saludable e igualitaria.

Los modelos realizados reflejan como la tasa de pobreza, la tasa de desempleo (Milner, Page, et al., 2013) y el índice Gini son variables clave para explicar la tasa de suicidio y la tasa de patología mental. Por ello, las políticas públicas deberían estar dedicadas a incidir en estas variables y no tanto, en el sistema de atención sanitaria, que de acuerdo con Amartya Sen (2002), produciría una disminución en la puntuación de salud autopercebida, provocando a su vez que los habitantes se sintieran más enfermos y pudieran ser diagnosticados como tales. También, se ha expuesto como las políticas públicas del estado del bienestar contribuyen activamente a la disminución de dichas tasas (Rambotti, 2020), siempre y cuando incidan en las variables que son claves, que en definitiva tienen que ver con la igualdad social y la percepción de justicia.

Los conflictos psíquicos que pueden llevar a una persona a suicidarse o a padecer una patología mental tienen mucho que ver con problemas de distribución de la riqueza y de los profesionales. Por eso, tal y como han argumentado numerosos autores (Cipriano, 2019; Moreno, 2008; Szasz, 1994; Foucault, 1964) deberían ser reformulados en términos de



problema político, dado que la pobreza, el índice Gini y la tasa de desempleo son variables clave para su predicción. Para ello se debería repensar los planteamientos (Dahlgren et al., 1991) exclusivamente clínicos para localizar el desarrollo de los problemas mentales en el terreno social en el que surgen, en la comunidad (de afectos) en la que deviene la vida. Esto a su vez destaca, la importancia de los determinantes sociales de la salud (Solar, Irwin y Navarro, 2010) y la percepción de justicia social (Lalonde, 1974; Sen, 2002).

Nuestros resultados, de acuerdo con Rambotti (2020), muestran como las políticas del estado de bienestar enfocadas en las variables que han resultado significativas son la una de las posibles estrategias a priorizar para contribuir a la disminución de dichas tasas. Las políticas, deberían enfocarse, no tanto en criterios biologicistas o derivados de la atención clínica sino más bien, en que los ciudadanos sean capaces de definir, de forma autónoma, su propio proyecto vital<sup>8</sup> (Sen, 2000) y para esto es esencial la percepción subjetiva de equidad social.

La atención política hacia los problemas de salud mental ha aumentado, pero los rápidos cambios económicos y sociales que han tenido lugar en los países de Europa, han estado acompañados de un deterioro de la salud mental de la población. La inestabilidad socioeconómica de algunos países se asocia con un empeoramiento de la inversión pública en este sentido. La relación entre los problemas de salud mental y la privación social (Social Exclusion Unit, 2004) es tan fuerte que dichas variables se retroalimentan mutuamente (Thornicroft, 2006).

La conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, pronunciándose como una de las expresiones más evidentes de sufrimiento, desesperación e impotencia del ser humano (Buendía et al., 2004, Daray et al., 2016, Teti et al., 2014, Ramírez et al., 2017, Barraclough y Shepherd, 1994). Ésta es una forma de lo que Freud llamó “*el malestar en la cultura*” (Freud, 1930). Para Durkheim, el suicidio anómico (ausencia de organización social, de referentes, de relato fijo, de congruencia...) es entendido como un estado social, una falta de dirección que suele emerger en periodos de revolución social.

Generalmente, a un estado de anomia le ha seguido una revolución social que instauraba un nuevo orden, configurándose en forma de “*acontecimiento político*” (Durkheim, 1982). No obstante, nos encontramos en un momento histórico en el que no resulta posible intuir la forma de ese cambio. El poder social y el reconocimiento que han alcanzado las “ciencias psi” y en

---

<sup>8</sup> “*Un proceso de crecimiento de las capacidades de las personas de manera que tengan autonomía en la definición de su propio proyecto vital*” (Sen, pág. 124, 2000).

particular las formas de ejecutar las políticas públicas en materia de intervención sanitaria juegan a favor de esta anomia, al hacer énfasis en intervenciones y construcciones etiológicas que sitúan en el sujeto la responsabilidad de la patología. No es nada fácil poder mantener una postura crítica al respecto, esquivando los intereses profesionales, institucionales y comerciales de las entidades del sector socio sanitario y la industria farmacéutica. Quizás Badiou (2009) esté en lo cierto al señalar la imposibilidad del sujeto político, puesto que para este autor lo auténticamente político sería la producción de una novedad radical que irrumpirá en forma de performatividad libre y será finalmente transformada en ley. En esta lógica de encerrar en el cuerpo y en el individuo los trastornos mentales no hay escape en forma de acontecimiento creativo para articular una nueva propuesta política. El malestar es encerrado restandole el poder de performatividad social que inherentemente tiene. Queda etiquetado, alejado de las cuestiones sociales, como si el que debiera ejercer la revolución o el cambio social se convirtiera en sujeto trastornado, enfermo.

La tónica de datos, que nos ilustran el creciente malestar en la cultura son un síntoma de que el desarrollo social de los últimos años viene acompañado de disposiciones de ansiedad y terror, como si hubiera una expresión excesiva de una realidad que nos sobrepasa, es demasiado “*compleja*” y en esa demasía desvela la fragilidad y la precariedad de la ley. Es como si de alguna forma la base misma de nuestra vida en sociedad se viera sacudida por un terror que nos arranca de las manos la posibilidad de lo que Badiou (2009) llama nuestra vida animal utilitaria-hedonista. Por eso resulta imprescindible que los estados sean capaces de realizar políticas públicas encargadas de construir marcos con sentido y significado.

En un continuo proceso de homogeneización, se difuminan los límites de la imaginación, de la razón, de la responsabilidad y de la acción. Los niveles de angustia crecen en un río constante de cambio veloz que destruye las biografías, las varas de medir y las posibilidades de aferrarse a algo que sirva de rama para asumir la sacudida. En un mundo que constantemente huye del cuerpo y de su sufrimiento es cuando más se necesita el compromiso ético y crítico de los profesionales y las instituciones de cuidar a sus ciudadanos. Y este compromiso tiene que ir de la mano de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud porque los resultados nos muestran como las variables socioeconómicas son claves a la hora de explicarlos.

Lo expuesto constituye un importante catálogo de necesidades, problemáticas y dificultades. En lo que se refiere a la salud mental es imprescindible un planteamiento concertado, coordinado y multisectorial para el desarrollo de políticas públicas que tengan en cuenta las características diferenciales de cada uno de los países miembros. La investigación sobre los determinantes sociales de la salud expone claramente la influencia de factores sociales

que inciden de forma significativa en la salud de las personas. Estos, son, además, los responsables de diferencias evitables e injustas entre comunidades, regiones y países. El derecho a la salud ha de ser pensado recuperando el enfoque de los determinantes sociales de la salud, prestando especial atención a la reducción de las desigualdades. Por eso es crucial, pensar las políticas desde la ética y la epidemiología, dado que son éstas las que nos van a permitir establecer criterios para combatir las desigualdades.

La principal limitación del presente estudio es haber utilizado datos de carácter macro que no pueden determinar la asociación entre variables individuales. Para no caer en la falacia ecológica, se ha evitado entrar en conclusiones individuales (basadas en datos poblacionales). Además, los resultados son preliminares y necesitan ser examinados más profundamente, con estudios de otras muestras, utilizando datos individuales con métodos distintos.

El empleo de datos macro ha dificultado el análisis habiendo sido estadísticamente mas apropiado utilizar datos micro para sacar conclusiones macro o hacerlo a modo de metanálisis. El haber tenido acceso a las bases de datos europeas ha hecho que se tenga un número de datos reducido lo que dificulta encontrar relaciones significativas relevantes. Se seleccionaron otras variables, pero finalmente se descartaron por no tener observaciones suficientes. Por ejemplo, hubiera sido interesante poder desglosar el gasto en salud en subvariables (gasto médico, gasto en prevención, gasto en infraestructura, etc.) y conseguir estadísticas para los años de interés en gasto en salud mental. Las variables del EURO HEALTH CONSUMER INDEX (información de derechos de los pacientes, accesibilidad, resultados, cobertura de la cartera de servicios, prevención, acceso a medicinas, etc.) también hubieran sido relevantes si hubieran estado disponibles para todos los años estudiados.

Como investigación futura sería interesante, realizar un estudio para todos los países de Europa que recoja una gama temporal más amplia (diferentes décadas) utilizando variables tanto de carácter social (suicidio, alcoholismo, homicidios, índices de violencia familiar) como variables propias de la psiquiatría (esquizofrenia, depresión, ansiedad, etc.) pero utilizando datos micro y macro de forma simultanea. En este sentido, se podrían utilizar encuestas como: la European Social Survey, la European Mental Health Survey, la Encuesta nacional de Salud, la encuesta WHOQOL de calidad de vida, la encuesta SHARE, etc. La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un correcto análisis del fenómeno de la salud.

Tanto por los costes asociados a estas problemáticas, como el gran impacto que tienen en la vida de las personas se torna necesario el desarrollo de nuevas investigaciones con el objetivo de generar las mejores estrategias de intervención y prevención posibles.

## 1.5. REFERENCIAS

- Adorno, T. y Horkheimer, M. (1998) *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos filosóficos*. Madrid: Trotta.
- Ahmed, S. y Stanciu, C. (2017). Addiction and Suicide: An Unmet Public Health Crisis, *American Journal of Psychiatry*, 12, 3-6. DOI: [10.1176/appi.ajp-rj.2017.121202](https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.121202)
- Akram, U., Ypsilanti, A., Gardani, M., Irvine, K., Allen, S., Akram, A., Drabble, J., Bickle, E., Kaye, L., Lipinski, D., Matuszyk, E., Slarlak, H., Steedman, E. y Lazuras, L. (2018). Prevalence and psychiatric correlates of suicidal ideation in UK university students. *Journal of Affective disorders*, 272, 191-197.
- Alonso, J., y Lepine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 3-9.
- Alvarez-Galvez, J., Gomez, D., González, A., Martínez, G., Rodero, M.L., Salinas, J.A. y Muniategi, E. (2017). *Determinantes sociales de la salud en Andalucía*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza.
- Andreiva, G., Homas, C., Mills, T. Parsons, T. y Merton, R. (1973). *El funcionalismo en la sociología norteamericana*. La Habana: Editorial de ciencias sociales: instituto Cubano del libro.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., y Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82-88.
- Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. y Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatry Research*, 119, 107-115.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 15(7), 1425.
- Badiou, A. (2009). *Teoría del sujeto*. Buenos Aires: Prometeo.
- Barracough, B. y Shepherd, D. (1994). A necessary neologism: The origin and uses of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2, 113-126.
- Barry, M., Friel, S., Dempsey, C., Avalos, G., y Clarke, P. (2002). *Promoting mental health and social well-being: Cross border opportunities and challenges*. Armagh: Centre for Cross Border Studies.
- Bauman, Z., (2002). *Modernidad líquida*. Madrid: fondo de cultura economica de españa.

- Benioudakis, E., Lykiardopolous, V., Georgiou, V. y Archontaki, M. (2017). Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece: A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 19(01), 4-28.
- Bentley, K., Franklin, J., Ribeiro, J., Kleiman, E., Fox, K. y Nock, M. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46. Recuperado de: <https://kleimanlab.org/wp-content/uploads/2019/02/Bentley-et-al.-2016-Anxiety-and-its-disorders-as-risk-factors-for-suicidal-thoughts-and-behaviors-A-meta-analytic-review.pdf>
- Berardi, F. (2017). Fenomenología del fin: sensibilidad y mutación conectiva. Buenos Aires: Caja Negra Editorial.
- Berardi, F. (2019). Futurabilidad: la era de la impotencia y el horizonte de la posibilidad. Buenos Aires: Caja Negra Editorial.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new Millennium. *Social Science y Medicine*, 51, 843-857.
- Bills, C. (2017). The Relationship between Homicide and Suicide: A Narrative and Conceptual Review of Violent Death. *International Journal of Conflict and Violence*, 11, 1-9.
- Bohnert, K., Ilgen, M., Louzon, S., McCarthy, J. y Katz, I. (2017). Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. *Addiction*, 112, 1193-1201.
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M.m Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22 (3), 389-395.
- Bonger, W. (1989). An Introduction to Criminology. Londres: Routledge Revivals.
- Bottolomey, J., Abrutyn, S., Smigelsky, M. y Neimeyer, R. (2019). Exposure to Nonfatal Suicidal Behavior: Examining Pathways to Suicide Risk Using the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide (IPTs). *Journal of Loss and Trauma*, 24, 261-278.
- Brådvik, L. (2018). Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Enviromental Research in Public Health*, 15 (9), 1-4.
- Canguilhem, G. (2004). Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R. y Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9, 42-56.

- Chesney, E., Goodwim, G. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*, 153-160.
- Choi, N.G., DiNitto, D., Marti, C. y Conwell, Y. (2019). Physical health problems as a late-life suicide precipitant: examination of coroner/medical examiner and law enforcement reports. *Gerontologist, 59*, 356-367.
- Cipriano, P. (2019). Las metamorfosis de la psiquiatría, psiquiatría crítica y nuevos manicomios, Milan: Enclave.
- Conwel, Y., Duberstein, P. y Caine, E. (1996). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry, 52*, 193-204.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. *Stockholm Sweden: Institute for Future Studies*.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P. y Stuyft, P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social, 4 (2)*, 127-134.
- Demirci, S., Ilgün, G., Yetim, B. y Konca, M. (2020). Individual and socio-demographic determinants of suicide: An examination on WHO countries. *International Journal of Social Psychiatry, 66 (2)*, 124-28.
- Dhossche, D., Meloukheia, A. y Chakravorty, S. (2000). The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *General Hospital Psychiatry Journal, 22(4)*, 281-288.
- Duko, B. y Ayano, G. (2018). Suicidal ideation and attempts among people with severe mental disorder, Addis Ababa, Ethiopia, comparative cross-sectional study. *American Journal of General Psychiatry, 1*, 17-23.
- Durkheim, E. (1982). El Suicidio. Madrid: Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (1985). Las Reglas del Método Sociológico. México: Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, E. (1987). La División del Trabajo Social. Madrid: Ediciones Akal.
- Espinosa-salido, P., Pérez, M.A., Baca-García, E. y Provencio, M. (2021). Systematic Review of the Indirect Relationships of Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness in Suicide. *Clínica y Salud: investigación empírica en psicología, 1*, 29-36.
- European Comision (2020). Mental health in all policies: scoping review of national developments (2017-2019). Mental Health Europe: Bruselas. Recuperado de: [http://www.infocoonline.es/pdf/MHAP\\_Scoping\\_review\\_2017\\_2019\\_final.pdf](http://www.infocoonline.es/pdf/MHAP_Scoping_review_2017_2019_final.pdf)

- Ey, H. (1950). La psiquiatría francesa de 1900 a 1950. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9 (2), 73-82.
- Ey, H. (1954). Lo normal y lo patológico en psiquiatría. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 1 (5), 325-334.
- Fassin, D. (1997). *La santé en souffrance*. Paris: La Découverte.
- Fazel, S. y Runeson, B. (2020). Suicide. *The New England Journal of Medicine*, 382 (3), 266-274.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso del Collège de France (1973-1974)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad Mental y psicología*. Madrid: PAIDÓS Básica.
- Franke, H., Thomas, E. y Queenen, A. (1997). Suicide and homicide: Common sources and consistent relationships. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 12 (3), 8-16.
- Freud, S. (1970). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza editorial.
- Fromm, E. (1974). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (1977). *Ética y psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fryers, T., Melzer, D., y Jenkins, R. (2003). Social inequalities and common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229-237.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gearing, R. y Alonzo, D. (2018). Religion and Suicide: New Findings. *Journal of Religion and Health*, 57 (6), 1478-2499.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (2019). *Vivir es la Salida. Guía de utilización del Código Suicidio para profesionales*. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Gu%C3%ADa+de+utilizaci%C3%B3n+del+C%C3%B3digo+Suicidio+para+profesionales.pdf?version=1.1>
- Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de: [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., De la Torre, A., Almenara, J., Blasco, M., Cebriá, A., Gabilondo, A., Perez, M., Miranda-Mendizabal, A., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J., Rodríguez-Jimenez, T., Rodríguez-Marin, J., Soto-Sanz, V., Alonso, M. y

- Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162.
- Gispert, M., Puig, O., Palomera, F., Autonell, C., Gine, J. Ribas, S. (2006). Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among small areas: A multilevel analysis in Catalonia, Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 335-347.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A., y Herdman, M. (2003). Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 677-683.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *The Lancet*, 32, 1-58.
- González, H. y Pérez, M. (2007). La invención de los trastornos mentales. Madrid: Alianza editorial.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... y Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766.
- Grant, F., Risö, B., Goldstein, M., Tulshi, D., Saha, S., Chou, P., Jung, J., Zhang, H., Roger P., Pickering, M., Ruan, P., Smith, S., Huang, B. y Hasin, D. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III, *JAMA psychiatry*, 72 (8), 757-66.
- Guidens, A. (1997). New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative. *Contemporary Sociology*, 6, 374.
- Gunnell, D. y Lewis, G. (2005). Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *British Journal of Psychiatry*, 187, 206-208.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... y Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Gvion, Y. y Levi-Belz, Y. (2018). Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 2-17



- Hansson, C., Joas, E., Hawton, K., Runeson, B. y Landen, M. (2018). Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138 (5), 456-453.
- Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. y Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (2), 155-165.
- Hastings, R. y Remington, B. (1993). An analysis of labels for people with learning disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 463-465.
- Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. Madrid: Editorial Trotta.
- Hoffmann, J., Farrel, C., Monuteaux, M., Fleeger, W. y Lee, L. (2020). Association of Pediatric Suicide With County-Level Poverty in the United States, 2007-2016. *JAMA Pediatrics*, 174(3), 287-294.
- Iemmi, V., Batjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B. y Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 774-783.
- Indu, S., Sejian, V. y Naqvi, S. (2017). Impact of simulated heat stress on growth, physiological adaptability, blood metabolites and endocrine responses in Malpura ewes under semiarid tropical environment. *Animal Production Science*, 55 (6), 14-85.
- Instituto de Salud Carlos III (2019). Salud Mental y Pública en España: Vigilancia epidemiológica. Recuperado de: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
- Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S. y Baca-García, E. (2019). *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28.
- Kendall, D., Reader, G. (1972). *Teaching Medical Sociology: Retrospection and Prospection*. Waco: Baylor University.
- Kendall, P. y Reader, G. (1972). *Contributions of Sociology to Medicine*. Glewood: Handbook of Medical Sociology.
- Kerr, W., Kaplan, M., Hugué, N., Caetano, R., Giesbrecht, N. y McFarland, B. (2017). Economic Recession, Alcohol, and Suicide Rates: Comparative Effects of Poverty, Foreclosure, and Job Loss. *American Journal of Preventive Medicine*, 2016, 52 (4), 469-475.

- Kessler, R., Barker, R., Colpe, L., Epstein, J., Gfroerer, J., Hiripi, E., Howes, M., Normand, S-L., Manderscheid, R., Walters, E. Y Zalavsky, A. (2003) *Archives of General Psychiatry*, 60, 184-189.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. Y Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R., Demler, O., Frank, R., Olfson, M., Alan, H., Walters, E., Wang, P., Wells, K. y Zaslavsky, A. (2005). US prevalence and treatment of mental disorders: 1990-2003. *NIH Public Acces*, 352(24), 2515-2523.
- Kleiman, E., Riskind, J. y Schaefer, K. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155.
- Kposowa, A., Ezzat, D. y Breault, K. (2019). New Findings On Gender: The Effects Of Employment Status On Suicide. *International Journal Of Women Health*, 11, 569-575.
- Kreitman, N., Philip, A. y Greer, S., Bagley, C. (1969). Parasuicide. *British Journal of psychiatry*, 115, 746-747.
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S. yYoun-Jeon, S., (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regressio. *Social Science and Medicine*, 197, 116-126.
- Laaksonen, E., Martikainen, P., Lahelma, E., Lallukka, T., Rahkonen, O., Head, J., et al. (2007). Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: Evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 776-786.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., y Sarlio-Lahteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science y Medicine*, 63, 1383-1399.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of canadians: a working document. *Minister of National Health and Welfare*.
- Larkin, G. y Beautrais, A. (2017). Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention. *Crisis*, 31, 1-6.
- Lawrence, R., Oquendo, M. y Stanley, B. (2020). Religion and Suicide Risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20 (1), 1-21.
- Leal, P. y Opp, R. (1998). Participation and Development in the Age of Globalization. Ottawa: CIDA.

- Leenaars, A., y Lester, D. (1999). Domestic Integration and Suicide in the Provinces of Canada. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 20, 59-63.
- Lewitzka, U., Sauer, C., Bauer, M. y Felber, W. (2019). Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years, *BMC Psychiatry*, 19, 158. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y>
- Livtovesky, G. (2006) La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama.
- MacIver, R. (1950). *The rampants we guard* (4 ed.). New York: Macmillan.
- Mafesoli, M. (2000) El tiempo de las tribus: el individualismo en las sociedades posmodernas. Siglo XXI: México.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. y Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201761>
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J. et al. (2010). Suicide Prevention strategies A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2064-2074.
- Marmot G., Shipley M. y Rose, G. (1984). Inequalities in death specific explanations of a general pattern. *The Lancet*, 8384, 1003-1006.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasa, revista de Filosofía*, 8 (2), 65-86.
- Matsubayashi, T., Sekijima, K. y Ueda, M. (2020). Government spending, recession, and suicide: evidence from Japan. *BMC Public Health*, 20 (243), 1-8.
- Matsubayashia, T. y Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD. *Social Science Y Medicine*, 73, 1395-1400.
- Mattei, G., Ferrari, S., Pingani, L. y Rigateli, M. (2014) Short-term effects of the 2008 Great Recession on the health of the Italian population: an ecological study. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 49, 851-858.
- Mattei, G., Pistorresi, B. y De Vogli, R. (2019). Impact of the economic crises on suicide in Italy: the moderating role of active labor market programs. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 12, 802-832.
- Merton, R. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-82.
- Merton, R. (2002). Teoría y estructuras sociales (4ª ed.). México: Fondo de cultura económica.

- Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E. y De Leo, D. (2013). Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociology Mind*, 3 (2), 137-148.
- Milner, A., McClure, R., y De Leo, D. (2012). Socio-economic determinants of suicide: An ecological analysis of 35 countries. *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 47, 19-27.
- Milner, A., McClure, R., Sun, J., y De Leo, D. (2011). Globalisation and suicide: An empirical investigation in 35 countries over the period 1980-2006. *Health and Place*, 17, 996-1003.
- Milner, A., Page, A., y Lamontagne, A. D. (2012). Duration of unemployment and suicide in Australia over the period 1985-2006: An ecological investigation by sex and age during rising versus declining national unemployment rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, 237-244.
- Miranda, M. (2015). Lo social en la salud mental: Trabajo social en Psiquiatría. Zaragoza: Prensas de la Unviersidad de Zaragoza.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M., Cebriá, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G. y Alonso, J. (2019) Gender differences in suicidal behavior in adolescents and Young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64, 265-283.
- Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Revista de Sociología*, 5, 31-54.
- Moreno, J.L. (2008). Merleau-Ponty y el sentido de la enfermedad mental. La locura en el lugar o la destrucción de los hábitos compartidos. *Revista de Filosofía*, 44, 143-154.
- O'Carrol, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. y Silverman, M.. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 26 (3), 237-252.
- OCDE (2018). Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Recuperado de: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page1) el 27 de diciembre de 2018.
- Olivero, I. (2013) Manual básico de salud, alimentación y nutrición pública. San Luis: Nueva editorial Universitaria.
- OMS (1948). Constitución OMS. *Glosario de Promoción de la Salud*.

- OMS (1978). Alma Ata. Atención Primaria de Salud, Ginebra, Serie Salud para Todos.
- OMS (1987). Carta de Ottawa para la promoción de la salud (informe). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133.
- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- OMS. (2007). Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Discussion paper. Geneve: Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- Oquendo, M. y Currier, D. (2009). Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 63-66.
- Oquendo, M. y Mann, J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatry Clinical of North America*, 23(1), 11-25.
- Østergaard M., Nordentoft, M. y Hjorthøj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nationwide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*, 112, 1250-1259.
- Palomino, P., Grande, L. y Linares, M. (2013). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72, 71-91.
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Pares, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebriá-Meca, A., Oquendo, M. y Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 163, 1-11.
- Pearson, T. (1968). El sistema social (2ª ed.). Madrid: Alianza editorial.
- Phiri, A. y Mukuku, D. (2019). Does unemployment aggravate suicide rates in South Africa? *Review of Social Economy*, 78 (44), 1-29.
- Piatkowska, S. (2020). Poverty, Inequality, and Suicide Rates: A Cross-National Assessment of the Durkheim Theory and the Stream Analogy of Lethal Violence. *The Sociological Quarterly*, 61, 787-812.
- Pompili, M. (2010). Exploring the Phenomenology of Suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 40, 234-244.
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D., Serafini, G., Amore, M. y Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 411-417.

- Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360, 1126-30.
- Rambotti, S. (2020). Is there a relationship between welfare-state policies and suicide rates? Evidence from the U.S. states, 2000-2015. *Social Science y Medicine*, 246.
- Ramirez, L. (2010). Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social. Granada: Fundación de Antropología Sociocultural.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518
- Ribeiro, J., Huang, X., Fox, K. y Franklin, J. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212, 279-286.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. Y McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *Plos Medicine*, 2, 413-431.
- Sareen, J., Cox, B., Afifi, T., Graaf, R., Asmundson, G., Have, M. y Stein, M. (2005). Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
- Sen, A. (2002) Health: perception versus observation. *BMJ* 324, 860-861.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *The Pan American Journal of Public Health*, 11, 302-309.
- Sen, A. (2002). Desarrollo y libertad. Buenos Aires: Ed. Planeta.
- Smith, A., Velkoff, E., Ribeiro, J. y Franklin, J. (2019). Are Eating Disorders and Related Symptoms Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors? A Meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 221-239.
- Smith, D., Calopedos, R., Bang, A., Qin, X., Egger, S., Chambers, S. y O`Connell, D. (2018). Increased risk of suicide in New South Wales men with prostate cancer: Analysis of linked population-wide data. *Plos One*, 13(6), 1-12.
- Stack, S. y Kposowa, A. (2016). Culture and Suicide Acceptability: A Cross-National, Multilevel Analysis. *The Sociological Quarterly*, 57, 282-303.
- Stanley, B., Brown, G., Brenner, L., Galfalvy, H., Currier, G., Knox, K., Chaudhury, S., Bush, A., Green, K. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75 (9), 894-900.

- Szasz, T. (1994). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- The WHO Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291 (21).
- Torres, M. (2012). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas (RIPS)*, 12(2), 101-113.
- Turecki, G. y Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387, 1227-1239.
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L. y Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1-9.
- Whitaker, R. (2011) Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. y Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 37-43.
- WHO (1978). Alma Ata Declaration on Primary Health Care.
- Wittchen H-U. Y Jacobi, F., (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- World Economic Forum (2011). The Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginebra: Foro Económico mundial.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf)
- Yates, K., Lang, U., Cederlog, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M., McNicholas, F., DeVyder, J. y Kelleher, I. (2019). Association of Psychotic Experiences With Subsequent Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths. A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Population Studies. *JAMA Psychiatry*, 76 (2), 180-189.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C. y Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 234-256.
- Yur'yev, A., Leppik, L., Tooding, L. y Sisask, M. (2011). Social inclusion affects elderly suicide mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1337-43.

- Yur'yev, A., Värik, P., Sisask, M. y Leppik, L. (2012). Role of social welfare in European suicide prevention. *International Journal of Social Welfare*, 21, 26-33.
- Zaheer, J., Jacob, B., Oliveira, C., Rudoler, D., Juda, A. y Kurdyak, P. (2018). Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 202, 347-353.



## Capítulo 2

# GRUPOS DE EXPERTOS PARA LA MEJORA DE LA EMPLEABILIDAD EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

### RESUMEN

El empleo es una actividad imprescindible para la salud, y en concreto, para el desarrollo de una buena salud mental. Las personas con problemas de salud mental presentan unas tasas de empleabilidad muchísimo más bajas que el resto de la población y tienen una serie de hándicaps para el mantenimiento del puesto de trabajo. Tanto por el elevado coste económico, social y personal de las problemáticas asociadas a la baja participación laboral como por la importancia que el empleo tiene en la mejora terapéutica, resulta imprescindible diseñar estrategias para mejorar las tasas de empleo de estos colectivos. Para avanzar en este objetivo de integración laboral se ha desarrollado un grupo de trabajo, que ha coordinado a diferentes representantes de la red de atención a personas con problemas de salud mental (tanto a nivel técnico como a nivel político) en tres grupos de discusión, en los que se abordaron tres temas: las incapacidades laborales, la red de recursos de salud mental y los centros especiales de empleo. En este estudio interesa profundizar sobre la situación actual, mejorar problemas de coordinación entre los participantes y construir líneas estratégicas de futuro en el ámbito de las políticas públicas. A través de los grupos de discusión se generaron 32 propuestas y recomendaciones para mejorar la coordinación de los servicios y mejorar la intervención de las instituciones encargadas de prestar apoyo a las personas con problemas de salud mental en materia de empleo.

**Palabras clave:** empleo, políticas públicas, incapacidades laborales, salud mental, empleo con apoyo, estrategias, recomendaciones.

## 2.1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadística (INE) publica anualmente el informe de “*El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD)*”. El último disponible (INE, 2020), recoge, entre otras, las siguientes conclusiones para el año 2019:

- El número de personas con discapacidad en edad de trabajar (de 16 a 64 años) ascendía a 1.876.900, lo que representaba el 6,2% de la población total en edad laboral en España. De esta cifra, sólo el 34% (638.600) eran activos. Esta tasa de actividad era 43,7 puntos inferior a la de la población sin discapacidad.
- La tasa de empleo fue del 25,9%, 41 puntos inferior a la de las personas sin discapacidad.
- La tasa de paro fue del 23,9%, 10 puntos superior a la de la población sin discapacidad.

La baja participación en el mercado laboral de las personas con discapacidad identifica a la inactividad laboral y el desempleo como dos problemas reseñables de este colectivo.

Como la participación laboral está muy determinada por la intensidad de la discapacidad, las personas con discapacidades severas son las más afectadas por la inactividad. Entre las personas con discapacidad, la tasa de actividad para las personas con un diagnóstico en salud mental es la más baja, con únicamente el 27,8%, frente al 56,8% de las personas con discapacidad auditiva, las cuales tienen la tasa más alta de actividad (INE, 2020). Estos datos toman especial relevancia si se tiene en cuenta su dimensión cuantitativa, ya que en España entre el 2,5% y el 3,0% de la población adulta tiene un diagnóstico de trastorno mental grave (en adelante TMG), lo que supone más de un millón de personas (Fábregas et al., 2018).

Se estima que la posibilidad de conseguir un empleo para las personas con un diagnóstico en salud mental es 60% inferior a la posibilidad que tienen las personas pertenecientes a otros grupos de discapacidad (WHO, 2007). Dentro del colectivo de salud mental, las personas con diagnóstico de esquizofrenia son las que presentan más dificultades en la inserción laboral: en torno al 90% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia no tienen empleo (Lopez, Alvarez y Laviana, 1998; Perkins y Rinaldi, 2002), y la mayoría de los que lo obtienen, suelen perderlo, por lo general, antes de los seis meses (Resnick y Bond, 2001).

El hecho de desarrollar una actividad laboral es beneficioso para el bienestar de la población general, ya que es la fuente de ingresos más común dentro de la sociedad actual. En el caso específico de las personas con algún tipo de discapacidad, numerosas publicaciones

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

evidencian que el trabajo, además de ser un derecho, aumenta los niveles de autonomía, reconocimiento social e independencia económica (Lehman y Goldberg, 2002). El trabajo constituye, además, un elemento fundamental en el proceso de recuperación, ya que mejora la satisfacción y el sentimiento de utilidad personal, genera la creación de nuevas relaciones sociales, es una apuesta por el empoderamiento, y lo que es más importante, permite la transformación del rol de “enfermo” por el rol de persona que participa en la comunidad (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012; Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2018).

Al hablar de empleo y salud mental se ha de tener en cuenta, entonces, la especificidad y variabilidad con respecto a las personas con dificultades, además de la complejidad de actividades, dispositivos y programas a poner en marcha para modificar de una manera efectiva y positiva los diversos obstáculos a superar.

### *2.1.1. Principales obstáculos en la inserción laboral de personas con problemas de salud mental*

A pesar de que el trabajo es reconocido como un derecho, amparado por las diferentes normativas, programas y servicios destinados al apoyo y generación de oportunidades de empleo, siguen siendo muchas las barreras significativas que las personas con un diagnóstico en salud mental se enfrentan en su búsqueda de un empleo. Durante las últimas décadas, se han tratado de identificar estas barreras desde diferentes perspectivas (sociales, psicológicos y físicos), sin existir, actualmente, un único enfoque para clasificarlas. En general, se pueden diferenciar cinco grupos de desafíos (Vornholt et al., 2018):

1. Los referidos a la **autocompetencia / autoconfianza** (experiencias laborales previas negativas, baja productividad...).
2. Los **factores externos** (principalmente el prejuicio y creencias erróneas en relación con la salud mental, la incomprensión y desconocimiento, además de las políticas de empleo).
3. La **ansiedad / desmotivación** (miedo).
4. Los factores relacionados con la **salud** (efectos secundarios de la medicación, estrés).
5. El **ajuste laboral** (presión, falta de apoyo, horarios de trabajo inapropiados, organización no inclusiva, falta de comunicación entre solicitantes y empresas).

Hasta el momento, el estado del arte se ha centrado en mayor medida en la identificación de problemas, y en menor medida, en los factores que facilitan una correcta inserción laboral (Vornholt et al., 2018; Tse, 2004; Verdugo y Urríes).

Las principales barreras o factores de riesgo están relacionados con el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como en el contexto social (Vornholt et al., 2018). El estigma, el prejuicio y la discriminación siguen estando muy arraigados, e implican un conjunto de actitudes que afectan a la propia persona, a su familia y al entorno laboral (Vornholt et al., 2018; Lehman y Goldberg, 2002). Además, están muy presentes en las diferentes etapas del proceso de inserción laboral, encontrando actitudes discriminatorias ya desde el momento de solicitar un empleo. La persona con trastorno mental, a menudo, se encuentra con el dilema de si debe comunicar o no su diagnóstico. En el puesto de trabajo, son habituales las situaciones de distanciamiento social entre los compañeros, la desconfianza, dudas y pocas expectativas sobre sus capacidades de trabajo.

A lo largo de su historia laboral, las personas con un diagnóstico en salud mental padecen con frecuencia abandonos laborales, empleos de corta duración y largas etapas de bajas médicas o de desempleo, lo que merma su autoconfianza (Ballesteros et al, 2019; Marwaha y Johnson, 2005). Estas experiencias vitales y laborales previas, les pueden ocasionar desánimo y baja motivación para reincorporarse en el mundo laboral, siendo esta actitud negativa un factor determinante para su empleabilidad.

Gran parte de las personas con enfermedades mentales manifiestan su deseo de trabajar, y solamente una minoría afirma que no les interesa por el momento (Marwaha y Johnson, 2005). Aún queriendo trabajar, no participan activamente en la búsqueda de trabajo, delegando esta función en los servicios y el personal técnico de empleo, lo que sugiere que existe una brecha considerable entre la actitud expresada y el comportamiento real. Este desánimo viene ocasionado, en un gran número de casos, por las malas experiencias previas, o por los pocos apoyos recibidos para persistir en la búsqueda, o incluso en mantener el propio puesto de trabajo. Al respecto, el tiempo de evolución de la patología correlaciona positivamente con el desánimo laboral, por lo que es importante que la persona con problemas de salud mental retome su proyecto laboral y formativo cuanto antes (Ballesteros et al, 2019, Cueto et al., 2009).

Desde un plano político y empresarial, sigue sin reconocerse la valía de la persona con un diagnóstico en salud mental. No se están generando oportunidades de empleo dentro del tejido empresarial, resistiéndose a ser un mercado inclusivo y socialmente responsable. En la práctica, el empleo para las personas con discapacidad se delega a las empresas de empleo protegido (Rodríguez, Rodríguez y Hernández, 2001).

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

En definitiva, si no se aportan los apoyos y estructuras necesarias, puede ocurrir que estas personas no se reincorporen al mercado laboral, y encuentren dificultades de naturaleza personal y social. Se entra en una espiral en la que la falta de confianza en sí mismo y autoestigma frenan la búsqueda de empleo en el mercado ordinario de trabajo (Ritsher y Phelan, 2004, Badallo, García-Arias y Yélamos, 2013; Hombrados, García y Lopez, 2006). Estas necesidades y dificultades también persisten en relación con el mantenimiento del empleo, debido a los riesgos psicosociales y sus consecuencias, y a tener que lidiar con los prejuicios y estigmas dentro de la propia empresa.

En un estudio realizado en los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en la Comunidad de Madrid (Ballesteros et al., 2019), se evidencian las preferencias de los trabajadores con diagnóstico en salud mental por las medias jornadas (68%), y por desarrollar su trabajo en un Centro Especial de Empleo, en adelante CEE (63,4%). Esto se explica por el menor estrés que ocasiona trabajar menos horas y por poder compaginar este sueldo con otras fuentes de ingresos (pensiones o subsidios). En ocasiones, trabajar en un CEE responde al hecho de sentirse más protegido y comprendido, aunque el nivel salarial sea inferior al asociado a la misma actividad en un entorno ordinario de trabajo. El miedo a la pérdida de beneficios y prestaciones, y la falta de ayuda profesional adecuada, son dos barreras causantes del desempleo de larga duración (Marwaha y Johnson 2004).

### ***2.1.2. Prestaciones económicas. Incapacidades laborales***

Según el informe del INE, en el año 2019 en España, de cada 100 personas en edad laboral, 12 percibieron una prestación<sup>9</sup>. En el caso específico de las personas con discapacidad, el sistema público de prestaciones benefició al 68,1% (1.277.600). De ellas, el 20,4% (260.300 personas) eran personas activas (INE, 2020).

Este tipo de coberturas es considerado como uno de los logros del régimen del bienestar y suponen una importante herramienta de apoyo para la situación de discapacidad. Pero, al mismo tiempo, pueden constituir una salida anticipada del mercado de trabajo (Cueto et al., 2009). En este sentido, el gasto correspondiente a las prestaciones por discapacidad se

---

<sup>9</sup> Las Prestaciones Sociales Públicas son pensiones y subsidios abonados con cargo a recursos de carácter público cuya finalidad es cubrir situaciones de incapacidad, jubilación, muerte y supervivencia, protección familiar, desempleo para personas mayores de 52 años y otras mejoras estatutarias y prestaciones complementarias.

correlaciona negativamente con la participación laboral de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia (INE, 2019). Debido a que los datos no son concluyentes, son necesarios nuevos estudios para determinar con más precisión la influencia de dichas prestaciones sobre la voluntad de las personas para reincorporarse al mercado laboral. Cabe afirmar que no es el hecho de percibir la prestación en sí, sino la pérdida o el temor a la pérdida de este derecho lo que constituye una barrera de acceso al empleo (McQuilken et al., 2003; Rinaldi y Hill, 2000; Noble, 2998). Esta situación no ocurre, sin embargo, en aquellos países donde se permite el cobro de la prestación a pesar de percibir ingresos económicos derivados de un empleo (WHO, 2007).

Erróneamente, se podría interpretar este hecho como un hipotético conformismo relacionado con la garantía y estabilidad económica, por lo que una persona no vería necesaria la búsqueda de otras fuentes de ingresos. Pero esta interpretación daría todo el peso a una decisión personal, sin considerar la responsabilidad política y social inherente a la dificultad del acceso y mantenimiento de un empleo por parte de las personas con un diagnóstico en salud mental.

En el año 2019, en España el 65,7% de las personas con trastorno mental eran perceptoras de una prestación económica, tal que el 72,2% de las prestaciones eran debidas a una incapacidad laboral (INE, 2020). La mayor parte de las incapacidades laborales permanentes por motivos de salud mental reciben el reconocimiento del grado de “absoluta” (Artículo 194.2 del RDL 8/2015)<sup>10</sup>.

La reincorporación laboral de una persona que ha generado el derecho a percibir una prestación contributiva y a la que se le reconoce una incapacidad laboral permanente, especialmente en el grado de “absoluta” es especialmente problemática. El hecho de retomar la actividad laboral puede ocasionar revisión en el grado de incapacidad, y por tanto, de la base de cotización y la cuantía de la prestación de la que ha generado derecho. Esto lleva consigo un proceso de trabas burocráticas y la pérdida de un poder adquisitivo adquirido anteriormente, con el consiguiente posible rechazo de la persona a retomar su vida laboral y optar por el sistema de prestaciones. A pesar de ser una persona capacitada, valora como un riesgo

---

<sup>10</sup> Según el capítulo XI del RDL 8/2015, en su artículo 194.2, la calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca. A efectos de la determinación del grado de incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquélla estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

innecesario el renunciar a una cobertura económica, por un empleo que no sabe si podrá mantener sin los apoyos adecuados.

### ***2.1.3. Los servicios de apoyo al empleo***

Los servicios y programas de empleo a los que tienen acceso las personas que buscan trabajo son fundamentales para facilitar el éxito en la inclusión laboral y mantenimiento del empleo. Se requiere de un estudio exhaustivo previo de las políticas, programas y modelos de intervención exitosas, fundamentando así las acciones a implementar y evitando la generación de recursos ineficaces.

En las diferentes comunidades autónomas se han implementado servicios destinados a la mejora del acceso al empleo dentro del ámbito de salud mental. Pero son pocas las que tienen centros específicos en materia de empleo y salud mental<sup>11</sup>. En su lugar, tienen una amplia red de servicios y entidades, desde los propios servicios públicos de empleo (SEPE, LABORA, etc.), entidades locales (servicios sociales municipales y agencias de empleo y desarrollo local), entidades del tercer sector (asociaciones, fundaciones, etc.) y agencias de colocación, así como las empresas donde se puede acceder a empleo protegido (Centros Especiales de Empleo y empresas de inserción).

La carencia de un sistema integrado que coordine las diferentes iniciativas recursos y entidades puede llevar a una atención dispersa de la persona y su itinerario de desarrollo laboral. En consecuencia, no es de extrañar que se genere una duplicidad de acciones y recursos (económicos y técnicos), mermando la eficiencia y la eficacia de las acciones de promoción del empleo que se implementan.

En la Comunitat Valenciana se ha publicado la Estrategia Valenciana de Apoyo Social para la Recuperación e Inclusión Social de las Personas con Trastorno Mental Grave 2018-2022 (GVA 2017), cuyo objetivo fundamental es la consolidación de una red de apoyo orientada a la recuperación e inclusión de estas personas. En este documento se propone la redefinición de la red de recursos, otorgándole un mayor peso a la inserción laboral. Se propone la incorporación a Centros de Rehabilitación Social (CRIS), de la función de a Orientación

---

<sup>11</sup> Cabe mencionar, como centro específico, los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid, dado que son recursos concretos de ayuda a la integración laboral en el ámbito del TMG. Regulados en el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados.

Laboral (CRISOL) con sus correspondientes programas de intervención. Además, también se reorganiza de la red de salud mental, promoviendo el trabajo sociosanitario e intersectorial, mediante el desarrollo de comisiones de trabajo que faciliten la coordinación entre los ámbitos de justicia, educación, empleo, igualdad y servicios sociales.

En este contexto, en marzo de 2017 se inician las primeras acciones entre el Servicio Valenciano de Empleo y Formación y la Oficina Autonómica de Salud Mental (OASM). Se acuerda un mapa de coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM) y los servicios públicos, de modo que todas las USM tengan un Servicio Público de Empleo de referencia (LABORA), y viceversa. La finalidad principal es realizar las derivaciones y acompañamientos a la persona en búsqueda de empleo de manera conjunta y coordinada. Desde el 2017 y hasta la actualidad, ha habido diferentes experiencias con resultados de éxito en distintos territorios, en las que ha primado la atención a la persona de una manera coordinada entre LABORA, las USM y los centros dentro de la red de atención específica.

De estas líneas podemos concluir que conseguir y mantener un empleo se considera una condición prioritaria y fundamental para el proceso de recuperación de las personas y así lo empiezan a reconocer las políticas públicas.

#### ***2.1.4. Modelos de intervención en el apoyo a la búsqueda de empleo***

La generación de un sistema de atención coordinado entre entidades de empleo y de atención en salud mental ha de verse acompañado de la implementación de programas específicos (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020). Especial relevancia tiene la consideración del modelo de intervención desde el cual se van a fundamentar estos programas, ya que definirán el éxito o no, de la inserción laboral. Se trata de considerar de igual manera qué hacemos y cómo lo hacemos.

Si bien se han producido avances en la atención a las personas con problemas de salud mental, especialmente con la transformación de un modelo asistencial principalmente hospitalario a un modelo de intervención comunitario, en muchos casos, los programas de empleo no se centran necesariamente en la inserción laboral real de la persona, sino que constituyen una parte del tratamiento y del proceso de recuperación.

Estos servicios suelen implementar un *modelo vocacional tradicional*, y recurren extensivamente a las experiencias previas al empleo, a amplias evaluaciones (y al desarrollo de habilidades de entrenamiento, talleres prelaborales y ocupacionales, dejando al margen el apoyo continuado una vez la persona se incorpora al mercado laboral (Rodríguez et al., 2001;



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Con este modelo de intervención, la persona pasa un largo periodo de formación y preparación previo, siendo el personal técnico que le atiende quien tiene un papel más activo, orientándole hacia las formaciones y los recursos pertinentes. De este modo, se prioriza la oferta formativa más que la preferencia y la motivación real de la persona. No se ha evidenciado la efectividad plena de este modelo ya que tiende a un aprendizaje repetitivo y no se garantiza la incorporación inmediata a un empleo, sea protegido u ordinario (Pulido, et al. 2011).

En contraposición, el modelo de *Empleo Con Apoyo (ECA)*, ha demostrado unos resultados positivos en la consecución de un empleo. Con este modelo, la búsqueda de trabajo se fundamenta en las necesidades específicas de cada individuo y también en sus deseos y aspiraciones laborales. Promueve de una forma inmediata la inserción laboral de las personas, para posteriormente facilitarles los apoyos necesarios una vez conseguido el puesto de trabajo (Verdugo y Urríes, 2003). Se pone en valor, por un lado, los intereses de las personas, que adopta un papel activo en su proceso de inserción. Además, se considera a la empresa como un entorno más de intervención. No obstante, no se dispone de la misma evidencia en la relación de este programa con el mantenimiento del trabajo (Lehman y Goldberg, 2002), ya que el seguimiento presenta un tiempo limitado<sup>12</sup>.

Una variante y evolución del *ECA*, es el modelo de *Apoyo y Ubicación Individual (IPS, Individual Placement and Support Crowther et al., 2001)*. La principal diferencia entre ambos modelos es que el seguimiento en el puesto de trabajo no tiene un límite temporal, realizándose los apoyos con mayor o menor intensidad según las necesidades de cada momento, y durante toda la vida laboral de la persona. Esta característica hace de este modelo el idóneo dentro de la intervención en el ámbito de la salud mental.

Son numerosos los ensayos y revisiones que demuestran la eficacia de este modelo IPS frente a otras estrategias de búsqueda de empleo en personas con un diagnóstico en salud mental. Por un lado, encontrar trabajo se considera como una meta potencialmente más alcanzable (Crowther et al., 2001) y por otro, es significativamente más eficaz que los programas basados en el entrenamiento vocacional y prelaboral, con los que se presentan mayores índices de abandono y de ingresos hospitalarios durante el proceso (Rodríguez et al., 2018). La mayor parte de esta evidencia proviene de los Estados Unidos, donde este tipo de

---

<sup>12</sup> Un máximo establecido de 24 meses, con posibilidad de una prórroga de 6 meses más, siempre y cuando se detecten situaciones de especial dificultad que exijan necesidades específicas de apoyo

intervención fue desarrollada e implementada por primera vez (Incorpora, 2017) con buenos resultados (Crowther et al., 2001, Martí, J. 2017).

En el caso particular de España los servicios de empleo siguen utilizando metodologías generalmente bastante alejadas de los estándares IPS y más próximas a un entrenamiento vocacional. A pesar de que el personal técnico responsable de los programas de empleo está cada vez más familiarizado con esta metodología, su implementación ha de salvar una serie de obstáculos (Fioritti et al., 2014):

- El sistema inadecuado de financiación de los programas. La mayoría de las licitaciones anuales se refieren a todo tipo de discapacidades, sin apenas oportunidades financieras específicas para programas de salud mental, además de tener un tiempo limitado de implementación.
- La competencia por conseguir recursos económicos para la continuidad. En gran parte se basan en la consecución de objetivos numéricos de asistencia y no de calidad de los resultados o continuidad de los mismos.
- La no existencia de la imprescindible red de empresas generadoras de empleo dispuestas a contratar a personas con un diagnóstico en salud mental.

A esto se suma que, para poder acceder a la mayoría de los programas de apoyo al empleo, la persona ha de tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Este requisito se concibe como discriminante en el caso de las personas con un diagnóstico en salud mental, ya que este reconocimiento de grado de discapacidad no se alcanza en todos los casos, y refuerza el mantenimiento del estigma.

### ***2.1.5. El empleo protegido. Centros Especiales de Empleo***

La integración en contextos normalizados se contempla como la mejor opción para conseguir la integración laboral y social plena. El empleo protegido debería limitarse exclusivamente para aquellas personas en las que existe un mayor grado de discapacidad y la opción de acceso al empleo normalizado no es viable (Rodríguez, Rodríguez y García, 2004). Aun así, en España, el empleo protegido es el mecanismo mayoritario de inserción para las personas con una discapacidad psicosocial, lejos todavía del avance hacia un modelo de inclusión en el mercado de trabajo ordinario.

Dentro de lo que conocemos como empleo protegido, gran peso de la contratación a personas con discapacidad se realiza desde los Centros Especiales de Empleo (CEE). Estos

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

centros requieren de un análisis y revisión, especialmente en lo que se refiere a su conceptualización, objetivos y funcionamiento.

Los CEE son empresas que realizan una actividad productiva y que deberían competir en el mercado ordinario de la misma manera que el resto de las empresas. Requisitos administrativos aparte (calificación e inscripción en el registro y presentación de memoria anual<sup>13</sup>), dos características distinguen a los CEE de una empresa del mercado ordinario: la composición de la plantilla (un mínimo del 70% ha de estar constituida por personas con discapacidad) y los servicios de ajuste personal y social (a través de las unidades de apoyo).

Desde las unidades de apoyo, se realizan los servicios de ajuste personal y social, materializados en programas de itinerarios de inserción y actividades para dar soporte en el puesto trabajo. Estas acciones deberían realizarse de manera individual y personalizada para cada trabajador/a, a través de equipos multidisciplinares, facilitando el paso del empleo protegido al mercado de trabajo ordinario. En la actualidad, el cumplimiento de estas medidas de ajuste dentro de los CEE está siendo muy cuestionado, diluyéndose el objetivo de ser un mecanismo de acceso a la empresa normalizada. En cambio, los datos (por ejemplo, como el número de contratos, o la cantidad de dinero público dirigido a subvencionar las contrataciones en empresa protegida o en empresa ordinaria) indican que se sigue priorizando el mantenimiento dentro del empleo protegido de las personas con discapacidad, incluidas aquellas con plenas capacidades laborales (Moratalla, 2016).

En la norma actual ([R.D.1451/83](#)) se establece una distinción ente la bonificación y subvención a percibir en un CEE por contratación a personas con especiales dificultades de inserción, en las que se incluyen las personas con discapacidad psicosocial. No se regula un porcentaje mínimo de contratación en casos con especiales dificultades. A pesar de tratarse de empresas de empleo protegido, se siguen contratando a personas con capacidades para insertarse en el mercado ordinario, en detrimento de la contratación a personas consideradas de difícil inserción. Esta situación es incluso más significativa en los CEE generados por entidades con ánimo de lucro.

En la literatura encontrada en referencia a los CEE (Moratalla, 2016; García, 2019), es relevante la naturaleza de estos. Así, aunque se engloben dentro del ámbito de la economía social, estos centros tienen diferentes realidades, intereses y objetivos en base a esta naturaleza. En este sentido, distinguimos a los Centros Especiales de Empleo de Iniciativa Social (en

---

<sup>13</sup> Según los artículos 7 y 13 del reglamento RD 2273/1985

adelante, CEEIS), públicos o privados, sin ánimo de lucro y promovidos por entidades sociales y del tercer sector, de los CEE promovidos por empresas (por lo general con ánimo de lucro). Los primeros agrupan cerca del 51% de los CEE, y prácticamente insertan al 60% de las personas con discapacidad que trabajan en empleo protegido.

En el caso de los CEE promovidos por el sector empresarial y con ánimo de lucro, las empresas constituyen sus propios CEE con la misma actividad principal de la empresa promotora (principalmente a través de fundaciones privadas vinculadas a sus grupos mercantiles). De este modo, se consigue obtener mano de obra más barata, subvenciones, salarios bajos y sin prestar los servicios de ajuste obligatorios. Los CEE se convierten en competencia desleal dentro del sector en el que se enmarquen y ponen en tela de juicio su labor (objetivo por el que fueron creados). Representan una medida de excepción a la cuota de contratación del 2%, y no una vía real de acceso al mercado ordinario.

Respecto a los CEEIS, también puede ser competitivos como empresa, ayudando así a la generación de una imagen positiva de las personas con discapacidad dentro del mercado laboral. No obstante, gran parte de estas entidades priorizan su labor social, contribuyendo justamente a afianzar esta imagen de que el empleo protegido es la única vía de inserción para las personas con dificultades (García, 2019). En definitiva, pueden acabar convirtiéndose en una barrera para acceder a un empleo normalizado.

### ***2.1.6. El acceso al empleo ordinario***

Entre las políticas destinadas a fomentar la actividad laboral de las personas con discapacidad, destacan las que favorecen su inserción en el empleo ordinario, traducidas principalmente en reducciones y bonificaciones en las cuotas de cotización a la Seguridad Social.

En relación con el empleo y discapacidad en el año 2019, el 26,7% de las personas con discapacidad ocupadas que cotizaron a la Seguridad Social en España tiene algún tipo de reducción o bonificación en las cotizaciones. Esta media se redujo en el caso de las personas con discapacidad psicosocial hasta el 14,9% (INE, 2020).

El porcentaje total de personas asalariadas con discapacidad respecto al total de asalariadas en las empresas ordinarias del sector privado es del 1,9%. El número de contratos de personas con trastorno mental grave en empresas ordinarias sigue siendo muy bajo (INE, 2020).

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Las políticas basadas en incentivos por contratación directamente a las empresas son más rentables que aquellas basadas en un sistema de protección (Rodríguez, 2015).

A pesar de que este sistema de cuotas a priori se presenta como efectivo, la tasa de empleo de las personas con discapacidad sigue siendo considerablemente menor en comparación con la tasa de empleo de las personas sin discapacidad reconocida. Por lo tanto, se han de considerar otras medidas que impliquen el contacto del tejido empresarial con las entidades especializadas en la atención a la salud mental. Los empleadores valoran estar informados sobre cómo influye la discapacidad en el desempeño de la persona trabajadora (Tse, 2004), y cómo tener una buena comunicación estable con las agencias de empleo o el personal experto en caso de que surja una necesidad en el lugar de trabajo (Kayne, Jans y Jones, 2011).

Un sistema de bonificaciones también tiene el contrapunto de la obligatoriedad y perpetúa la imagen de contratación por la condición de persona con un certificado de discapacidad, y no por sus capacidades laborales. Para la persona con discapacidad psicosocial este sistema de cuotas puede brindar la oportunidad de conseguir un empleo, aumentando al mismo tiempo, su autoestigma, empeorando su autoestima y perpetuando su rol de persona que ha sido contratada por un requisito legal y no por su capacidad para un empleo. Durante su vinculación laboral, se puede sentir obligado a manifestar una condición de discapacidad a la empresa.

En un estudio realizado en Cataluña se recogen los siguientes datos (Obertament, 2016):

- Un 48,5% de las personas con problemas de salud mental ha ocultado su diagnóstico en el trabajo para evitar un trato discriminatorio.
- El 19,5% de las personas con trastorno mental ha sufrido burlas o escarnio en el trabajo, el 16,9% ha sufrido aislamiento por el hecho de tener un problema de salud mental, y el 14,8% se ha sentido controlado o sobreprotegido.

Sin duda, en el contexto laboral, la discriminación y estigma por razones de salud mental es una barrera importante en el proceso de búsqueda de trabajo, en el momento de la entrevista y en el desarrollo laboral una vez dentro del propio entorno laboral. El tener reconocida una discapacidad sigue estando asociado a empleos de poca exigencia, a baja productividad y a altos costes económicos y de tiempo en la adaptación al puesto. Una visión negativa que en el caso de la salud mental suma otras falsas creencias, como las vinculadas a la agresividad, ansiedad, baja motivación, flexibilidad y adaptabilidad, así como al elevado absentismo laboral, entre otras (Corrigan et al. 2002, 2003).

No se debe olvidar la importancia de que las entidades de atención a personas con enfermedad mental continúen trabajando con el tejido empresarial. Es crucial mantener un equilibrio entre la rentabilidad económica y la creación de empleo estable de calidad (Lopez, Alvarez y Liviana, 1998) que favorezca la generación de entornos laborales saludables. Esto supone una perspectiva de intervención comunitaria que entiende a las empresas como entornos de intervención, y no solo de uso (Vaquero et al., 2019).

Históricamente ha habido una clara evolución en las políticas y en la intervención en materia de empleo desde las distintas administraciones y entidades sociales. Pero con los datos y problemáticas aún existentes, es evidente que se necesita seguir avanzando en la mejora de la inclusión laboral en el ámbito de la salud mental. Esta labor no puede, ni debe, recaer únicamente en el sector social, sino que es necesaria la colaboración de todos los agentes implicados en este proceso (incluyendo al sector empresarial), partiendo de principios comunes de igualdad y no discriminación. El objetivo del presente trabajo es analizar estas cuestiones, siguiendo una metodología cualitativa, que prioricen tres temáticas principales:

- Las Incapacidades Laborales.
- Los Centros Especiales de Empleo.
- Los Itinerarios de Inserción en la red de Salud Mental de la Comunidad Valenciana.

## 2.2. MÉTODO

Con este fin se diseñaron e implementaron tres mesas de expertos relativas a tres temas: la incapacidad laboral permanente, los itinerarios de inserción laboral en la red de salud mental y los centros especiales de empleo.

Con la organización de estas mesas de empleo, se pretendió realizar una revisión de los diferentes factores que se relacionan con la escasa empleabilidad de las personas con problemas de salud mental, tratando de analizar rigurosamente la normativa, entidades (públicas y privadas) implicadas en el proceso de inserción laboral, así como sus programas y acciones de fomento del empleo. Interesaba identificar las principales problemáticas, con el fin de realizar propuestas de mejora del sistema actual. El contenido de las mesas de empleo se estructuró en base en aquellas necesidades detectadas, la mayoría expuestas en este documento, y que se determinan como específicas para la mejora de la empleabilidad en el ámbito de la salud mental. Con el objetivo de conseguir optimizar y homogeneizar los criterios de toma de decisiones en los grupos de trabajo se diseñó la metodología descrita a continuación.

Para conseguir optimizar y homogeneizar los criterios de toma de decisiones en los grupos de trabajo se ha seleccionado una adaptación del método Delphi estableciendo marcos estructurados (Evidence to Decision) con una fase de consenso (al modo RAND/UCLA). El método Delphi es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada. Esta técnica, de carácter cualitativo, es recomendable cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario, como en la presente investigación, recoger opiniones consensuadas y representativas de un colectivo de individuos (Reguant-Alvarez y Torrado-Fonseca, 2015). El método de consenso RAND/UCLA es un método útil para evaluar contextos en la práctica clínica (Arango, 2015) y establecer recomendaciones. Se entiende como recomendación cualquier afirmación en el ámbito sanitario asistencial que responde a un nivel de evidencia conocido, es decir, validada por expertos, en ese ámbito del conocimiento, a partir de su experiencia empírica y a través de un proceso formal de consenso (Arango, 2015). Para la elaboración de las recomendaciones de este estudio se siguió como referencia metodológica el resultado de los grupos de expertos que siguieron la metodología Delphi para su constitución.

La metodología empleada para crear dichos marcos consistió en la integración de la visión de los diferentes agentes implicados en la toma de decisiones en materia de empleo y salud mental con la finalidad de:

- Facilitar la adaptación de recomendaciones y decisiones a contextos específicos.
- Informar sobre los pros y contras de las opciones o intervenciones consideradas.
- Garantizar la inclusión de todos los criterios más relevantes para la toma de decisiones.
- Elaborar una síntesis de la evidencia disponible para informar sobre los juicios en cada criterio o factor considerado.
- Ayudar a estructurar la discusión e identificar potenciales áreas de desacuerdo, de forma que el proceso y la base de las decisiones pueda ser lo más estructurada y transparente posible.

Algunas **ventajas** de la utilización de este método son (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016):

- Se obtiene información sobre temas muy amplios y también muy específicos.
- Permite la participación de un gran número de personas sin que sea complicado su funcionamiento.
- Es flexible a la hora de captar la diversidad de opiniones (anónimas y confidenciales).
- Se logra un consenso con un alto grado de confiabilidad.
- Evita el protagonismo de uno o más expertos, ya que se garantiza la participación por igual de todos ellos.
- Flujo de información (involucrando a los expertos con el problema).
- Permite obtener la formación de un criterio con un alto nivel de objetividad.
- En cuanto a los **inconvenientes**, algunos de ellos son:
- Elevado coste y tiempo de ejecución hasta que se obtienen los resultados finales.
- Una parte crítica de este método suelen ser las preguntas del cuestionario (si los cuestionarios presentan problemas, se llegarán a malas conclusiones).
- Correcta elección de los participantes, ya que hay que tener en cuenta que se requiere de expertos con disponibilidad y canales de comunicación adecuados para asegurar el flujo de información.
- Elevado número de deserciones por parte de los participantes debido al tiempo que se invierte en su desarrollo.



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Aunque si que se pudo garantizar el clima abierto y no directivo, las características del grupo no resultaron ser homogéneas dado que el interés subyacente consistía en crear un contexto comunicacional que pusiera encima de la mesa diferentes actores (decisores públicos, profesionales y usuarios de los servicios). Por esto se seleccionó un método que permitiera cierta flexibilidad (Krueger, 1991) y un grupo heterogeneo (teniendo en cuenta que esto podría ser un factor de riesgo para establecer relaciones excluyentes). Destacar que dado que, por criterios operativos, el grupo tenía una agenda cerrada y los participantes de cada grupo solo participaban en una de las mesas, no se ha tenido en cuenta el criterio de saturación del grupo. Aunque si que se tuvieron en cuenta el número de asistentes y la duración (Ibañez, 1986).

El papel del moderador fue el de facilitador y conductor de las cuestiones previamente pensadas asegurándose que se habían abordado todas ellas, y que todos los participantes habían aportado su punto de vista.

La selección de candidatos quedo como se describe en la tabla 2.1.

**Tabla 2.1. Descripción de candidatos por rol**

<b>Rol</b>	<b>Edad (media)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Nivel económico</b>	<b>Número</b>
<i>Decisor público</i>	47,3	5 mujeres 2 hombres	Medio-alto	7
<i>Abogado laboralista</i>	38,2	2 hombres 1 mujer	Medio-alto	3
<i>Usuario</i>	29,9	4 hombres	Bajo	4
<i>Técnicos asistenciales</i>	34,8	4 mujeres 2 hombres	Medio-bajo	6
<i>Médico valoración</i>	57,3	2 hombres	Medio-alto	2

**Fuente:** *Elaboración propia.*

Además, desde el punto de vista de los participantes los marcos de decisión son una herramienta para facilitar el empleo de la información utilizada de una manera estructurada y transparente, para así ayudar a decidir si las recomendaciones emitidas por el panel pueden implementarse en un contexto determinado. Además, se pretende que tanto la información generada para preparar el contenido de las mesas como el resultado de las mismas tenga un componente performativo en dos sentidos: El primero derivado del hecho de que decisores públicos y profesionales del sector se sentaran juntos a abordar la problemática del empleo. Y el segundo, que de la información derivada del trabajo se pueda extraer un documento técnico a modo de resumen de la información legal revisada en materia de empleo y trastorno mental grave.

### **2.2.1 Procedimiento**

El procedimiento se dividió en tres fases. En la primera fase, el equipo de investigación hizo una revisión normativa y bibliográfica del contenido de la mesa para estructurarlo en marcos de decisión. Esta primera fase tenía como objetivos: confeccionar el listado inicial de expertos participantes, confeccionar el marco normativo de cada una de las mesas, así como estructurarlas, y, por último, planificar la recogida de información y la moderación de las mesas. Cada uno de los candidatos fue seleccionado en función de su curriculum y ámbito de trabajo para participar en al menos una de las mesas (ver tabla 1.3). En las invitaciones a participar incluimos la siguiente información:

#### ***¿Qué objetivo tiene esta mesa de personas expertas?***

El objetivo principal en el que se basan estas mesas es el de revisar los diferentes campos/dominios clave que influyen a una persona con un problema de salud mental de cara a su empleabilidad, realizando propuestas que faciliten la reincorporación laboral de las personas en el ámbito de la salud mental.

#### ***¿Qué se propone en esta mesa de personas expertas?***

Se pretende facilitar un espacio de reflexión entre los diferentes perfiles profesionales implicados en el procedimiento de valoración y revisión, así como los decisores públicos que toman decisiones para fomentar y legislar sobre la empleabilidad de las personas con enfermedad mental.

#### ***¿Qué objetivo tiene esta mesa de personas expertas?***

Establecer un itinerario de inserción que incluya todos los recursos puestos a disposición pública en el proceso de búsqueda de empleo de una persona con enfermedad mental, desde su derivación en una unidad de salud mental hasta su incorporación en el mundo laboral.

#### ***¿Qué se propone en esta mesa de personas expertas?***

- Revisar las acciones relativas a la búsqueda de empleo llevadas a cabo por las entidades y recursos a los que son derivadas las personas en búsqueda de empleo.
- Analizar el proceso de derivación a entidades que realicen acciones de empleo y la coordinación entre estas entidades dentro del itinerario de la persona.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- Elaborar propuestas relacionadas con la mejora de la coordinación entre entidades implicadas, generando un modelo de itinerario de inserción que simplifique el proceso de búsqueda de empleo.
- Determinar elementos específicos en el ámbito de salud mental diferenciadores de otro tipo de realidades.

La segunda fase consistía en la realización de las tres mesas con los expertos y la recogida de información. La tercera fase tenía por objeto la compilación de las principales conclusiones y recomendaciones de cada una de las mesas para que todos los participantes las evaluaran según su grado de idoneidad y adecuación en una puntuación del 1 al 10.

Para el desarrollo de las mesas desde el Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial de Valencia, se convocó a los expertos a través de las direcciones generales de la Consejería de Sanidad y la Consejería de Igualdad y Políticas Inclusivas. Por ello, parte de la documentación revisada tiene que ver con la legislación autonómica de la Comunidad Valenciana. Siendo el ámbito de decisión de los decisores públicos que participaron exclusivamente autonómico. A continuación, se detalla la elaboración metodológica de cada una de las mesas. Por un lado, el resultado de la revisión de la literatura normativa al respecto y por otro lado la estructura final de la mesa que se llevo a cabo con los objetivos generales y específicos.

**Tabla 2.2. Resumen de mesas de expertos**

<b>Mesa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Cronología</b>
<b>1. Incapacidad laboral permanente</b>	Revisar el proceso por el cual se reconoce y se revisa el grado de incapacidad laboral permanente, especialmente en los grados de total y absoluta, realizando propuestas que faciliten la reincorporación laboral de las personas en el ámbito de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogado laboralista especialista en discapacidad.</li> <li>• Médico valorador especialista en medicina laboral.</li> <li>• Subdirectora Provincial de Incapacidad Permanente del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Valencia.</li> <li>• Jefa de la Unidad Médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Valencia.</li> <li>• Abogada laboralista especialista en salud mental.</li> <li>• Usuario servicio de salud mental.</li> </ul>	Julio 2018 Diciembre 2018
<b>2. Itinerarios de Inserción laboral en la red de salud mental Valenciana</b>	Establecer una propuesta de itinerario de inserción que incluya a todos los recursos implicados en el proceso de búsqueda de empleo de una persona, desde su derivación en una unidad de salud mental hasta su incorporación en un empleo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo. Técnico de Empleo con apoyo de la red de atención a personas con problemas de salud mental.</li> <li>• Técnica de Orientación Laboral en LABORA, Servei Valencià d'Ocupació i Formació.</li> <li>• Técnica de Inserción Sociolaboral en Centro de Rehabilitación.</li> <li>• Terapeuta Ocupacional en Centro de rehabilitación.</li> <li>• Psicóloga organizacional. Directora Técnica en centro de Inserción Sociolaboral.</li> <li>• Coordinadora Área de Empleo y Formación en la Fundación Valencia Activa del Pacto por el Empleo de la ciudad de Valencia.</li> <li>• Médico-Psiquiatra. Coordinador de la Oficina Autonómica de Salud Mental. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).</li> </ul>	Enero 2019 Marzo 2019
<b>3. Centros Especiales de Empleo</b>	Revisar el proceso por el cual los centros especiales de empleo son una vía de empleabilidad y de inserción en el empleo ordinario, realizando propuestas que faciliten la incorporación laboral de las personas con un diagnóstico en salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogado Laboralista especialista en Discapacidad.</li> <li>• Trabajador en Centro Especial de Empleo.</li> <li>• Usuario en Centro de Inserción Sociolaboral</li> <li>• Jefa de Sección de Gestión de Proyectos de Empleo de la Sudirección General de Empleo LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació.</li> <li>• Director Territorial de la Inspección de Trabajo Comunitat Valenciana.</li> <li>• Presidente de la Agrupación Empresarial Valenciana de Centros Especiales de Empleo (AGEVALCEE)</li> <li>• Jefa de Servicio de Igualdad de Oportunidades para la Ocupación de la Subdirección General de Empleo LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació.</li> <li>• Directora Àrea Técnica de Empleo Fundación Manantial.</li> </ul>	Abril 2019- Julio 2019
<b>Valoración final</b>	Puntuar las recomendaciones.	Todos los participantes.	Febrero 2020

## **2.2.2. Medidas: descripción de la preparación de las mesas**

### **2.2.2.1 Mesa de personas expertas 1: Incapacidad laboral permanente**

#### **2.2.2.1.1. Revisión Normativa<sup>14</sup>**

Con el objetivo de elaborar el guión de preguntas y establecer los marcos de decisión, previamente a la ejecución de la mesa, el equipo de investigación preparó la siguiente información:

#### ***¿Qué es una incapacidad permanente?***

En el actual Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante TRLGSS-2015), se define en el art. 193 la Incapacidad Permanente como: *“la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.”*

#### ***¿De quién depende la valoración de la incapacidad permanente?***

En el RDL 8/2015, artículo 200.1, se determina que corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, declarar la situación de incapacidad permanente a los efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas a que se refiere este capítulo. Las valoraciones para el reconocimiento de la incapacidad permanente dependen del equipo de valoración de incapacidades (EVI), responsable de formular el dictamen-propuesta. Los directores provinciales del INSS dictarán la resolución expresa, declarando el grado de incapacidad, la cuantía de la prestación económica y el plazo a partir del cual se puede instar la revisión de la incapacidad por agravación o mejoría.

#### ***¿En qué se basa esta valoración?***

El EVI formula el dictamen teniendo en cuenta el informe médico de síntesis elaborado por los facultativos de la dirección provincial del INSS y el informe de antecedentes profesionales.

---

<sup>14</sup> Un objetivo añadido de esta revisión era poder clarificar a los técnicos del sector de la salud mental, el marco normativo en el que se estaban moviendo. Esto se detectó como una necesidad en la ejecución de las mesas y fue una petición expresa de la Consellería de Sanidad.

El dictamen-propuesta es un documento en el cual se incluye, a modo de resumen, toda la documentación generada en la solicitud de la incapacidad, la documentación aportada por la persona a valorar que venga de otros expertos que no sean del propio tribunal y los resultados de las pruebas que se hayan realizado en el caso de que existan, así como información sobre las actividades profesionales previas del solicitante.

Además de la documentación, el objetivo y la parte más importante del dictamen-propuesta es la resolución de los médicos del tribunal, basada en la documentación presentada, las pruebas realizadas y el estado del solicitante. También incluye la posibilidad de enviar un expediente de incapacidad a revisión.

### ***¿Qué documentación se solicita para la instrucción de la solicitud de incapacidad permanente?***

En la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, en sus artículos 7 y 8 se determinan los documentos requeridos en la instrucción del procedimiento, que incluyen: historial clínico del servicio público de salud, dictamen-propuesta del EVI, informe de cotización y otras pruebas e informes en el caso que así lo requiera la dirección provincial.

En el artículo 9 se determina que, simultáneamente, los servicios de la Dirección Provincial del INSS elaborarán un informe de los antecedentes profesionales que permita conocer la profesión desempeñada en el momento en que se efectúa la evaluación, así como la formación y aptitudes del interesado que determinen su capacidad residual, una vez conocidas las limitaciones anatómicas o funcionales que padezca la persona afiliada.

Para confeccionar este informe de los antecedentes profesionales podrán utilizarse, además de las manifestaciones de la propia persona interesada y de las informaciones que constan en los ficheros de la administración actuante y en el Servicio Público de Empleo Estatal, las que puedan aportarse por parte de la/s empresa/s donde haya prestado sus servicios la persona a valorar, previo requerimiento de información formulado a tal efecto. De igual forma, se acompañarán al expediente los informes de alta y cotización que condicionen el acceso a la correspondiente prestación.

### ***¿Qué grados definen la incapacidad permanente?***

La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los siguientes grados:

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- a) Incapacidad permanente **parcial** para la profesión habitual.
- b) Incapacidad permanente **total** para la profesión habitual.
- c) Incapacidad permanente **absoluta** para todo trabajo.
- d) **Gran invalidez**

Según el art. 194.4, Incapacidad Permanente Total (en adelante, IPT) se refiere a *“la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta”*.

En el artículo 194.5 se define como Incapacidad Permanente Absoluta (en adelante, IPA) para todo trabajo, *“la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio”*.

***¿Cómo se define la prestación reconocida por una incapacidad laboral permanente?***

Es una prestación económica que trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre un trabajador cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral.

***¿Es compatible percibir la prestación por incapacidad permanente absoluta con el trabajo?***

En el RDL 8/2015, artículo 198.2 de compatibilidades, se especifica que *“las pensiones vitalicias en caso de incapacidad permanente absoluta o de gran invalidez no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del incapacitado y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión”*. Este amplio margen de compatibilidad se mantiene desde la orden inicial de abril de 1969.

***¿Cómo se aplica este procedimiento de revisión?***

En el caso de pensionistas de IPA/GI que inician una actividad laboral y causen alta en cualquier régimen del sistema de la Seguridad Social, se iniciará el procedimiento de revisión establecido en el Real Decreto 1071/1984, de 23 de mayo a efectos de comprobar si ha habido o no una alteración en el cuadro patológico inicial que pueda ser determinante de la revisión del grado reconocido inicialmente.

### **Normativa revisada**

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 261, 31 de octubre de 2015. 8-255. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11724-consolidado.pdf>

Orden de 18 de enero de 1996, para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de seguridad social. *Boletín Oficial del Estado*, 23, de 26 de enero de 1999, 2532-2538. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1644>

Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas. *Boletín Oficial del Estado*, 312, de 30 de diciembre de 1966, 16476-16483. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-21116>

Decreto 1646/1972, de 23 de junio, para la aplicación de la Ley 24/1972, de 21 de Junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 154, de 28 de junio 1972. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1972-944>

Orden de 31 de julio de 1972, por la que se dictan normas de aplicación y desarrollo del Decreto 1646/1972, de 23 de junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 192, de 11 de agosto de 1972. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1972-1210yp=19820909ytn=6>

Real Decreto 2609/1982, de 24 de septiembre, sobre evaluación y declaración de las situaciones de invalidez en la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 250, de 19 de octubre de 1982, 28728-28729. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-26953>

Real Decreto 1071/1984, de 23 de mayo, por el que se modifican diversos aspectos en la normativa vigente en materia de invalidez permanente en la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 136, de 7 de junio de 1984, 16360-16261. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-12729>

Real Decreto 1300/1995, de 21 de Julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social la ley 42/1994 de medida fiscales. *Boletín Oficial del Estado*, 198, de 19 de agosto de 1995. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-19848-consolidado.pdf>



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

### **2.2.2.1.2. Constitución de la mesa**

**Tema:** Incapacidad laboral permanente

#### **Subtemas**

- Criterios de valoración del grado de Incapacidad Laboral Permanente.
- Compatibilidad de prestación por Incapacidad Laboral Permanente Absoluta (ILPA). y la realización de una actividad remunerada.
- Procedimiento de revisión del grado reconocido.

#### **Objetivos**

##### *Objetivo general*

Revisar el proceso por el cual se reconoce y se revisa el grado de incapacidad laboral permanente, especialmente en los grados de total y absoluta, realizando propuestas que faciliten la reincorporación laboral de las personas en el ámbito de la salud mental.

##### *Objetivos específicos*

- Objetivar los criterios que determinan el grado de incapacidad laboral permanente.
- Objetivar los criterios que determinan la compatibilidad de los grados total y absoluta con la realización de una actividad remunerada.
- Determinar elementos específicos objeto de revisión de grado en el ámbito de la salud mental, diferenciadoras de otro tipo de realidades.
- Facilitar la vuelta al trabajo de las personas con una incapacidad laboral permanente reconocida y eliminar la cronicidad de la situación de desempleo.

#### **Selección de personas expertas**

- Abogado laboralista especialista en discapacidad.
- Médico valorador especialista en medicina laboral.
- Subdirectora Provincial de Incapacidad Permanente del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Valencia.
- Jefa de la Unidad Médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Valencia.
- Abogada laboralista especialista en salud mental.
- Usuario servicio de salud mental.

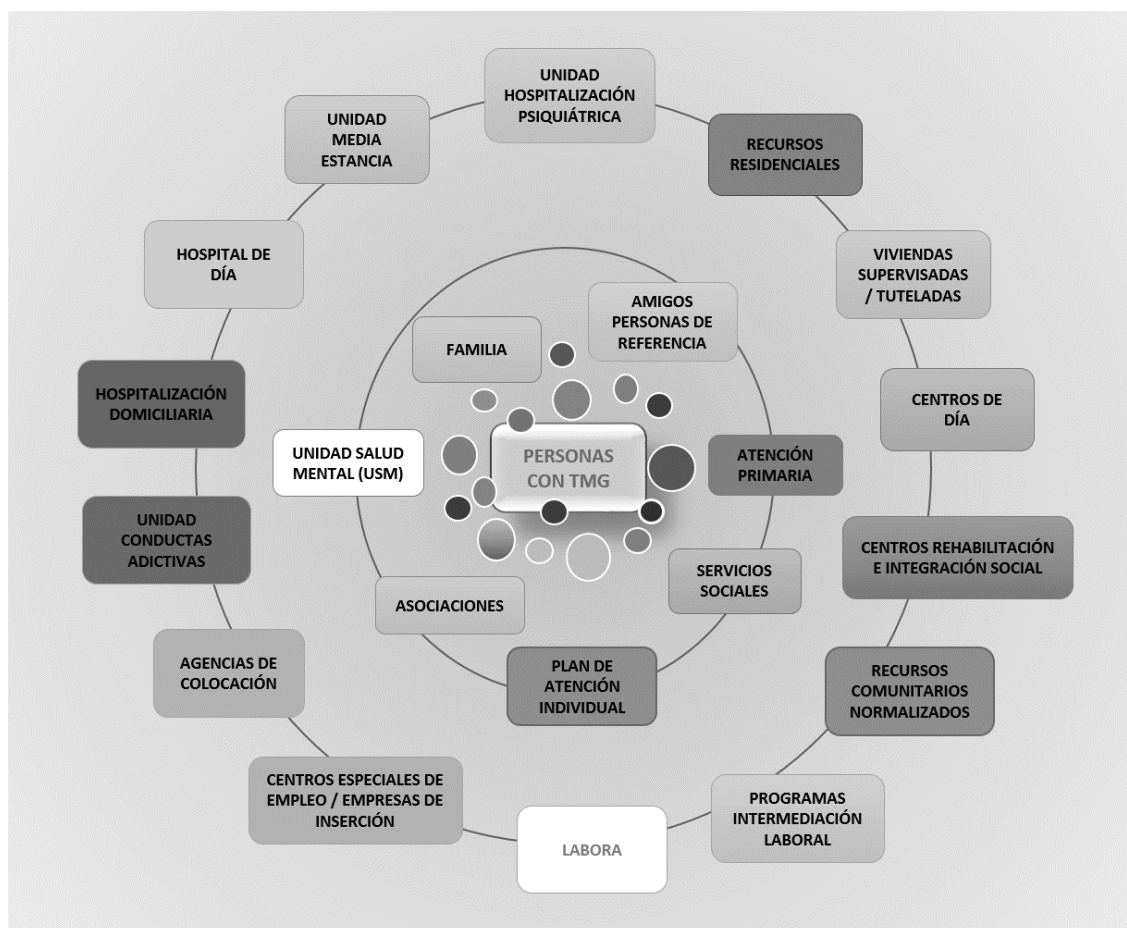
## 2.2.2.2. Mesa de personas expertas 2. Itinerarios de Inserción laboral en la red de salud mental valenciana

### 2.2.2.2.1. Revisión normativa

La LGD<sup>15</sup> es el marco de referencia nacional de atención a las personas con discapacidad, siendo competencia de las comunidades autónomas la gestión de los servicios y recursos de atención a la salud mental.

Tomando como referencia la estrategia autonómica de salud mental 2016-2020 y el plan de atención integral a las personas con trastorno mental grave 2018-2022, un esquema general de los servicios y recursos de la Comunitat Valenciana quedaría reflejado de la siguiente manera:

**Imagen 2.1. Red de recursos estrategia autonómica de salud mental**



*Fuente: Elaboración propia*

<sup>15</sup> Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Estos recursos constituyen un sistema de atención integral a la persona con un diagnóstico en salud mental, prestando servicios de atención sociosanitaria, entre los que consta la coordinación con servicios laborales en el caso de las personas que tengan el empleo como un objetivo dentro de su proyecto vital. Además, a estos recursos específicos, hay que añadir aquellas entidades, recursos y programas no específicos de la atención a la salud mental, que también se incluyen como una red de apoyo en el proceso de inserción laboral de la persona.

### ***¿Qué son los Itinerarios Individuales y Personalizados de Empleo?***

En el *Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo*, en su artículo 28, se especifica el derecho de las personas desempleadas de acceso a los servicios públicos de empleo, *“mediante su inscripción y recogida de datos en una entrevista inicial que conllevará una valoración de los servicios que requiere para su inserción laboral. De acuerdo con ello, y en colaboración con las personas desempleadas, se determinará, si procede, el comienzo de un itinerario individual y personalizado de empleo en función del perfil profesional, competencias profesionales, necesidades y expectativas de la persona, junto a la situación del mercado de trabajo y a criterios vinculados con la percepción de prestaciones, la pertenencia a colectivos definidos como prioritarios y aquellos que se determinen en el marco del Sistema Nacional de Empleo”*.

El artículo 29 establece que *“el itinerario individual y personalizado de empleo contemplará, a partir de una entrevista de diagnóstico individualizada, las acciones de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Empleo y servicios específicos, que ofrece el Servicio Público de Empleo a la persona demandante de empleo, acordes a sus necesidades, sus requerimientos y al objetivo a conseguir.[...] Los servicios públicos de empleo serán responsables de la realización, seguimiento, evaluación y posible redefinición de los itinerarios individuales y personalizados de empleo y, en su caso, derivarán la realización de las acciones a desarrollar por las personas demandantes de empleo a las entidades colaboradoras. En todo caso, se fijarán las actuaciones propias de los servicios públicos de empleo y las que podrán ser concertadas.”*

Y finalmente, en el artículo 30, sobre colectivos prioritarios de estas acciones, se estipula que *“El Gobierno y las comunidades autónomas adoptarán(...) programas específicos destinados a fomentar el empleo de las personas con especiales dificultades de integración en el mercado de trabajo, especialmente jóvenes, con particular atención a aquellos con déficit de formación, mujeres, parados de larga duración, mayores de 45 años, personas con*

*responsabilidades familiares, personas con discapacidad o en situación de exclusión social, e inmigrantes,(...) en el marco del Sistema Nacional de Empleo.*

***¿Existe normativa específica en la Comunitat Valenciana sobre los Itinerarios de Inserción dirigida a personas vulnerables?***

En la Comunitat Valenciana, encontramos dos órdenes sobre las bases reguladoras de subvenciones a programas de desarrollo de itinerarios de inserción:

De una parte, la Orden 1/2020, de 27 de febrero, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones para la realización de itinerarios de inserción laboral por parte de entidades especializadas en la atención a colectivos con especiales dificultades de integración en el mercado de trabajo (INTEGREM).

Y, por otra parte, la Orden 10/2017, de 29 de noviembre, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones dirigidas al desarrollo de itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas en situación o riesgo de exclusión social.

***¿Quiénes pueden solicitar e implementar este tipo de proyectos?***

En la Orden 1/2020, se reconocen como posibles entidades beneficiarias de las subvenciones, las entidades públicas o privadas, con personalidad jurídica propia y sin ánimo de lucro, con experiencia en la atención de personas pertenecientes a los colectivos con especiales dificultades de integración en el mercado de trabajo. Así mismo, también quedan reconocidas, como entidades asociadas a las beneficiarias, las mancomunidades, consorcios y los acuerdos y pactos territoriales de empleo.

Y, por otra parte, según la Orden 10/2017, podrán ser beneficiarias de las subvenciones las entidades locales, y las entidades del tercer sector de acción social, de acuerdo con el concepto recogido en el artículo 2, de la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del tercer sector de acción social.

***¿Qué acciones se contemplan en el desarrollo de los itinerarios de inserción?***

Según la Orden 1/2020, de 27 de febrero, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, los itinerarios deberán desarrollar las siguientes acciones:

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

1. Bloque 1. Acciones de orientación laboral, que tendrán los siguientes objetivos y contenidos:
  - a) Diagnóstico de empleabilidad y diseño del itinerario personalizado de inserción.
  - b) Recursos. Proporcionar a las personas los conocimientos y recursos necesarios para acometer, de manera autónoma, la búsqueda de empleo.
  - c) Búsqueda activa de empleo. Asistir a las personas en su proceso personal de búsqueda de empleo, sobre ofertas de empleo reales, ya sea que la presentación de candidaturas se realice de manera presencial u on-line.
2. Bloque 2. Formación. El objetivo de este bloque es que las personas participantes adquieran formación acorde con su itinerario personal que facilite su inserción.
3. Bloque 3. Experiencias en entornos laborales (EEL), que tendrán como finalidades específicas para las personas participantes:
  - a) Facilitar su inserción laboral reproduciendo las condiciones habituales del entorno empresarial.
  - b) Complementar la adquisición de la competencia profesional alcanzada mediante la formación recibida, a través de las actividades productivas en el centro de trabajo.
  - c) Adquirir el conocimiento de la organización productiva correspondiente al perfil profesional y del sistema de relaciones sociolaborales del centro de trabajo, con el fin de facilitar su futura inserción profesional.

Por su parte, la Orden 10/2017, de 29 de noviembre, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, en su Artículo 2, especifica el conjunto de acciones que conllevan la realización de itinerarios individualizados de inserción sociolaboral:

1. *Acogida y diagnóstico sociolaboral individualizado.* Consistirá en realizar el diagnóstico individualizado, centrado en la detección de las necesidades, carencias, actitudes, competencias y otros factores relacionados con el acceso al empleo, observando las inquietudes que manifiesta la persona partícipe del proyecto y en la valoración del historial profesional y formativo de la persona. Todo ello al objeto de establecer su perfil de empleabilidad.
2. *Diseño y desarrollo del itinerario individualizado.* Se establecerán los objetivos, la relación de acciones de promoción personal y mejora de la empleabilidad, así como los apoyos personalizados necesarios. Deberá comprender al menos, todas o parte de las siguientes actividades:

- a) *Atención social*. Atender y orientar a las personas participantes con carencias sociales manifiestas y activar sus recursos personales o derivarlas, en caso necesario, a recursos normalizados complementarios.
  - b) *Desarrollo competencial*. Se trabajará desde una triple vertiente la potenciación de los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarias para el desarrollo de cualquier actividad sociolaboral: competencias básicas, competencias conductuales, y competencias funcionales o técnicas.
  - c) *Orientación sociolaboral*. Encaminada a familiarizar a las personas participantes con las diversas técnicas de búsqueda de empleo y a proporcionar un conocimiento del mercado laboral.
  - d) *Prospección e intermediación sociolaboral*. Detección y generación de oportunidades en el mercado de trabajo como elemento facilitador de la empleabilidad.
  - e) *Apoyo en el empleo*, en los casos en que el itinerario consiga la inserción sociolaboral, para consolidar el mantenimiento del puesto de trabajo.
  - f) *Alfabetización digital*. Desarrollo de competencias digitales y de habilidades técnicas, sociales y éticas relativas al uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para localizar, organizar, entender, evaluar y analizar información.
3. *Acompañamiento*. En forma de tutorías individuales y/o colectivas a lo largo de todo el proceso, al objeto de potenciar el empoderamiento de la persona participante, de forma que se implique activamente en el diseño y la evaluación de las distintas fases del itinerario.
  4. *Prácticas de aprendizaje e inserción en empresas*. Podrían darse para aquellas personas que hayan alcanzado un nivel competencial adecuado en el desarrollo de su itinerario de inserción sociolaboral.

### Imagen 2.2. Fases de los itinerarios individualizados de inserción



*Fuente: elaboración propia a partir de la Orden 10/2017*

#### ***¿Qué es el Empleo Con Apoyo (ECA)?***

En el Real Decreto Legislativo (RDL) 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD), en el art. 41, se definen los servicios de empleo con apoyo como *el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de personas trabajadoras con discapacidad con especiales dificultades de inclusión laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes.*

Están reglamentados por el Real Decreto (RD) 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo, y añade en su definición la figura de los preparadores laborales especializados como prestadores de las acciones.

En la Comunitat Valenciana las ayudas vienen reguladas en la Orden 21/2016, de 20 de octubre, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones destinadas al programa de

empleo con apoyo en empresas del mercado ordinario de trabajo. el programa de subvenciones se denomina Econap<sup>16</sup>.

Existen diferencias entre ambos reglamentos, el general y el autonómico, que quedarán detallados en los puntos descritos a continuación.

***¿Qué acciones se desarrollan en los proyectos de empleo con apoyo?***

En el RD 870/2007 se definen las siguientes acciones:

- a) Orientación, asesoramiento y acompañamiento a la persona con discapacidad, elaborando para cada trabajador un programa de adaptación al puesto de trabajo.
- b) Labores de acercamiento y mutua ayuda entre el trabajador beneficiario del programa de empleo con apoyo, el empleador y el personal de la empresa que comparta tareas con el trabajador con discapacidad.
- c) Apoyo al trabajador en el desarrollo de habilidades sociales y comunitarias, de modo que pueda relacionarse con el entorno laboral en las mejores condiciones.
- d) Adiestramiento específico del trabajador con discapacidad en las tareas inherentes al puesto de trabajo.
- e) Seguimiento del trabajador y evaluación del proceso de inserción en el puesto de trabajo. Estas acciones tendrán por objeto la detección de necesidades y la prevención de posibles obstáculos, tanto para el trabajador como para la empresa que le contrata, que pongan en peligro el objetivo de inserción y permanencia en el empleo.
- f) Asesoramiento e información a la empresa sobre las necesidades y procesos de adaptación del puesto de trabajo.

En la Comunitat València, la Orden 21/2016 reguladora de las subvenciones a los programas de empleo con apoyo, establece en su artículo 4.1 que (...) *los proyectos de empleo con apoyo se fundamentarán en un sistema de apoyo individualizado, consistente en la provisión de la ayuda imprescindible proporcionada a la persona con diversidad funcional para que pueda desarrollar por sí misma una actividad laboral. A tal efecto, las entidades beneficiarias deberán proporcionar, al menos, las siguientes actuaciones:*

---

<sup>16</sup> Programa de subvenciones destinadas al programa de empleo con apoyo en empresas del mercado ordinario de trabajo.



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- a) Adquisición y fortalecimiento de las habilidades laborales tras la incorporación al puesto de trabajo.
- b) Acompañamiento y entrenamiento en el mismo puesto de trabajo, así como en otras situaciones naturales consideradas en el plan personal de trabajo.
- c) Asesoramiento a la empresa en la adaptación del lugar de trabajo.
- d) Búsqueda de apoyos naturales del entorno laboral y social, para el mantenimiento de la inserción laboral.

### ***¿Quiénes son los destinatarios finales de estas acciones?***

Los destinatarios finales del programa de empleo con apoyo serán personas trabajadoras con discapacidad inscritos en los Servicios Públicos de Empleo como demandantes de empleo no ocupadas, así como personas trabajadoras con discapacidad contratadas por centros especiales de empleo, siempre que, en ambos casos, se encuentren en alguno de los supuestos que se describen a continuación:

- a) Personas con parálisis cerebral, personas con enfermedad mental o personas con discapacidad intelectual con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%.
- b) Personas con discapacidad física o sensorial con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 65%.

Las personas trabajadoras deberán ser contratadas por una empresa del mercado ordinario de trabajo para ser empleadas efectivamente en la organización productiva de la empresa mediante un contrato indefinido o de duración determinada, siempre que la duración del contrato sea, en este caso, como mínimo de seis meses. En el supuesto de contratación a tiempo parcial, la jornada de trabajo será al menos del 50 por 100 de la jornada de una persona trabajadora a tiempo completo comparable.

Dichas empresas tendrán derecho a los beneficios previstos en la normativa sobre contratación de personas trabajadoras con discapacidad en los términos establecidos en la misma.

En caso de que la persona con discapacidad contratada procediera de la plantilla de un centro especial de empleo, pasará a la situación de excedencia voluntaria en dicho centro.

En el caso específico de la Comunitat Valenciana, la Orden 21/2016 es específica para los programas dirigidos a personas con diversidad funcional, *entendiéndose éstas por personas con un grado de discapacidad intelectual o enfermedad mental reconocido igual o superior al 33% o con un grado de discapacidad física o sensorial reconocido igual o superior al 65%*.

*Se entenderá acreditada una discapacidad intelectual o enfermedad mental igual o superior al 33% en los casos de incapacidad permanente total o absoluta en que concurra una discapacidad de carácter psíquico o enfermedad mental y en los casos de pluridiscapacidad psíquica y física o sensorial igual o superior al 33%, así como en el caso de personas con enfermedad o trastorno mental diagnosticado por los centros públicos de salud mental.*

***¿Quiénes pueden solicitar este tipo de proyectos?***

En el RD 870/2007 se definen como entidades beneficiarias las siguientes:

- Las asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro.
- Los centros especiales de empleo, calificados e inscritos como tales en el Registro correspondiente.
- Las empresas del mercado ordinario de trabajo, incluidos los trabajadores autónomos.

En todos los casos las acciones se realizarán por preparadores/as laborales especializados y de manera totalmente gratuita.

En el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, las entidades beneficiarias quedan definidas en el Artículo 2, de la Orden 21/2016, de 20 de octubre, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones destinadas al programa de empleo con apoyo en empresas del mercado ordinario de trabajo:

- Las corporaciones locales de la Comunitat Valenciana o las entidades sujetas a derecho público dependientes o vinculadas a éstas que vinieran ejerciendo competencias en materia de empleo.
- Las entidades sin ánimo de lucro con ámbito de actuación en la Comunitat Valenciana, en cuyos estatutos figure expresamente el desarrollo de programas de empleo con apoyo dirigidos a la inserción laboral de las personas con diversidad funcional.

En todo caso, las entidades deberán acreditar una experiencia de al menos 2 años en el desarrollo de proyectos de empleo con apoyo dirigidos a personas con diversidad funcional en empresas del mercado ordinario de trabajo.

***¿Cuál es la duración de los proyectos de empleo con apoyo?***

El Real Decreto 870/2007 establece que los proyectos de empleo con apoyo podrán tener una duración entre seis meses y un año, prorrogable hasta otro año más.

No obstante, en el caso de las personas trabajadoras con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, por parálisis cerebral, enfermedad mental o discapacidad intelectual, el plazo máximo de dos años podrá ampliarse hasta seis meses más, siempre y cuando se detecten situaciones de especial dificultad que exijan necesidades específicas de apoyo.

En la Comunitat Valenciana, la Orden 21/2016 establece que los proyectos de empleo con apoyo se subvencionarán por un periodo máximo de 24 meses, a contar desde el inicio del desempeño del puesto de trabajo.

***¿Qué se especifica en los proyectos de empleo con apoyo en relación a salud mental?***

Las acciones a desarrollar son las mismas para todo tipo de discapacidad. El ámbito de salud mental es considerado dentro del perfil de destinatarios de difícil inserción, por lo que la distinción específica viene determinada en dos puntos:

- a) Duración del proyecto, pudiendo solicitar al máximo establecido de 24 meses, una prórroga de 6 meses más, siempre y cuando se detecten situaciones de especial dificultad que exijan necesidades específicas de apoyo
- b) El tiempo de atención por las y los preparadores que aumenta en función del grado de severidad.

### **Normativa revisada**

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Ley 27/2013 de bases de régimen local de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Orden TMS/368/2019, de 28 de marzo, por la que se desarrolla el Real decreto 694/2017, de 3 de julio, por el que se desarrolla la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral, en relación con la oferta formativa de las administraciones competentes y su financiación, y se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones públicas destinadas a su financiación.

Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo.

Ley 3/2000, de 17 de abril, por la que se crea el Servicio Valenciano de Empleo y Formación (SERVEF).

Ley 1/2007, de 5 de febrero, de la Generalitat, por la que se regulan las empresas de inserción para fomentar la inclusión social en la Comunitat Valenciana.

Ley 9/2018, de 24 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 11/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre el estatuto de las personas con discapacidad.

Ley 27/2018, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera i de organización de la Generalitat; en su artículo 106, modifica el punto 1 del capítulo I, de la Ley 3/2000, de 17 de abril, por la que se crea el Servicio Valenciano de Empleo y Formación (SERVEF), y se sustituye por LABORA, Servei Valencià d'Ocupació i Formació, como organismo autónomo de naturaleza administrativa de la Generalitat.

Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana.

Real Decreto (RD) 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.

Real Decreto 1796/2010, de 30 de diciembre, por el que se regulan las agencias de colocación.

Decreto 148/86 de 24 de noviembre de 1986, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunitat Valenciana.

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Decreto 132/1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se designan competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanitat y Benestar Social.

Decreto 81/1998 de 4 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por la que se definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunitat Valenciana.

Decreto 43/2010, de 5 de marzo, del Consell, por el que se modifica el artículo 29 del Decreto 182/2006, de 1 de diciembre, del Consell, por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las viviendas tuteladas para personas con discapacidad física o con enfermedad mental crónica.

Decreto 59/2019, de 12 de abril, del Consell, de ordenación del sistema público valenciano de servicios sociales.

Decreto 216/2020, de 29 de diciembre, del Consell, de aprobación del Reglamento de organización, régimen jurídico y funcional de LABORA, Servicio Valenciano de Empleo y formación.

Orden de 7 de julio de 1997 por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas.

Orden del 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se modifica la Orden 9 de abril de 1990 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana, con el fin de atender los nuevos servicios que se van a prestar a enfermos mentales crónicos de la Comunitat Valenciana.

Orden de 15 de julio de 1999 por la que se establecen las bases de concesión de subvenciones públicas para el fomento del desarrollo local e impulso de los proyectos y empresas calificados como I + E.

Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales.

Orden 21/2016, de 20 de octubre, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones destinadas al programa de empleo con apoyo en empresas del mercado ordinario de trabajo.

Orden 10/2017, de 29 de noviembre, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de

subvenciones dirigidas al desarrollo de itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas en situación o riesgo de exclusión social.

Orden 10/2018, de 12 de julio, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras del programa de fomento de empleo para la contratación de personas pertenecientes a colectivos vulnerables.

Orden 14/2018, de 20 de septiembre, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se modifica la Orden 21/2016, de 20 de octubre, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones destinadas al programa de empleo con apoyo en empresas del mercado ordinario de trabajo.

Orden 1/2020, de 27 de febrero, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones para la realización de itinerarios de inserción laboral por parte de entidades especializadas en la atención a colectivos con especiales dificultades de integración en el mercado de trabajo (INTEGREM).

#### **2.2.2.2.2. Constitución de la mesa**

**Tema:** Itinerarios de inserción laboral en la red de salud mental valenciana.

#### **Subtemas**

- La red socio-sanitaria de entidades y centros de atención a personas con TMG y su papel en la promoción de la inserción laboral de dichas personas.
- Las diferentes acciones que se enmarcan dentro de los denominados itinerarios de inserción laboral.
- La coordinación entre las diferentes entidades público-privadas que promueven los itinerarios de inserción laboral en el ámbito de la salud mental.

#### **Objetivos**

##### *Objetivo general*

Establecer una propuesta de itinerario de inserción que incluya a todos los recursos implicados en el proceso de búsqueda de empleo de una persona, desde su derivación en una unidad de salud mental hasta su incorporación en un empleo.

##### *Objetivos específicos*

- Revisar las acciones relativas a la búsqueda de empleo llevadas a cabo por las entidades y recursos a los que son derivadas las personas en búsqueda de empleo.
- Analizar el proceso de derivación a entidades que realicen acciones de empleo y la coordinación entre estas entidades dentro del itinerario de la persona.
- Elaborar propuestas relacionadas con la mejora de la coordinación entre entidades implicadas, generando un modelo de itinerario de inserción simplificando el proceso de búsqueda de empleo.
- Determinar elementos específicos concretos en el ámbito de salud mental diferenciadores de otro tipo de realidades.

#### **Selección de personas expertas**

- Psicólogo. Técnico de Empleo Con Apoyo de la red de atención a personas con problemas de salud mental.
- Técnica de Orientación Laboral en LABORA, Servei Valencià d'Ocupació i Formació.
- Técnica de Inserción Sociolaboral en Centro de Rehabilitación.
- Terapeuta Ocupacional en Centro de rehabilitación.
- Psicóloga organizacional. Directora Técnica en centro de Inserción Sociolaboral.

- Coordinadora Área de Empleo y Formación en la Fundación Valencia Activa del Pacto por el Empleo de la ciudad de Valencia.
- Médico-Psiquiatra. Coordinador de la Oficina Autonómica de Salud Mental. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

### **2.2.2.3. Mesa de personas expertas 3. Centros especiales de empleo**

#### **2.2.2.3.1. Revisión normativa**

##### ***¿Qué es un Centro Especial Empleo CEE?***

En el Real Decreto Legislativo (RDL) 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD), en la sección 3ª (Empleo Protegido), artículo 43, definen los centros especiales de empleo como *aquellos cuyo objetivo principal es realizar una actividad productiva de bienes o de servicios, participando regularmente en las operaciones del mercado, y tienen como finalidad el asegurar un empleo remunerado para las personas con discapacidad; a la vez que son un medio de inclusión del mayor número de estas personas en el régimen de empleo ordinario. Igualmente, los centros especiales de empleo deberán prestar, a través de las unidades de apoyo, los servicios de ajuste personal y social que requieran las personas trabajadoras con discapacidad, según sus circunstancias y conforme a lo que se determine reglamentariamente.*

Actualmente, el régimen jurídico de los CEE y de las ayudas a los mismos es el previsto, entre otros, en el Real Decreto (RD) 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los centros especiales de empleo y en la Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 16 de octubre de 1998, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de personas con diversidad funcional o discapacidad en CEE y trabajo autónomo.

##### ***¿Qué es un Centro Especial Empleo de Iniciativa Social CEEIS?***

En el RDL 1/2013, de 29 de noviembre, de la ya mencionada LGD, en el artículo 43, se ha modificado e incluido el punto 4, en el que viene definido que tendrán la consideración de Centros Especiales de Empleo de iniciativa social aquellos CEE *promovidos y participados en más de un 50 por ciento, directa o indirectamente, por una o varias entidades, ya sean públicas o privadas, que no tengan ánimo de lucro o que tengan reconocido su carácter social*



2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

*en sus Estatutos, ya sean asociaciones, fundaciones, corporaciones de derecho público, cooperativas de iniciativa social u otras entidades de la economía social, así como también aquellos cuya titularidad corresponde a sociedades mercantiles en las que la mayoría de su capital social sea propiedad de alguna de las entidades señaladas anteriormente, ya sea de forma directa o bien indirecta a través del concepto de sociedad dominante regulado en el artículo 42 del Código de Comercio, y siempre que en todos los casos en sus Estatutos o en acuerdo social se obliguen a la reinversión íntegra de sus beneficios para creación de oportunidades de empleo para personas con discapacidad y la mejora continua de su competitividad y de su actividad de economía social, teniendo en todo caso la facultad de optar por reinvertirlos en el propio centro especial de empleo o en otros centros especiales de empleo de iniciativa social.*

### ***¿Qué determina la diferencia entre CEE y CEEIS?***

La diferencia viene determinada por la reserva de contratos establecida legalmente a favor de los CEEIS (y no de los CEEs) ya que las administraciones públicas están obligadas a fijar porcentajes mínimos de reserva del derecho a participar en los procedimientos de adjudicación de determinados contratos o de determinados lotes, mediante Acuerdo del Consejo de Ministros o del órgano competente en el ámbito de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales.

Desde el 9 de marzo de 2018, cuatro meses después de ser publicado en el BOE de noviembre 2107, una parte de los concursos públicos quedan reservados para que puedan licitar exclusivamente Centros Especiales de Empleo de Iniciativa Social. Es decir, para poder presentarse a dichos concursos no solo hará falta que las empresas sean Centros Especiales de Empleo, sino que además tendrán que estar catalogados como *de iniciativa social*.

### ***¿Quién puede constituir un Centro Especial Empleo?***

Los centros especiales de empleo podrán ser creados tanto por organismos públicos y privados como por las empresas, siempre con sujeción a las normas legales, reglamentarias y convencionales que regulen las condiciones de trabajo.

### ***¿Cómo se constituye la plantilla de un Centro Especial Empleo?***

La plantilla de los centros especiales de empleo estará constituida por el mayor número de personas trabajadoras con discapacidad que permita la naturaleza del proceso productivo y, en todo caso, por el 70 por 100 de aquella. A estos efectos no se contempla el personal sin discapacidad dedicado a la prestación de servicios de ajuste personal y social.

### ***¿Cuál es la relación laboral de las personas que trabajan en un Centro Especial Empleo?***

El RD 1368/1985 de 17 de julio, regula la relación laboral de carácter especial de los trabajadores con discapacidad que trabajen en los CEE, modificado en el RD 427/1999, de 12 de marzo, si bien, contiene numerosas remisiones al Estatuto de los Trabajadores.

La relación laboral de las personas trabajadoras con discapacidad que presten sus servicios en los centros especiales de empleo es de carácter especial, conforme al artículo 2.1.g) de Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por RDL 1/1995, de 24 de marzo, y se rige por su normativa específica.

Se rigen estos centros además por el XV Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, a nivel nacional.

A nivel autonómico de la Comunitat Valenciana, además de la posibilidad de aplicación del convenio de la actividad o de convenios propios, rige el VII Convenio Colectivo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana. (DOGV 24/10/2014).

### ***¿Qué es un enclave laboral?***

En el art. 46 del RDL 1/2013, de 29 de noviembre, se establece que para facilitar la transición al empleo ordinario de las personas trabajadoras con discapacidad con especiales dificultades para el acceso al mismo, se pueden constituir enclaves laborales, cuyas características y condiciones se establecen reglamentariamente.

Se entiende por enclave laboral el contrato entre una empresa del mercado ordinario de trabajo, llamada empresa colaboradora, y un centro especial de empleo para la realización de obras o servicios que guarden relación directa con la actividad normal de aquélla y para cuya realización un grupo de trabajadores/as con discapacidad del centro especial de empleo se desplaza temporalmente al centro de trabajo de la empresa colaboradora.

Vienen regulados en el RD 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad, y las características generales son:

- La dirección y organización del trabajo en el enclave corresponde al CEE
- El CEE no podrá tener como actividad exclusiva la derivada de los enclaves laborales

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- La empresa colaboradora podrá contratar a trabajadores del enclave en cualquier momento, preferentemente con carácter indefinido
- Características de la plantilla:
  - a) La plantilla del enclave deberá estar formada, al menos, por cinco trabajadores si la plantilla de empresa colaboradora es de 50 o más trabajadores, o al menos por tres trabajadores si dicha plantilla fuera inferior
  - b) El enclave estará formado por trabajadores con discapacidad del centro especial de empleo, que serán seleccionados por éste, presentando el 60 %, como mínimo, especiales dificultades para el acceso al mercado ordinario de trabajo (aquí se incluye salud mental). Los demás trabajadores del enclave deberán ser trabajadores con discapacidad con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33 %.
  - c) El 75%, como mínimo, de los trabajadores del enclave deberá tener una antigüedad mínima de tres meses en el centro especial de empleo.

Según el RD 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad, en su art. 2.1.d, un enclave laboral se considera una de las medidas alternativas que las empresas podrán aplicar para cumplir la obligación de reserva de empleo en favor de las personas con discapacidad.

### ***¿Cuál es la duración máxima de la contratación por parte de una empresa de los servicios de un CEE?***

La duración mínima del enclave será de tres meses y la duración máxima de tres años, y se podrá prorrogar por períodos no inferiores a tres meses hasta alcanzar la indicada duración máxima. Transcurridos los tres años de duración máxima, el enclave sólo podrá prorrogarse si el centro especial de empleo acreditará que la empresa colaboradora u otra empresa del mercado ordinario de trabajo hubieran contratado con carácter indefinido a trabajadores con discapacidad del enclave, según la siguiente proporción:

- a) Cuando se trate de enclaves que ocupen hasta 20 trabajadores, un trabajador, como mínimo
- b) Cuando se trate de enclaves que ocupen a un número superior de trabajadores, dos trabajadores, como mínimo.

La duración mínima de la prórroga será de tres meses y la duración máxima de tres años, y se podrá prorrogar por períodos no inferiores a tres meses hasta alcanzar la indicada duración máxima. No podrá prorrogarse el enclave ni iniciarse uno nuevo para la misma actividad si se hubiera llegado a la duración máxima total de seis años, incluido el periodo de prórroga.

***¿Qué son los servicios de ajuste personal y social?***

Se entenderán por servicios de ajuste personal y social los que permitan ayudar a superar las barreras, obstáculos o dificultades que las personas trabajadoras con discapacidad de los centros especiales de empleo tengan en el proceso de incorporación a un puesto de trabajo, así como en la permanencia y progresión en el mismo. Igualmente se encontrarán comprendidos aquellos dirigidos a la inclusión social, cultural y deportiva.

Estos servicios están regulados por el RD 469/2006, de 21 de abril, por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo.

***¿Cuáles son las funciones de los servicios de ajuste personal y social?***

El personal integrado en las Unidades de Apoyo a la Actividad Profesional desarrollará las siguientes funciones:

- a) Detectar y determinar, previa valoración de capacidades de la persona y análisis del puesto de trabajo, las necesidades de apoyo para que el trabajador con discapacidad pueda desarrollar su actividad profesional
- b) Establecer las relaciones precisas con el entorno familiar y social de los trabajadores con discapacidad, para que éste sea un instrumento de apoyo y estímulo al trabajador en la incorporación a un puesto de trabajo y la estabilidad en el mismo
- c) Desarrollar cuantos programas de formación sean necesarios para la adaptación del trabajador al puesto de trabajo, así como a las nuevas tecnologías y procesos productivos
- d) Establecer apoyos individualizados para cada trabajador en el puesto de trabajo
- e) Favorecer y potenciar la autonomía e independencia de los trabajadores con discapacidad, principalmente, en su puesto de trabajo
- f) Favorecer la integración de nuevos trabajadores al Centro Especial de Empleo mediante el establecimiento de los apoyos adecuados a tal fin

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- g) Asistir al trabajador del Centro Especial de Empleo en el proceso de incorporación a Enclaves Laborales y al mercado ordinario de trabajo
- h) Detectar e intervenir en los posibles procesos de deterioro evolutivo de los trabajadores con discapacidad a fin de evitar y atenuar sus efectos

***¿Qué programas de ayudas existen en el ámbito de la Comunitat Valenciana para promover y facilitar la inserción laboral de las personas con diversidad funcional o discapacidad?***

Para el ejercicio 2021, el Decreto 217/2020, de 29 de diciembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras para la concesión directa de las subvenciones públicas destinadas al fomento del empleo de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de empleo (CEE) y enclaves laborales y convocatoria para 2021 (DOGV 8993 de 11/01/2021), incluye los siguientes programas:

1. Programa de ayudas a proyectos de inserción laboral en CEE
  - a) Ayudas a proyectos de inserción laboral en CEE para la financiación parcial de los costes salariales del personal con diversidad funcional
  - b) Ayudas a proyectos de inserción laboral en CEE para financiar los costes indirectos correspondientes al informe auditor para la justificación de la ayuda salarial
  - c) Ayudas a proyectos de inserción laboral en CEE para financiar los costes de adaptación de puestos de trabajo.
2. Programa de ayudas a proyectos de inserción laboral en empresa ordinaria a través de CEE
3. Programa de ayudas a la empresa ordinaria por la contratación indefinida de personal con diversidad funcional o discapacidad procedentes de enclaves laborales y a la adaptación de puestos y eliminación de barreras arquitectónicas

Los programas 2 y 3 están destinados a financiar el tránsito de los trabajadores con discapacidad desde el empleo protegido al empleo ordinario, financiando el primero de ellos a los CEE y el segundo a las empresas ordinarias.

***¿Se contempla la salud mental de manera específica en la regulación de los CEE?***

El ámbito de salud mental se considera dentro de lo que se define en las normativas como “discapacidad / diversidad funcional severa” o “personas de especial dificultad de inserción”, lo que implica puntualizaciones específicas, como el requisito de un grado mínimo

del 33% en el certificado de discapacidad, además de estar incluidos dentro de los destinatarios de los servicios de ajuste personal y social.

Así mismo, se incluye este perfil dentro de la concesión directa del incremento del 5% del SMI de la financiación de los costes salariales, pasando del 50% al 55%, para las ayudas concedidas los años 2019 y 2020.

Además, las empresas contratantes, por ejemplo, de personas trabajadoras procedentes de un enclave laboral, tendrán derecho a ayudas económicas superior a otro tipo de discapacidad y grado, así como a bonificaciones en la cuota empresarial de la Seguridad Social de hasta el 100% de la misma.

### ***Gastos destinados a los CEE en la Comunitat Valenciana en el ejercicio 2020***

El total de ayudas concedidas en el año 2020 asciende a **36.777.753,92 €**, distribuidas de la siguiente manera:

- Dotación para la financiación parcial de los costes salariales del personal con diversidad funcional:

**TOTAL 35.010.750,92**

Dotación inicial 23.923.000 €

Ampliación 8.794.750,92 €

Ampliación ayudas noviembre y diciembre de 2019 1.293.000 €

Ampliación 5% SMI discapacidad severa 1.000.000 €

- Dotación para financiar los costes indirectos correspondientes al informe auditor para la justificación de la ayuda salarial:

**TOTAL 474.203 €**

Dotación inicial 400.000€

Ampliación 74.203 €

- Dotación para financiar los costes de adaptación de puestos de trabajo:

TOTAL 62.800 €

Dotación inicial: 50.000 €

Ampliación: 12.800 €

- Dotación CEE+I:

TOTAL 30.000€

- Dotación Unidades de Apoyo:

TOTAL 1.200.000 €

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

### ***¿Qué objetivo tiene esta mesa de personas expertas?***

El objetivo principal en el que se basa esta mesa es el de revisar el proceso por el cual los centros especiales de empleo son una vía de empleabilidad y de inserción en el empleo ordinario, realizando propuestas que faciliten la incorporación laboral de las personas con un diagnóstico en salud mental.

### ***¿Qué se propone en esta mesa de personas expertas?***

Se pretende facilitar un espacio de reflexión entre personas expertas en referencia a la inserción en el empleo protegido dentro de un CEE, del proceso de inserción en el empleo ordinario de la persona trabajadora desde un centro especial empleo, incluyendo los enclaves laborales, y de los servicios de ajuste personal y social.

Las propuestas y conclusiones extraídas contribuirán a generar medidas que permitan la incorporación al mercado laboral de las personas, tanto en el empleo protegido como ordinario, determinando elementos específicos concretos en el ámbito de salud mental, diferenciadores de otro tipo de realidades.

### **Normativa revisada**

Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*, 289, de 3 de diciembre de 2013, pp. 95635 a 95673. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo definidos en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 9 de diciembre de 1985, pp. 38811 a 38812. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-25591>

Orden de 16 de octubre de 1998, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de los minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo. *Boletín Oficial del Estado*, 279, de 21 de noviembre de 1998, pp. 38411 a 38414. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-26877>

Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 189, de 8 de agosto de 1985. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-16663>

Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los centros especiales de empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 73, de 26 de marzo de 1999, pp. 11975 a 11977. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-7037>

Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, 75, de 29 de marzo de 1995, pp. 9654 a 9688. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-7730>

XV Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad.

Resolución de 27 de junio de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 159, 4 de julio de 2019, pp. 71695 a 71766. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9974](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9974)



2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

VII Convenio Colectivo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana.

Resolución de 17 de septiembre de 2014, de la Subdirección General de Relaciones Laborales de la Dirección General de Trabajo, Cooperativismo y Economía Social, por la que se dispone el registro y publicación del texto del VII Convenio Colectivo de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana  
Recuperado de: [http://www.dogv.gva.es/datos/2014/10/24/pdf/2014\\_9370.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2014/10/24/pdf/2014_9370.pdf)

Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 45, de 21 de febrero de 2004, pp. 8386 a 8391. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-3277>

Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, 94, de 20 de abril, pp. 13466 a 12469. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-6308>

Real Decreto 469/2006, de 21 de abril, por el que se regulan las unidades de apoyo a la actividad profesional en el marco de los servicios de ajuste personal y social de los Centros Especiales de Empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 96, de 22 de abril de 2006, pp. 15592 a 15596. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-7171>

Orden 13/2018, de 31 de agosto, de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones públicas destinadas a la creación o mantenimiento de las unidades de apoyo a la actividad profesional, como medida de fomento del empleo para la inserción de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de empleo (DOGV de 6/09/2018).

Resolución de 27 de diciembre de 2019, del director general de LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación, por la que se convocan las subvenciones públicas destinadas a la creación o el mantenimiento de las unidades de apoyo a la actividad profesional, como medida de fomento del empleo para la inserción de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de Empleo, para el ejercicio 2020 (8733 de 5/02/2020)

Decreto 271/2019, de 27 de diciembre, del Consell de aprobación de las bases reguladoras de la concesión directa de subvenciones destinadas al fomento de la ocupación de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de ocupación y enclaves

laborales, y convocatoria para 2020 (DOGV núm. 8723 de 22/01/2020). Recuperado de: [http://www.dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion.jsp?L=1&sig=000717%2F2020](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=000717%2F2020)

Resolución de 1 de diciembre de 2020, del director general de LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación, por la que se publica la ampliación de los créditos máximos que han de financiar las subvenciones destinadas al fomento del empleo para personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de empleo, reguladas en el Decreto 271/2019, de 27 de diciembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras de la concesión directa de subvenciones destinadas al fomento de la ocupación de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de ocupación y enclaves laborales, y convocatoria para 2020 (DOGV 8965 del 2/12/2020).

Resolución de 16 de diciembre de 2020, del director general de LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación, por la que se publica la ampliación de los créditos máximos que han de financiar las subvenciones destinadas al fomento del empleo para personas con diversidad funcional o discapacidad en Centros Especiales de Empleo, reguladas en el Decreto 271/2019, de 27 de diciembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras de la concesión directa de subvenciones destinadas al fomento de la ocupación de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de ocupación y enclaves laborales, y convocatoria para 2020 (DOGV 8979 de 21/12/2020).

Decreto 73/2020, de 3 de julio, del Consell, de modificación del Decreto 271/2019, de 27 de diciembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras de la concesión directa de subvenciones destinadas al fomento de la ocupación de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de ocupación y enclaves laborales, y convocatoria para 2020 (DOGV 8851 de 07/07/2020).

Decreto 74/2020, de 10 de julio, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras y de convocatoria de la concesión directa de las ayudas a proyectos de inserción laboral en centros especiales de ocupación para la financiación parcial de gastos salariales de personas con diversidad funcional o discapacidad, correspondientes al ejercicio 2019 (DOGV núm. 8855 de 13/07/2020).

Decreto 194/2020, de 27 de noviembre, del Consell, de concesión directa del incremento de las ayudas a proyectos de inserción laboral para la financiación parcial de los costes salariales del personal con diversidad funcional o discapacidad severa en centros especiales de empleo, reguladas en el Decreto 271/2019, de 27 de diciembre, del

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Consell, y de convocatoria de las ayudas para el ejercicio 2020 (DOGV 8971 de 9/12/2020).

Decreto 217/2020, de 29 de diciembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras para la concesión directa de las subvenciones públicas destinadas al fomento del empleo de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de empleo (CEE) y enclaves laborales y convocatoria para 2021 (DOGV 8993 de 11/01/2021).

Resolución de 21 de diciembre de 2020, del director general de LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación, por la que se convocan las subvenciones públicas destinadas a la creación o el mantenimiento de las unidades de apoyo a la actividad profesional, como medida de fomento del empleo para la inserción de personas con diversidad funcional o discapacidad en centros especiales de empleo, para el ejercicio 2021 (DOGV 8986 de 30/12/2020).

Ley de Integración de minusválidos (LISMI – Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades).

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 103, de 30 de abril de 1982, pp. 11106 a 11112. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>

Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos.

Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, se regula el empleo selectivo o las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos. *Boletín Oficial del Estado*, 133, de 4 de junio de 1983. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1983-15813>

Orden de 16 de octubre 1998, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de los minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo. *Boletín Oficial del Estado*, 279, de 21 de noviembre de 1998, pp. 38411 a 38414. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-26877>

Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. *Boletín Oficial del Estado*, 276, de 18 de noviembre de 2004. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-20977yp=20160520ytn=2>

Acuerdo de 27 de marzo de 2015, del Consell, por el que se establecen directrices para la aplicación de cláusulas de carácter social en la contratación de la Administración de la

Generalitat y su sector público, así como en materia de subvenciones de la Administración de la Generalitat. *Diari de Oficial de la Generalitat Valenciana*, 7498, de 2 de abril de 2015, pp. 9780 a 9787. Recuperado de: [https://www.dogv.gva.es/datos/2015/04/02/pdf/2015\\_2935.pdf](https://www.dogv.gva.es/datos/2015/04/02/pdf/2015_2935.pdf)

Decreto 227/2018, de 14 de diciembre, del Consell, por el que se regula la calificación e inscripción de los centros especiales de empleo en el Registro de centros especiales de empleo de la Comunitat Valenciana (DOGV 8467 de 18/01/2019).

Decreto 70/2020, de 19 de junio, del Consell, de modificación del Decreto 227/2018, de 14 de diciembre, del Consell, por el que se regula la calificación e inscripción de los centros especiales de empleo en el Registro de centros especiales de empleo de la Comunitat Valenciana (DOGV 8840 de 22/06/2020).

### **2.2.2.3.2. Constitución de la mesa**

**Tema:** Centros especiales de empleo

**Subtemas:**

- Inserción laboral en CEE
- Inserción laboral en empresa ordinaria a través de CEE
- Enclaves laborales
- CEE y salud mental
- Otros temas relacionados

**Objetivos**

*Objetivo general*

Revisar el proceso por el cual los centros especiales de empleo son una vía de empleabilidad y de inserción en el empleo ordinario, realizando propuestas que faciliten la incorporación laboral de las personas con un diagnóstico en salud mental.

*Objetivos específicos*

- Objetivar los datos referentes a inserción en empleo protegido dentro de un centro especial empleo y las características de este empleo
- Objetivar el proceso de inserción al empleo ordinario de la persona trabajadora desde un centro especial empleo, incluyendo los enclaves laborales
- Revisar el sistema de los servicios de ajuste personal y social y su seguimiento
- Determinar elementos específicos concretos en el ámbito de salud mental, diferenciadoras de otro tipo de realidades

**Selección de personas expertas**

- Abogado Laboralista especialista en Discapacidad.
- Trabajador en Centro Especial de Empleo.
- Usuario en Centro de Inserción Sociolaboral
- Jefa de Sección de Gestión de Proyectos de Empleo de la Sudirección General de Empleo LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació.
- Director Territorial de la Inspección de Trabajo Comunitat Valenciana.
- Presidente de la Agrupación Empresarial Valenciana de Centros Especiales de Empleo (AGEVALCEE)
- Jefa de Servicio de Igualdad de Oportunidades para la Ocupación de la Subdirección General de Empleo LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació.
- Directora Àrea Tècnica de Empleo Fundació Manantial.

## 2.3. RESULTADOS

En este apartado se recogen las puntuaciones de la fase final de las mesas de expertos en las que cada uno de los participantes puntuaron según su grado de adecuación las diferentes conclusiones, propuestas y líneas estratégicas extraídas de cada una de las tres mesas (para ver el listado completo consultar Anexo 1)

### Resultados por mesa

**Tabla 2.3. Resultados Mesa 1. Incapacidad Laboral Permanente**

Propuesta	Media
Formar y concienciar al personal médico responsable de realizar los informes a aportar y que serán revisados por el EVI, especialmente en lo relativo al proceso de valoración de las incapacidades laborales en su conjunto, aspectos técnicos fundamentales y la información relevante a reflejar en el informe (aspectos específicos de salud mental y diferentes supuestos), para que dichos informes puedan ser de utilidad en la valoración.	8,56
Priorizar, en los procesos de valoración y de revisión de las incapacidades laborales, la información referente a la historia laboral y evolución de la enfermedad en cada caso, teniendo en cuenta el componente residual, la capacidad de recuperación y variabilidad específica de las personas con un diagnóstico en salud mental, que pueden presentar largos periodos de actividad y de incapacidad durante diferentes etapas y de manera repetida.	7,88
Concretar en la norma de valoración y revisión de la Incapacidad Laboral aspectos relativos a la salud mental, especialmente en lo referido a la temporalidad de la sintomatología y reversibilidad de la situación de incapacidad.	8,56
Establecer un sistema que facilite la mejor comunicación entre todos los agentes implicados en la valoración, seguimiento y revisión de la Incapacidad Laboral.	8,22
Revisar y actualizar el concepto de "Profesión Habitual", siendo más acorde a la realidad del mercado de trabajo actual (temporalidad del empleo, diversidad de profesiones en la historia laboral, periodos de inactividad...).	8,25
Modificar los criterios de revisión de grado de Incapacidad, especialmente entre los grados de Total y Absoluta, reduciendo los riesgos de variación por iniciar una actividad laboral y garantizando el derecho a percibir prestación.	8,13
Describir en la norma de una manera objetiva los criterios que determinan la compatibilidad de percibir una prestación por Incapacidad Laboral con la realización de una actividad remunerada, especialmente en el grado de Absoluta.	8,67
En base a la temporalidad laboral y variabilidad específica de la salud mental, establecer un sistema de revisión automática entre los grados de Total y Absoluta y de la base de cotización de la prestación percibida, permitiendo la congelación y reactivación automática ante una recaída (similar al sistema de otras prestaciones, como la PNC).	8,13

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 2.4. Resultados Mesa 2. Itinerarios de Inserción Laboral en Salud Mental**

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Generar un sistema de coordinación que abarque a las entidades públicas y privadas para que la persona tenga un itinerario único de inserción.	8,40
Asignar un/a tutor/a desde los Espai Labora (entidad pública de empleo), con formación específica en salud mental, y que ejerza de referente para la persona que busca empleo y para las otras entidades (incluidas las USM) también implicadas dentro del Itinerario de Inserción, manteniendo una tutorización constante, incluso cuando la persona se haya incorporado a un puesto de trabajo.	8,00
Generar un sistema de coordinación entre entidades públicas y privadas de empleo con apoyo para la gestión de ofertas específicas para personas con discapacidad o de difícil inserción.	8,60
Formar previamente al personal técnico implicado en el itinerario en salud mental, tanto de entidades públicas como privadas, como elemento imprescindible. Los recursos y programas específicos generados, y la intervención realizada por parte de todas las entidades han de tener en cuenta las características específicas de la salud mental en relación a otras discapacidades	8,40
Incluir en los programas de inserción, acciones dirigidas a trabajar aspectos fundamentales como la autoestima, el estigma y autoestigma, la motivación y la autonomía en el proceso de búsqueda de empleo, otorgando un papel protagonista a la persona y no tanto al técnico que le acompaña en el proceso. Es un compromiso bidireccional basado en la autonomía de la persona.	8,56
Dar continuidad a los apoyos en el empleo de la persona en base a sus necesidades, y a la colaboración entre los servicios públicos y las entidades mientras la persona se mantenga en el puesto de trabajo, sin las limitaciones en tiempo que determina la normativa actual (tanto en el empleo público como privado).	8,50
Modificar la normativa y el sistema actual por el que las entidades de empleo con apoyo se gestionan mediante subvenciones temporales, estableciéndose una red de servicios específicos para la inserción laboral en el ámbito de la salud mental.	8,75
Trabajar desde la administración pública para incluir a entidades empresariales (patronales, confederaciones, cámara de comercio...) dentro del sistema coordinado de itinerarios de inserción.	8,00
Revisar la emisión del Certificado de Capacidades, tanto en contenido como en procedimiento de valoración (presencial), generando uno específico para el ámbito de la salud mental y que resalte las capacidades de la persona y no sus incapacidades.	8,44
Dotar de formación específica en materia de salud mental a las personas responsables de elaborar el informe de capacidades y establecer las medidas de ajuste personal y social.	8,78

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla. 2.5. Resultados Mesa 3. Centros Especiales de Empleo**

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Realizar una revisión en la naturaleza y modelo de inserción laboral en los CEE, como empresas empleadoras de las personas con especiales dificultades de, donde temporalmente se las prepare para el tránsito hacia la inclusión en el mercado ordinario de trabajo.	8,38
Asegurar en la normativa la contratación en los CEE de las personas con discapacidad severa, instaurando un tanto por ciento de contratación significativamente más elevado que la contratación de personas con discapacidad no severa.	8,44
Generar medidas de tránsito del CEE a la empresa ordinaria, como la obligatoriedad de contratación de un tanto por ciento en empresa ordinaria desde CEE para los trabajadores con discapacidad no severa y con capacidades para el empleo.	8,63
Favorecer por parte de la administración la generación de CEE específicos en salud mental, ante la falta de oferta empresarial.	7,89
Revisar la normativa referente a los Enclaves Laborales, como su duración y eliminación de las medidas alternativas en el certificado de excepcionalidad del cumplimiento LGD, fomentando las medidas de contratación directa de las personas por parte de las empresas.	8,13
Generar un sistema de inspección por el cual los CEE no se conviertan en empresas de servicios externalizados sin un objetivo de contratación en la empresa ordinaria.	8,10
Modificación del art. 42 del Estatuto de Trabajadores, referido a la Subcontratación de Obras y Servicios, para que los trabajadores de CEE no tengan peores condiciones laborales que los trabajadores de la empresa que le subcontrata.	8,56
Generar desde las entidades modelos de intervención en el apoyo al empleo, abordando las necesidades específicas del perfil de salud mental, diferente al de otras realidades.	8,33
Informar y favorecer a las empresas el acceso a los servicios de las unidades de apoyo, desconocidas para la mayoría de las empresas ordinarias.	8,30
Generar los itinerarios de inserción de manera individualizada y por parte de un equipo multiprofesional, en contacto con la persona y con formación específica en salud mental.	8,70

*Fuente: Elaboración propia.*



**Tabla 2.6. Propuestas Transversales**

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Mejorar por parte de la administración pública la recogida y acceso de datos estadísticos reales (inserciones, reinserciones, perfil, patología, trabajos a los que acceden las personas con diagnóstico en salud mental, apoyos requeridos, motivo de finalización del empleo,...) para determinar la necesidad real y la dirección de las políticas y recursos a generar.	7,89
Generar por parte de la administración pública un sistema de inserción basado en un modelo menos proteccionista, centrado en la concienciación empresarial y en las medidas de acceso prioritariamente al empleo ordinario, que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas con un diagnóstico en salud mental.	8,20
Ampliar la oferta pública de empleo para colectivos de muy difícil inserción y específicas en salud mental.	8,60
Fomentar desde la administración pública más medidas específicas en salud mental dirigidas a la empresa, a la generación de empleo y la inserción en el mercado de trabajo ordinario (y no mayoritariamente dirigido al empleo protegido).	8,40
Realizar un mayor control e inspección sobre el cumplimiento, por parte de las empresas, de la normativa de contratación de personas con discapacidad.	8,70

*Fuente: Elaboración propia.*

Atendiendo a la información compilada, se clasifican las propuestas atendiendo a los criterios de votación y consenso.

**Propuestas con mayor puntuación:**

1. Dotar de formación específica en materia de salud mental a las personas responsables de elaborar el informe de capacidades y establecer las medidas de ajuste personal y social.
2. Modificar la normativa y el sistema actual por el que las entidades de empleo con apoyo se gestionan mediante subvenciones temporales, estableciéndose una red de servicios específicos para la inserción laboral en el ámbito de la salud mental.
3. Describir en la norma de una manera objetiva los criterios que determinan la compatibilidad de percibir una prestación por Incapacidad Laboral con la realización de una actividad remunerada, especialmente en el grado de Absoluta.
4. Generar un sistema de coordinación entre entidades públicas y privadas de empleo con apoyo para la gestión de ofertas específicas para personas con discapacidad o de difícil inserción.

**Propuestas con menor puntuación:**

1. Priorizar, en los procesos de valoración y de revisión de las incapacidades laborales, la información referente a la historia laboral y evolución de la enfermedad en cada caso, teniendo en cuenta el componente residual, la capacidad de recuperación y variabilidad específica de las personas con un diagnóstico en salud mental, que pueden presentar largos periodos de actividad y de incapacidad durante diferentes etapas y de manera repetida.
2. Favorecer por parte de la administración la generación de CEE específicos en salud mental, ante la falta de oferta empresarial.
3. Mejorar por parte de la administración pública la recogida y acceso de datos estadísticos reales (inserciones, reinserciones, perfil, patología, trabajos a los que acceden las personas con diagnóstico en salud mental, apoyos requeridos, motivo de finalización del empleo, etc.) para determinar la necesidad real y la dirección de las políticas y recursos a generar.
4. Generar un sistema de inspección por el cual los CEE no se conviertan en empresas de servicios externalizados sin un objetivo de contratación en la empresa ordinaria.

**Propuestas con mayor consenso<sup>17</sup>:**

1. Modificación del art. 42 del Estatuto de Trabajadores, referido a la Subcontratación de Obras y Servicios, para que los trabajadores de CEE no tengan peores condiciones laborales que los trabajadores de la empresa que le subcontrata.
2. Dotar de formación específica en materia de salud mental a las personas responsables de elaborar el informe de capacidades y establecer las medidas de ajuste personal y social.
3. Generar los itinerarios de inserción de manera individualizada y por parte de un equipo multiprofesional, en contacto con la persona y con formación específica en salud mental.
4. Realizar un mayor control e inspección sobre el cumplimiento, por parte de las empresas, de la normativa de contratación de personas con discapacidad.

---

<sup>17</sup> La distribución de las puntuaciones era similar entre los expertos.

**Propuestas con menor consenso:**

1. Asignar un/a tutor/a desde los Espai Labora (entidad pública de empleo), con formación específica en salud mental, y que ejerza de referente para la persona que busca empleo y para las otras entidades (incluidas las USM) también implicadas dentro del Itinerario de Inserción, manteniendo una tutorización constante, incluso cuando la persona se haya incorporado a un puesto de trabajo.
2. Trabajar desde la administración pública para incluir a entidades empresariales (patronales, confederaciones, cámara de comercio...) dentro del sistema coordinado de itinerarios de inserción.
3. Favorecer por parte de la administración la generación de CEE específicos en salud mental, ante la falta de oferta empresarial.
4. Generar un sistema de inspección por el cual los CEE no se conviertan en empresas de servicios externalizados sin un objetivo de contratación en la empresa ordinaria.

## 2.4. DISCUSIÓN

A partir del método Delphi y siguiendo las puntuaciones obtenidas en las diferentes recomendaciones, se torna necesario el abordaje específico y diferenciado de la discapacidad psicosocial derivada de una patología mental del resto de discapacidades (Ballesteros, 2019 y Cueto, 2009). Los grupos de expertos, al igual que la evidencia revisada (EASP, 2012; Fabregas et al, 2018) señalan la necesidad de reformar el sistema nacional de prestaciones con el objetivo de solucionar los problemas de acceso, revisión y mantenimiento de las mismas (Rodríguez, 2001, 2004, 2015 y 2018). Los grupos de expertos apuestan por que las condiciones han de ser más flexibles y acordes a las características inherentes al mercado laboral actual (alta temporalidad, jornadas parciales, etc.) y a las particularidades de las personas con problemas de salud mental (Lehman y Goldberg, 2002; Marwaha y Jonhson, 2005).

La normativa en materia de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) ha de ser revisada para definir con criterios claros y objetivos el proceso por el cual se reconoce y se revisa el grado de ILP, especialmente entre los grados de Total y Absoluta, y los criterios que determinan la compatibilidad de una incapacidad laboral con la realización de una actividad remunerada. Se debería establecer la compatibilidad de prestación económica con el empleo en todos los casos. De esta manera se reduciría el miedo a la pérdida de ingresos económicos y se fomentaría la reintegración en el mercado laboral, salvaguardando al mismo tiempo la calidad de vida y los ingresos de las personas con especial dificultad para obtener o mantener un empleo.

Las referencias a la profesión habitual que se recogen en la normativa han de ser actualizadas acorde a la realidad del mercado laboral actual y a las distintas realidades de cada persona (trabajos intermitentes, diferentes profesiones, periodos largos de inactividad, etc.). La determinación actual de la profesión habitual en la norma es cuestionada, y debería determinarse teniendo en cuenta los factores mencionados, siendo imprescindible la valoración de todo el proceso laboral de una persona.

Las personas responsables de realizar los informes para el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), tanto desde el ámbito social como sanitario, requieren más información y formación específica sobre el proceso de valoración de ILP y sobre cuáles son los aspectos técnicos y la información fundamental a reflejar en dichos informes, para que sean de utilidad real para el EVI.

Las políticas de fomento de empleo precisan de un cambio hacia un paradigma menos proteccionista que priorice el acceso de la persona al tejido empresarial ordinario. Al mismo tiempo, cobra importancia poner los esfuerzos en la generación, o el refuerzo, de un sistema de

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

atención coordinado, que promueva acciones destinadas a contrarrestar las barreras de acceso y mantenimiento del empleo, priorizando los apoyos individuales a la persona, especialmente en las fases iniciales de detección del problema de salud mental. Este sistema ha de estar compuesto por las diferentes entidades que conforman la red de atención, e incluir al tejido empresarial.

Es imprescindible el refuerzo del trabajo en red, la comunicación entre entidades y agentes implicados, tanto públicos como privados, generando un protocolo de coordinación, derivación y seguimiento. Un punto de partida del itinerario de inserción deben ser también las Unidades de Salud Mental (USM) a las que asiste la persona, siendo estas unidades incluidas y mantenidas en todo el proceso. El empleo ha de considerarse como una herramienta terapéutica más en el proceso de recuperación. Se ha de consolidar la figura de referencia en los *servicios públicos de empleo* para facilitar la atención y el mantenimiento de la persona en la búsqueda de empleo. Así mismo, estas personas han de tener un papel más activo en la decisión de su itinerario. Se genera así un modelo más inclusivo, que tiene como objetivo facilitar no sólo el tránsito desde los programas y entidades hacia el empleo protegido, sino también y prioritariamente hacia el empleo ordinario (público o privado).

La administración pública debe favorecer un modelo de intervención que promueva el acceso inmediato al empleo, basado en otorgar los apoyos en el mismo puesto de trabajo y sin un límite de tiempo determinado, en detrimento del modelo vocacional<sup>18</sup> predominante en la actualidad. Se necesita modificar la normativa y los programas de Empleo Con Apoyo (ECA), para adecuar esta modalidad a la realidad de las personas con un diagnóstico en salud mental. La administración ha de garantizar además que se presten los ajustes en el empleo en base a las necesidades individuales de las personas (tanto en intensidad como en duración), así como asegurar la continuidad y estabilidad de los programas mediante una adecuada financiación. Estos ajustes han de determinar y asegurar las adaptaciones del puesto de trabajo a la persona, que han de ser valoradas de manera individual e implementadas siempre que se requiera. En el caso de la salud mental estas adaptaciones deben estar enfocadas al ajuste laboral en cuanto a la organización y la gestión del puesto de trabajo (tipo de jornada, flexibilidad horaria y desempeño de funciones). Actualmente en la normativa no se recogen este tipo de adaptaciones específicas.

Los Centros Especiales de Empleo (CEE) deben retomar su objetivo inicial de tránsito y su finalidad como empresas dirigidas a la inserción laboral para las personas con altas

---

<sup>18</sup> El modelo Vocacional se centra en intervenciones específicas previas al acceso al empleo, basadas en programas de orientación, entrenamiento prelaboral y formación antes de iniciar la búsqueda, e integración en empleos de transición.

dificultades de inserción. Un CEE ha de dar cobertura de empleabilidad a largo plazo únicamente en el caso de aquellas personas con discapacidad severa. Se propone establecer el porcentaje de contratación mínimo obligatorio del 50% de personas con discapacidad severa dentro de la plantilla reservada a personas con discapacidad de los CEE<sup>19</sup>.

Las personas con capacidades y sin especiales dificultades para un empleo han de dirigir sus objetivos hacia el mercado de trabajo ordinario fuera del entorno protegido. Para que esto sea posible, se ha de garantizar el cumplimiento de los itinerarios en los CEE, que han de tener siempre un objetivo de tránsito, dotando de competencias técnicas, funcionales y transversales a la persona trabajadora. Estos itinerarios han de ser individualizados y realizados por equipos multiprofesionales con formación específica en salud mental. Se propone un sistema similar al de las empresas de inserción, en el que la obligatoriedad de paso al mercado ordinario tiene lugar en un periodo máximo de tres años.

La administración pública ha de seguir asegurando medidas que fomenten la contratación y el mantenimiento del empleo en el mercado ordinario de las personas con discapacidad psicosocial. Estas medidas tienen que ver con el mantenimiento del actual sistema de ayudas y bonificaciones, agilizando el cobro de las cuantías pertenecientes a los contratos subvencionables que haya realizado la persona empleadora y, además, realizando un exhaustivo seguimiento del cumplimiento de la legislación vigente. Es imprescindible la implementación de campañas informativas dirigidas a la empresa sobre la obligación legal de incorporar un 2% de Personas Con Discapacidad (PCD) en empresas de más de 50 personas trabajadoras y velar por su cumplimiento, concediendo solamente certificados de excepcionalidad<sup>20</sup> cuando se compruebe que en realidad no hay puestos de trabajo en la empresa susceptibles de ser ocupados por PCD. En este punto, también se propone la supresión de la contratación de los enclaves laborales como medida alternativa de excepcionalidad.

La administración pública ha de ser también generadora de empleo y en las convocatorias de empleo público se debería ampliar las plazas del turno de reserva<sup>21</sup> destinado

---

<sup>19</sup> Según la normativa actual, el 70% del total de la plantilla de personas trabajadoras de los CEE han de tener reconocido un certificado de grado de discapacidad mínimo del 33%.

<sup>20</sup> Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad. Las medidas alternativas contempladas son: realización de un contrato mercantil o civil con un CEE o con un trabajador autónomo con discapacidad (para el suministro de bienes, o para la prestación de servicios ajenos); realización de donaciones y acciones de patrocinio; y la constitución de enclaves laborales.

<sup>21</sup> Según lo establecido en el Artículo 59 del Real Decreto-Legislativo 5/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, sobre las Personas Con Discapacidad, establece que:

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

a las PCD, garantizando un mínimo de un 2% sobre el total de plazas dedicadas en exclusiva para las personas con discapacidad psicosocial. Así mismo, es necesario reflejar las adaptaciones necesarias específicas, tanto en la presentación de la persona a la convocatoria (espacio y duración de la prueba) como ya una vez incorporada en el puesto de trabajo, adaptaciones que han de ser diferentes a las de otras discapacidades.

Las empresas han de tener una actitud abierta al contacto con las personas con discapacidad psicosocial, así como con los dispositivos sanitarios y entidades sociales y de empleo, facilitando la prestación de los apoyos en el mismo puesto de trabajo cuando sea necesario. Esto supone crear también desde la administración pública estructuras reales de soporte (equipos de apoyo al empleo ordinario), que guíen y acompañen en el proceso de preparación y adaptación al puesto de trabajo, tanto en las empresas como en el propio empleo público. Por ello, es necesario diseñar políticas públicas que fomenten este tipo de actitudes, estableciendo sistemas de recompensa atractivos.

Se considera fundamental articular acciones de sensibilización y de erradicación del estigma, dirigidas tanto a organismos públicos como entidades privadas, con y sin ánimo de lucro, para promover una mejor comprensión de la realidad de las personas con diagnóstico en salud mental, aportando evidencias de éxito en la erradicación de las barreras de inserción en el empleo, así como incorporando un punto de vista de responsabilidad social.

También con el objetivo de tener información detallada sobre la situación actual, y poder desarrollar políticas públicas más eficaces es necesario recopilar, registrar y explotar los datos estadísticos reales y concretos (inserciones / reinserciones reales, perfil, sectores productivos, puestos de trabajo, necesidades de la persona, motivos de finalización del empleo, etc), distinguiendo la realidad de las personas con discapacidad psicosocial de la de otras PCD.

---

1. En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al siete por ciento de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad, considerando como tales las definidas en el apartado 2 del artículo 4 del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, siempre que superen los procesos selectivos y acrediten su discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas, de modo que progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales en cada Administración Pública.

La reserva del mínimo del siete por ciento se realizará de manera que, al menos, el dos por ciento de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten discapacidad intelectual y el resto de las plazas ofertadas lo sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad.

2. Cada Administración Pública adoptará las medidas precisas para establecer las adaptaciones y ajustes razonables de tiempos y medios en el proceso selectivo y, una vez superado dicho proceso, las adaptaciones en el puesto de trabajo a las necesidades de las personas con discapacidad.

## 2.5. REFERENCIAS

- Badallo-Carbajosa, A., García-Arias, S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737-47. Recuperado de: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000400005>
- Ballesteros, F., Vaquero, C., Vitutia, M., Molinero, C., Larios, M., Delgado, V. y Calvo, R. (2019). Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral. *Clínica Contemporánea*, 10, e11. DOI: <https://doi.org/10.5093/cc2019a11>
- Cueto, B., Malo, M., Rodríguez, V. y Märkli, S. (2009): El empleo después de la incapacidad permanente: trayectorias laborales y patrones de salida del mercado de trabajo. Madrid: *Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Seguridad Social*.
- Escuela Andaluza de Salud Pública (2012). Salud Mental y Empleo: Opiniones y necesidades expresadas por pacientes y profesionales de Andalucía en torno al mantenimiento del empleo durante el tratamiento de un problema de salud mental leve o moderado. Sevilla: EDITA.
- Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. (2018). Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan. Madrid: *Confederación Salud Mental España*. Recuperado de: <https://www.sis.net/documentos/ficha/541016.pdf>
- Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., Van Weeghel, J., Cappa, C., Suñol, R. y Otto, E. (2014). Individual placement and support in Europe, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 123-128.
- García, A. (2019). Centros Especiales de Empleo de Iniciativa Social. Avances legislativos y ajustes necesarios. *Revista Jurídica*, 35, 1-29. Recuperado de: <https://ojs.uv.es/index.php/juridicaciriec/article/view/15930>
- García, F., Alvira, F., Alonso, L. y Escobar, M. (2015) (4ª edición). El análisis de la realidad social. Madrid: Alianza editorial.
- Generalitat Valenciana (2017). Estrategia Valenciana de Soporte Social para la recuperación e inclusión social de las personas con trastorno mental grave 2018-2022. Valencia: GVA. Recuperado de: <http://inclusio.gva.es/va/web/discapitados/pacto-autonomico-para-la-salud-mental>



2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- Hombrados, M. I., García, M., y López, T. (2006). *Intervención social y comunitaria*. Málaga: Aljibe.
- Ibañez, J. (1986) *Más allá de la sociología*. Madrid: Siglo XXI
- INE (2019). El empleo de las personas con discapacidad. *Nota de prensa*, 1-11 Recuperado de [https://www.ine.es/prensa/epd\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/epd_2019.pdf)
- Kayne, H., Jans, L. y Jones, E. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 526-536.
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. España: Pirámide.
- Lehman, A. y Goldberg, R. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses, *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 165-172.
- López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. (1998). Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68, 735-747.
- Martí, J. (2017). *Medidas de resultado más utilizadas en programas de inserción laboral para personas con trastorno mental grave: una revisión sistemática*. Castellón: Universidad Jaime I.
- Marwaha, S. y Johnson, S. (2005). Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 302-316.
- Marwaha, S. y Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-49.
- McQuilken, M., Zahniser, J., Novak, J., Starks, R., Olmos, A. y Bond, G. (2003) The work project survey: consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18(1), 59-68.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2018) *Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal, Datos 2017*. Madrid: Servicio Público de Empleo Estatal.
- Ministerio Español de Ciencia e Innovación (2020). *Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Moratalla, P. (2016). Centros Especiales de Empleo. *Revista Jurídica*, 29, 1-38. Recuperado de: <http://ciriec-revistajuridica.es/wp-content/uploads/029-010.pdf>
- Noble, J. (1998) Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illnesses. *Psychiatry Services*, 49, 775-781.

- Obertament (2016). El estigma y la discriminación en los entornos laborales. Barcelona: Obertament. Recuperado de: <https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3%20Acte/EstigmaaCatalunya2016-2-Laboral.pdf>
- Perkins, R. y Rinaldi, M. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298.
- Pulido, F., Tallo, L., Parestelo, L., Perez, J., Rivero, A., Gonzalez, L., Caballero, N. (2011). La autonomía personal en el empleo de las personas con trastorno mental grave. Canarias: Simpromi.
- Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9 (1), 87-102. DOI: 10.1344/reire2016.9.1916
- Resnick, S. y Bond, G. (2001) The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 12-19.
- Rinaldi, M. y Hill, R. (2000). Insufficient Concern. London: *Merton Mind*.
- Ritsher, J., Phelan, J. (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Rodríguez, F., Caballero, N., Tallo, E., Méndez, M., Hernández, MC., López, S., Vílchez de León, P. y González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 513-518.
- Rodríguez, F., Rodríguez, M. y García, MC. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 25(6), 264-281.
- Rodríguez, F., Rodríguez, S. y Hernandez, J. (2001). El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración. Santa Lucía: Gobierno de Canarias.
- Rodríguez, G. (2015). Los beneficios de la inclusión social de las personas con discapacidad. Madrid: ediciones Cinca.
- Tse, S. (2004) What do employers think about employing people with experience of mental illness in New Zealand workplaces? *Work: a Journal of Prevention Assessment and Rehabilitation*, 23, 267-274.
- Vaquero, C., Ballesteros, F., Herradón, G., Sobrino, A., Torres, D., Vitutia, M., Molinero, C., López, A., Delgado, V., Larios, M., Gamero, B., Muñoz, E., Esteban, B. y Calvo, R.

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

(2019). Estrategias de Afrontamiento en personas con Trastorno Mental Grave. *Revista Clínica Contemporanea*, 10 (3), 1-11.

Verdugo, M., y Urríes, B. (2003). Empleo con apoyo y salud mental, Cornell: *Gladnet Collection. Ithaca*.

Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A., Zijlstra, F., Van Ruitenbeek, G., Uitdewilligen, S., y Corbière, M. (2018). Disability and employment - Overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(1), 40-55.

World Health Organization (2007) Salud Mental en Europa: políticas y práctica, líneas futuras en salud mental. Spain: European Observatory on Health Systems and Policies.

**ANEXO 2.1. LISTADO UNIFICADO DE CONCLUSIONES MESAS DE EXPERTOS**

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Formar y concienciar al personal médico responsable de realizar los informes a aportar y que serán revisados por el EVI, especialmente en lo relativo al proceso de valoración de las incapacidades laborales en su conjunto, aspectos técnicos fundamentales y la información relevante a reflejar en el informe (aspectos específicos de salud mental y diferentes supuestos), para que dichos informes puedan ser de utilidad en la valoración.	8,56
Priorizar, en los procesos de valoración y de revisión de las incapacidades laborales, la información referente a la historia laboral y evolución de la enfermedad en cada caso, teniendo en cuenta el componente residual, la capacidad de recuperación y variabilidad específica de las personas con un diagnóstico en salud mental, que pueden presentar largos periodos de actividad y de incapacidad durante diferentes etapas y de manera repetida.	7,88
Concretar en la norma de valoración y revisión de la Incapacidad Laboral aspectos relativos a la salud mental, especialmente en lo referido a la temporalidad de la sintomatología y reversibilidad de la situación de incapacidad.	8,56
Establecer un sistema que facilite la mejor comunicación entre todos los agentes implicados en la valoración, seguimiento y revisión de la Incapacidad Laboral.	8,22
Revisar y actualizar el concepto de "Profesión Habitual", siendo más acorde a la realidad del mercado de trabajo actual (temporalidad del empleo, diversidad de profesiones en la historia laboral, periodos de inactividad...).	8,25
Modificar los criterios de revisión de grado de Incapacidad, especialmente entre los grados de Total y Absoluta, reduciendo los riesgos de variación por iniciar una actividad laboral y garantizando el derecho a percibir prestación.	8,13
Describir en la norma de una manera objetiva los criterios que determinan la compatibilidad de percibir una prestación por Incapacidad Laboral con la realización de una actividad remunerada, especialmente en el grado de Absoluta.	8,67
En base a la temporalidad laboral y variabilidad específica de la salud mental, establecer un sistema de revisión automática entre los grados de Total y Absoluta y de la base de cotización de la prestación percibida, permitiendo la congelación y reactivación automática ante una recaída (similar al sistema de otras prestaciones, como la PNC).	8,13
Generar un sistema de coordinación que abarque a las entidades públicas y privadas para que la persona tenga un itinerario único de inserción.	8,40
Asignar un/a tutor/a desde los Espai Labora (entidad pública de empleo), con formación específica en salud mental, y que ejerza de referente para la persona que busca empleo y para las otras entidades (incluidas las USM) también implicadas dentro del Itinerario de Inserción, manteniendo una tutorización constante, incluso cuando la persona se haya incorporado a un puesto de trabajo.	8,00
Generar un sistema de coordinación entre entidades públicas y privadas de empleo con apoyo para la gestión de ofertas específicas para personas con discapacidad o de difícil inserción.	8,60

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Formar previamente al personal técnico implicado en el itinerario en salud mental, tanto de entidades públicas como privadas, como elemento imprescindible. Los recursos y programas específicos generados, y la intervención realizada por parte de todas las entidades han de tener en cuenta las características específicas de la salud mental en relación a otras discapacidades	8,40
Incluir en los programas de inserción, acciones dirigidas a trabajar aspectos fundamentales como la autoestima, el estigma y autoestigma, la motivación y la autonomía en el proceso de búsqueda de empleo, otorgando un papel protagonista a la persona y no tanto al técnico que le acompaña en el proceso. Es un compromiso bidireccional basado en la autonomía de la persona.	8,56
Dar continuidad a los apoyos en el empleo de la persona en base a sus necesidades, y a la colaboración entre los servicios públicos y las entidades mientras la persona se mantenga en el puesto de trabajo, sin las limitaciones en tiempo que determina la normativa actual (tanto en el empleo público como privado).	8,50
Modificar la normativa y el sistema actual por el que las entidades de empleo con apoyo se gestionan mediante subvenciones temporales, estableciéndose una red de servicios específicos para la inserción laboral en el ámbito de la salud mental.	8,75
Trabajar desde la administración pública para incluir a entidades empresariales (patronales, confederaciones, cámara de comercio, etc.) dentro del sistema coordinado de itinerarios de inserción.	8,00
Revisar la emisión del Certificado de Capacidades, tanto en contenido como en procedimiento de valoración (presencial), generando uno específico para el ámbito de la salud mental y que resalte las capacidades de la persona y no sus incapacidades.	8,44
Dotar de formación específica en materia de salud mental a las personas responsables de elaborar el informe de capacidades y establecer las medidas de ajuste personal y social.	8,78
Realizar una revisión en la naturaleza y modelo de inserción laboral en los CEE, como empresas empleadoras de las personas con especiales dificultades de, donde temporalmente se las prepare para el tránsito hacia la inclusión en el mercado ordinario de trabajo.	8,38
Asegurar en la normativa la contratación en los CEE de las personas con discapacidad severa, instaurando un tanto por ciento de contratación significativamente más elevado que la contratación de personas con discapacidad no severa.	8,44
Generar medidas de tránsito del CEE a la empresa ordinaria, como la obligatoriedad de contratación de un tanto por ciento en empresa ordinaria desde CEE para los trabajadores con discapacidad no severa y con capacidades para el empleo.	8,63
Favorecer por parte de la administración la generación de CEE específicos en salud mental, ante la falta de oferta empresarial.	7,89
Revisar la normativa referente a los Enclaves Laborales, como su duración y eliminación de las medidas alternativas en el certificado de excepcionalidad del cumplimiento LGD, fomentando las medidas de contratación directa de las personas por parte de las empresas.	8,13
Generar un sistema de inspección por el cual los CEE no se conviertan en empresas de servicios externalizados sin un objetivo de contratación en la empresa ordinaria.	8,10

<b>Propuesta</b>	<b>Media</b>
Modificación del art. 42 del Estatuto de Trabajadores, referido a la Subcontratación de Obras y Servicios, para que los trabajadores de CEE no tengan peores condiciones laborales que los trabajadores de la empresa que le subcontrata.	8,56
Generar desde las entidades modelos de intervención en el apoyo al empleo, abordando las necesidades específicas del perfil de salud mental, diferente al de otras realidades.	8,33
Informar y favorecer a las empresas el acceso a los servicios de las unidades de apoyo, desconocidas para la mayoría de las empresas ordinarias.	8,30
Generar los itinerarios de inserción de manera individualizada y por parte de un equipo multiprofesional, en contacto con la persona y con formación específica en salud mental.	8,70
Mejorar por parte de la administración pública la recogida y acceso de datos estadísticos reales (inserciones, reinserciones, perfil, patología, trabajos a los que acceden las personas con diagnóstico en salud mental, apoyos requeridos, motivo de finalización del empleo, etc.) para determinar la necesidad real y la dirección de las políticas y recursos a generar.	7,89
Generar por parte de la administración pública un sistema de inserción basado en un modelo menos proteccionista, centrado en la concienciación empresarial y en las medidas de acceso prioritariamente al empleo ordinario, que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas con un diagnóstico en salud mental.	8,20
Ampliar la oferta pública de empleo para colectivos de muy difícil inserción y específicas en salud mental.	8,60
Fomentar desde la administración pública más medidas específicas en salud mental dirigidas a la empresa, a la generación de empleo y la inserción en el mercado de trabajo ordinario (y no mayoritariamente dirigido al empleo protegido).	8,40
Realizar un mayor control e inspección sobre el cumplimiento, por parte de las empresas, de la normativa de contratación de personas con discapacidad.	8,70

## **ANEXO 2.2. TRASCRIPCIÓN MESA 1. INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE**

### ***Desarrollo:***

#### **1. Introducción**

En el actual Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se define en el art. 193 la incapacidad permanente *como “la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.”*

Cabe iniciar esta ronda de preguntas con el reconocimiento legítimo de este derecho a una incapacidad laboral permanente, en sus diferentes grados, aunque se hará hincapié en los grados de total y absoluta, mayoritarios en el caso del ámbito de la salud mental. En el caso de las personas con trastorno mental grave es necesario mencionar la complejidad de determinar de una manera objetiva y previsiblemente definitiva la disminución o anulación de su capacidad laboral, especialmente desde una perspectiva médica real. También puede resultar complejo determinar de una manera objetiva la reversibilidad y reiteración de esa situación a lo largo de la historia laboral de una persona. Una valoración que no tenga en cuenta las subjetividades y características del ámbito de la salud mental puede determinar en ocasiones, una escasa cobertura de las necesidades reales de la persona y, en otras, una sobreprotección que limite la vuelta al trabajo.

#### **2. El reconocimiento y revisión de la incapacidad laboral permanente**

*2.1. Teniendo en cuenta el actual procedimiento de valoración, criterios y documentación solicitada ¿el reconocimiento del derecho a la incapacidad laboral permanente se realiza únicamente en base al informe final emitido por el equipo de valoración de incapacidades (EVI)? ¿Y con qué periodicidad tiene lugar la revisión o renovación de esta documentación?*

El reconocimiento del derecho a la incapacidad laboral se basa en el informe realizado por el EVI. La información para dictar este reconocimiento se basa, a su vez, en el informe médico de síntesis. El EVI tiene acceso al expediente reflejado en el sistema de gestión sanitaria (ABUCASIS), donde aparece la historia y evolución de la patología, y se revisan el/los

tratamiento/s, anamnesis de las diferentes visitas médicas, etc. Además, la persona interesada puede solicitar otros informes médicos y sociales.

Esta metodología se considera por parte del equipo de personas expertas presente en esta mesa como susceptible de revisión por diferentes motivos.

Actualmente, la persona interesada ha de insistir en que se realicen informes por parte del médico de atención primaria (MAP) y que, además, estos incluyan la mayor información posible y no únicamente aquella reflejada en ABUCASIS para que puedan ser valorados por el EVI. Además, estos informes tienen un formato libre y la información reflejada va a depender del profesional que lo realice.

En el ámbito de la salud mental puede darse el caso de personas que no hayan tenido ingresos en las unidades hospitalarias de manera frecuente, que acudan a servicios sanitarios privados o que hayan cambiado su zona de residencia y unidad en la que se le atiende, por poner algunos ejemplos. En estos casos puede ocurrir que no se disponga de toda la información necesaria reflejada en el sistema ABUCASIS para realizar un informe con la información y los datos completos. Es muy difícil por parte del equipo valorador hacer una evaluación veraz en una sola visita, reflejando información subjetiva basada en un momento determinado de la persona valorada.

Esto ocurre con muchos informes recibidos por el equipo del EVI, que reflejan la información teniendo en cuenta un momento puntual de una persona y no se da una visión global de su evolución.

Un punto común referenciado por las personas expertas participantes es la necesidad de unificar los criterios, objetivar y mejorar la información reflejada en los informes de valoración aportados por las personas interesadas al EVI<sup>22</sup>.

En definitiva, se considera prioritario dar a conocer la labor realizada por el equipo médico del INSS, realizando formación con los y las psiquiatras, ofreciendo las herramientas necesarias y estableciendo la información significativa oportuna en los informes para la valoración de la incapacidad laboral. A día de hoy se considera que existe falta de información detallada, siendo necesario objetivar y unificar los criterios de estos informes psiquiátricos. Este tipo de informes han de ser vistos por los equipos médicos como una herramienta real e importante de trabajo en la atención a la persona, con un objetivo específico y una repercusión, y no ser considerados como un mero trámite burocrático sin valor real.

---

<sup>22</sup> Esta necesidad se detecta por las personas juristas tanto para valoraciones del EVI como en otros casos, como la valoración del grado de dependencia y del centro de valoración de discapacidades.



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

La revisión tiene lugar cada vez que es solicitada por la persona interesada o en los plazos establecidos por el EVI, normalmente de dos años. El factor edad también es tenido en cuenta, ya que para una persona de mayor edad y que se reincorpora a partir de los 55 años a un trabajo no se suelen establecer plazos de revisión.

*2.2. ¿Existe algún elemento diferenciador en la valoración en salud mental? Si es así ¿cómo viene determinado?*

Si enlazamos con el punto anterior, y hacemos referencia a los informes en los que se basan las valoraciones, el ámbito de la salud mental es especialmente difícil de objetivar en comparación con otras realidades. Es por esto que se intenta tener en cuenta lo reflejado entonces en el histórico del ABUCASIS de cada persona y no únicamente el último informe médico recibido. Por ejemplo, no es lo mismo realizar una valoración de una persona que acaba de pasar un proceso de incapacidad temporal y que se le ha ido realizando un seguimiento más o menos continuado a lo largo de los dieciocho meses anteriores, que realizar una valoración de una persona que solicita la incapacidad tras un largo periodo de inactividad laboral y no como consecuencia de una incapacidad temporal.

En salud mental los puntos en los que se basa el equipo médico del EVI para tomar las decisiones en valoración de la incapacidad laboral son:

- Diagnóstico
- Sintomatología (activa, remisión completa o parcial, evolución temporal, etc.)
- Histórico de tratamientos farmacológicos y necesidades terapéuticas
- Comorbilidad
- Repercusión funcional de la enfermedad a diferentes niveles (social, laboral, familiar)

Los criterios para valorar el expediente siguen la misma metodología seguida en otro tipo de problemáticas, por lo que no existe en este sentido una diferenciación. Un concepto que sí se ha incorporado en los últimos años, y que las personas juristas valoran de una manera muy positiva, es el de incapacidades laborales permanentes absolutas revisables, ya que se permite a la persona interesada y a los y las juristas responsables de su expediente el poder negociar de una manera más flexible con la administración de la Seguridad Social, realizando un mejor seguimiento de la evolución de cada caso y sin tener que pasar por todo el proceso desde el inicio. En estos casos, tanto las personas que se encuentran en un proceso de incapacidad temporal, como el personal médico que las atiende y responsable de hacer el informe, no

sienten tanto temor de solicitar la incapacidad permanente, ya que lo perciben como un proceso reversible. Con esto, además, se flexibiliza la reincorporación de las personas en el trabajo y se evita una situación de exclusión laboral permanente.

Si comparamos entre comunidades autónomas, en la Comunitat Valenciana y en el ámbito de la salud mental en concreto, se reconocen más incapacidades laborales que en el resto de la media nacional, pero no existe una recogida de datos protocolizada en el INSS.

Tampoco existen datos referentes a cuántas personas solicitan el reconocimiento de una incapacidad laboral permanente como consecuencia de una incapacidad laboral temporal o cuántas son solicitadas partiendo de otras situaciones. De una manera experiencial, sí se puede observar que la mayor parte de valoraciones permanentes proceden de una continuación de una incapacidad temporal.

La recogida de datos sería un factor importante a la hora de establecer estadísticas y perfiles concretos de población afectada, pudiendo así contar con información veraz a la hora de establecer políticas en materia de empleo y requisitos de valoración o revisión de incapacidad. Por ejemplo, datos específicos por patologías, cuáles son las que están ocasionando mayor número de incapacidades absolutas, patologías que generan más reincorporaciones laborales o mayor número de revisiones del grado de incapacidad...

### **3. La determinación del grado de incapacidad laboral en salud mental**

*3.1. ¿Existe algún factor específico o diferenciador a la hora de determinar el grado de incapacidad laboral reconocido en el ámbito de salud mental?*

No existe una forma específica de determinar el grado de incapacidad en salud mental. Se realiza la solicitud de una incapacidad permanente (no hay un límite temporal para solicitarla) y el grado lo determina el EVI. La determinación del grado de incapacidad se realiza en base a la capacidad de trabajar de la persona, y esta valoración de capacidades se vincula a la profesión habitual de la persona. Para determinar la profesión habitual se tiene en cuenta el último año trabajado previo al reconocimiento de la incapacidad temporal.

Sí existe como dato específico del ámbito de la salud mental que se otorga mayoritariamente la incapacidad permanente en grado absoluta debido a las limitaciones que se encuentran en la persona para realizar un trabajo en el momento de la valoración. Se da la circunstancia, en gran número de casos, de que la persona rompe con su actividad laboral precisamente por la aparición de la sintomatología relacionada con un trastorno mental. Se vuelve a valorar aquí la incorporación del concepto de incapacidad laboral absoluta revisable

2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

como medida de flexibilización y no cronicidad en la realidad laboral de las personas con un diagnóstico en salud mental.

*3.2. ¿Se tiene en cuenta toda la historia laboral de la persona o únicamente el momento actual en el que se genera el derecho a la incapacidad laboral?*

Lo que se refleja en la norma es que se tenga en cuenta la actividad realizada en el último año de la vida laboral de la persona. Cuando la solicitud de valoración se realiza desde una situación de desempleo o de abandono del mercado laboral, el valorador encuentra que la última actividad realizada tiene lugar años antes de esta evaluación, o existen en la historia laboral de la persona trabajos diferentes de unos pocos días o meses de duración. Entonces, se tiene en cuenta el periodo más amplio en el que ha realizado una actividad antes de dar inicio de valoración.

*3.3. En el caso de una incapacidad laboral permanente en grado total ¿cuáles son los criterios que determinan la profesión habitual?*

La determinación de la profesión habitual es especialmente significativa en el reconocimiento de una incapacidad laboral permanente en el grado total. Ya se ha especificado que la profesión habitual queda determinada y limitada por la actividad realizada en el último año anterior a la situación de incapacidad. Este criterio no ha sido modificado desde la elaboración de la primera normativa de incapacidades, momento en que la realidad del mercado laboral era muy diferente a la actual. Hoy en día, es frecuente que una persona pueda desarrollar más de una profesión a lo largo de su historia laboral.

La administración pública y los juristas coinciden en la necesidad de revisión de este apartado de la normativa donde se especifica el concepto de la profesión habitual y su designación. Este cambio conceptual en la normativa actual, más acorde con la realidad del trabajo actual, es un elemento básico y esencial que va a determinar las posibilidades de reincorporación al trabajo de la persona interesada.

#### **4. Compatibilidad de la incapacidad laboral permanente absoluta con el trabajo**

Centrándonos en el reconocimiento a una incapacidad permanente en grado absoluta, abordamos el tema de la compatibilidad con la realización de un trabajo.

Una Incapacidad Laboral Permanente Absoluta para todo trabajo viene definida en la norma como “*la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio*”.

Esta definición se construye sobre la incapacidad de realizar un trabajo y no sobre la capacidad para desarrollar otras tareas. Es decir, la prestación se reconoce por la incapacidad de la persona de desarrollar alguna profesión. Sin embargo, sí se define en la propia normativa un apartado de compatibilidades. En el RDL 8/2015, artículo 198.2 de compatibilidades, se especifica que *“las pensiones vitalicias en caso de incapacidad permanente absoluta o de gran invalidez no impedirán el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del incapacitado y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión”*.

#### 4.1. ¿Quién y cómo se determina esta compatibilidad?

No es competencia del INSS determinar esta compatibilidad, ya que es un concepto que va más allá y que implica derechos fundamentales como el derecho al trabajo dentro del marco normativo que establece la Constitución.

Por lo tanto, en cualquier grado reconocido de incapacidad laboral se considera que la persona puede trabajar. El límite, en el caso del grado de absoluta, se establece en que se puede trabajar siempre que no realice la misma función para la que la persona fue declarada incapaz. La persona, en este caso, tiene la obligación de comunicar el inicio de actividad laboral al INSS, y éste efectuará una revisión del grado por si hubiese una modificación en la situación clínica de la persona.

Si la situación clínica de la persona es la misma y la persona está realizando otras tareas, el salario percibido por la actividad laboral es totalmente compatible con la percepción de una prestación contributiva por incapacidad laboral.

La legislación no es clara a la hora de establecer los criterios cuando la persona realiza la misma actividad por la que fue declarada incapaz. Estos criterios vienen marcados por las direcciones generales según la jurisprudencia y así los aplican los equipos de valoración. En este supuesto lo que se plantearía es una demanda judicial al considerarse un reconocimiento de grado erróneo. Esto es, si se declara una incapacidad absoluta para una función que se continúa realizando, daría lugar a revisión.

Aun así, existen algunos criterios que facilitan la compatibilidad. Por ejemplo, si es una persona trabajadora por cuenta ajena, que exista un contrato indefinido; en el caso de una persona trabajadora por cuenta propia, que no tenga contratado a otra persona; cuando la persona realiza el mismo trabajo, pero con un salario diferente, tampoco se considera la misma profesión. Esto es, que, a falta de una normativa clara y específica en este sentido, se están asumiendo criterios jurisprudenciales para facilitar la compatibilidad de incapacidad en grado

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

absoluta con que la persona pueda trabajar, y plantear una demanda de revisión se da en muy pocos casos actualmente.

Además, retomando el punto de la profesión habitual, dada la poca claridad que existe en la normativa para determinar este concepto, también es muy difícil establecer que la actividad realizada es realmente la misma por la que fue declarado incapaz.

En el caso del ámbito de la salud mental, la dificultad vendría más determinada por la revisión de la situación clínica, esto es, establecer la mejoría o no de la sintomatología.

Una persona que obtuvo un reconocimiento de incapacidad por un problema de salud mental, cuando se reincorpora en un empleo de una manera estable y presenta una clara mejoría en la sintomatología, puede dar lugar a perder este reconocimiento de ser incapaz de realizar un trabajo. Puede haber un reconocimiento médico de mejoría y cambios en su situación clínica, considerándose que la persona ha recuperado gran parte de su capacidad funcional.

Teniendo en cuenta el perfil de personas en salud mental, especialmente personas con un diagnóstico en trastorno mental grave, se pueden presentar diferentes episodios de aparición de sintomatología y recuperación a lo largo de toda su historia laboral, algo que no es tenido en cuenta a la hora de establecer el estado clínico de la persona, basado en un momento determinado. Como consecuencia, puede ocasionar la pérdida de reconocimiento de incapacidad generado anteriormente.

Ocurre también con esto que la persona decida no trabajar más aunque se vea plenamente capacitado en un periodo determinado. Se ha de tener en cuenta que el perfil de trabajadores con problemáticas en salud mental suele ser el de personas que han abandonado o no se han incorporado con éxito en su intento de iniciar nuevos trabajos, teniendo incluso periodos largos de inactividad. Esta situación genera unas limitaciones y situaciones de estrés o ansiedad en las personas que aumentan el temor sobre si van a ser capaces de mantener un trabajo por un largo periodo de tiempo y si vale la pena arriesgarse entonces a generar una revisión en su situación de incapacidad. En estos casos, incluso las propias personas responsables del apoyo y asesoramiento laboral, juristas y técnicos, recomiendan la no reincorporación en el mundo laboral y asegurar así el percibir la prestación contributiva por la que han generado derecho.

No existen datos concretos actualmente, con frecuencia en el caso de salud mental, las personas que han obtenido un reconocimiento de incapacidad laboral en los grados de total y absoluta no suelen reincorporarse al mercado laboral. Lo que puede interpretarse como que el actual sistema de reconocimiento y revisión genera cronicidad en la situación de desempleo de

las personas con problemas de salud mental. En este punto cabe añadir cuestiones no únicamente médicas, sino de estigma social asociado a este tipo de diagnósticos.

*4.2. ¿Es posible objetivar lo visto en el punto anterior? Esto es, el “que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión”, concretamente en el ámbito de la salud mental. ¿De qué manera?*

Este punto, tal y como hemos mencionado en la pregunta anterior, es muy difícil objetivar, y aunque sí se tienen en cuenta muchos otros aspectos además de la historia clínica (como informes sociales), las personas interesadas quedan a instancias de la información reflejada por la persona que realiza el informe, información que no siempre hace referencia a las capacidades laborales de la persona valorada, sino que se centra en otros aspectos clínicos.

*4.3. ¿Existe algún tipo de flexibilidad a la hora de determinar esta compatibilidad laboral en el caso del ámbito de la salud mental?*

Actualmente, los y las juristas que tratan estas revisiones tienen más posibilidad de negociar con la Administración. Aun así, debido a la poca claridad de los puntos valorados en los casos que pueden dar lugar a revisión y según su experiencia, siguen recomendando a las personas interesadas no reincorporarse en el mudo laboral, tal y como hemos comentado anteriormente.

En el caso del ámbito de la salud mental se da el riesgo de una recaída que podría ocasionar iniciar de nuevo el trámite de revisión de grado.

## **ANEXO 2.3. INFORMACIÓN ADICIONAL MESA 2. LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN SALUD MENTAL**

### *Los servicios sociales municipales*

Los sistemas de servicios sociales constituyen uno de los pilares del estado social y democrático de derecho surgido a partir de la aprobación de la Constitución en 1978, la cual atribuye en el artículo 148.1.20 la competencia exclusiva en materia de asistencia social a las comunidades autónomas. La Comunitat Valenciana asume esta competencia en 1982, a través del artículo 31.24.a del Estatuto de autonomía. Por su parte, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, así como en Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, otorga a las entidades locales la competencia en la prestación de servicios sociales, en el artículo 25.2.e se reconoce a los municipios la competencia en esta materia: (...) *les corresponde la evaluación y la información de situaciones de necesidad social, así como la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.*

En la Comunitat Valenciana, los servicios sociales quedan regulados por la Ley 3/2019<sup>23</sup>, que establece una estructura funcional de dos niveles de atención complementarios entre sí: la atención primaria y la secundaria.

Dentro de la atención primaria, se distinguen:

- **Servicios de carácter general:** servicio de acogida y atención ante situaciones de necesidad social; servicio de promoción de la autonomía; servicio de inclusión social; servicio de prevención e intervención con las familias; servicio de acción comunitaria; servicio de asesoría técnica específica; unidades de igualdad.
- **Servicios específicos:** servicios de infancia y adolescencia; servicios de violencia de género y machista; servicios de atención a las personas con diversidad funcional o discapacidad y específico de personas con problemas crónicos de salud mental; servicios de atención diurna y nocturna; servicios de atención ambulatoria; y servicios de alojamiento alternativo.

De este modo, aunque las competencias son, por lo general, de los organismos autonómicos, existe una amplia diversidad de servicios de ámbito municipal correspondientes

---

<sup>23</sup> Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana.

a los específicos para las personas con problemas de salud mental (de gestión directa, subrogada o privada por centros autorizados), tales como centros ocupacionales de atención diurna, centros residenciales, centros de día, centros de atención ambulatoria, o viviendas tuteladas/supervisadas, algunos de los cuales incorporan la dimensión de la promoción del empleo entre sus programas de intervención.

Los servicios de atención secundaria caracterizados por la atención residencial a las personas, proveen una atención integral sostenida en el tiempo que, además de cubrir las necesidades de alojamiento y manutención, proporciona los apoyos extensos o generalizados que requiere la promoción de la autonomía personal o el desarrollo de la persona, desde el enfoque preventivo y rehabilitador y teniendo en cuenta la interdisciplinariedad de las intervenciones y el trabajo en red con otros sistemas de protección social.

### **¿Cuáles son los servicios que se prestan desde los Servicios Sociales municipales en relación al empleo?**

Dentro de los servicios con carácter general, desde los servicios sociales se da soporte para el acceso a las diferentes modalidades de ayudas contempladas en la Ley 19/2017, de 20 de noviembre, de la Generalitat, de Renta Valenciana de Inclusión. En su modalidad *Renta de Garantía de Inclusión Social*, las personas beneficiarias se comprometen a participar en el Programa Personalizado de Inclusión, itinerario social o laboral que se elabore, según proceda, así como a facilitar su seguimiento y evaluación.

Además, y en colaboración con otros departamentos o áreas municipales (promoción económica, empleo, educación...), se desarrollan diversos programas y acciones relacionadas con la promoción de empleo, entre los que encontramos: oficinas con servicios de orientación laboral, programas y acciones de formación para el empleo, servicios de intermediación laboral, bolsas de empleo, etc.

Así mismo, el artículo 53.3, de la Ley 3/2019<sup>24</sup>, sobre la coordinación, colaboración y cooperación entre el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y el Servicio Valenciano de Empleo y Formación, determina que *“las consellerias competentes en materia de empleo y formación y en servicios sociales establecerán protocolos de colaboración y coordinación de las actuaciones conjuntas para impulsar el empleo con apoyos para personas en situación de vulnerabilidad, asegurar la formación ocupacional, la inserción laboral y la inclusión social”*.

---

<sup>24</sup> Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana.



## ***Las Unidades de Salud Mental***

### **¿Qué son las Unidades de Salud Mental?**

Dentro de los Departamentos de Salud, estructurados según el Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, se integran las Unidades de Salud Mental (en adelante, USM).

Según este decreto, las USM están consideradas como unidades de apoyo en la atención específica de la salud mental, siendo el eje central de la asistencia sanitaria, y tienen una interrelación directa con los Equipos de Atención Primaria, las unidades de Hospitalización Psiquiátrica (planta de hospitalización, las unidades de media estancia, los hospitales de día y las unidades de larga estancia), y el resto de los dispositivos de atención comunitaria a la salud mental.

### **¿Qué servicios y programas se realizan en las USM?**

Las USM ofrecerán un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como referencia al paciente y cuidador/a principal, utilizando terapia psicofarmacológica y técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica (se excluyen la hipnosis y el psicoanálisis).

Las USM deben contar, al menos, con los siguientes programas psicoterapéuticos:

- Programa de atención para personas con Trastornos Comunes: Contrato terapéutico.
- Programa de atención para persona con Trastorno Mental Grave: Plan de Atención Integral.
- Programa de atención a la familia/cuidadora principal.
- Programa de coordinación: equipo de atención primaria y unidad de salud mental.
- Otros.

### **¿En qué medida participan las USM en el proceso de inserción laboral?**

Los programas y acciones en materia de promoción del empleo por parte de las USM son, por el momento, muy limitados e incipientes, existiendo en la Comunitat Valenciana pocas unidades con experiencia en su desarrollo.

Con la aprobación de la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 y la firma del Pacto Autonómico para la atención integral —social y sanitaria— de la salud mental, se promovió la implantación de medidas específicas para la coordinación entre las USM, los Espai LABORA (Oficinas de Empleo del Servicio Valenciano de Empleo y Formación) y el resto de las entidades que intervienen en la atención a las personas con problemas de salud mental.

***Red de centros de atención diurna y centros residenciales específicos para personas con enfermedad mental crónica (Comunitat Valenciana)***

**¿Qué entidades componen la red de centros de atención a la Salud Mental en la Comunitat Valenciana?**

La Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, estableció una serie de centros de atención diurna y de centros residenciales específicos para atender a las personas con enfermedad mental crónica en la Comunidad Valenciana. Posteriormente, la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, vendría a modificar las órdenes anteriores, definiendo la actual red de centros de atención psicosocial en el ámbito de la Salud Mental en la Comunitat Valenciana:

a) Centros de Atención Diurna:

- **Centros de rehabilitación e integración social, (CRIS):** son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se desarrollan programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.
- **Centros de día, (CD):** son centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se llevan a cabo programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- **Centros de Atención Diurna para Personas con Discapacidad en Situación de Dependencia:** son centros destinados a la atención de personas con discapacidad en situación de dependencia que, por razones derivadas de su discapacidad por la falta o pérdida de la autonomía personal, intelectual o

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

sensorial, precisan de la atención de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

### b) Centros de Atención Residencial:

- **Centros específicos para personas con enfermedad mental crónica, (CEEM):** son centros residenciales comunitarios, abiertos y flexibles, destinados a personas con enfermedades mentales crónicas que no requieren hospitalización. Prestan un servicio de alojamiento y rehabilitación de estas personas enfocando su actuación hacia la mejora de la autonomía personal y social y apoyando su normalización e integración comunitaria.
- **Centros de Atención Residencial para Personas con Discapacidad en situación de Dependencia:** son centros destinados a servir de vivienda común para personas con discapacidad que tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles, a las que sus necesidades de apoyo, su situación intelectual o mental, añadida a su situación socio familiar, dificulta su integración y permanencia en su ambiente familiar y comunitario, ofreciéndole los apoyos precisos y asistencia integral en todas las actividades de la vida diaria.

Mediante el Decreto 43/2010 del Consell, de modificación del Decreto 182/2006, por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica, se definen estos recursos de la siguiente manera:

- **Viviendas Tuteladas:** son viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con enfermedad mental crónica o trastorno mental grave, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

### **¿Cuántos centros están en funcionamiento en la actualidad en la Comunitat Valenciana?**

Según los datos consultados en la web de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, con fecha de noviembre de 2020, la red de centros de atención a personas con problemas de salud mental en la Comunitat Valenciana se compone de los siguientes centros:

**Tabla 2.7. Plazas asistenciales por provincia**

<i>Centros de atención a personas con problemas de salud mental y número de plazas ofertadas</i>	<b>Alicante</b>			<b>Castellón</b>			<b>Valencia</b>			<b>Total</b>
	Privados	Públicos	Concertados	Privados	Públicos	Concertados	Privados	Públicos	Concertados	
<i>Centros de atención residencial para personas en situación de dependencia</i>	4	-	-	-	-	-	15	-	-	19
<i>Número de plazas</i>	255	-	-	-	-	-	698	-	-	953
<i>Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM)</i>	-	2	1	-	2	1	-	1	2	9
<i>Número de plazas</i>	-	76	40	-	53	28	-	80	80	357
<i>Centros de rehabilitación e integración social (CRIS)</i>	-	2	6	-	-	5	-	2	7	22
<i>Número de plazas</i>	-	140	380	-	-	290	-	140	448	1398
<i>Centros de día</i>	-	3	1	-	1	1	-	2	7	15
<i>Número de plazas</i>	-	20	60	-	20	20	-	40	140	300
<i>Viviendas tuteladas</i>	10	1	16	1	3	5	41	3	13	92
<i>Número de plazas</i>	58	5	81	7	14	32	257	14	81	549
<i>Centros ocupacionales</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
<i>Número de plazas</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	43	43
<b>Total centros</b>	21	8	16	8	6	5	72	8	15	159
<b>Total número de plazas</b>	313	241	561	7	87	370	955	274	792	3600

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los listados de centros de atención a personas con enfermedad mental publicados por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas en <http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/recursos>, de la Mapificación de Centros Inclusivos disponible en la web de la misma conselleria, así como de las órdenes de centros concertados de atención a personas con problemas de salud mental.

### **¿Cómo se realiza el apoyo en la búsqueda del empleo desde estos centros?**

En el momento actual, no existe una normativa específica que regule y defina los programas de orientación e inserción laboral en los diferentes recursos de la red de centros, por lo que el apoyo en la búsqueda de empleo queda definido a criterio del plan de atención de cada centro.

En la Estrategia Valenciana se propone la redefinición de la red de recursos de atención social a las personas con TMG, otorgándole un mayor peso a la inserción laboral, planteando la reconversión de los actuales centros CRIS en centros CRISOL, al incorporarles la dimensión de orientación laboral dentro de sus planes y programas de intervención. Esta propuesta no está regulada legislativamente a día de hoy, ni se tiene la constancia de su implementación.

### ***Entidades del tercer sector de acción social***

#### **¿Qué son las entidades del tercer sector de acción social?**

Según establece el artículo 2, de la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del tercer sector de acción social, las entidades del Tercer Sector de Acción Social son aquellas organizaciones de carácter privado, bajo diferentes modalidades, que responden a criterios de solidaridad y de participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social.

En todo caso, son entidades del Tercer Sector de Acción Social las asociaciones, las fundaciones, así como las federaciones o asociaciones que las integren.

#### **¿Qué tipo de programas en relación a la promoción del empleo desarrollan?**

La variedad de programas que desarrollan para la promoción de la inserción socio-laboral de las personas es muy amplia: programas y acciones de formación profesional, talleres ocupacionales y prelaborales, formación en competencias transversales, acciones específicas sobre orientación laboral, búsqueda de empleo y autoempleo, intermediación laboral, gestión de bolsas de empleo... Algunos de éstos programas conllevan el desarrollo de Itinerarios Individualizados de Inserción y programas de Empleo con Apoyo.

**¿Existen programas específicos sobre empleo para personas con problemas de salud mental?**

Es en el ámbito de las entidades del Tercer Sector de Acción Social desde donde se presta un mayor número de servicios especializados para la promoción del empleo de las personas con discapacidad.

En el caso específico de las personas con problemas crónicos de salud mental, son bastantes menos las entidades especializadas. Según los datos sobre el movimiento asociativo que constan en la red de recursos de la Oficina de Salud Mental de la Comunitat Valenciana, unas 35 entidades, entre asociaciones, fundaciones y federaciones, especializadas en la prestación de servicios a las personas con problemas de salud mental. No constan datos concretos sobre el número de entidades que prestan servicios específicos de orientación e inserción laboral.

## **ANEXO 2.4. TRANSCRIPCIÓN MESA 2. ITINERARIOS DE INSERCIÓN EN LA RED DE SALUD MENTAL**

### **1. Introducción**

#### *1.1. Bienvenida y metodología*

#### *1.2. Marco normativo*

La tasa de empleo de las personas con discapacidad es mucho más baja que la de las personas sin discapacidad. Los últimos datos que tenemos son del 2019: las personas con discapacidad presentan un 25,9% frente al 66,9% de las personas sin discapacidad.

La tasa de actividad también pasa de un 34% frente a un 77,7% de las personas sin discapacidad. Y dentro de las personas con discapacidad, cuando hablamos de las personas con problemas de salud mental, los resultados indican que presentan mayores dificultades de inserción laboral: la tasa de actividad de 2019 a nivel estatal está en un 27,8%, que son más de 40 puntos por debajo de la tasa de las personas sin discapacidad.

Ante esta realidad, nos planteamos poder desarrollar esta investigación sobre la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental para que las personas expertas de cada ámbito puedan contribuir a mejorar estos datos.

#### *1.3. Marco específico*

A nivel nacional, en el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre**, por el que se aprueba el *Texto Refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, se reconoce el derecho al trabajo de las personas con diversidad funcional o discapacidad, en condiciones que garanticen la aplicación de los principios de igualdad de trato y no discriminación y prevé el ejercicio de dicho derecho a través de los siguientes tipos de empleo: el empleo ordinario, en las empresas y en las administraciones públicas, incluidos los servicios de empleo con apoyo; el empleo protegido, en centros especiales de empleo y en enclaves laborales; y el empleo autónomo.

En la Comunitat Valenciana, existe una amplia red de entidades que, entre sus servicios, contemplan el desarrollo de acciones de orientación y promoción de la inserción laboral de las personas con discapacidad. Esta red, está compuesta por LABORA, las entidades locales (servicios sociales municipales, agencias de empleo y desarrollo local), las entidades del tercer sector (asociaciones, fundaciones, etc.) y las agencias de colocación, así como las empresas donde se puede acceder al empleo protegido (CEE y empresas de inserción). Estas entidades

promueven el acceso al empleo a través de la gestión de los programas “Itinerarios de Inserción Laboral”, y los de “Empleo con Apoyo”.

Así mismo, a esta red también se suman los centros y entidades especializados en la atención a las personas con problemas de salud mental: centros residenciales, centros de día, centros de rehabilitación e inserción social (CRIS), viviendas tuteladas o centros ocupacionales que, desde sus propios servicios, también contemplan la promoción del empleo como una herramienta terapéutica.

La existencia de esta amplia red de entidades no es garantía de eficacia en la prestación de los servicios relacionados con la inserción laboral, pues muchas veces la persona está siendo atendida simultáneamente por varias entidades, sin existir apenas coordinación entre éstas, e incluso sin mantener siquiera unos mismos objetivos en relación a la inserción laboral. Es por ello, que se precisa de la revisión de todo este sistema conformado por las diferentes entidades implicadas, con la finalidad de valorar posibles mejoras en lo referente a la coordinación entre éstas, y contribuir a que las acciones puedan dar mejores resultados de empleabilidad.

## **2. La “prescripción” del empleo desde las Unidades de Salud Mental (USM)**

En los últimos años, venimos oyendo la utilización del término de la “prescripción del empleo” desde diferentes ámbitos sanitarios, haciendo alusión a la necesidad de implementar acciones específicas para favorecer el acceso al empleo de las personas como parte fundamental de su proceso de recuperación y/o tratamiento.

Ya en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020, en la definición de la RED, vienen recogidos como uno de sus pilares fundamentales, los programas de integración laboral. En el propio análisis DAFO que hace la estrategia, en la parte de las amenazas, identifica las elevadas tasas de desempleo y una escasez de alternativas laborales y formativas.

Además, en la línea estratégica 3 sobre la organización de la red de salud mental y la coordinación sociosanitaria e intersectorial, en el objetivo 5.5 establece una coordinación eficaz entre diferentes administraciones. Y en concreto, en la acción 5.5.2, defiende que hay que desarrollar un modelo de coordinación con la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo.

Y en la línea estratégica 4, que es la que se define como “la de las personas”, en su objetivo general 8 sobre la acción de la eliminación de la discriminación, en el objetivo específico 8.2 referente al fomento y la promoción de la inclusión, se especifica la necesidad



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

de establecer acuerdos entre Consellerias para la mejora de las tasas de empleo, así como también hace referencia al apoyo a entidades hacia la inclusión social.

Ante esta situación se puede establecer un paralelismo con la atención primaria. Ambas son puertas de entrada a la red de salud mental y a la recuperación de la persona.

*2.1. ¿Cómo se llega a plantear la prescripción del empleo desde una USM? ¿Cuáles son los criterios que se valoran y cómo se determina?*

La idea surgió a partir de la estrecha colaboración con el CRIS de Vinaròs, quien ya estaba desarrollando acciones en relación a la inserción laboral en coordinación con el Espai LABORA del mismo municipio.

En el CRIS, no está contemplada la integración laboral, pero desde hace una década se vienen trabajando áreas prelaborales (higiene, constancia, puntualidad, desempeño de diferentes roles...) porque se concibe el trabajo como una muy buena herramienta terapéutica.

“Con el tiempo, el perfil de las personas usuarias del centro ha ido cambiando, siendo cada vez personas más jóvenes, y con ello, los objetivos, las necesidades y las expectativas también cambian. Hay personas que llegan y ya estaban trabajando, han dejado de trabajar, o estaban estudiando, y hay algunas que no han accedido al mercado laboral, pero entre su proyecto de vida, entre sus objetivos, sí que encontramos el acceso al empleo. Es a partir de las nuevas demandas, que nos proponemos empezar a trabajar la integración laboral como una herramienta terapéutica más.”

“Primeramente, se estableció un protocolo de coordinación con la USM por el cual el CRIS atiende a personas que están en lista de espera para entrar al centro. En esta lista de espera hay gente joven, muchos de primeros episodios, y lo que queremos es que no lleguen a ser usuarios del CRIS, con una intervención temprana que se pueda evitar en la medida de lo posible la cronicidad de la patología.

Posteriormente, establecimos reuniones de coordinación entre las tres entidades implicadas: la USM, el CRIS y el Espai LABORA.”

*2.2. ¿Cómo se desarrollan las acciones? ¿Con qué tipo de entidades se coordinan?*

En las reuniones de coordinación entre las tres entidades, USM, CRIS y el Espai LABORA, se genera un grupo de discusión para el análisis de casos concretos.

“Con las reuniones de coordinación, desde el principio el personal técnico del Espai LABORA entendió muy bien nuestras demandas. Considerábamos muy importante que hubiera siempre una persona de referencia en cada uno de los tres recursos. En la USM y el CRIS, por lo general siempre tienen la misma persona de referencia, pero en el Espai LABORA

existen diferentes orientadores. Por ello, se estableció la figura del personal orientador de referencia, para favorecer el conocimiento de la persona y que ésta se sienta más confiada.”

“Lo primero que hacemos, cuando se decide derivar a una persona desde la USM al CRIS, es que la persona profesional en terapia ocupacional (en adelante, TO) les atiende realizando la primera valoración, con la recogida de la información sobre títulos, el curriculum, expectativas, intereses, capacidades..., y a continuación, se deriva a la técnica de orientación del Espai LABORA, siendo siempre la misma persona de referencia. Por lo general, la TO acompaña a la persona usuaria a las citas con Espai LABORA, retirando progresivamente los acompañamientos.

Desde el principio, hemos visto que es muy importante prestar acompañamiento y apoyo en el momento de buscar trabajo, pero cuando se encuentra trabajo, también. Encontrarlo es difícil, pero mantenerlo también lo es.”

“Se les atiende entre los tres recursos. Pensamos cuál podría ser el itinerario y lo vamos diseñando.

Por ejemplo, ahora con la pandemia, tener una persona de referencia en el Espai LABORA, nos ha ido genial, porque no podíamos acceder allí, no era fácil, y lo íbamos haciendo todo por internet o por teléfono e internet.

Eso es un poco *grosso modo* la idea, el que nosotros estemos, que el acompañamiento pueda ser durante el tiempo que se necesite, pero con el objetivo siempre de buscar su autonomía y nuestra retirada, la retirada del profesional.”

*2.3. A parte de la coordinación entre la USM, el CRIS y el Espai LABORA, ¿en algún momento os coordináis con otro tipo de entidades?*

Sí, contamos con el mapa de recursos de la zona, y hacemos derivaciones a las agencias de colocación, y a otras entidades tanto públicas como privadas. Al final, cuantos más estemos, mejor.

*2.4. ¿Con qué dificultades se han encontrado a la hora de abordar el empleo desde las USM?*

Más que dificultades, sí que consideramos que ha sido muy facilitador el hecho de la proximidad física entre las diferentes entidades, lo que hace que la coordinación sea más fluida, muy de día a día.

### **3. El papel de las agencias de colocación**

Las Agencias de Colocación, reguladas en el Real Decreto 1976/2010, de 30 de diciembre, son entidades que actúan en la intermediación laboral, como un servicio de carácter público (por lo que deberán contar con su autorización correspondiente del SEPE o LABORA), con la finalidad de proporcionar a las personas desempleadas un trabajo adecuado a sus características, a la vez que facilitar a las empresas el personal más apropiado a sus requerimientos y necesidades.

La Fundación València Activa del Pacto para el Empleo de la Ciudad de Valencia, tiene la misión de impulsar y coordinar las políticas de empleo y desarrollo económico local en la ciudad de Valencia. A través de la Agència d'Ocupació València Activa, registrada como agencia de colocación, presta servicios de intermediación laboral tanto a las empresas como a las personas demandantes de empleo.

*3.1. ¿Existen programas o acciones dentro de los servicios de intermediación laboral, específicos para personas con discapacidad?*

“Sí, en Valencia Activa tenemos una amplia trayectoria de trabajo prestando apoyo a personas con discapacidad en su proceso de búsqueda de empleo. Concretamente, tenemos un programa de orientación, formación e inserción laboral para personas con discapacidad, que es complementario a nuestro servicio abierto de orientación laboral en las 14 ubicaciones actuales en toda la ciudad que son “*els barris per l'ocupació*”. Desde este servicio abierto también se atiende a personas con discapacidad (en torno a un 20% son personas con discapacidad por problemas de salud mental), pero el programa específico está dirigido a las personas con discapacidad que presentan mayores dificultades en la búsqueda de empleo y la inserción laboral (el 41% de las personas beneficiarias son personas con discapacidad por problemas de salud mental).

Además del programa específico de orientación, formación e inserción laboral, en Valencia Activa gestionamos también espacios de emprendimiento desde los que se impulsan proyectos relacionados en este caso con la discapacidad, como por ejemplo, el espacio CO-CREATE que tenemos en funcionamiento y puesto en marcha dentro del marco del proyecto europeo COSIE y que gestionamos junto con la Universidad Politécnica de Valencia. Dentro de ese espacio de innovación de los servicios públicos y de coworking, se han impulsado proyectos como el de norma digital, que está pensado para romper la brecha salarial de las personas con discapacidad poniendo en valor la importancia que tiene la comunicación, y es

también una forma de generar autoempleo, en este caso, por la propia persona que ha puesto en marcha el proyecto.

También en relación a las acciones específicas del ámbito de la discapacidad, solemos promover y colaborar en la implementación de acciones formativas dirigidas a las entidades vinculadas con el sector de la discapacidad.

Destacar que uno de los principios de la intervención del programa de orientación específico de la agencia para las personas con discapacidad, se trata de la promoción de la autonomía de la persona en su proceso de búsqueda de empleo. Alrededor de un 64% de las personas que atendemos son personas desempleadas de larga duración, con las que desarrollamos una labor muy importante de motivación, recordándoles y poniendo en valor sus capacidades para potenciar la confianza de cara a la búsqueda de empleo. El compromiso es bidireccional y se basa en la autonomía.

Estas son algunas iniciativas concretas, dirigidas a las personas con discapacidad, que se desarrollan añadidas a las acciones de la propia Agencia de Empleo (dirigidas a la población en general).”

*3.2. ¿Hay algún servicio especializado en la atención a las personas con problemas de salud mental?*

“Como específico, única y exclusivamente para personas con discapacidad psicosocial, no. Lo más específico que hay es el programa de orientación, formación e inserción laboral en el que sólo se centra en personas con discapacidad que tienen más dificultades de inserción que la población en general, donde atendemos alrededor de un 40-41% de personas con problemas de salud mental. El resto de personas se corresponde con las personas con discapacidad intelectual, que son las que presentan una mayor dificultad de inserción laboral. Las personas que tienen una discapacidad física, sensorial u orgánica, hemos visto que, aunque no están a la par con la población general, sí que tienen un desarrollo más sencillo a la hora de la búsqueda de empleo.”

*3.3. ¿En qué medida se coordina con otras entidades que prestan servicios de intermediación laboral? ¿Existe coordinación dentro de la red de recursos de atención a la salud mental? Y, específicamente, ¿hay coordinación con las USM?*

“Mantenemos contacto con muchas entidades. Tenemos muy buena colaboración con entidades que sí están especializadas en el ámbito de la salud mental, como ACOVA, ASIEM, Mentalia Puerto..., entidades que nos derivan a personas para que podamos prestar los servicios de orientación laboral.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

En relación al trabajo en red, aparte de con el CERMI, también trabajamos con RANDSTAD que gestiona el programa INCORPORA de LACAIXA, con ILUNION, con la Fundación Once INSERTA, con ASPRONA, CRUZ ROJA... la red es muy amplia.

Y por otra parte, dentro de lo que es el patronato de la Fundación, están la Confederación Empresarial Valenciana y los sindicatos UGT (Unión General de Trabajadores) y CCOO (Comisiones Obreras), con quienes participamos en iniciativas que quieren poner en valor y dar visibilidad a las personas con discapacidad. Durante el año 2019 participamos en la “FIRA ACTIVAT” ofreciendo servicios de orientación laboral. Nuestros servicios son abiertos, accesibles a cualquier persona. Tenemos una amplia oferta de acciones de formación, este año además online, abiertos a cualquier persona y sin límite de plazas.

Finalmente, en relación a la coordinación con las USM, estamos manteniendo coordinación con el Hospital de la Fe y del Clínico, quienes nos están haciendo algunas derivaciones desde las unidades de salud mental y trabajo social.”

### **4. Los itinerarios de inserción desarrollados por els *Espai Labora*.**

LABORA, Servei Valencià d’Ocupació i Formació, es *el organismo autónomo de la Generalitat Valenciana, de naturaleza administrativa, encargado de gestionar las políticas de empleo y formación profesional y la intermediación entre oferentes y demandantes en el mercado de trabajo y la orientación laboral (...), de forma coordinada con otros órganos administrativos de la Generalitat Valenciana.*

Según la Carta de Servicios del LABORA, en cada una de sus 54 oficinas de empleo denominadas “Espai LABORA”, se prestan, de forma integral, servicios a las y los demandantes de empleo y a las empresas, así como la gestión de la intermediación entre ambos.

*4.1. ¿Cuál es el papel de la empresa en los itinerarios de inserción que se desarrollan desde los Espai LABORA?*

El papel de la empresa es importantísimo, fundamental, en el diseño de un itinerario. La empresa ofrece una descripción del perfil profesional y de las características del puesto ofertado al que se orienta a la persona por medio del itinerario.

Los Espai LABORA ofrecen servicios de orientación a todas las personas que se inscriben como demandantes de empleo. La inscripción como demandante de empleo da acceso a todos los servicios que ofrece un Espai LABORA, entre ellos el servicio de orientación.

Las y los orientadores no realizan prospección, pero sí que trabajan estrechamente con el servicio de ofertas, que es el encargado de realizar la prospección y la intermediación laboral.

Mantienen una coordinación continuada para poder orientar a las personas demandantes de empleo hacia las ofertas de empleo de cada zona o región.

Recientemente, a consecuencia del estado de alarma y las medidas adoptadas frente a la pandemia de la COVID-19, los servicios de orientación se están prestando telemáticamente, a través de la atención telefónica y correo electrónico. También se ha abierto un aula Moodle en la que se imparte un curso de orientación online.

La empresa es importantísima y es fundamental realizar trabajo de sensibilización en relación a las dificultades de empleabilidad de las personas con problemas de salud mental.

*4.2. En relación a las empresas con las que se realiza la intermediación laboral, ¿tenéis constancia sobre el tipo de empresas con las que se realiza la intermediación con las personas con discapacidad, y en especial, con las personas con diagnóstico de salud mental?*

Las empresas que ofrecen puestos a personas con diversidad funcional son empresas de servicios, de limpieza, jardinería, organizaciones públicas, pero no tenemos evidencias de empresas ordinarias que ofrezcan puestos de trabajo a personas con problemas de salud mental, exclusivamente.

Sí que tenemos el dato de los CEE que ofrecen puestos a personas con problemas de salud mental. En concreto son cuatro CEE que trabajan exclusivamente con personas con problemas de salud mental: ALBANTA JARDINES CEE, de la asociación ALBANTA en Aldaia, fundada en 1997, que trabaja temas de jardinería; INICIA CEE, de ADIEM SENTIT FUNDACIÓ, en Torreveja y Alicante, ofrecen servicios de limpieza y recepción; y por parte de la FUNDACION MANANTIAL en Vila-real, hay dos CEE: INTEGRA, que ofrece servicios de limpieza y diseño web, y DILAMICO S.L., que se dedica al cultivo de champiñones.

*4.3. ¿Qué acciones de coordinación se desarrollan desde los Espai Labora con otras entidades que prestan servicios de orientación laboral en el ámbito de la salud mental?*

Desde la Subdirección General de Orientación e Intermediación Laboral se ha estado trabajando en una nueva convocatoria de la Orden INTEGREM, que salió por primera vez en 2016. Se prevé que se publique a finales de 2020 para ejecutarse en 2021.

Esta orden de convocatoria está dirigida a realizar acciones de orientación laboral con colectivos de difícil inserción, donde entrarían las personas con problemas de salud mental.

“Por otra parte, desde que se puso en marcha el proyecto piloto de Vinaròs, hemos seguido avanzando en su implementación. Comentaros que todo se inició con la Estrategia Autonómica de Salud Mental, desarrollándose las primeras reuniones en la sede de LABORA en 2017, impulsadas por la Oficina Autonómica de Salud Mental. Fruto de estas primeras

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

reuniones, se realizó un mapeo entre la red de USM y los Espai LABORA, estableciendo un Espai Labora de referencia para cada USM, atendiendo al criterio de proximidad geográfica. En mayo de 2018, LABORA se integró en el Comité de dirección de la red salud mental de la provincia de Castellón, y en septiembre se inauguró el proyecto piloto del centro de atención de Vinaròs. En enero de 2019 se amplió a la ciudad de Castellón, y en abril y mayo de 2019 se desarrollaron unas jornadas de formación en las que participaron todo el personal orientador de los Espai LABORA de las tres provincias, realizándose una edición en Castellón, dos en Valencia y otras dos en Alicante, con la finalidad de sensibilizar sobre la problemática de las personas con problemas de salud mental, a la vez que afrontar el estigma, los propios prejuicios, temores, dificultades y dudas que el personal orientador generalmente tiene a la hora de prestar sus servicios de atención a las personas con problemas de salud mental.”

Estas jornadas de formación tuvieron muy buena acogida y se valoraron desde los Espais LABORA como muy apropiadas y efectivas, abordando la percepción generalizada que se tiene sobre las personas con problemas de salud mental, basada desde el estigma, que llega a condicionar hasta la manera de atenderlos y prestarles servicios de orientación.

“Si bien es cierto que la puesta en funcionamiento de este nuevo modelo de coordinación con la red de salud mental es lenta, va poco a poco. La última sesión de coordinación que tuvimos en Valencia fue en el Hospital General, pocos días antes del confinamiento de marzo de 2020, a la que asistieron personal técnico de la USM de Pere Bonfill y de todos los Espai LABORA del área de influencia de la USM: Torrent, Silla, Vila Barberá, Avda del Cid, Juan Llorens. A partir de ahí se establecieron los contactos entre las personas que trabajan en los Espai Labora y la USM, se designaron personas de referencia de cada centro y se establecieron los canales de comunicación para prestar los servicios de orientación laboral a las personas con problemas de salud mental, derivadas por la USM.”

*4.4. ¿Cuáles son las principales dificultades con las que os encontráis el personal técnico de los Espai LABORA a la hora de implementar los itinerarios de inserción de personas con problemas de salud mental?*

“Las mayores dificultades con las que nos enfrentamos son las que ya se han ido comentando: de una parte, el desconocimiento sobre la propia patología, los prejuicios, el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental, que condiciona la manera en que se les atiende desde los propios servicios de orientación. Y por supuesto, el estigma existente en la sociedad en general, en especial en el ámbito de las empresas, que condiciona los índices tan bajos de empleabilidad de las personas con problemas de salud mental”.

## **5. El empleo con apoyo**

En el Real Decreto Legislativo (RDL) 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD), en el art. 41, se definen los servicios de empleo con apoyo *como el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de personas trabajadoras con discapacidad con especiales dificultades de inclusión laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes.*

### *5.1. ¿Qué acciones de los Itinerarios de Inserción de los programas de empleo con apoyo se diferencian del modelo vocacional?*

“Son muchas las diferencias entre ambos modelos de intervención, pero en esencia, nosotros trabajamos directamente en el entorno de trabajo de la persona. Las acciones de orientación y de apoyo se centran en tareas concretas vinculadas al puesto de trabajo que debe desempeñar en la empresa.

Los proyectos de empleo con apoyo financiados por los servicios públicos de empleo, pueden solicitarlos asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, centros especiales de empleo y las empresas del mercado ordinario de trabajo, donde se incluye a los trabajadores autónomos.”

### *5.2. ¿Cómo llega este tipo de servicios a las empresas? ¿Son conocedoras de la existencia de los mismos? ¿Se ofrecen a través de los servicios públicos de empleo o son las propias entidades solicitantes las responsables de llevar estas acciones a las empresas?*

“En nuestro caso, desde la Red Sanamente, somos nosotros quienes tocamos a la puerta de las empresas. Establecemos contacto con los Recursos Humanos de las empresas. Les llamamos, les visitamos y tratamos de establecer reuniones para ofertarles nuestros servicios.”

Los destinatarios finales de los programas de empleo con apoyo son personas trabajadoras con discapacidad inscritos en los Servicios Públicos de Empleo como demandantes de empleo no ocupadas, así como personas trabajadoras con discapacidad contratadas por centros especiales de empleo, siempre que, en ambos casos, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

- a) Personas con parálisis cerebral, personas con enfermedad mental o personas con discapacidad intelectual con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%.
- b) Personas con discapacidad física o sensorial con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 65%.

### 5.3. *¿Qué dificultades específicas se identifican en la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental, en comparación con otras discapacidades?*

“Una de las dificultades que nos encontramos es que los itinerarios de inserción muchas veces se prolongan demasiado en el tiempo, por lo que la motivación de la persona se ve afectada, siendo muy difícil que se mantenga en búsqueda de empleo durante períodos largos (a veces 2, 3 o hasta 4 años).”

“La falta de subvenciones, sustento económico para mantener el programa. El personal técnico que trabajamos en el programa ECA, nos vemos obligados a dedicar mucho tiempo a tareas administrativas que resta tiempo a la atención directa de la persona demandante de empleo.”

“Otra dificultad es la necesidad de que los apoyos se alarguen en el tiempo. Al atender a más gente, esto requiere más personal para prestar los apoyos en el puesto de trabajo, así como el mantenimiento de estos apoyos durante periodos de tiempo más largos, en función de las necesidades de la persona.

También encontramos pocas oportunidades de promoción en las empresas. Una vez que se consigue un puesto de trabajo en la empresa, observamos que se ofrecen pocas oportunidades de promoción internas.”

“Por supuesto, la mayor dificultad con la que nos enfrentamos es el propio rechazo que presentan muchas empresas a la hora de contratar a personas con problemas de salud mental. Y aquéllas que sí lo hacen, presentan muchas limitaciones o resistencias para la incorporación de medidas de adaptación al puesto de trabajo específicas para dichas personas. Muchas de estas medidas pasan por establecer turnos de trabajo más flexibles, que puedan respetar el ritmo de funcionamiento de la persona en base a su tratamiento farmacológico.”

## **6. Las entidades del tercer sector**

En representación de las entidades del tercer sector, hemos considerado oportuno poder contar con la presencia de dos entidades con mayor trayectoria y experiencia en la atención a las personas con discapacidad psicosocial. Ambas entidades, poseen una amplia experiencia en

el desarrollo de programas y acciones de orientación e inserción laboral, pero desde diferentes enfoques.

*6.1. ¿Qué tipo de acciones concretas se desarrollan dentro de los programas de empleo? Y ¿cuál es el perfil profesional que desarrolla las acciones de orientación para el empleo?*

La asociación ACOVA, inició la gestión de acciones de orientación laboral allá por el año 2007, ante la demanda de las personas usuarias del centro. Pronto empezaron a llegar personas cuya única o principal demanda era la inserción laboral, por lo que empezaron con la gestión de programas específicos de empleo, atendiendo a personas que procedentes de otras entidades, a través de los programas de la CIPI (Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas) o de las obras sociales. A a día de hoy no han solicitado la subvención específica para el desarrollo de empleo con apoyo, aunque sí desempeñan dicho servicio.

Con respecto a las acciones que desarrollan, tratan de realizar, en la medida de sus posibilidades, se encuentran:

- Acciones de orientación vocacional.
- Formación en competencias sociales y personales.
- Formación básica para la búsqueda de empleo, bien a través de talleres propios o en coordinación con otras entidades.
- Formación Profesional para el Empleo, en coordinación con otras entidades o el propio LABORA.
- Acompañamiento en la orientación para la búsqueda de empleo.
- Y acompañamiento en acciones de empleo con apoyo para el mantenimiento del puesto de trabajo.
- Y finalmente, mucha coordinación y trabajo en red con muchas entidades, tanto públicas como privadas, que están relacionadas con la inserción laboral.

Y en relación al perfil profesional, todo depende de las subvenciones con las que se gestionan los diferentes programas desde ACOVA, pero en el caso de (anonimo), es Pedagoga, Técnica de Integración Laboral y Preparadora Laboral, con más de 25 años de experiencia laboral en la atención a personas con diversidad funcional y problemas de salud mental. Actualmente, vinculadas a la gestión de los programas de empleo, en ACOVA cuentan también con el perfil profesional de una Psicóloga y una Trabajadora Social.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

En el caso de ASIEM, igualmente asociación sin ánimo de lucro se trabaja mediante la gestión de subvenciones para el desarrollo de las acciones y programas de empleo, pero algunas de éstas son incompatibles entre sí, y no siempre reúnen todos los requisitos que se exigen para participar en algunas de las convocatorias de ayudas y subvenciones. En relación al programa de Empleo Con Apoyo, ASIEM accede a las ayudas de la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental, pero no a las de LABORA, por los criterios que exigen. Otros programas en los que sí pueden participar son los EMPUJU y EMCUJU, aunque con la dificultad de tener que enfrentarse muchas veces con el autoestigma de la persona, quien no desea que la empresa sepa de su discapacidad.

“En la actualidad, desde el área de empleo de la entidad son atendidas alrededor de unas 80 personas al año, por lo que resulta prácticamente imposible llevar un adecuado seguimiento de todas éstas, prestarles los mejores servicios de orientación en la búsqueda de empleo o darles apoyos de calidad para mantenerse en el puesto de trabajo. No somos agencia de colocación, por lo que no gestionamos ofertas de empleo. Y, en relación a la formación transversal que solemos ofrecer, no tiene validez al no ser un centro oficial acreditado de formación.

En estos últimos años y, en especial, desde la declaración del Estado de alarma en el 2020 por la pandemia de la Covid-19, la crisis socioeconómica ha condicionado la labor de las entidades, centrándose más en la gestión de la frustración, en vez de dar apoyo en el empleo o de búsqueda y orientación para el empleo y formación. La gente está cansada, está cansada de formarse, de llevar currículos, de estar inscrita en el Labora desde más de 5 años, está cansada de que su psiquiatra no les entienda, cansada de que en ASIEM no se tenga el tiempo suficiente para atenderles como requieren, día sí y otro también.

Este último año 2020, desde ASIEM se han dedicado a prestar más apoyos en asesorar sobre ERTES (Expedientes Temporales de Regulación de Empleo) e IT (Incapacidad temporal), que en la búsqueda de empleo. Mucha gente se ha visto afectada por la situación del estado de alarma, encontrándose con despidos ilegales o en ERTES. Se ha atendido a muchísima más gente este año, con una media de 62 personas en el área de empleo.

Cabe remarcar que ASIEM se ha convertido en una entidad que fomenta el empleo. Durante el último año, ha facilitado la contratación de cinco personas con problemas de salud mental como expertos en el apoyo mutuo entre iguales en Unidades de Salud Mental públicas.”

“Dentro de las acciones que se desarrollan desde el área de empleo de ASIEM, cabe resaltar la coordinación que se mantiene con LABORA, en especial con las oficinas *Espai LABORA* pertenecientes a la red del marítimo (avenida del puerto) y de la red del Hospital General. La coordinación y el contacto telefónico con el personal técnico de orientación de

LABORA ha sido constante, facilitando con ello el seguimiento de las personas. Más recientemente, se ha iniciado la coordinación con otros Espai LABORA, como es el caso de la oficina de Silla.

Y finalmente, con respecto al perfil profesional de la Técnica de Empleo de ASIEM, desde el año 2016, es (anonimo), Psicóloga organizacional, con más de 15 años de experiencia en la inserción laboral de personas con discapacidad, buena parte de ellos desarrollada desde Centros Especiales de Empleo.”

*6.2. ¿En qué medida se promueve el acceso al empleo público y el autoempleo? ¿se prestan apoyos concretos?*

Desde las entidades, en la medida de sus posibilidades, sí se ofrecen apoyos y servicios de orientación, tanto para el acceso al empleo público, como para el autoempleo.

Tanto en ASIEM como en ACOVA, han tenido experiencias en relación a la prestación de servicios de orientación y apoyo para la inscripción en diferentes procesos de oposiciones y bolsas públicas, teniendo que constituir grupos de estudio y preparación, ante las dificultades que las personas usuarias presentaban.

Ambas entidades identifican como una de las mayores barreras o dificultades con las que se enfrentan las personas con problemas de salud mental a la hora de participar en los procesos de empleo público, es la falta de medidas concretas de adaptación para las necesidades especiales que presentan. La única adaptación que se considera más ajustada a dichas necesidades es la adaptación del tiempo para la realización de la prueba, pero no siempre suele concederse. Además, desde el Centro de Valoraciones se sigue vinculando el diagnóstico de esquizofrenia con una limitación o imposibilidad de desempeñar determinadas tareas o funciones, como la atención al público, lo que muchas veces impide el acceso y participación en muchos procesos de empleo público.

En relación al emprendimiento, las acciones y servicios que se ofrecen son de acompañamiento y derivación a los servicios especializados de otras entidades, como FEVECTA, la Cámara de Comercio o Valencia Activa.

*6.3. ¿Qué acciones de coordinación con las empresas se desarrollan? ¿Realizáis prospección de empleo en las empresas?*

En este punto, las acciones son diferentes según la entidad. Desde ACOVA, si se tiene contacto con las empresas ordinarias con las que realizan prospección de empleo y les ofrecen sus servicios de apoyo a la contratación. También realizan contacto regular para el seguimiento de las personas que se encuentran trabajando, para prestar servicios de apoyo en el empleo y

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

facilitar la adaptación al puesto de trabajo. Y, además, en colaboración con otras entidades y empresas, participan en la organización de actividades como desayunos empresariales, jornadas de formación y/o sensibilización.

ASIEM, por su parte, mantiene menor contacto y coordinación con las empresas ordinarias, puesto que en la mayoría de las ocasiones, son las propias personas usuarias quienes no desean que la empresa conozca su discapacidad. Con los CEE, por el contrario, sí mantienen muy buena coordinación, realizando acciones de derivación, y seguimiento en el empleo.

### *6.4. ¿Qué dificultades o problemas encontráis en la implementación de los programas de Itinerarios de Inserción?*

De entre las muchas dificultades con las que se enfrentan las entidades, cabe señalar:

- La falta de recursos suficientes para prestar servicios de calidad ante la gran demanda de servicios especializados para la inserción laboral de personas con problemas de salud mental.
- La gran dependencia de las subvenciones públicas para el desarrollo de los programas y acciones de fomento del empleo, que conlleva que muchas veces, estas ayudas sean incompatibles entre sí. E incluso los requisitos que se exigen cumplir a las entidades, percibidos muchas veces como excesivos y/o desproporcionados, que suponen un impedimento para poder participar en dichas convocatorias de ayudas.
- El estigma social tan extendido en el ámbito empresarial en relación a las personas con discapacidad psicosocial, en comparación a otro tipo de discapacidades, que se traduce en un mayor rechazo hacia la contratación de dichas personas. A ello, añadir el estigma expresado por la familia e incluso el propio autoestigma que presentan las personas usuarias. Ello condiciona en gran medida a que muchas veces no se puedan desarrollar las funciones propias del empleo con apoyo en la empresa ordinaria, pues es la propia persona quien pide que la empresa no sepa su diagnóstico.
- Las dificultades para una más eficiente coordinación entre las diferentes entidades implicadas en el desarrollo de los itinerarios. Aunque se están haciendo grandes avances en este sentido, el planteamiento de la creación de un itinerario personal e individualizado, sobre el que puedan trabajar todas las entidades implicadas, se percibe como una buena medida que podría mejorar significativamente los servicios relacionados con la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental.

## **ANEXO 2.5. TRASCRIPCIÓN MESA 3. CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO**

### ***Desarrollo***

#### **1. Introducción**

La Ley del Estatuto de las Personas con Discapacidad recoge como medidas de fomento para la inserción laboral las ayudas a los CEE, así como la creación de puestos en mercado ordinario a través de los enclaves laborales.

Esto significa el reconocimiento a este modelo de inserción a través del empleo protegido como eje en la generación de empleo para las personas con discapacidad / diversidad funcional. Así, por definición, un CEE tiene como finalidad el asegurar un empleo remunerado a las personas con discapacidad.

También por definición los CEE son un medio de inclusión del mayor número de estas personas en el régimen de empleo ordinario. Esto se refleja en las políticas actuales de inserción de las administraciones públicas y justifica las subvenciones otorgadas, basadas en el interés general y de tipo fundamentalmente social.

En la estructura de preguntas de esta mesa vamos a hacer referencia a los diferentes programas de ayudas existentes en la Comunitat Valenciana para promover y facilitar la inserción laboral de las personas con diversidad funcional o discapacidad.

#### **2. Proyectos de inserción laboral en CEE**

Este programa hace referencia a la financiación parcial de los costes salariales del personal con diversidad funcional o discapacidad, que realice una jornada de trabajo completa y esté dado de alta en la seguridad social. Esta ayuda consiste en el 50% del salario mínimo interprofesional.

Las dotaciones económicas presupuestadas inicialmente para todos los programas de CEE para el año 2019, han sido incrementadas hasta los más de 37 millones de euros.

Especialmente significativo es el incremento de casi un 45% en este programa de las dotaciones salariales, pasando de 19,6 a necesitar más de 35 millones de euros.

*2.1. ¿Se corresponde este aumento de dotación con un aumento de contrataciones de personas con discapacidad / diversidad funcional en los propios CEE?*

Sí, se ha ampliado el número de contrataciones de personas en los CEE de la Comunitat Valenciana el pasado año 2019. Pero además se han de tener en cuenta otros factores. Por ejemplo, el salario mínimo interprofesional (SMI) aumentó en un 22%. Además, para

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

discapacidades severas, entre las que se incluyen personas con diagnóstico en salud mental, se incrementó en un 5% la cobertura del salario por parte de la administración pasando de un 50% a un 55%, tal y como se establece en el marco normativo.

También se siguen realizando solicitudes de registro de nuevos CEE en la Comunitat Valenciana, especialmente los provenientes de iniciativa empresarial.

La administración pública, de hecho, presenta el problema de dar cobertura económica a todas las solicitudes para gastos salariales de las personas trabajadoras en CEE que lleva arrastrando desde hace algunos años. En estos casos, desde LABORA se planteó dar prioridad absoluta a la financiación de salarios de las personas con discapacidad severa.

*2.2. Este programa económico es fundamental para las contrataciones de las personas en los CEE, pero ¿en qué medida se corresponden estas dotaciones con un resultado de inserciones en el mercado ordinario? ¿Cuál es la repercusión real inversión-resultado según el objetivo último de este tipo de centros?*

Los CEE, por definición, son un medio de inclusión del mayor número de personas con diversidad funcional en el régimen de empleo ordinario. Sin embargo, esta definición, sería revisable en base a la realidad de los centros, siendo una definición obsoleta que no corresponde actualmente con el modelo de inserción de estos centros.

Los CEE han dejado de ser un paso de la persona trabajadora al mercado ordinario a ser centros especializados de empleo para personas con diversidad funcional. El objetivo subsidiario de estos centros constituye en la actualidad el objetivo primario.

Deberían existir solicitudes a la administración de ayudas destinadas a la incorporación de la persona trabajadora en el mercado ordinario. Esto significa que las ayudas previstas para la contratación en el empleo ordinario están, pero no se cubren porque no se reciben solicitudes por parte de las empresas. Lo mismo sucede con las ayudas destinadas a las adaptaciones en el puesto de trabajo y de contrataciones provenientes de los enclaves laborales. De manera simultánea las dotaciones destinadas a coberturas salariales, unidades de apoyo y otras ayudas directas a los CEE han de ser aumentadas con respecto al presupuesto inicial.

Este modelo de inserción a través de CEE instaurado en España para dar empleo a personas con diversidad funcional, difiere de otros modelos implementados en otros países de la Unión Europea, centrados en aportar los apoyos individualizados necesarios para las personas dentro del mercado ordinario. Estas políticas de inserción son significativamente más económicas para las administraciones, especialmente teniendo en cuenta la relación inversión-resultado en el mercado de trabajo ordinario.

Sin embargo, el modelo de inserción mediante CEE, aunque obsoleto, es difícil de modificar en la realidad actual. Existe una gran estructura empresarial generada con esta forma de CEE, tanto a nivel nacional como en la Comunitat Valenciana. Las empresas no contratan directamente a personas con diversidad funcional, o siguen apostando por solicitar un CEE propio, obteniendo beneficios económicos mediante subvenciones o bonificaciones. Los CEE de iniciativa empresarial, están seleccionando a personas con capacidades para el empleo del mercado ordinario e incluyéndolas en un empleo protegido.

Desde la normativa actual tampoco se fomenta siempre la contratación directa por la empresa, cuando, por ejemplo, según la legislación actual un CEE recibe la dotación para la ayuda salarial de manera indefinida, y las empresas ordinarias reciben las ayudas por contratación directa únicamente durante un periodo específico de tiempo. Las políticas actuales no son efectivas en cuanto a resultado en la inserción en el mercado ordinario, por lo que el trabajador se mantiene en el empleo protegido, alejando a las empresas de su responsabilidad social. La actual legislación obliga a la contratación, pero las medidas alternativas a las que se acogen las empresas han sido un cañonazo a la inclusión.

Esta es también una cuestión conocida y enquistada para las administraciones públicas, entidades y empresas, y a día de hoy, no se sabe qué forma jurídica utilizar para modificarlo. Si las empresas no contratan directamente, seguirá siendo difícil prescindir de los CEE. Las ayudas que se dan por parte de la administración se centran en los CEE debido a que es la única demanda que hay.

*2.3. El incremento salarial del 5% del SMI subvencionado para “discapacidad / diversidad funcional severa” o “personas de especial dificultad de inserción”, ¿ha repercutido de manera positiva para el aumento de contrataciones de personas con un diagnóstico en salud mental en los CEE?*

No se ha observado un incremento de contrataciones a personas con un diagnóstico en salud mental con este incremento, sino que se ha disminuido en porcentaje los puestos cubiertos por este perfil.

El estigma asociado a los problemas de salud mental, no únicamente se da en la empresa ordinaria. Este estigma también tiene repercusión en los CEE, donde, si no son centros específicos de salud mental, sigue siendo un perfil de muy difícil inserción.

Cuando se hace una prospección empresarial, los agentes entrevistados se refieren a motivos de estigma y no económicos para la no contratación de personas con un diagnóstico en salud mental.



## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

En el caso de los CEE también se alude a temas relacionados con el estigma. No está subvencionado el salario laboral durante el periodo de baja, por lo que aluden al absentismo para preferir otro perfil de contratación, en lugar de aportar mayores medidas de apoyo y ajuste individuales.

A pesar de considerarse un empleo protegido, hay centros donde se rechaza sistemáticamente a las personas con un diagnóstico en salud mental, o se les atribuyen tareas, horarios y jornadas diferentes al de trabajadores/as con otro tipo de discapacidad.

Salvo este incremento en la subvención salarial en el año 2019, no se ha tomado otra medida para facilitar la contratación de las personas con un diagnóstico en salud mental, consideradas dentro del perfil de personas de especial dificultad de inserción. Los CEE deciden contratar a personas que, a pesar de tener reconocido un certificado de grado de discapacidad, presentan unas altas capacidades laborales, ya que las condiciones para la contratación y bonificación son las mismas que las de los perfiles más severos.

La experiencia cuando se trata de un CEE específico en salud mental es diferente, y las personas trabajan a jornada completa, con los apoyos necesarios, sin dificultad. Sin embargo, estos centros específicos tampoco suponen el acceso al mercado laboral ordinario, dándose el caso que cuando preguntas a la propia persona trabajadora, no quiere dar este paso y prefiere mantenerse en un entorno protegido. Cuando se solicita que se especifiquen los motivos, se hace referencia al estigma percibido, a la falta de sensibilidad desde las empresas y la sociedad, un entorno protegido les hace estar más seguros que enfrentándose al mercado de trabajo ordinario, donde no reciben los apoyos necesarios y temen perder el empleo en un breve periodo de tiempo.

### **3. Proyectos de inserción en empresa ordinaria a través de CEE**

Este programa hace referencia a facilitar la contratación laboral en empresas ordinarias de personas con diversidad funcional o discapacidad que previamente han seguido un itinerario de inserción en las dependencias de un centro especial de empleo.

*3.1. Según la normativa, todas las personas trabajadoras en un CEE realizan un itinerario de inserción previo a su incorporación en el mercado ordinario ¿Son estos itinerarios útiles como herramienta de inserción? ¿Quién realiza estos itinerarios?*

En la Comunitat Valenciana se pone mucho énfasis en los programas de ajuste personal y social. Estas acciones se han de justificar a la administración pública responsable, en este

caso LABORA, y son, en definitiva, las que deberían marcar la diferencia del funcionamiento de los CEE con una empresa del mercado ordinario.

Las inspecciones realizadas por la administración no aseguran el cumplimiento de estas acciones, por lo menos desde un punto de vista cualitativo. Prevalecen las inspecciones en base a documentación cuantitativa directamente relacionada con las actividades realizadas.

Estos itinerarios deberían ser realizados por equipos multiprofesionales, especificando las medidas de ajuste de manera individualizada que cada persona necesita. Actualmente las medidas de ajuste personal y social realizadas en los CEE suelen ser actividades grupales. Además, han de ir referidas a potenciar las capacidades laborales de la persona, sus competencias, y a realizar en todo caso una evaluación de riesgos psicosociales para anticipar cualquier intervención requerida.

Es muy importante en este punto el definir el equipo de profesionales responsables de realizar las valoraciones individuales.

*3.2. ¿Existe alguna diferencia específica en el diseño de los itinerarios de las personas con problemas de salud mental?*

No existe ninguna medida específica diferenciadora con respecto a otro tipo de discapacidad.

Se considera que los programas de ajuste social y personal deben ser totalmente personalizados, y ajustados a las características diferenciadoras del perfil de cada persona y discapacidad. Sin embargo, como ya se ha comentado en el punto anterior, las medidas aplicadas suelen ser grupales, sin hacer distinción a las capacidades o necesidades de apoyo individuales.

#### **4. Enclaves laborales**

Los enclaves laborales suponen una medida de utilidad para facilitar la transición desde el empleo protegido en el CEE al empleo ordinario y ser un medio para que la empresa decida incorporar al trabajador en su plantilla.

*4.1. ¿Son los enclaves laborales un medio de acceso del trabajador al empleo ordinario?*

Las ayudas a la empresa ordinaria por contratación de personal procedentes de enclaves laborales se encuentran congeladas en el Real decreto estatal desde el año 2004, debido a la escasa incidencia de este programa.

## 2. Grupos de expertos para la mejora de la empleabilidad en personas con problemas de salud mental

Los enclaves no tienen fecha de fin, y ocurre que las personas trabajadoras pasan de uno a otro sin dar el paso a la empresa ordinaria. Tanto desde la patronal como desde inspección de trabajo, se aboga por las contrataciones directas de las personas por parte de las empresas, adaptando los puestos de trabajo, y que no se convierta el trabajador o la trabajadora con capacidades para realizar un trabajo, en una mano de obra barata, subvencionada y perpetuando su historia laboral en un enclave laboral. Esto supone, además, una competencia desleal en el mercado de trabajo.

Muchos de los CEE son parte de las empresas ordinarias que incluso quieren crear una SL dentro de la propia empresa. La administración da estos permisos porque con la norma en la mano no les queda otra. Es función de inspección de trabajo determinar si se trata de una cesión ilegal o no

*4.2. La contratación de un enclave laboral está configurada como una medida alternativa al cumplimiento de la cuota de reserva legal del 2% de trabajadores, establecida en la ley.*

*¿Puede ser esta opción también una vía de mantener a la persona con diversidad funcional dentro de un entorno de empleo protegido y limitar su acceso al empleo ordinario?*

La filosofía de la norma es la de contratar directamente al 2% de la plantilla por parte de la empresa. La medida de excepcionalidad debería ser eso, una excepción.

Se están realizando inspecciones para determinar aquellas trampas que puedan realizarse con la norma por parte de las empresas.



## Capítulo 3

# EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: EFECTOS EN SINTOMATOLOGÍA, COGNICIÓN SOCIAL, FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA. UN ENSAYO CLÍNICO

### RESUMEN

El tratamiento de los síntomas, la rehabilitación de los déficits cognitivos, la mejora del funcionamiento social y la calidad de vida en la esquizofrenia y otras psicosis se abordan a través de una estrategia integral que combina la psicofarmacología con intervenciones psicosociales. Sin embargo, a pesar de la eficacia de estas intervenciones, esta no es la misma en todos los pacientes, y un gran porcentaje no logra la recuperación funcional. El objetivo de esta investigación es realizar un ensayo aleatorizado sobre los efectos de un programa de musicoterapia (MT), implementado además de la habitual rehabilitación farmacológica y psicosocial (TAU), un programa de musicoterapia que incida sobre la sintomatología, el autoestima, el estigma internalizado, la cognición y la calidad de vida de estos pacientes. En el estudio participaron 60 pacientes clínicamente estables diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis que acudían con regularidad al Centro Nacional de Referencia de Atención Psicosocial a Personas con Enfermedad Mental Grave (CREAP) en Valencia (España). Los participantes fueron aleatorizados y asignados en dos grupos: a un grupo se le administró TAU y al otro TAU + MT adjunta. Todos los participantes fueron evaluados dos veces, antes y después del tratamiento.

En la comparación post-intervención, aparecieron diferencias en la escala de autoestima de Rosenberg, en la que el grupo TAU + MT mostró una puntuación significativamente mayor que el grupo control, y lo mismo sucedió en la escala de funcionamiento social. Las diferencias en la escala de calidad de vida se acercaron a la significación ( $p = .076$ ). También se encontraron diferencias significativas en la escala de autoestigma, en la que el grupo control mostró mayor autoestigma que el grupo TAU + MT. Los resultados obtenidos avalan los beneficios de incorporar un programa de musicoterapia como terapia complementaria al tratamiento estándar dentro de las acciones, programas y servicios de carácter psicosocial y de recuperación debido a las mejoras obtenidas en la autoestima, autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida.

**Palabras clave:** Musicoterapia, Esquizofrenia, Psicosis, Terapia adjunta, Rehabilitación psicosocial, Recuperación.

### 3.1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia y los denominados “otros trastornos psicóticos” son los trastornos mentales graves más frecuentes (OECD, 2018) y están caracterizados por la presencia de síntomas positivos<sup>25</sup>, como alucinaciones o ideación paranoide, y síntomas negativos como la incapacidad de expresar emociones, tener relaciones satisfactorias con los demás, retraimiento, depresión, así como por un importante deterioro de la autoestima (Heinrichs y Zakzanis, 2006; Van Der Gaag, et al, 2006). Tanto la intensidad de la sintomatología presentada, como el tratamiento que se instaura y la comorbilidad que puede aparecer asociada, tienen un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas. La calidad de vida percibida es menor en los pacientes con estos diagnósticos que en el resto de la población (Dompablo, 2014). Además, los pacientes presentan déficits en cognición y en funcionamiento social (Abramowitz et al, 2014). La calidad de vida también se puede ver mermada por el estigma social que soportan [Omori, Mori y White, 2014] y la baja autoestima que ésta conlleva (Hjorth et al, 2017; Palijan, 2017). El impacto que produce el estigma internalizado (IS) o autoestigma (Ritsher y Phelan, 2004) se identifica como un proceso de internalización del estigma social (Badallo, García-Arias y Yélamos, 2013; Hombrados, García y Lopez, 2006). Entre las consecuencias negativas del autoestigma están: presentar una mayor sintomatología depresiva y de ansiedad social (Gerlinger, et al, 2013), más desesperanza y menores expectativas de recuperación, lo que a su vez originan una menor búsqueda de ayuda y menor adherencia al tratamiento (Corrigan Rafacz y Rúsich, 2011; Diaz-Mandado et al, 2015; Fung, Tsang y Corrigan, 2008). Mayores niveles de autoestigma se relacionan con menores niveles de funcionamiento, satisfacción vital y calidad de vida (Gerlinger, et al, 2013; Muñoz, Sanz y Pérez-Santos, 2011; Picco et al 2016).

El tratamiento de la sintomatología, los déficits cognitivos, y la mejora del funcionamiento social y cotidiano, se suelen abordar mediante un enfoque integral e individualizado que aúna los avances en psicofarmacología con estrategias psicosociales (Fenton y Schooler, 2000). Sin embargo, pese a tener evidencias de la eficacia de estas intervenciones, ésta no es la misma en todos los pacientes, y un porcentaje amplio no consiguen una recuperación funcional (Whitaker, 2015, Frances, 2014, González y Pérez, 2007). De ahí

---

<sup>25</sup> Los síntomas positivos y negativos son términos que se suelen utilizar en los trastornos del espectro de la esquizofrenia. No tiene nada que ver con que sean buenos o malos. Por un lado, los positivos son aquellos síntomas visibles que estarían en personas con la patología y no en personas sanas (p.ej. Alucinaciones). Por otro lado, los síntomas negativos son los que no se presentan. Es decir, las personas que los tienen dejan de hacer cosas que otras personas sí hacen (p. ej. Abulia).

la necesidad de introducir nuevas intervenciones que contribuyan a mejorar dicha recuperación. En este contexto, entidades como la Biblioteca Cochrane (Jung y Newton, 2009, Geretsegger et al 2017) o el NICE (National Institute for Health and Care Excellence), en su guía de intervención en psicosis y esquizofrenia (NICE, 2014), recomiendan la utilización de musicoterapia (MT). Junto con otras intervenciones psicoterapéuticas permite que el paciente desarrolle nuevas formas de relacionarse con otros, de expresarse, de aceptarse y de entender los sentimientos que hayan podido surgir en el proceso creativo.

La evidencia empírica acumulada hasta el momento en varias revisiones sobre la eficacia de la MT como complemento al TAU en la esquizofrenia (Jung y Newton, 2009; Geretsegger et al 2017; Gold, et al 2013; Mössler et al 2011; Tseng et al 2016), ha mostrado que este tipo de intervención mejora el estado general y reduce la sintomatología positiva, reduce la sintomatología negativa, y tiene un efecto positivo sobre funcionamiento social y la calidad de vida. Sin embargo, estas revisiones también han puesto de manifiesto que los estudios que han evaluado la eficacia de la MT como tratamiento en la esquizofrenia, tienen limitaciones y problemas de tipo metodológico. Entre los principales problemas destacan la falta de asignación aleatoria de los pacientes a los grupos experimentales y control, la no utilización de evaluadores ciegos y la utilización de programas de MT no protocolizados, vagamente descritos, e implementados por personas no especializadas o con formación acreditada no especificada. Además, de manera habitual, los estudios se han centrado en pacientes hospitalizados (Chung y Woofs-Giscombe, 2016).

No obstante, la evidencia empírica muestra que una intervención musicoterapéutica enfocada a trabajar las dificultades de los pacientes para expresarse, crear relaciones interpersonales y mejorar las competencias emocionales (Hanson-Abromeit, 2015) en combinación con el TAU, produce mejoras en autoestima, funcionamiento social y calidad de vida (Jung y Newton, 2009; Geretsegger et al 2017; Gold, et al 2013, Mössler et al 2011). Así mismo se encuentran efectos positivos en las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia (Kwon, Gang y Oh, 2013; Mössle et al 2012). Los resultados relacionados con la cognición social muestran como escuchar música implica a áreas dedicadas a la atribución del estado mental (ToM) (Koelsch, 2009; Steinbeis y Koelsch, 2009), aunque estos últimos trabajos no están realizados ni con población clínica, ni desde la aplicación de un programa estructurado de MT. Cubrir dichas limitaciones nos alienta a estudiar la cognición social en nuestra investigación. En relación al efecto de la MT en el autoestigma existen evidencias en pacientes de su efecto positivo (Jackson, 2015, Francomano et al, 2011). Incluso se indica que MT puede ser un metodo creativo para incidir en el estigma (Silverman, 2013).

Para superar las limitaciones indicadas, la presente investigación se acoge a una perspectiva musicoterapéutica integradora y multimodal (Cassity y Cassity, 2006), conjugando enfoques y perspectivas con base en las evidencias publicadas (Silverman, 2013). Para ello, hemos diseñado un programa protocolizado que pueda ser fácilmente replicable. El programa se detalla brevemente en el apartado de procedimiento y se presenta como documentación complementaria a este artículo (Anexo 3.1.). En dicho programa se destaca un enfoque de funcionamiento no verbal, en donde la improvisación conjunta puede funcionar como un medio para construir la alianza terapéutica (se recomienda su utilización al comienzo de la intervención) (Kim, 2016). Sobre esta base se integran diferentes técnicas como *actividad central*, todas ellas fundamentadas y adaptadas a contextos psiquiátricos (Eyre, 2013). En el diseño del programa, además, se han atendido otras consideraciones señaladas en una revisión sistemática sobre los distintos tipos de actividades. En esta revisión aquellos estudios que implementaban una combinación de MT activa y receptiva producían mejoras significativas en comparación con los estudios que aplicaron solamente una de ellas (Chung y Woods-Giscombe, 2016). También destacan los efectos de la técnica de composición de canciones (*Songwriting*) en el establecimiento de la alianza terapéutica y en el desarrollo de habilidades de afrontamiento en pacientes psiquiátricos (Silverman, 2011) y la incorporación de la interpretación de canciones personales, propias o creadas por el grupo, que dota de estructura a las sesiones musicoterapéuticas (ver Anexo 3.1. Estructura programa), además de favorecer la cohesión grupal (Cassity y Cassity, 2006; Silverman, 2011; Bruscia, 2016; Silverman, 2009).

El objetivo principal de esta investigación es realizar un ensayo clínico aleatorizado para estudiar los efectos de un programa de MT implementado de manera adicional al tratamiento habitual farmacológico y de rehabilitación psicosocial sobre la sintomatología, la autoestima, el autoestigma, la cognición social, el funcionamiento social y la calidad de vida, en pacientes con esquizofrenia y otras psicosis.



### 3.2. MÉTODO

En este estudio se realizó un ensayo controlado aleatorizado en el que se comparó un grupo experimental que recibió el programa de MT como complemento a su tratamiento habitual (farmacológico y de rehabilitación psicosocial) (TAU+MT), y un grupo de control con tratamiento habitual (TAU). Se trata de un diseño en el que la muestra de pacientes ha sido distribuida aleatoriamente y evaluada tanto antes como después de la intervención con evaluadores ciegos. En la investigación clínica aplicada se considera el mejor diseño posible para tratar de establecer relaciones causales entre la intervención realizada y los cambios observados en las variables dependientes (Argimón y Jiménez, 2013).

En el estudio participaron 60 pacientes clínicamente estables con diagnóstico de esquizofrenia que asistían de manera regular al Centro de Referencia Estatal para la Atención Psicosocial (CREAP) en Valencia (España). Los pacientes habían sido diagnosticados de esquizofrenia (Silverman, 2009) o trastorno esquizoafectivo (Picco et al, 2016) de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) utilizando la entrevista clínica estructurada SCID-I (First et al, 2002) para trastornos en el eje I<sup>26</sup> del DSM-IV-TR. Todos los pacientes tomaban antipsicóticos. Los criterios de exclusión fueron: daño cerebral previo, consumo de sustancias en el último año, presentar trastornos del estado de ánimo, trastornos mentales de base orgánica o inducido por sustancias, sintomatología desorganizada o síntomas graves con dificultades para comprender los contenidos del consentimiento informado y responder a las entrevistas y cuestionarios de evaluación. Quedaron excluidos también las pacientes que participaban en actividades relacionadas con la música (como canto terapéutico) y otras terapias expresivas (arte terapia, danza y drama terapia). Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado, y el estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Se les garantizó la confidencialidad de la información y que sus datos serían usados únicamente con fines académicos y de investigación.

Los 60 participantes se asignaron de manera aleatoria al grupo control o al grupo que recibió la intervención musicoterapéutica, conformando dos grupos de 30 y 30 pacientes respectivamente. Sin embargo, cuatro pacientes del grupo experimental no completaron el 50% de las sesiones que componían el programa de musicoterapia y tres pacientes del grupo control no completaron la evaluación por lo que sus datos no se incluyeron en los análisis estadísticos.

---

<sup>26</sup> En él se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica.

### **3.2.1. Procedimiento**

El reclutamiento inicial de los pacientes se realizó por parte de los psicólogos del desde el CREAP atendiendo a los criterios de inclusión-exclusión y a la aceptación informada del paciente para participar en el estudio. Una vez obtenida la muestra dos psicólogos realizaron la evaluación permaneciendo ciegos a las hipótesis del estudio. Después de esta evaluación pre-tratamiento los pacientes se asignaron aleatoriamente al grupo de experimental (TAU+MT) o al grupo control (TAU). El tratamiento estándar o habitual (TAU) en el contexto de un Centro de Rehabilitación psicosocial se compone, además del tratamiento farmacológico, de intervención psicológica, cuidados de enfermería, participación en programas ocupacionales, de ocio y tiempo libre y en grupos terapéuticos (Psicoeducación, Afrontamiento emocional y Habilidades Sociales) desarrollados desde un enfoque Cognitivo-Conductual. Dado el carácter grupal del programa diseñado, los 30 participantes del grupo experimental se distribuyeron en 5 grupos de 6 pacientes. Las sesiones de musicoterapia se realizaron con una frecuencia semanal y una duración de 45 a 60 minutos. Tras finalizar las 22 sesiones programadas se realizó una segunda evaluación en los dos grupos de participantes. Los psicólogos que realizaron la evaluación no supieron el grupo a que pertenecía cada participante.

#### **Programa de Musicoterapia**

Se diseñó un programa de intervención sesionado desde una perspectiva de Musicoterapia Integradora y Multimodal (Cassity y Cassity, 2006), que permitiera combinar actividades activas y pasivas, conjugando enfoques y perspectivas con base en la evidencia empírica (Silverman, 2015). El desarrollo del mismo se orientó situando el foco en el proceso, adaptando los contenidos atendiendo a las siguientes fases del mismo: toma de contacto, manejo de resistencias, confianza, relación, toma de conciencia y cierre. Todo esto sin perder de vista la intervención centrada en el paciente, adaptando y flexibilizando las sesiones a las capacidades y necesidades de los usuarios. La manera de integrar los diferentes puntos de vista se articuló desde la base de la comunicación no verbal. Tanto el posicionamiento como los cambios en la configuración de los participantes se realizaron de una manera progresiva e integrada en el proceso para favorecer el sentimiento de seguridad y pertenencia. Las sesiones se iniciaban con un breve espacio de *ventilación* que enlazaban con un espacio de *caldeamiento* y libre expresión a través de los instrumentos, *actividad central* y *cierre*. El programa fue llevado a cabo por un musicoterapeuta.

### 3.2.2. Medidas

Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos: edad, género, años de estudios, diagnóstico y tratamiento farmacológico. Para evaluar la  *sintomatología*  se utilizó la Escala de síntomas positivos y negativos. (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987) el Inventario ansiedad estado/rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), y La escala Calgary de depresión para pacientes con esquizofrenia (CDSS) (Addington, Addington y Schissel, 1990). Se evaluó la  *autoestima*  con la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989; Atienza et al, 2004). Se utilizó la Escala de estigma internalizado (ISMI) (Ritsher, Otilinga y Grajales, 2003) como indicadora del  *autoestigma* . La evaluación de la  *cognición social*  se realizó con varias pruebas: el Test de Identificación de Emociones Faciales (FEIT) y el Test de Discriminación de Emociones Faciales (FEDT) (Ker y Neale, 1993) para el procesamiento emocional y el Test de comprensión de insinuaciones (HINTING TASK) (Corcoran, Mercer y Frith, 1995; Gil, et al, 2012) para evaluar la Teoría de la Mente (ToM). El  *funcionamiento social*  fue evaluado con la escala de funcionamiento social (SFS) (Birchwood et al., 1990). Por último, la evaluación de la  *Calidad de vida*  se realizó con la escala WHOQOL (WHOQOL-BREF) (Lucas-Carrasco, 2012; Whoqol, 1995).

### **Análisis de datos**

Se realizó un análisis exploratorio inicial de datos para detectar valores extremos y para verificar el supuesto de normalidad en todas las variables medidas. Luego se compararon los grupos control y experimental antes y después de finalizar el programa de musicoterapia utilizando una prueba  *t*  para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney en función de si la variable analizada cumplía o no el supuesto de normalidad. La valoración del cambio entre las dos mediciones se realizó utilizando una prueba  *t*  para muestras relacionadas o la prueba  *Z*  de Wilcoxon, en función del cumplimiento del supuesto de normalidad para la variable considerada en cada momento. También se calculó el tamaño del efecto  *d*  de Cohen para las comparaciones entre la evaluación inicial y final junto con su intervalo de confianza. Los análisis se realizaron con el programa IBM-SPSS v.26.

### 3.3. RESULTADOS

La comparación inicial de los dos grupos mostró que eran semejantes en la distribución por género, en los años de estudios, diagnóstico y en la dosis equivalente de olanzapina que tomaban, pero no en la edad, siendo mayor en el grupo control (Tabla 2).

#### Comparación entre grupos

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en el momento previo a la puesta en marcha de los programas en ninguna de las variables evaluadas (tabla 3.1.). En la comparación post intervención, la calidad de vida presentó una diferencia próxima a la significación estadística (control: M=79,04; DT=15,26; experimental: M=89,19; DT=24,01;  $p=,076$ ). Una mayor puntuación indica mejor calidad de vida. Aparecieron diferencias en la escala de autoestima de Rosenberg en la que el grupo experimental mostró una puntuación significativamente mayor (M=29,88; DT=3,84), prácticamente en el rango normal, que el grupo control (M=27,78; DT=3,27). Los dos grupos también mostraron diferencias significativas en funcionamiento social. El grupo experimental mostró un mejor funcionamiento social (M=82,37; DT=45,91) que el grupo control (M=35,74; DT=34,62). También encontramos diferencias significativas en la escala de autoestigma, en la que el grupo control (M=56,63; DT= 18,42) mostró mayor autoestigma que el grupo de musicoterapia (M=44,69; DT= 16,17) (Tabla 3.2.).

**Tabla 3.1. Características descriptivas del grupo de estudio**

	Control	Experimental	Estadístico	
	grupo (n=27)	grupo (n=26)	t / Z	p
	X (SD)	X (SD)		
<i>Edad (años)</i>	42.30 (8.04)	35.76 (9.94)	2.62	0.012
<i>Género (mujer)</i>	22.22%	19.23%	$\chi^2=0.07$	0.788
<i>Educación (años)</i>	10.78 (3.64)	9.58 (2.83)	-0.953	0.341
<b>DIAGNÓSTICO</b>				
<i>Esquizofrenia / Tr. Esquizoafectivo</i>	20/7	19/7	$\chi^2=0.01$	0,934
<i>Dosis antipsicótico, mg*</i>	7.52 (10.42)	8.06 (10.12)	-0.027	0.979

\*En equivalencias de olanzapina.

**Tabla 3.2. Comparación entre grupos antes y después del tratamiento**

	Control	Experimental	Estadístico	
	grupo (n=27)	grupo (n=26)		
<i>Evaluación antes del tratamiento</i>	X (SD)	X (SD)	t / Z	p
PANSSPO	17.93 (8.37)	17.08 (7.55)	0.38	0.704
PANSSNE	26.78 (8.85)	23.00 (8.93)	1.53	0.132
PANNSPG	47.11 (10.73)	41.48 (12.81)	1.72	0.091
STAIS	24.59 (5.50)	23.92 (4.39)	-1.240	0.215
STAIT	27.67 (7.41)	27.56 (4.57)	0.06	0.950
FEIT	10.22 (2.29)	9.96 (2.93)	0.36	0.719
FEDT	17.89 (2.58)	16.96 (3.63)	-0.422	0.673
HINTING	12.19 (4.36)	11.85 (3.40)	0.32	0.751
CDSS	9.15 (6.91)	8.24 (5.54)	-0.369	0.712
ROSENBERG	25.85 (2.01)	27.15 (2.95)	-1.87	0.069
ISMI	65.00 (20.39)	73.54 (21.10)	-1.50	0.140
WHOQOL	75.58 (14.13)	69.27 (22.15)	-1.108	0.268
SFS	31.20 (34.53)	46.99 (49.93)	-0.998	0.318
<i>Evaluación después del tratamiento</i>	X (SD)	X (SD)	t / Z	p
PANSSPO	17.42 (4.22)	17.36 (5.57)	-0.430	0.667
PANSSNE	19.04 (4.81)	17.86 (4.70)	-0.619	0.536
PANNSPG	40.58 (5.39)	40.00 (9.44)	0.26	0.796
STAIS	19.26 (9.73)	22.84 (9.89)	-1.598	0.110
STAIT	22.59 (11.48)	24.16 (10.95)	-0.386	0.700
FEIT	8.63 (5.23)	9.19 (4.27)	-0.090	0.929
FEDT	14.33 (8.14)	15.88 (6.50)	-0.189	0.850
HINTING	12.84 (5.98)	14.15 (5.17)	-0.675	0.499
CDSS	7.14	7.40 (5.65)	-0.025	0.980
ROSENBERG	27.78 (3.27)	29.88 (3.84)	-2.15	0.036
ISMI	59.63 (18.42)	44.69 (16.17)	-2.920	0.003
WHOQOL	79.04 (15.26)	89.19 (24.01)	-1.82	0.076
SFS	35.74 (34.62)	82.37 (45.91)	-3.846	0.000

*PANSSPO: Subescala positiva PANSS; PANSSNE: Subescala negativa PANSS; PANNSPG: Subescala psicopatología General PANSS; STAIS: STAI-Estado; STAIT: STAI-Rasgo; FEIT: Tarea de Identificación de emociones faciales; FEDT: Discriminación de emociones faciales; Hinting: Tarea Hinting; CDSS: Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia; Rosenberg: Escala Rosenberg de Autoestima; ISMI: Escala de Estigma Internalizado; WHOQOL-BREF: Evaluación World Health Organization Calidad de Vida; SFS: Escala de Funcionamiento Social.*

### Cambios tras el tratamiento

La valoración del cambio entre las dos mediciones de las variables de interés mostró diferencias tanto en el grupo control (tabla 3.3.) como en el grupo experimental (tabla 3.4.). En ambos grupos se produjo una mejoría en autoestima, autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida. Sin embargo, la magnitud de ese cambio fue mayor en el grupo que siguió el programa de TAU+MT. En las tablas 3.3. y 3.4. aparecen los valores del tamaño del efecto ( $d$  de Cohen con la corrección de Hedges) junto con los correspondientes intervalos de confianza. En las variables autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida los tamaños de efecto en el grupo control fueron bajos (rango 0,12-0,26), mientras que en el grupo experimental los valores fueron altos (rango 0,69 a 1,43), sugiriendo que el cambio fue mayor en el grupo experimental que en el grupo control. En el grupo experimental se produjo además una diferencia cercana a la significación en la ToM tras la intervención ( $p=,067$ ).

En ambos grupos hubo mejoría en la sintomatología negativa, en este caso el tamaño del efecto fue mayor en el grupo control. En este grupo también se observó mejoría en la PANSSPG y en el STAI-E.

**Tabla 3.3. comparación PRE-POS tratamiento en el grupo control (n=27)**

	PRE TRAT	POS TRAT	t/Z	p	ES	CI (LI)	CI (UI)
	X (SD)	X (SD)					
PANSSPO	17.93(8.37)	17.42(4.22)	0.461	0.649	0.07	-0.48	0.62
PANSSNE	26.78(8.85)	19.04(4.81)	3.134	0.005	0.99	0.41	1.58
PANSSPG	47.11(10.73)	40.58(5.39)	2.396	0.025	0.70	0.14	1.27
STAIS	24.59(5.50)	19.26(9.73)	-2.259	0.024	0.63	0.08	1.17
STAIT	27.67(7.41)	22.59(11.48)	1.917	0.066	0.49	-0.05	1.03
FEIT	10.22(2.29)	8.63(5.23)	1.454	0.158	0.37	-0.17	0.90
FEDT	17.89(2.58)	14.33(8.14)	-0.561	0.575	0.55	0.00	1.09
HINTING	12.19(4.36)	12.84(5.98)	-0.479	0.636	-0.12	-0.66	0.43
CDSS	9.15(6.91)	7.14(4.70)	-1.168	0.243	0.31	-0.26	0.88
ROSENBERG	25.85(2.01)	27.78(3.27)	-2.209	0.037	-0.66	-1.21	-0.11
ISMI	65.00(20.39)	59.63(18.42)	4.093	0.000	0.26	-0.28	0.79
WHOQOL	75.58(14.13)	79.04(15.26)	-2.556	0.011	-0.22	-0.76	0.33
SFS	31.20	35.74(34.62)	-3.073	0.002	-0.12	-0.67	0.42

*PANSSPO: Subescala positiva PANSS; PANSSNE: Subescala negativa PANSS; PANSSPG: Subescala psicopatología General PANSS; STAIS: STAI-Estado; STAIT: STAI-Rasgo; FEIT: Tarea de Identificación de emociones faciales; FEDT: Discriminación de emociones faciales; Hinting: Tarea Hinting; CDSS: Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia; Rosenberg: Escala Rosenberg de Autoestima; ISMI: Escala de Estigma Internalizado; WHOQOL-BREF: Evaluación World Health Organization Calidad de Vida; SFS: Escala de Funcionamiento Social: Tamaño del efecto; CI (LI): Limite inferior del intervalo de confianza del tamaño del efecto; CI (UI): Limite superior del intervalo de confianza del tamaño del efecto.*

**Tabla 3.4. Comparación PRE-POS tratamiento en el grupo experimental (n=26)**

	PRE TRAT	POS TRAT	t /Z	p	ES	CI (LI)	CI (UI)
	X (SD)	X (SD)					
PANSSPO	17.08(7.55)	17.36(5.57)	-0.201	0.840	-0.04	-0.61	0.53
PANSSNE	23.00(8.93)	17.86(4.70)	-2.157	0.031	0.66	0.07	1.25
PANSSPG	41.48(12.81)	40.00(9.44)	0.312	0.758	0.12	-0.45	0.69
STAIS	23.92(4.39)	22.84(9.89)	-0.299	0.765	0.13	-0.42	0.69
STAIT	27.56(4.57)	24.16(10.95)	-1.315	0.188	0.38	-0.18	0.94
FEIT	9.96(2.93)	9.19(4.27)	-.0659	0.510	0.20	-0.35	0.74
FEDT	16.96(3.63)	15.88(6.50)	-0.538	0.591	0.19	-0.35	0.74
HINTING	11.85(3.40)	14.15(5.17)	-1.831	0.067	-0.49	-1.04	0.06
CDSS	8.24(5.54)	7.40(5.65)	-1.614	0.107	0.14	-0.45	0.73
ROSENBERG	27.15(2.95)	29.88(3.84)	-2.794	0.010	-0.74	-1.30	-0.18
ISMI	73.54(21.10)	44.69(16.17)	-4.459	0.000	1.43	0.82	2.04
WHOQOL	69.27(22.15)	89.19(24.01)	-5.371	0.000	-0.80	-1.37	-0.24
SFS	46.99(49.93)	82.37(45.91)	-4.372	0.000	-0.69	-1.25	-0.13

*PANSSPO: Subescala positiva PANSS; PANSSNE: Subescala negativa PANSS; PANSSPG: Subescala psicopatología General PANSS; STAIS: STAI-Estado; STAIT: STAI-Rasgo; FEIT: Tarea de Identificación de emociones faciales; FEDT: Discriminación de emociones faciales; Hinting: Tarea Hinting; CDSS: Escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia; Rosenberg: Escala Rosenberg de Autoestima; ISMI: Escala de Estigma Internalizado; WHOQOL-BREF: Evaluación World Health Organization Calidad de Vida; SFS: Escala de Funcionamiento Social: Tamaño del efecto; CI (LI): Limite inferior del intervalo de confianza del tamaño del efecto; CI (UI): Limite superior del intervalo de confianza del tamaño del efecto.*

### 3.4. DISCUSIÓN

Volviendo a incidir en las limitaciones de los trabajos previos destacar las fortalezas o contribución del presente trabajo. En esta investigación toda la muestra participa en un programa de Intervención Psicosocial que incluye actividades de carácter terapéutico y atención individual ofrecidas por un equipo multidisciplinar y multiprofesional que incorpora psicólogos, enfermeros, educadores sociales, terapeutas ocupacionales e integradores sociales desde un Modelo de Recuperación, a lo que se añade en el grupo experimental la MT. Esta circunstancia reduce el margen de cambios que se pueden producir en las diferentes variables evaluadas entre los dos grupos ya que ambos están recibiendo el TAU. Todos los participantes son pacientes en régimen ambulatorio que se encuentran en una fase estable de la enfermedad y sin sintomatología florida.

Los grupos antes de la intervención son equivalentes en las variables sociodemográficas, excepto en la edad, en las variables clínicas, en la sintomatología, en autoestima, en autoestigma, en cognición social, funcionamiento social y calidad de vida. Al comparar el grupo control con el experimental tras las intervenciones encontramos tres variables con diferencias estadísticamente significativas, la autoestima, el autoestigma y el funcionamiento social y una cercana a la significación, la calidad de vida. Creemos que no se presentan diferencias post tratamiento entre grupos en el resto de las variables por estar recibiendo ambos el TAU, que tiene efectos sobre estas variables.

En la la revisión de la literatura, se había observado mejoría en el estado mental general evaluado con la PANSS (Geretsseger et al. 2017; Talwar, et al. 2006) y la BPRS (Wen, Cao y Zhou, 2005; Yang et al. 1998), en la sintomatología negativa (Gold, et al. 2013; Mohammadi et al. 2012; Ulrich, Houtmans y Gold, 2007) y en los síntomas específicos de ansiedad y depresión (Wen, Cao y Zhou, 2005; Lu et al, 2013; Li et al. 2007). En nuestro estudio hemos encontrado diferencias en esta línea al comparar el pre y el post tratamiento en ambas intervenciones. Por tanto, las intervenciones han tenido un efecto positivo en ambos grupos. De hecho, al comparar el grupo control y el experimental en la evaluación final no se encuentran diferencias entre ambos grupos en la sintomatología evaluada por la PANSS, el STAI y la CDSS.

Se corroboran los efectos de la TAU+MT en la autoestima sobre la intervención estándar únicamente. Estos resultados están en la misma línea de un estudio realizado en Australia (Grocke, et al. 2014), en donde también se encontraron tamaños del efecto moderados en una muestra de pacientes ambulatorios. Sin embargo, cabe señalar que los participantes solo



recibieron cuidados básicos y medicación como tratamiento estándar. Esto hace considerar relevante el impacto del programa de MT diseñado, aunque se haya evidenciado un tamaño del efecto similar, ya que los participantes en nuestro estudio recibían tanto tratamiento farmacológico como psicosocial.

En cuanto a la evaluación de la mejora de los usuarios en sus relaciones con los demás, estudios previos han mostrado un incremento de las relaciones interpersonales de los participantes en las sesiones de MT (Ulrich, Houtmans y Gold, 2007). Diversos estudios encuentran diferencias en el funcionamiento social en medidas de reducción de la evitación social y mejora en las relaciones sociales (Gold et al. 2013) utilizando la Social Disability Screening Schedule (Yang et al. 1998; Fu y Zhang, 2013, Mao et al., 2013) (Yang et al., 1998; Fu y Zhang, 2013; Mao et al., 2013). En el presente estudio, además de aplicar una escala específica de funcionamiento social y encontrar diferencias tras el tratamiento tanto en el grupo experimental como en el grupo control, cabe señalar que el tamaño del efecto es superior en el grupo que participó en TAU+MT.

En relación con la reducción del autoestigma la literatura destaca diferencias en favor de la MT comparada con los pacientes en lista de espera para ser tratados (Silverman, 2013). En nuestro estudio, hemos encontrado reducción del autoestigma en ambos grupos con un mayor tamaño del efecto en los participantes en las sesiones de TAU+MT. Con respecto a la cognición social podemos señalar una diferencia cercana a la significación en el grupo de TAU+MT en Teoría de la Mente (ToM) con puntuaciones mayores tras la intervención. Esto indica que esta variable, que presenta déficits en las personas con esquizofrenia y que está relacionada con el funcionamiento social, podría verse también beneficiada de la inclusión de un tratamiento coadyudante como la MT. En relación con la ToM evidencias previas mostraron que escuchar música involucra automáticamente áreas dedicadas a la atribución del estado mental, aunque se debe señalar que este trabajo no está realizado con población clínica (Koelsh, 2009, Steinbeis y Koelsh, 2009). Por último, en la misma línea que los estudios previos, en relación a la variable calidad de vida se ha obtenido un mayor tamaño del efecto en el grupo experimental (Lu et al., 2013, Li et al., 2007, Grocke et al., 2014, Chamg et al., 2013).

Con respecto a la diferencia en la edad en los dos grupos de participantes en esta investigación se puede señalar que las revisiones de la literatura no indican que la edad sea una variable que determine la presencia de efectos beneficiosos de la MT. Los estudios sobre MT en pacientes con esquizofrenia presentan grupos de edad en un rango que comprende de los 20 a los 76 años, con medias de edad que van desde los 34 años (Gold et al., 2013), pasando por los 42 (Degli, Stefani y Biasutti, 2016) y llegan a los 67 años (Hayashi et al., 2002).

El estudio presenta limitaciones por las características del centro en el que se ha realizado. Puesto que los usuarios no pueden permanecer más de 18 meses en dichos centros, esto dificultó la posibilidad de realizar evaluaciones posteriores para valorar el mantenimiento en el tiempo de los cambios observados.

Se señala que no se han observado efectos adversos por las sesiones de MT en ningún usuario. Los resultados obtenidos apoyan los beneficios de incorporar un programa de MT como terapia complementaria al tratamiento estándar dentro de los programas y servicios de carácter psicosocial que siguen el modelo de recuperación por las mejoras que se obtienen en autoestima, autoestigma, funcionamiento social y calidad de vida. La investigación futura debería ir orientada a integrar estos avances en programas de musicoterapia con un protocolo de intervención que se adhiera a prácticas basadas en la evidencia, y que estén desarrollados y aplicados por profesionales expertos en este ámbito.

### 3.5. REFERENCIAS

- Abramowitz, A., Ginger, E., Gollan, J. y Smith, M. (2013). Empathy, depressive symptoms, and social functioning among individuals with schizophrenia, *Psychiatry Research*, 216, 325-332.
- Addington, D., Addington, J., y Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247-251.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed, text revision). Washington: *American Psychiatric Association*.
- Argimón, J. y Jiménez, J. (2013). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona: *Elsevier*.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: *Editorial Médica Panamericana*.
- Atienza, F. L., Balaguer, I., Moreno, Y., y Fox, K. R. (2004). El perfil de autopercepción física: propiedades psicométricas de la versión española y análisis de la estructura jerárquica de las autopercepciones físicas. *Psicothema*, 16(3), 461-467.
- Attkisson, C. y Greenfield, T. (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. En Maruish M. (Comp.). The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. 3ª edición. Mahwah: *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Badallo-Carbajosa, A., García-Arias, S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737-47. Recuperado de: <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000400005>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B., Santos Zorroza, B. y Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>

- Birchwood, M., Smith, J. O., Wetton, S., y Copestake (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Colección música, arte y proceso-Ediciones Amarú.
- Buchanan, R., Kelly, D., Strasuss, G., Gold, J., Weiner, E., McMahon, R., Holden, J. y Granholm, E. (2017). Combined Oxytocin and CBSST for Social Function in People With Schizophrenia, *Neuropsychopharmacology*, 43, 436-437.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urzua, A., Boyer, L. y Williams, D. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics, *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 2-12.
- Cassity, M., y Cassity, J. E. (2006). Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents and children: a clinical manual. London: *Jessica Kingsley Publishers*.
- Chang, C., Liu, F., Xu, H. y Jiao T. (2013). Correlation study of music therapy on subjective well-being and social support for schizophrenic patients. *Medical Journal of Chinese People's Health*, 11, 25-7
- Chung, J., y Woods-Giscombe, C. (2016). Influence of dosage and type of music therapy in symptom management and rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 631-641.
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., y Rüsich, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339-343.
- Degli Stefani, M., y Biasutti, M. (2016). Effects of Music Therapy on Drug Therapy of Adult Psychiatric Outpatients: A Pilot Randomized Controlled Study. *Frontiers in psychology*, 7, 15-18.
- Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., y Periañez Morales, J. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 101-114.
- Dompablo, M. (2018). Calidad de vida en esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

- Eyre, L. (Ed.). (2013). *Guidelines for music therapy practice in mental health*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. y Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Fenton, W. y Schooler, N. (2000) Evidence Based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 1-3.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. y Williams, J. (2002). *Structured Clinical Interview Diagnostic (SCID) for DSM-IV-TR Axis I Disorders*. New York: *Biometrics Research*.
- Frances, A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría. Barcelona: *Ariel*.
- Francomano, A., Carlone, M., Dazzo, M., y Barbera, D. (2011). Un modelo di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica. *Psichiatria e Psicoterapia*. 30(4), 277-299.
- Fu, W., y Zhang, L. (2013). The rehabilitation effect of improvisational music therapy on the treatment of social disability in patients with schizophrenia in recovery period. *Sichuan Mental Health*, 26 (3), 215-8
- Fung, K., Tsang, H. y Corrigan, P. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104. Recuperado de: <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Geretsegger, M., Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. y Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database System Review*, 29, 10-32.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., y Correll, C. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., y Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 79-88.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., y Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331. Recuperado de: <https://doi.org/10.1159/000348452>

- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V. y Lie, S. (2009). Dose-response relationship in musictherapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 (3), 193-207.
- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: *Alianza*.
- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., y Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 144-153.
- Hanson-Abromeit, D. (2015). A conceptual methodology to define the therapeutic function of music. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 25-38
- Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y. y Horiuchi, K. (2002). Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 187-193.
- Heinrichs R. y Zakzanis K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*. 12 (3), 426-45.
- Hjorth P., Medici C., Juel A., Madsen N., Vandborg K. y Munk-Jorgensen P. (2017) Improving quality of life and physical health in patients with schizophrenia: A 30-month program carried out in a real-life setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 63, 287-96.
- Hoffman, V., Remijsen, M., Hijman, R., De Haan, L. y Meijel, B. (2006), The five-factor model of the positive and negative syndrome scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia Research*, 85, 280-287.
- Hombrados, M. I., García, M., y López, T. (2006). Intervención social y comunitaria. Málaga: *Aljibe*.
- Jackson, N. (2015). Musicoterapia y enfermedad mental crónica: superación de los síntomas silenciosos. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 90-96. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/cercor/bhn110>
- Jung, X., y Newton, R. (2009). Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 239-249.
- Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kerr, S., y Neale, J. (1993). Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 312-320.

- Khan, A., Opler, M., Lindenmayer, J-P., Rothman, B. y Lucic, L. (2013). The Relationship of Social Cognition, to Neurocognition, Negative Symptoms and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 9, 266-267.
- Kim, J. (2016). Psychodynamic music therapy. *Voices. A World Forum for Music Therapy*, 16(2). Recuperado de: <https://doi.org/10.15845/voices.v16i2.882>
- Koelsch, S. (2009). A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374-384.
- Kwon, M., Gang, M., y Oh, K. (2013). Effect of the Group Music Therapy on Brain Wave, Behavior, and Cognitive Function among Patients with Chronic Schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 7, 168-174.
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S. y Davis, J. (2016). Dose equivalents for antipsychotic drugs: The DDD Method. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 90-94.
- Li, Y., Ren, X., Li, C. y Li, Z. (2007). The correct effect of language guided musictherapy on patients with schizophrenia. *International Nurses Journal*, 26(9), 917-8.
- Lu, S., Lo, C., Sung, H., Hsieh, T., Yu, S. y Chang, S. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682-688. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.002>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165.
- Maharjan, S. y Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19, 347-355.
- Mao, Z., Li, D., Zhang, G., Cha, Z. y Rong, J. (2013). The effects of music therapy on the rehabilitation of patients with chronic schizophrenia. *China Journal of Health Psychology*, 21 (1), 56-7.
- Mohammadi, A., Minhas, L., Haidari, M., y Panah, F. (2012). A study of the effects of music therapy on negative and positive symptoms in schizophrenic patients. *German Journal of Psychiatry*, 15(2), 56-62.
- Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J., y Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 363-371.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T., Fuchs, K., y Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 333-341.

- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., y Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 25-37.
- Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 41-50.
- National Institute for Clinical Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: *NICE guidelines*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Londres: *National Institute for Health and Clinical Excellence*.
- OCDE (2018). Health at a Glance: Europe 2018. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. Paris: OCDE. Recuperado de: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page1) el 27 de diciembre de 2018.
- Omori, Y., Mori, C. y White, A. (2014). Self-stigma in Schizophrenia: A concept Analysis. *Nursing Forum*, 49, 259-266.
- Palijan, T., Kovacevic, D., Vlastelica, M., Dadic-Hero, E. y Sarilar, M. (2017) Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 60-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.60>
- Peralta, V. y Cuesta, M. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22 (4),171-177.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E. y Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49
- Ritsher, J., Phelan, J. (2004) Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Roberts, R. y Attkisson, C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 401-413.



- Roberts, R., Attkisson, C. y Mendias, R. (1984). Assessing the client satisfaction questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(4), 385-396.
- Rosenberg, M. (1965). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: *Paidós*.
- Rosenberg, M. (1989) Society and the Adolescent Self-image. (2a ed.) Hanover: *Wesleyan University Press*.
- Schulz, K., Altman, D. y Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of internal medicine*, 152(11), 726-732.
- Silverman, M. (2011). The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: A randomized clinical effectiveness study. *Journal of Music Therapy*, 48(1), 103-22. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/jmt/48.1.103>
- Silverman, M. (2013). Effects of music therapy on self-and experienced stigma in patients on an acute care psychiatric unit: A randomized three group effectiveness study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 223-30. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.06.003>
- Silverman, M. (2015). Music therapy in mental health for illness management and recovery. USA: *Oxford University Press*.
- Silverman, M. J. (2009). The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients. *Journal of Music Therapy*, 46(2), 105-131.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: *Consulting Psychologists Press*.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: *TEA ediciones*.
- Steinbeis, N. y Koelsch, S. (2009). Understanding the intentions behind man-made products elicits neural activity in areas dedicated to mental state attribution. *Cerebral Cortex* 19(3), 619-623.
- Talwar, N., Crawford, M., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. y Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 405-409.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science y Medicine*, 41(10), 1403-9.
- Torres, A., y Olivares, J. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.

- Tseng, P., Chen Y, Lin P., Tu Y., Wang, H. y Cheng, Y. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 16(1), 16-22. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0718-8>
- Tseng, P., Chen, Y., Lin, P., Tu, K., Wang, H., Cheng, Y., Chang, Y., Chang, C., Chung, W. y Wu, C. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0718-8>
- Ulrich, G., Houtmans, T., y Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362-370. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>
- Valencia, M., Murow, E, y Rascón M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervenciones Esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 535-549.
- Van der Gaag, M., Hoffman, T., Remijnsen, M., Hijman, R., De Haan, L. y Van Meijel, B. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale II: a ten-fold cross-validation of a revised model. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 280-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.021>
- Wen, S., Cao, G. y Zhou H. (2005). The effect of music therapy on the depressive position of patients with schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(8), 195.
- Whitaker (2015), Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales, Madrid: *Capitán Swing*.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science y medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Yang, W., Li, Z., Weng, Y., Zhang, H. y Ma, B. (1998). Efectos de rehabilitación psicosocial de la musicoterapia en la esquizofrenia crónica. *Revista de Psiquiatría de Hong Kong*, 8 (1), 38-40.
- Zarkovic T., Kovacevic D., Vlastelica M., Dacic-Hero E. y Sarilar M. (2017). Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities. *Psychiatria Danubina*, 29, 60-65.

**ANEXO 3.1. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
1	<p>Presentación Usuarios                      Puesta en común de expectativas                      Feedback/ aclaraciones sobre los objetivos de la musicoterapia                      Aspectos clave                      No es necesario saber solfeo                      No es necesario saber tocar un instrumento                      No es necesario saber cantar                      En el caso de saber, no hay objetivos estéticos                      Todos somos musicales                      Todos podemos comunicarnos a través de la música y los sonidos                      Comunicación no verbal</p>	<p>Toma de contacto con el sonido del cuerpo                      Dinámica de exploración corporal                      Incorporación de reglas</p>	<p>Presentación del trabajo a través del Body Percussion                      Dinámicas Incorporación de elementos                      Corpóreos lateral-horizontal                      Incorporación de movimiento                      Propuestas                      Aumento progresivo de la dificultad                      Feedback verbal de lo experimentado</p>	<p>Ritmo/canción popular                      Despedida</p>
2	<p>Saludos                      Ventilación                      Presentación de la sesión                      Aspectos clave:                      Reducir temores                      Ventilar miedo al ridículo                      Recuperar capacidad de juego                      No hay respuestas incorrectas                      No se juzga                      No se valora                      Con-divertirse</p>	<p>Toma de contacto con la voz                      Dinámica de exploración vocal                      Incorporación de reglas                      Sonidos vocales</p>	<p>Presentación del trabajo a través de la voz                      Dinámicas Incorporación de elementos                      Armónicos y armonía                      Propuestas                      Aumento progresivo de la dificultad                      Feedback verbal de lo experimentado</p>	<p>Voz/dinámica despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
3	<p>Saludos</p> <p>Ventilación</p> <p>Presentación de la sesión</p> <p>Aspectos clave:</p> <p>El instrumento como mediador</p> <p>Los instrumentos no se rompen, se transforman</p> <p>Permitirse tocar, permitirse sonar, permitirse ser, permitirse decir, permitirse comunicar</p> <p>Escuchar y ser escuchado</p> <p>Tolerancia a la frustración</p>	<p>Toma de contacto con los instrumentos</p> <p>Dinámica de exploración sonora</p> <p>Dinámica del reloj</p> <p>Incorporación de reglas</p>	<p>Presentación del trabajo a través de los instrumentos</p> <p>Dinámica de incorporación de elementos</p> <p>Dinámicas de tempo/timbre/tono/intensidad</p> <p>Feedback verbal de lo experimentado</p>	<p>Instrumentos/dinámica despedida</p>
4	<p>Saludos</p> <p>Ventilación</p> <p>Presentación de la sesión</p> <p>Aspectos clave:</p> <p>Iniciar establecimiento del vínculo terapéutico</p> <p>Iniciar trabajo de integración sensorial</p> <p>Iniciar trabajo en toma de iniciativa</p> <p>Expresión/descarga/catarsis</p> <p>Contemplación de las dinámicas grupales</p>	<p>Toma de contacto</p> <p>Instrumentos//voz/cuerpo</p> <p>movimiento</p>	<p>Improvisación Activa</p> <p>Feedback verbal de lo experimentado</p>	<p>Integración/dinámica despedida</p>
5	<p>Ventilación</p> <p>Presentación de la sesión</p> <p>Canción propia recepción</p> <p>Canción propia acción</p> <p>Aspectos clave:</p> <p>Establecimiento del vínculo terapéutico</p> <p>Iniciar trabajo de autoconocimiento</p> <p>Iniciar trabajo de escucha activa</p> <p>Trabajo en toma de iniciativa</p> <p>Expresión de gustos y opiniones</p> <p>Inicio trabajo rememoración</p> <p>Inicio trabajo emociones, reconocimiento y expresión</p>	<p>Toma de contacto con la audición de temas propios</p> <p>Feedback personal</p> <p>Feedback grupal/debate sobre el contenido</p>	<p>Toma de contacto del canto con acompañamiento armónico</p> <p>Improvisación guiada</p> <p>Técnica del sostén</p> <p>Feedback de lo experimentado</p>	<p>Canción popular despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
6	<p>Saludo inicial  Ventilación  Presentación de la sesión:  Aspectos clave:  Establecimiento del vínculo terapéutico  Trabajo de autoconocimiento  Trabajo de escucha activa  Trabajo en toma de iniciativa  Trabajo en reconocimiento del otro  Diferenciación/Proximidad  Expresión de gustos y opiniones  Ventilar miedo al ridículo</p>	<p>Dinámica; Reloj bidireccional  Incorporación de reglas por parte de los usuarios  Incorporación de reglas  Feedback de lo experimentado</p>	<p>Presentación de la dinámica de escucha activa  Ejemplo  Feedback de lo experimentado  Invitación a elegir Temas de escucha para siguientes sesiones</p>	<p>Canción popular con acompañamiento armónico  Despedida</p>
7	<p>Saludo inicial  Ventilación  Presentación de la sesión:  Aspectos clave:  Establecimiento del vínculo terapéutico  Trabajo de autoconocimiento  Trabajo de escucha activa  Trabajo en toma de iniciativa  Trabajo en reconocimiento del otro  Diferenciación/Proximidad  Expresión de gustos y opiniones  Ventilar miedo al ridículo  Inicio trabajo Cohesión Grupal  Expresión/reconocimiento emociones</p>	<p>Improvisación activa  Improvisación guiada/  Consigna sonorización calma</p>	<p>Audio-receptiva tema individual usuario 1 y 2  Canción-activa tema individual usuario 1 y 2  Feedback personal  Feedback grupal  Reflexión Tema</p>	<p>Canción popular con acompañamiento armónico  Despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
8	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Consolidación del vínculo terapéutico                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de escucha activa                      Trabajo en toma de iniciativa                      Trabajo en reconocimiento del otro                      Diferenciación/Proximidad                      Expresión de gustos y opiniones                      Ventilar miedo al ridículo                      Trabajo Cohesión Grupal                      Expresión de emociones</p>	<p>Improvisación activa                      Improvisación guiada/                      Consigna sonorización activación</p>	<p>Audio-receptiva tema individual                      usuario 3 y 4                      Canción-activa tema individual                      usuario 3 y 4                      Feedback personal                      Feedback grupal                      Reflexión Tema</p>	<p>Canción popular                      con acompañamiento                      Armónico                      Despedida</p>
9	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Consolidación del vínculo terapéutico                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de escucha activa                      Trabajo en toma de iniciativa                      Trabajo en reconocimiento del otro                      Diferenciación/Proximidad                      Expresión de gustos y opiniones                      Ventilar miedo al ridículo                      Trabajo en Cohesión Grupal                      Expresión/reconocimiento de emociones</p>	<p>Improvisación activa                      Improvisación guiada/                      Consigna sonorización descarga</p>	<p>Audio-Receptiva Tema Individual                      usuario 5 y 6                      Canción-Activa Tema Individual                      usuario 5 y 6                      Feedback personal                      Feedback grupal                      Reflexión Tema</p>	<p>Canción popular                      con acompañamiento                      Armónico                      Despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Consolidación del vínculo terapéutico                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de escucha activa                      Trabajo en toma de iniciativa                      Trabajo en reconocimiento del otro                      Diferenciación/Proximidad                      Expresión de gustos y opiniones                      Ventilar miedo al ridículo                      Aumentar cohesión grupal</p>	<p>Improvisación activa                      Improvisación guiada/                      Consigna sonorización catarsis</p>	<p>Audio-receptiva tema                      repertorio grupal                      Canción-activa tema                      repertorio grupal                      Feedback personal                      Feedback grupal                      Reflexión tema</p>	<p>Canción popular                      con acompañamiento                      armónico                      Despedida</p>
11	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de toma de conciencia del cuerpo                      en movimiento                      Aumentar Integración sensorial                      Ventilar miedo al ridículo                      Aumentar cohesión grupal                      Inicio Trabajo de afrontamiento</p>	<p>Dinámica exploración del espacio                      Movimiento y sonido                      de la naturaleza y el cuerpo</p>	<p>Presentación del songwriting                      Técnica “versiones mejoradas”                      Tema 1 ligero/animado/pop                      Feedback grupal                      Reflexión tema</p>	<p>Canción popular                      con acompañamiento                      armónico                      Despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
12	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de toma de conciencia del cuerpo en movimiento                      Aumentar integración sensorial                      Ventilar miedo al ridículo                      Aumentar cohesión grupal                      Trabajo de afrontamiento                      Expresión/ reconocimiento de emociones</p>	<p>Dinámica dirigiendo Instrumentos/voz/cuerpo                      Cambio de roles                      Título de los temas</p>	<p>Songwriting                      Técnica de sostén armónico                      Tema 2 Lento/reflexivo/pop-clásico-popular                      Feedback grupal                      Reflexión tema</p>	<p>Canción Popular con acompañamiento armónico                      Despedida</p>
13	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de toma de conciencia                      Aumentar Integración sensorial                      Trabajo de afrontamiento                      Expresión/ reconocimiento de emociones                      Trabajar estigma</p>	<p>Dinámicas con Boom Whawers                      Introducción de reglas                      Complejidad progresiva</p>	<p>Songwriting                      Improvisación guiada consigna sobre la ira                      Tema 3 fuerte/descarga/rock-hip hop                      Feedback grupal                      Reflexión tema</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>
14	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Trabajo de autoconocimiento                      Trabajo de toma de conciencia                      Aumentar integración sensorial                      Trabajo de afrontamiento                      Expresión/ reconocimiento de emociones                      Trabajar estigma</p>	<p>Dinámicas con Boom Whawers                      Introducción de reglas                      Complejidad progresiva</p>	<p>Songwriting                      Técnica de sostén armónico.                      Consigna sobre el miedo.                      Tema 4 lento/reflexivo/pop                      Feedback grupal                      Reflexión tema</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>



3. Evaluación de un programa de musicoterapia en pacientes con Trastorno Mental Grave

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
15	<p>Saludo inicial  Ventilación  Presentación de la sesión:  Aspectos clave:  Cohesión grupal  Conflicto-negociación  Anticipación del cierre  Trabajo perdida  Reconstrucción  Reinventarse  Proyectar desde el presente</p>	<p>Improvisación terapéutica guiada,  consigna tema duelo</p>	<p>Songwriting  Técnica improvisación guiada  tema tristeza  Lento/melancólico/popular  Participación activa  Reflexión tema  Feedback de lo experimentado</p>	<p>Canciones del grupo  con acompañamiento  armónico  Despedida</p>
16	<p>Saludo inicial  Ventilación  Presentación de la sesión:  Aspectos clave:  Cohesión grupal  Reconstrucción  Reinventarse  Proyectar desde el presente  Rememoración e integración de herramientas  terapéuticas/uso de la música en todos  sus elementos  Recomendaciones y tareas de continuidad</p>	<p>Dinámicas Body Percussion  Rememoración  Complejidad creciente  Recomendaciones</p>	<p>Songwriting  Cierre de temas  Repaso de temas feedback grupal</p>	<p>Canciones del grupo  con acompañamiento  armónico  Despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
17	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Cohesión grupal                      Reconstrucción                      Reinventarse                      Proyectar desde el presente                      Integración de herramientas terapéuticas/uso de la música en todos sus elementos                      Recomendaciones y tareas de continuidad</p>	<p>Dinámicas voz                      Rememoración                      Complejidad creciente                      Armonía                      Recomendaciones</p>	<p>Songwriting                      Cierre de temas                      Escucha de temas                      Incorporación de arreglos                      Repaso de temas feedback grupal</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>
18	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Cohesión grupal                      Reconstrucción                      Reinventarse                      Proyectar desde el presente                      Integración de herramientas terapéuticas/uso de la música en todos sus elementos                      Recomendaciones y tareas de continuidad</p>	<p>Dinámicas Boom Whackers                      Rememoración                      Complejidad creciente                      Armonía                      Recomendaciones</p>	<p>Songwriting                      Cierre de temas                      Escucha de temas                      Incorporación de arreglos                      Repaso de temas feedback grupal</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>

Nº	Contenidos/Inicio	Calentamiento	Actividad Central	Cierre
19	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Final del proceso                      Cohesión grupal                      Reconstrucción                      Reinventarse                      Proyectar desde el presente                      Integración de herramientas terapéuticas/uso de la música en todos sus elementos                      Recomendaciones y tareas de continuidad</p>	<p>Dinámica de integración y cierre</p>	<p>Canto de temas grupales con acompañamiento armónico                      Escucha de temas grupales                      Feedback grupal</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>
20	<p>Saludo inicial                      Ventilación                      Presentación de la sesión:                      Aspectos clave:                      Final del proceso                      Cohesión grupal                      Reconstrucción                      Reinventarse                      Proyectar desde el presente                      Integración de herramientas terapéuticas/uso de la música en todos sus elementos                      Recomendaciones y tareas de continuidad</p>	<p>Dinámica de integración y cierre</p>	<p>Canto de temas grupales con acompañamiento armónico                      Escucha de temas grupales                      Feedback grupal</p>	<p>Canciones del grupo con acompañamiento armónico                      Despedida</p>



## Capítulo 4

# ¿PROGRAMAS DE EJERCICIOS AERÓBICOS, DE FUERZA O MIXTOS? UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO: EFECTOS SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

### RESUMEN

Se ha demostrado que las intervenciones deportivas previenen las enfermedades cardiovasculares y mejoran la sintomatología en personas con esquizofrenia. Sin embargo, todavía existen lagunas en la evidencia que informa sobre qué tipos de ejercicio podrían ser más efectivos. El objetivo del estudio fue comparar los efectos de tres programas diferentes de ejercicio físico (fuerza, aeróbico o mixto) sobre la sintomatología, la composición corporal y el estado físico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se evaluó la elegibilidad de un total de 432 pacientes, y 86 fueron asignados al azar al grupo aeróbico ( $n = 28$ ), al grupo de fuerza ( $n = 29$ ) o al grupo mixto ( $n = 29$ ). El número total de sesiones de entrenamiento (48) y la duración de cada sesión (1h) fueron las mismas para todos los grupos. Evaluamos la sintomatología (PANSS), el índice de masa corporal (IMC) y la condición física [prueba de caminata de 6 minutos (6MWT) y prueba de fuerza de agarre manual (HGS)] al inicio, 16 semanas después del inicio (post-intervención) y en una medida de seguimiento 10 meses después de finalizar la intervención (Follow up).

Nuestros resultados mostraron mejoras significativas en los síntomas de puntuación negativa, general y total a las 16 semanas en los tres grupos, con tamaños de efecto de moderados a grandes ( $P < 0,01$ ,  $\eta^2 > 0,11$ ). El IMC y la PM6M no cambiaron, y la prueba HGS mostró mejoras significativas en los grupos de fuerza y mixtos ( $P \leq 0,05$ ,  $\eta^2 > 0,08$ ). Todas las mejoras desaparecieron en el seguimiento a los 10 meses. Este estudio concluyó que 3 sesiones semanales durante 16 semanas de un programa de ejercicio progresivo de moderado a vigoroso mejoran la sintomatología de los pacientes esquizofrénicos, independientemente del tipo de ejercicio. Sin embargo, los efectos disminuyen a los niveles iniciales a los 10 meses de seguimiento, lo que sugiere que las intervenciones de ejercicio deben mantenerse a lo largo del tiempo.

**Palabras clave:** esquizofrenia, sintomatología, ejercicio, actividad física, fuerza, índice de masa corporal.

## 4.1. INTRODUCCIÓN

Como se ha indicado en el capítulo anterior, la esquizofrenia es un problema de salud mental importante en todo el mundo (Simeone et al., 2013). Es un trastorno mental caracterizado por síntomas tanto positivos (alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento) como negativos (abstinencia, apatía y disfunción social, entre otros) (APA, 2013). El deterioro cognitivo también es característico y parece estar relacionado con síntomas negativos (Strassnig et al., 2015), lo que la convierte en una de las principales causas de discapacidad, con graves consecuencias personales, sociales y económicas (Jablensky, 2000; Vos et al., 2013; Zeodñer, et al., 2012).

Los pacientes con esquizofrenia experimentan una brecha de mortalidad prematura de entre 10 y 20 años con respecto a la población general (Walker, McGee y Druss, 2015), principalmente debido a la enfermedad cardiovascular prematura (ECV) (Bresee et al., 2010; Corell et al., 2017). Si bien los factores genéticos (Adreassen et al., 2013) y los medicamentos antipsicóticos (Rummel-Kluge et al., 2010) contribuyen significativamente a este perfil de alto riesgo, los hábitos de vida poco saludables, como los bajos niveles de actividad física (Vancampfort et al., 2013; Vancampfort, Probst, et al., 2013), también juegan un papel particularmente destacado.

Un metaanálisis reciente demostró que las personas con esquizofrenia realizan niveles bajos de actividad física (AF) (Stubbs et al., 2016; Vancampfort, 2016) y es menos probable que alcancen una intensidad de práctica suficiente (Pearsall et al. 2014). En consecuencia, tienen una baja aptitud cardiorrespiratoria (Strassnig, Brar y Ganguli, 2011; Vancanfort, 2015), lo que ha sido reconocido como un predictor fuerte e independiente de ECV y mortalidad en la población general (Kodama, Saito y Tanaka, 2009; Lee et al., 2010). Además, la realización baja de AF se correlaciona en estos pacientes con la presencia de síntomas negativos, efectos secundarios de la medicación antipsicótica, aislamiento social y otros hábitos de vida poco saludables (Vancampfort et al., 2012). A esto se le añade el hecho de que la AF baja puede exacerbar los síntomas depresivos, la baja autoestima y el deterioro del funcionamiento psicosocial, lo que resulta en una menor calidad de vida relacionada con la salud (Vancampfort et al., 2011).

Por otro lado, se ha demostrado consistentemente que las intervenciones con ejercicio previenen las ECV (Vancampfort, Probst, et al., 2013; Firth et al., 2015), alivian el deterioro cognitivo (Firth et al., 2017; Oertel-Knochel et al., 2014) y mejoran los síntomas clínicos, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud (Dauwan et al., 2016) en los individuos.

con esquizofrenia. Por tanto, se justifica la prescripción de ejercicio físico para mejorar los síntomas de la esquizofrenia y ayudar a prevenir las enfermedades asociadas a ella. Sin embargo, todavía existen lagunas significativas en la evidencia que informa sobre qué tipos de ejercicio podrían ser más efectivos para mejorar los síntomas, la composición corporal y la condición física en estos pacientes. La mayoría de los trabajos que estudian los efectos de la AF en pacientes que padecen esquizofrenia se han centrado en el ejercicio aeróbico, y solo unos pocos estudios han analizado los efectos de los programas mixtos (aeróbicos + fuerza) (Hee-jae et al., 2014, Korman, et al., 2018; Leone et al., 2015; Marzolini, Jensen y Melville, 2009; Scheewe et al., 2013; Scheewe, Backz, Takken, et al., 2013; Svatkova et al., 2015). Es de destacar que, hasta donde sabemos, sólo dos estudios han utilizado programas de entrenamiento de fuerza aislados en pacientes esquizofrénicos (Heggelunf et al., 2012; Silva et al., 2015). Además, la mayoría de estos estudios en adolecen de limitaciones metodológicas, lo que dificulta la inferencia de conclusiones firmes.

En este contexto, no es sorprendente que varias revisiones sistemáticas y / o metanálisis que analizan los efectos de la AF en pacientes con esquizofrenia hayan destacado problemas relacionados con las limitaciones metodológicas (Dauwan et al., 2016; Gordon et al., 2017; Gorczyznski y Faulkner, 2019; Keller-Varady et al., 2018; sabe, Kaiser y Sentissi, 2020, Vogel et al., 2015; Vogel y Van der Gaag, 2019) y hayan afirmado que faltan datos de calidad y más ensayos controlados aleatorios (ECA).

Ante la dificultad de encontrar estudios sobre el impacto simultáneo de diferentes tipos de intervención en pacientes con esquizofrenia, el objetivo principal del estudio fue comparar los efectos inmediatos y a largo plazo de tres programas diferentes de ejercicio físico. (fuerza, aeróbica o mixta) sobre la sintomatología, composición corporal y condición física de los pacientes esquizofrénicos.

## 4.2. MÉTODO

Diseño de un ensayo clínico prospectivo, multicéntrico siguiendo las pautas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki. Los participantes elegibles eran todos adultos entre 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia (DSM-5) y que estaban estables con la medicación antipsicótica, es decir, que usaban la misma dosis durante al menos 4 semanas antes de la inclusión. Los criterios de exclusión incluyeron: (1) Puntuación total de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) de <58 (49); (2) Presencia de ideación suicida; (3) representar un peligro agudo para los demás; (4) otros diagnósticos o enfermedades psiquiátricos agudas; (5) otros trastornos que impiden que la persona complete el entrenamiento físico; (6) participación en programas o intervenciones similares antes de la inscripción.

### 4.2.1. Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo en seis centros de atención psicosocial para personas con enfermedad mental grave (TMG), todos ellos pertenecientes a la red ISEM<sup>27</sup> desde enero de 2019 hasta enero de 2020. Tuvo lugar en España, en centros de Valencia, Sueca, Zaragoza y Huesca.

Antes del inicio del ensayo, un investigador independiente que no conocía las características del estudio generó una secuencia aleatoria utilizando un generador de números aleatorios computarizado; esto se ocultó a todos los demás investigadores del estudio durante todo el período de estudio. La aleatorización se realizó con estratificación por edad, sexo e índice de masa corporal (IMC). Al inscribirse en el estudio y después de completar las medidas de resultado primarias y secundarias, los participantes fueron asignados al azar al grupo aeróbico (n = 28), al grupo de fuerza (n = 29) o al grupo mixto (n = 29).

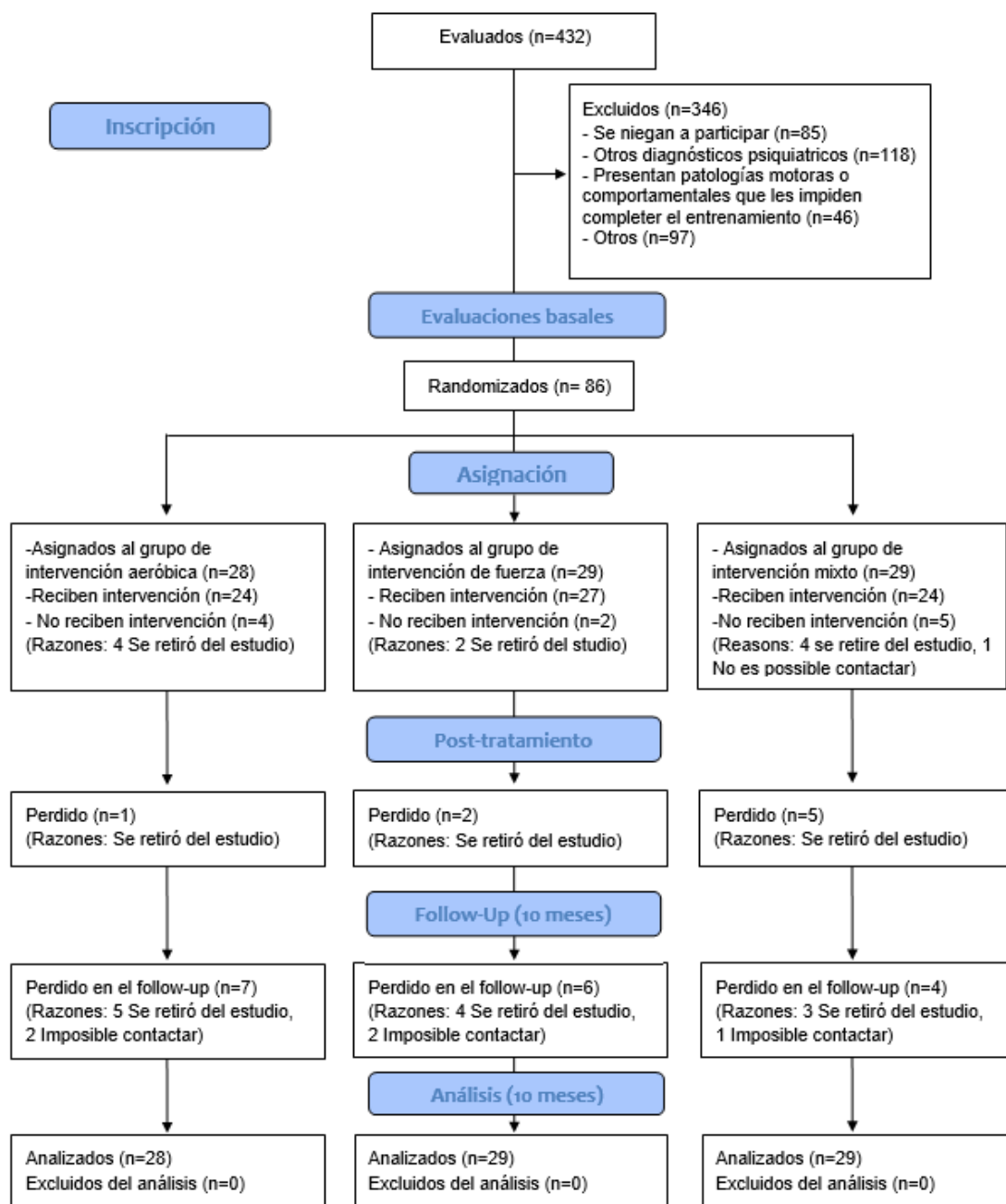
Como se muestra en el diagrama de flujo del participante en la Figura 4.1., todas las medidas de resultado se evaluaron al inicio, 16 semanas después del inicio (post-intervención) y en un seguimiento de 10 meses. Fue imposible ocultar la asignación del grupo a los fisioterapeutas o los participantes; sin embargo, los evaluadores de resultados y los analistas de datos no conocían las asignaciones al grupo de tratamiento. Para evitar el sesgo de variabilidad interobservador, las mediciones en cada uno de los grupos siempre fueron completadas por el mismo investigador.

---

<sup>27</sup> Plataforma de entidades para la incorporación e inclusión social de personas con enfermedad mental. <https://www.redisem.es/>



**Figura 4.1. Progresión de los participantes a lo largo del ensayo**



La intervención consistió en un total de 48 sesiones (3 sesiones semanales de una hora cada una durante 16 semanas). Para permitir una comparación justa, el número total de sesiones de entrenamiento y la duración de cada sesión fueron los mismos para los tres grupos de entrenamiento. El entrenamiento físico fue realizado en grupo en cada centro de atención psicosocial por un instructor profesional de educación física. Cada sesión comenzó y terminó con 10 minutos de estiramiento de los principales grupos musculares.

**Entrenamiento aeróbico:** los participantes completaron 4 series de caminatas rápidas durante 10 minutos seguidas de 1 minuto de recuperación. Para asegurarnos de que la intensidad del ejercicio progresa de moderada a vigorosa, monitoreamos la frecuencia cardíaca (FC) de cada participante. La progresión en la intensidad del ejercicio se logró aumentando la frecuencia cardíaca objetivo del participante cada 2 semanas. Así, utilizando la fórmula publicada por Tanaka et al. para calcular la FC máxima (FCM) (Tanaka, Monahan y Seals, 2001), la intensidad del ejercicio se incrementó progresivamente, de la siguiente manera: semanas 1-2: FCM del 55%; semanas 3-4: 58% MHR; semanas 5-6: 61% de FCM; semanas 7-8: 64% MHR; semanas 9-10: 67% MHR; semanas 11-12: 70% MHR; semanas 13-14: 73% MHR; y semanas 15-16: 76% MHR (Figura 2).

**Entrenamiento de fuerza:** los participantes completaron dos series de 8 ejercicios de entrenamiento de fuerza con 1 minuto de recuperación programado entre cada uno (Figura 3). La intensidad del entrenamiento también aumentó durante las 16 semanas a un esfuerzo que fue moderado, intermedio, duro o muy duro según la escala de Borg.

**Entrenamiento mixto:** la parte principal de cada sesión mixta constaba de dos partes. Primero, al igual que el grupo de entrenamiento de fuerza, los participantes realizaron un solo circuito de 8 ejercicios de fuerza (mismos ejercicios y progresión de intensidad) intercalados con 1 minuto de recuperación para cada ejercicio de fuerza. En segundo lugar, al igual que en el grupo de entrenamiento aeróbico, los participantes realizaron 2 series de caminata rápida durante 10 minutos seguidas de 1 minuto de recuperación, siguiendo la misma progresión de intensidad del ejercicio descrita para el grupo de entrenamiento aeróbico.

#### **4.2.2. Medidas**

Se registraron edad, sexo, nivel educativo, estado civil, empleo, régimen de institucionalización, duración de la enfermedad, cumplimiento y eventos adversos a las intervenciones. La medicación antipsicótica también se registró para cada paciente y se convirtió en una dosis diaria equivalente de clorpromazina, según Gardner y colegas (2010).

La Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)<sup>28</sup> es una entrevista semi-estructurada que evalúa los síntomas positivos (PANSS-P), negativos (PANSS-N) y generales (PANSS-G) de la psicosis experimentados por los pacientes en la semana anterior a la prueba

---

<sup>28</sup> Evalúa el síndrome positivo y negativo y la psicopatología general; desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro); y desde un punto de vista categorial (predominio de síntomas positivos o negativos).

en una escala tipo Likert de 7 puntos (de 1, 'ninguno', a 7, 'extremo') (Kay, Fiszbein y Opler, 2010). Analizamos las 3 subescalas por separado y las puntuaciones totales (PANSS-T).

El IMC se calculó utilizando una balanza electrónica SECA® 780 con un estadiómetro telescópico mecánico. La masa de grasa corporal (BFM) se determinó usando un analizador de grasa corporal TBF-300A.

Se utilizó una prueba de ejercicio submáxima, la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT), para evaluar la capacidad funcional de los participantes para el ejercicio aeróbico. Se ha demostrado que esta prueba es una medida confiable de la capacidad de ejercicio en personas con TMG (Vancampfort et al., 2011).

La fuerza de agarre manual (HGS) se evaluó utilizando un dinamómetro manual hidráulico Jamar, como se describe en otra parte (Mathiowetz et al., 1984).

Por último, se utilizó la prueba de 30 s sentado y de pie (30 s STS) para evaluar la fuerza de las extremidades inferiores. Consistió en levantarse de una silla y volver a sentarse tantas veces como fuera posible durante un período de 60 segundos y se registró el número de repeticiones (Cheng-Le et al., 2020).

### **Análisis estadístico**

El tamaño de muestra deseado se calculó después de realizar un estudio piloto de 15 participantes (Whitehead, et al. 2016), que indicó un tamaño del efecto de  $\eta^2$  parcial ( $\eta^2$ ) = 0,038 para el resultado primario (PANSS-N); considerando esto, además de un valor  $\alpha$  de 0,05 y una potencia deseada del 90%, utilizamos el programa G \* Power (v.3.1.9.2) (Faul, et al. 2007) para estimar que se requería un tamaño de muestra de 69 participantes. Teniendo en cuenta las pérdidas potenciales del 25%, establecimos el tamaño de muestra final de 86 participantes.

Los posibles factores de confusión se evaluaron probando las diferencias iniciales entre los grupos; así, determinamos las posibles diferencias mediante pruebas de Chi-cuadrado (sexo, nivel educativo, estado civil, empleo y régimen de institucionalización), Kruskal Wallis (edad) y ANOVA unidireccional (duración de la enfermedad, IMC y consumo de antipsicóticos). También se utilizaron pruebas ANOVA para comparar el porcentaje de tasas de asistencia entre los grupos de intervención.

Se utilizaron pruebas ANOVA mixtas bidireccionales para comparar cómo las intervenciones del estudio afectan los resultados primarios y secundarios, utilizando el tiempo (línea de base, postintervención y seguimiento de 10 meses) como el factor dentro del grupo y

el grupo (aeróbico, fuerza o mixto) como el factor entre grupos. Se utilizaron pruebas ANOVA análogas, pero con dos niveles en el factor tiempo (basal y seguimiento a los 10 meses) para comparar cómo las intervenciones del estudio afectan el consumo de fármacos antipsicóticos. Se calcularon los tamaños del efecto de  $\eta^2$  donde respectivamente  $0.01 < 0.06$ ,  $0.06 < 0.14$  y  $0.14$  o más correspondían a un tamaño de efecto pequeño, mediano y grande (Cohen, 1988). Los análisis estadísticos se realizaron de acuerdo con el análisis por intención de tratar utilizando el software SPSS (v.18.0) para Windows (SPSS Inc., Chicago, Ill, EE. UU.). Todas las pruebas estadísticas se realizaron de dos colas con un valor de P crítico para la significación establecida en  $< 0,05$ .

### 4.3. RESULTADOS

Las características generales de la población de estudio se encuentran en la Tabla 4.1. El análisis estadístico no mostró diferencias entre grupos al inicio del estudio en ninguna variable, excepto en el número de años de enfermedad, que mostró diferencias entre los grupos de intervención aeróbica y mixta. Además, los porcentajes de las tasas de asistencia no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención aeróbica, de fuerza y mixta ( $88 \pm 15\%$ ,  $88 \pm 12\%$  y  $79 \pm 15\%$ , respectivamente;  $P = 0,084$ ). Asimismo, los resultados del ANOVA mixto bidireccional no encontraron diferencias intragrupo o entre grupos en las comparaciones del consumo de fármacos antipsicóticos (tabla 4.2). Ninguno de los participantes informó eventos adversos a las intervenciones aplicadas.

**Tabla 4.1. Características basales de los participantes**

<b>VARIABLES</b>	<b>Grupo Aerobico (n=28), media (SD)</b>	<b>Grupo de Fuerza (n=29), media (SD)</b>	<b>Grupo mixto (n=29), media (SD)</b>
<i>Edad (años)</i>	40,9 (10,6)	44,1 (8,0)	43,6 (9,8)
<i>Hombre (%)</i>	69,6	61,5	58,3
<i>Nivel educativo (% bajo/medio/alto)</i>	79/14/7	83/17/0	72/21/7
<i>Estado civil (% single)</i>	100	93	100
<i>Empleo (% working)</i>	11	17	7
<i>Regimen institucionalización (% pacientes)</i>	46,2	35,3	33,3
<i>Duración de la enfermedad (media años)</i>	13,1 (8,9)	16,7 (8,9)	23,1 (11,4)
<i>Chlorpromazina equivalencias (mg/d)</i>	873 (831)	981 (666)	702 (690)
<i>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</i>	29,7 (6,2)	29,8 (4,5)	32,0 (8,0)
<i>Grasa Corporal (%)</i>	30,2 (9,7)	31,5 (9,3)	34 (10,4)
<i>PANSS-positiva (puntuación, 7 a 49 puntos)</i>	20,3 (4,8)	20,1 (6,6)	20,1 (4,8)
<i>PANSS-negativa (puntuación, 7 a 49 puntos)</i>	25,4 (7,0)	23,1 (6,4)	23,5 (6,1)
<i>PANSS-general (puntuación, 16 a 112 puntos)</i>	49,8 (7,1)	47,7 (11,4)	48,8 (10,8)
<i>PANSS-total (puntuación, 30 a 210 puntos)</i>	95,4 (13,9)	90,2 (21,2)	92,3 (18,4)
<i>Fuerza de agarre manual (HGS) (kg)</i>	30,4 (12,8)	30,4 (11,0)	25,1 (9,9)
<i>30-s STS (repeticiones)</i>	16,1 (5,5)	15,4 (4,3)	16,6 (4,9)
<i>6MWT (metros)</i>	566 (98)	588 (77)	584 (80)

IMC = Índice de Masa Corporal; BMF = Masa Grasa Corporal; PANSS = Escala de sintomatología positiva y negativa; HGS = Fuerza de agarre manual; 30-s STS = 30-s test sit-to-stand; 6MWT = 6-minutos marcha test.

Tabla 4.2. Comparaciones Intragrupo

Variables	Grupo Aerobico (n=28)		Grupo de Fuerza (n=29)		Grupo mixto (n=29)		
	Diferencia (95% IC)	P valor	Diferencia (95% IC)	P valor	Diferencia (95% IC)	P valor	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Post-intervención menos línea de base	-0,3 (-0,7 to 0,1)	0,142	-0,1 (-0,4 to 0,3)	1,000	-0,1 (-0,5 to 0,3)	1,000
	10-meses follow-up menos línea de base	-0,3 (-1,1 to 0,5)	1,000	0,0 (-0,7 to 0,7)	1,000	-0,5 (-1,4 to 0,3)	0,337
BMF (%)	Post-intervención menos línea de base	-1,1 (-3,6 to 1,3)	0,754	-1,0 (-3,2 to 1,1)	0,739	-1,9 (-4,3 to 0,5)	0,174
	10-meses follow-up menos línea de base	-0,1 (-1,8 to 1,6)	1,000	0,0 (-1,5 to 1,5)	1,000	-0,5 (-2,2 to 1,2)	1,000
Chlorpromazina	Post-intervención menos línea de base	-	-	-	-	-	-
equivalencias (mg/d)	10-meses follow-up menos línea de base	-33 (-156 to 90)	0,606	-36 (-177 to 105)	0,609	27 (-102 to 159)	0,666
PANSS-positiva (punt., 7 a 49 points)	Post-intervención menos línea de base	-3,2 (-6,1 to -0,3)	0,023*	-2,7 (-5,4 to 0,0)	0,050*	-2,2 (-5,0 to 0,7)	0,206
	10-meses follow-up menos línea de base	-0,5 (-3,8 to 2,7)	1,000	-1,5 (-4,5 to 1,6)	0,708	-0,3 (-3,5 to 3,0)	1,000
PANSS-negativa (punt., 7 a 49 points)	Post-intervención menos línea de base	-4,2 (-7,2 to -1,2)	0,003**	-3,6 (-6,4 to -0,9)	0,006**	-3,8 (-6,8 to -0,7)	0,009**
	10-meses follow-up menos línea de base	-2,4 (-5,8 to 0,9)	0,246	-2,5 (-5,6 to 0,6)	0,158	-1,5 (-4,8 to 1,9)	0,832
PANSS-general (punt., 16 a 112 points)	Post-intervención menos línea de base	-8,7 (-14,0 to -3,3)	0,001**	-7,6 (-12,6 to -2,6)	0,001**	-7,4 (-12,8 to -2,0)	0,003**
	10-meses follow-up menos línea de base	-4,0 (-11,4 to 3,5)	0,584	-5,0 (-11,8 to 1,9)	0,241	-3,1 (-10,5 to 4,3)	0,915
PANSS-total (punt., 30 a 210 points)	Post-intervención menos línea de base	-16,1 (-25,8 to -6,3)	<0,001**	-13,9 (-22,8 to -4,8)	0,001**	-13,4 (-23,1 to -3,6)	0,004**
	10-meses follow-up menos línea de base	-6,9 (-19 to 5,6)	0,541	-9,0 (-20,5 to 2,7)	0,193	-4,9 (-17,4 to 7,7)	1,000
HGS (kg)	Post-intervención menos línea de base	-1,1 (-4,4 to 2,1)	1,000	3,0 (0,1 to 5,9)	0,039*	3,2 (0,0 to 6,5)	0,050*
	10-meses follow-up menos línea de base	0,0 (-3,0 to 3,0)	1,000	-1,2 (-3,8 to 1,5)	0,831	2,0 (-1,0 to 5,0)	0,323
30-s STS (repeticiones)	Post-intervención menos línea de base	0,4 (-1,5 to 2,2)	1,000	1,5 (-0,1 to 3,2)	0,083	0,8 (-1,0 to 2,6)	0,856
	10-meses follow-up menos línea de base	-0,4 (-2,0 to 1,3)	1,000	-0,1 (-1,6 to 1,5)	1,000	-1,2 (-2,8 to 0,5)	0,249
6MWT (metros)	Post-intervención menos línea de base	8 (-42 to 59)	1,000	11 (-35 to 56)	1,000	-20 (-69 to 29)	0,975
	10-meses follow-up menos línea de base	12 (-32 to 56)	1,000	-4 (-44 to 36)	1,000	-6 (-50 to 37)	1,000

IMC = Índice de Masa Corporal; BMF = Masa Grasa Corporal; PANSS = Escala de sintomatología positiva y negativa; HGS = Fuerza de agarre manual; 30-s STS = 30-s test sit-to-stand; 6MWT = 6-minutos marcha test. \*  $P \leq 0,05$ ; \*\*  $P \leq 0,01$

Las puntuaciones de PANSS-N, PANSS-G y PANSS-C mostraron mejoras estadísticamente significativas desde el inicio hasta las 16 semanas en los tres grupos ( $P < 0,01$ ,  $\eta^2 > 0,11$ ); sin embargo, todas estas mejoras significativas desaparecieron en el seguimiento de 10 meses. Los puntajes de PANSS-P también mejoraron en los grupos aeróbicos y de fuerza ( $P \leq 0,005$ ,  $\eta^2 > 0,07$ ), y mostraron una tendencia de progreso en el grupo mixto ( $\eta^2 > 0,04$ ), pero también empeoraron a los 10 meses de seguimiento. arriba.

Con respecto a la composición corporal (IMC y BFM), prueba STS de 30 s y 6MWT, las comparaciones intragrupo no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa. Sorprendentemente, la prueba HGS mostró mejoras estadísticamente significativas desde el inicio hasta las 16 semanas en los grupos de fuerza y mixtos ( $\eta^2 > 0,08$ ); sin embargo, estas mejoras también desaparecieron en el seguimiento de 10 meses. Las comparaciones intragrupo entre 16 semanas y 10 meses de seguimiento no mostraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología, composición corporal y PM6M en ningún grupo. En contraste, las puntuaciones de HGS y STS de 30 s disminuyeron significativamente en el grupo de fuerza, y la HGS también en el grupo mixto.

Finalmente, no se encontraron diferencias entre los grupos en ninguna comparación de resultados primarios o secundarios ( $P > 0,05$ ).



#### 4.4. DISCUSIÓN

Nuestros resultados mostraron mejoras significativas en los síntomas de psicosis con puntuación negativa, general y total a las 16 semanas en los tres grupos de entrenamiento (aeróbico, de fuerza y mixto), con tamaños de efecto de moderados a grandes. Las diferencias medias en las puntuaciones de PANSS-T casi alcanzaron la diferencia mínima clínicamente importante, que se ha estimado entre el 16% y el 24% de cambio desde el inicio (Stefan et al., 2005; Cramer et al., 2001; Levine et al., 2008; Raninowitz, Mehnert y Eerdeken, 2006; Schennach-Wolf et al., 2010). Estos hallazgos son consistentes con varios metaanálisis que mostraron que la AF (es decir, ejercicio aeróbico o mixto) redujo significativamente los síntomas de puntuación negativa (Firth et al., 2015; Dauwan et al., 2016; Sabe, Kaiser y Sentissi, 2020) y total (Firth et al., 2015; Dauwan et al., 2016; Rosenbaum et al., 2014).

Hasta la fecha, solo dos estudios han examinado el impacto de un programa de entrenamiento de fuerza aislado en pacientes con esquizofrenia (Heggelund et al., 2012; Silva et al., 2015). El estudio piloto de Heggelund et al. (2012), que consistió en una intervención de 8 semanas (entrenamiento tres días a la semana) con un solo ejercicio (repeticiones 4x4 al 85-90% una repetición máxima realizada en un aparato de prensa de piernas), no informó mejoras en los síntomas negativos. Sin embargo, estos resultados hay que tomarlos con cautela pues este trabajo, además de la escasez de tipo y tiempo de ejercicios de entrenamiento y el pequeño tamaño muestral, tiene limitaciones metodológicas (falta de aleatorización, evaluación ciega no reportada, análisis estadístico limitado -sin estudiar tiempo x interacciones grupales-, y no analizar los datos según la intención de tratar). El estudio de Silva et al. (2015) compararon los efectos de 20 semanas de programas de entrenamiento de fuerza y mixtos (dos días a la semana) sobre los síntomas psicóticos. Aunque los autores no encontraron diferencias entre los grupos en la PANSS-N, el análisis intragrupo reveló mejoras significativas en el grupo de entrenamiento de fuerza. Sin embargo, este estudio también está limitado por algunos problemas metodológicos (tamaño de la muestra pequeño y no calculado a priori, ocultamiento de la asignación no informado y la falta de análisis por intención de tratar (AIT)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> El análisis por intención de tratar (AIT) es un análisis de los participantes en un ensayo clínico basado en el grupo al que se han asignado inicialmente y no en el tratamiento recibido finalmente. No importa si abandonan el ensayo, si cumplen íntegramente el tratamiento o incluso si se cambia el tratamiento. Los análisis por intención de tratar se suelen usar para evaluar la eficacia de un tratamiento nuevo, dado que reflejan la situación real: (no todos los participantes cumplen el tratamiento y los médicos suelen cambiar los tratamientos en función de los cambios del estado del paciente).

Por lo tanto, nuestros resultados llenan el vacío en la literatura para demostrar consistentemente que un programa de entrenamiento de fuerza aislado también es efectivo para el tratamiento de síntomas negativos y generales en pacientes con esquizofrenia. De hecho, este tipo de ejercicio ya ha obtenido buenos resultados en enfermedades como la ansiedad y la depresión (Gordon et al., 2017; Gordon et al., 2018), y ha aumentado la eficiencia cognitiva de los adultos mayores (Cassilhas et al., 2007) y de los pacientes con demencia precoz (Yerokin et al., 2012).

Nuestros hallazgos mostraron mejoras significativas en los síntomas positivos a las 16 semanas en los grupos de intervención aeróbica y de fuerza, con tamaños de efecto pequeños a moderados, y mostraron una tendencia positiva en el grupo de intervención mixta. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios que han analizado los efectos de las intervenciones aeróbicas sobre los síntomas positivos. Firth y colaboradores (2015) realizaron un metanálisis de intervenciones con ejercicios en pacientes con esquizofrenia y, después de realizar un análisis de sensibilidad para excluir las intervenciones con ejercicios de baja intensidad, informaron reducciones significativas en las puntuaciones de la PANSS-P, con una diferencia de medias estandarizada (DME) agrupada de -0,54 (IC del 95%: -0,95 a -0,13). Un metanálisis más reciente (Sabe, Kaiser y Sentissi, 2020) que incluyó diecisiete ECA realizó un análisis de subgrupos que diferenciaba entre intervenciones aeróbicas (12 ECA) e intervenciones no aeróbicas (5 ECA). El ejercicio aeróbico redujo los síntomas positivos (DME, -0,27; IC del 95%, -0,46 a -0,09;  $P = 0,004$ ), mientras que este no fue el caso de las intervenciones no aeróbicas (DME, -0,03; IC del 95%, -0,29 a +0,23;  $P = 0,82$ ). No obstante, debe tenerse en cuenta que la mayoría de los estudios de intervención no aeróbica, en lugar de entrenar la fuerza, utilizaron otro tipo de ejercicios no aeróbicos de baja intensidad, como el yoga (Behere et al., 2011; Bhatia et al., 2017; Varambally et al., 2012).

Contrariamente a nuestras expectativas, el análisis intragrupo no mostró mejoras significativas a las 16 semanas en el grupo de intervención de entrenamiento mixto, y solo mostró una ligera tendencia al alza no significativa. A diferencia de otros estudios de intervención mixta (Scheewe et al., 2013; Svatkova et al., 2015) que realizaron un análisis por protocolo y encontraron mejoras significativas en los síntomas positivos, analizamos nuestros datos según AIT. Aunque los desafíos del análisis por intención de tratar son las pérdidas durante el seguimiento y la variación de los niveles de cumplimiento, se recomienda este tipo de análisis para mantener la composición del grupo original lograda mediante la aleatorización, evitando el sesgo potencial debido a la exclusión de pacientes, y para proporcionar una estimación pragmática del beneficio de la intervención estimando cómo podría funcionar en un

entorno clínico real (Sedgwick, 2015). Por otro lado, el hecho de que nuestros resultados no alcanzaran significación estadística en el grupo mixto podría explicarse tanto por las mayores tasas de deserción como por el menor cumplimiento en los pacientes de este grupo. Por lo tanto, a pesar de que nuestras tres intervenciones de ejercicio se realizaron teniendo en cuenta dos factores principales que aumentan la adherencia y el cumplimiento en pacientes esquizofrénicos [entornos de entrenamiento supervisados ( Vancampfort et al., 2016) y grupales (Firth et al., 2015)], los porcentajes de abandonos fueron mayores y las tasas de asistencia fueron menores en el grupo de intervención mixta (aeróbico = 17,9% y 88%; fuerza = 13,8% y 88%; mixto = 34,5% y 79%, respectivamente).

Si bien los mecanismos por los cuales las diferentes intervenciones de ejercicio pueden haber influido en los síntomas positivos y negativos de nuestros pacientes se extienden más allá del alcance de este estudio, actualmente existen varios mecanismos propuestos en la literatura. Los mecanismos neuroprotectores, como la disminución de la inflamación, el aumento de la neurogénesis y la neuroplasticidad, a través del factor neurotrófico derivado del cerebro, y la remielinización de los tractos de sustancia blanca, son los más citados (Douglas et al., 2018).

Un metaanálisis reciente a gran escala confirmó que los pacientes con TMG tienen un riesgo significativamente mayor de ECV y mortalidad relacionada con ECV, y que un IMC elevado y el uso de antipsicóticos, entre otros factores, requieren atención clínica urgente (Correl et al., 2017). En particular, el aumento de peso inducido por antipsicóticos (de segunda generación) es un efecto secundario prevalente bien documentado del tratamiento antipsicótico (Shams y Müller, 2014; Casey et al, 2004). Es por estos motivos que el ejercicio físico está especialmente recomendado en esta población y está incluido en las guías clínicas.

De acuerdo con la literatura, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes tenían IMC basales correspondientes a sobrepeso (38%) u obesidad (46%). Además, todos nuestros pacientes estaban bajo medicación antipsicótica estable, con dosis casi para ser consideradas “altas” (Hung, 2007), aproximadamente 850 mg / d de equivalentes de clorpromazina.

Siguiendo la argumentación de la mayoría de los trabajos anteriores (Firth et al., 2015; Korman et al., 2018; Marzolini, Jensen y Melville, 2015; Scheewe et al. 2013; Svatkova et al., 2015; Silva et al., 2015), ninguno de nuestros tres grupos mostró mejoras significativas en la composición corporal a las 16 semanas. En la misma línea, el metaanálisis de Firth et al. (2015), que incluyó estudios con diferentes tipos de programas de ejercicio, no informó cambios significativos en el IMC. Si bien lograr reducciones en el IMC y BFM son objetivos importantes del ejercicio que no deben abandonarse, un objetivo más realista puede ser la

atenuación del aumento de peso esperado, al que los pacientes esquizofrénicos son particularmente susceptibles (Firth et al, 2015, Alvarez-Jimenez et al., 2008). Por lo tanto, nuestros hallazgos de que no hay aumento de IMC o BFM ya podrían considerarse dignos de mención. Además, las personas activas pero obesas tienen un riesgo reducido de mortalidad cardiovascular y por todas las causas en comparación con las personas que tienen un IMC normal pero que son físicamente inactivas (Fogelholm, 2010). Por tanto, como sugieren Vancampfort et al. (2015), las intervenciones de ejercicio en pacientes esquizofrénicos deben desarrollarse principalmente para mejorar la aptitud física —capacidad cardiorrespiratoria—, considerando el IMC y la reducción de peso como resultados secundarios.

El cambio en la capacidad de ejercicio funcional se midió mediante 6MWT. Esta prueba corresponde más a las demandas de las actividades diarias que la prueba de consumo máximo de oxígeno y es menos probable que evoque nerviosismo y ansiedad (Guyatt, Sullivan y Thompson, 1985; Kervio, Francois y Nathalie, 2003). Los estudios de Marzolini et al. (2009) y Beebe et al. (2005), con intervenciones aeróbicas mixtas de 12 semanas y 16 semanas respectivamente, de manera similar a nuestros resultados, no encontraron mejoras significativas. Por el contrario, el estudio de un solo brazo (n = 10) de Korman et al. (2018), con una intervención mixta de 10 semanas, informó una mejora significativa. De los cuatro estudios, el que partió de los niveles basales más altos y, por lo tanto, con menor margen de mejora, fue el nuestro [ $> 560$  metros frente a 535 (Marzolini et al., 2009), 452 (Korman et al., 2018) y 430 (Beebe et al., 2005)].

Como era de esperar, la fuerza solo mostró mejoras significativas dentro del grupo en los grupos de entrenamiento de fuerza y mixto. Por tanto, la HGS mostró incrementos significativos ( $\geq 3$  kg) en ambos grupos. Además, la prueba STS de 30 s casi no alcanzó la significación en el grupo que solo entrenó la fuerza (grupo de fuerza). Aquí, nuestros resultados concuerdan con otros trabajos que también encontraron mejoras en la fuerza medida con pruebas de una repetición máxima después de un período aislado (Heggelund et al., 2012; Silva et al., 2015) o mixto (Hee-Jae, 2014; Leone et al., 2015; Marzolini, Jensen y Melville, 2009) de entrenamiento de fuerza. Un estudio transversal concluyó que los pacientes con esquizofrenia mostraron puntuaciones HGS más bajas en comparación con los controles sanos, y que las puntuaciones HGS se correlacionaron positivamente con las funciones cognitivas (Hidese et al., 2018). Un estudio más reciente concluyó que una mayor HGS se asocia con un mayor volumen del hipocampo izquierdo y derecho y una reducción de las hiperintensidades de la materia blanca en el trastorno depresivo mayor (TDM), los autores consideran que las intervenciones dirigidas a la fuerza física podrían mejorar la salud del cerebro y reducir las

anomalías neurocognitivas asociadas con el TDM. (Firth et al., 2020). Se ha sugerido que el HGS es un indicador de riesgo de mortalidad por cáncer (105), eventos cardiovasculares fatales y mortalidad por todas las causas (Laukkanen et al., 2020). Además, el entrenamiento de fuerza aislado se ha asociado con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas, independientemente de la participación en AF aeróbica (Kamada et al, 2017).

Hasta donde sabemos, este es el primer ECA que compara los efectos a largo plazo de tres tipos diferentes de programas de ejercicio sobre la sintomatología, la composición corporal y la aptitud física de los pacientes esquizofrénicos. Aunque ninguno de los tres programas mantuvo sus efectos significativos sobre ninguna variable a los 10 meses de seguimiento, es de destacar que, sin cambios en la medicación antipsicótica, las variables no empeoraron con respecto a los niveles basales.

El presente estudio también presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta. Los pacientes que inscribimos: (a) estaban estables con medicación antipsicótica, (b) tenían puntuaciones PANSS-T  $\geq 58$  y (c) habían demostrado un nivel inicial de motivación para participar en los programas de ejercicio. Por lo tanto, nuestros hallazgos solo pueden generalizarse a personas con características similares. Además, aunque basamos nuestros cálculos del tamaño de la muestra en la cuenta de pérdidas potenciales del 25%, hubo 17 pérdidas en el seguimiento de 10 meses, lo que significó que nuestro análisis estadístico no tenía la potencia suficiente en este momento. Por lo tanto, se debe tener precaución al interpretar los efectos a largo plazo.

A pesar de las pautas de tratamiento integrales y basadas en evidencia, no todos los pacientes se benefician de la atención estándar (por ejemplo, medicación) (Chakos et al., 2001); mientras que la medicación antipsicótica es eficaz para los síntomas positivos (Leucht et al., 2014; Crespo-Facorro et al., 2006), es menos eficaz para el tratamiento de los síntomas negativos y los déficits cognitivos (Fusar-poli et al., 2015; Gold, 2004; Nielsen, Levander y Kjaersdam, 2015; Kirkpatrick et al., 2006). Desafortunadamente, estos déficits constituyen los principales determinantes del mal funcionamiento y la discapacidad (Albert et al., 2011; Fervaha et al., 2014; Green, 1996; Herbener y Harrow, 2004; Rabinowitz et al., 2012; Strassing, Raykov y O’Gorman, 2015; Ventura et al., 2009), siendo los síntomas negativos un predictor importante del curso desfavorable de la enfermedad (Dauwan et al., 2016). Por lo tanto, es imperativo que las terapias complementarias como el ejercicio físico puedan reducir los síntomas negativos, los déficits cognitivos y mejorar el resultado funcional.

En resumen, este estudio concluyó que 3 sesiones semanales durante 16 semanas de un programa de ejercicio progresivo de moderado a vigoroso mejoran la sintomatología de los

pacientes esquizofrénicos, independientemente del tipo de ejercicio (aeróbico, de fuerza o mixto). Además, las mayores mejoras en rendimiento se encuentran con intervenciones que incluyen ejercicios de entrenamiento de fuerza. Sin embargo, sus efectos positivos disminuyen a los niveles iniciales a los 10 meses de seguimiento, lo que sugiere que los programas de AF deben mantenerse durante más tiempo. Los estudios futuros deben dilucidar estrategias para mantener físicamente activos a los pacientes con esquizofrenia a lo largo del tiempo.

#### 4.5. REFERENCIAS

- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jørgensen, P. y Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research* 125, 257-266.
- Alvarez-Jiménez, M., Gonzalez-Blanch, C., Crespo-Facorro, B., Hetrick, S., Rodriguez-Sanchez, J., Perez-Iglesias, R. y Luis, J. (2008). Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders. *CNS Drugs* 22, 547-562.
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: *American Psychiatric Publishing*.
- Andreassen O., Djurovic, S., Thompson, W., Schork, A., Kendler, K. y O'Donovan, M. (2013) Improved detection of common variants associated with schizophrenia by leveraging pleiotropy with cardiovascular-disease risk factors. *The American Journal of Human Genetics*, 92, 197-209.
- Beebe, L., Tian, L., Morris, N., et al. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues of Mental Health Nursing*, 26, 661-76.
- Behere, R., Arasappa, R., Jagannathan, A., Varambally, S., Venkatasubramanian, G. y Thirthalli, J. (2011). Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 123, 75-82.
- Bhatia, T., Mazumdar, S., Wood, J., He, F., Gur, R., y Gur, R. (2017). A randomised controlled trial of adjunctive yoga and adjunctive physical exercise training for cognitive dysfunction in schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 29, 102-14.
- Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA. (2010). Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophrenia Research*, 117, 75-82
- Casey, D., Haupt, D., Newcomer, J., Henderson, D., Sernyak, M., Davidson, M., Lindenmayer, J-P., Manoukian, S., Banerji, M., Lebovitz, H. y Hennekens, C. (2004). Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal Clinical Psychiatry*, 65 (7), 4-18.
- Cassilhas, R., Viana, V., Grassmann, V., Santos, R., Santos, RF. y Tufik, S. (2007) The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. *Medicine Science Sports Exercise*, 39, 1401-7.

- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. New Jersey: *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Correll, C.U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, P.B., Gaughran, F., Carvalho, A.F., Stubbs, B., (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 16, 163-180
- Cramer, J., Rosenheck, R., Xu, W., Henderson, W., Thomas, J. y Charney, D. (2001). Detecting improvement in quality of life and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 227-234.
- Crespo-Facorro, B., Perez-Iglesias, R., Ramirez-Bonilla, M., Martínez-García, O., Llorca, J. y Luis, V. (2006). A practical clinical trial comparing haloperidol, risperidone, and olanzapine for the acute treatment of first-episode nonaffective psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1511-1521.
- Chakos, M., Lieberman, J., Hoffman, E., Bradford, D. y Sheitman, B., (2001). Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 158, 518-526.
- Cheng-Le, Z., Feng-Min, Z., Wei, L., Kun-Hua, W., Hong-Xia, X., Chun-Hua, S., Zeng-Qing G. y Han-Ping, S. (2020). Associations of low handgrip strength with cancer mortality: a multicentre observational study. *Journal of Cachexia Sarcopenia and Muscle*, 11(6), 1476-1486.
- Dauwan, M., Begemann, M.J., Heringa, S.M. y Sommer, I.E. (2016). Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 588-599
- Douglas, L., Burgess, J., Hardy, K., Yudofsky, L. y Ballon, J. (2018). Therapeutic Potential of Physical Exercise in Early Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 3, 209-214.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. y Buchner, A. (2007). G\* power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 39(2), 175-191.
- Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O. y Remington, G. (2014). Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *European Psychiatry*, 29, 449-455.



- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. y Yung, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361
- Firth, J., Smith, L., Vancampfort, J., Schuch, F., Carvalho, A., Solmi, M., Yung, A., Stubbs, B. y Firth, J. (2020). Handgrip Strength Is Associated with Hippocampal Volume and White Matter Hyperintensities in Major Depression and Healthy Controls: A UK Biobank Study. *Psychosomatic Medicine*, 82(1), 39-46.
- Firth, J., Stubbs, B. y Rosenbaum, S. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 546-556.
- Fogelholm, M. (2010). Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review. *Obesity Reviews*, 11, 202-21.
- Fusar-poli, P., Papanastasiou, E., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S. y McGuire, P., (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 892-899.
- Gardner, D., Murphy, A.L., O'Donnell, H., Centorrino, F. y Baldessarini, R.J. (2010). International consensus study of antipsychotic dosing. *American Journal of Psychiatry*, 167, 686-93.
- Gold, J.M. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 21-28.
- Gorczyński, P. y Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 5.
- Gordon, B., Cillian, P., McDowell, C., Hallgren, M., Meyer, J., Lyons, M. y Herring, M. (2018). Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms: Meta-analysis and Meta-regression Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 566-76.
- Gordon, B.R., McDowell, C., Lyons, M. y Herring, M.P. (2017). The effects of resistance exercise training on anxiety: a meta-analysis and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Sports Medicine*, 47(12), 2521-2532
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Guyatt, G. H., Sullivan, M. J. y Thompson, P. J. (1985). The 6-minute walk: A new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Canadian Medical Association Journal*, 132, 919-922.

- Hee-jae, K., Bong-kil, S., Byunghun, S., On, L., Wook, S. y Yeon, K. (2014). Increase of circulating BDNF levels and its relation to improvement of physical fitness following 12 weeks of combined exercise in chronic patients with schizophrenia: A pilot study. *Psychiatry Research*, 220, 792-796.
- Heggelund, J., Morken, G., Helgerud, J., Nilsberg, G. y Hoff, J. (2012). Therapeutic effects of maximal strength training on walking efficiency in patients with schizophrenia – a pilot study. *BMC Research Notes*, 5, 344.
- Herbener, E. y Harrow, M. (2004). Are negative symptoms associated with functioning deficits in both schizophrenia and nonschizophrenia patients? A 10-year longitudinal analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 813-825.
- Hideese, S., Matsuo, J., Ishida, I., Hiraishi, M., Teraishi, T., Ota, M., Hattori, K. y Kunugi, J. (2018). Relationship of Handgrip Strength and Body Mass Index With Cognitive Function in Patients With Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 156.
- Hung, G. (2007) A comparison of two methods of calculating total antipsychotic dose. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 17, 87-90.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 274-85.
- Jones, C.J., Rikli, R., Beam, W.C. (1999). A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2), 113-119. doi:10.1080/02701367.1999.10608028.
- Kamada, M., Shiroma, E., Buring, J., Miyachi, M. y Lee, I. (2017). Strength Training and All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality in Older Women: A Cohort Study. *Journal of American Heart Association*, 6(11), 76-77.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261-76
- Keller-Varady, K., Varady, P., Röth, A., Schmitt, A., Falkai, P. y Hasan, A. (2018). A systematic review of trials investigating strength training in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 192, 64-8.
- Kervio, G., Francois, C., y Nathalie, V. S. (2003). Reliability and intensity of the six-minute walk test in healthy elderly subjects. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 169-174.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W.S., Carpenter, W.T. y Marder, S.R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 32, 214-219.

- Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., et al., (2009). Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *JAMA*, *301* (19), 2024-2035.
- Korman, N., Shah, S., Suetani, S., Kendall, K., Rosenbaum, S., Dark, F., Nadareishvili, K. y Siskind, D. (2018). Evaluating the Feasibility of a Pilot Exercise Intervention Implemented Within a Residential Rehabilitation Unit for People With Severe Mental Illness: GO HEART: (Group Occupational Health Exercise and Rehabilitation Treatment). *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 343-355.
- Laukkanen, J., Voutilainen, A., Kurl, S., Gil, C., Young, S. y Kunutsor, S. (2020). Handgrip strength is inversely associated with fatal cardiovascular and all-cause mortality events. *Annals of Medicine*, *52*(3-4), 109-119.
- Lee, D., Artero, E.G., Sui, G. y Blair, S.N. (2010). Mortality trends in the general population: the importance of cardiorespiratory fitness. *Journal of Psychopharmacology*, *24*, 27-35.
- Leone, M., Lalande, D., Thériault, L., Kalinova, E. y Fortin, A. (2015). Impact of an exercise program on the physiologic, biologic and psychologic profiles in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *164*(1-3), 270-2.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R.R., Geddes, J.R., Kissling, W., Stapf, M.P., Lässig, B., Salanti, G. y Davis, J.M., (2014). Comparative Efficacy and Tolerability of 15 Antipsychotic Drugs in Schizophrenia: A Multiple-Treatments Meta-analysis. *The Lancet*, *382*, 951-962.
- Leucht, S., Kane, J., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E. y Engel, R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, *79*(2-3), 231-8.
- Levine, S.Z., Rabinowitz, J., Engel, R., Etschel, E. y Leucht, S. (2008). Extrapolation between measures of symptom severity and change: An examination of the PANSS and CGI. *Schizophrenia Research*, *98*, 318-322
- Marzolini, S., Jensen, B. y Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: A multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, *2*, 29-36.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G. y Kashman, N., (1984). Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. *Journal of Hand Surgery*, *9*(2), 222-226.
- Nielsen, R., Levander, S., Kjaersdam, T. (2015). Second-generation Antipsychotic Effect on Cognition in Patients With Schizophrenia — A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *131*(3), 185-196.

- Oertel-Knochel, V., Mehler, P., Thiel, C., Steinbrecher, K., Malchow, B. y Tesky, V. (2014). Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 589-604
- Pearsall, R., Smith, D.J., Pelosi, A. y Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14, 117-128.
- Rabinowitz, J., Levine, S., Garibaldi, G., Bugarski-Kirola, D., Berardo, C. y Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research* 137, 147-150.
- Rabinowitz, J., Mehnert, A. y Eerdeken, M. (2009). To what extent do the PANSS and CGI-S overlap? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 303-307.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J. y Ward, P. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 964-74.
- Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Lobos, C., Kissling, W., Davis, J.M. y Leucht, S. (2010). Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 123(2-3), 225-233.
- Sabe, M., Kaiser, S. y Sentissi, O. (2020). Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 62, 13-20.
- Scheewe, T., Van Haren, N., Sarkisyan, G., Schnack, H., Brouwer, R., Glint, M., Hulshoff, H., Backx, F., Kahn, R., y Cahn, W. (2013). Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomised controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 675-85.
- Scheewe, T.W., Backx, F., Takken, T., Jorg, F., Van Strater, A., Kroes, A.G., Kahn, R.S. y Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 464-473.
- Schennach-Wolff, R., Obermeier, M. y Seemüller, F. (2010). Does Clinical Judgment of Baseline Severity and Changes in Psychopathology Depend on the Patient Population? Results of a CGI and PANSS Linking Analysis in a Naturalistic Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(6), 726-731.

- Sedgwick, P. (2015). Intention to treat analysis versus per protocol analysis of trial data. *BMJ*, 350, 681-682.
- Shams, T. y Müller, D. (2001). Antipsychotic induced weight gain: genetics, epigenetics, and biomarkers reviewed. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 473.
- Silva, B., Cassilhas, R., Attux, C., Cordeiro, Q., Gadelha, A. y Telles, B. (2015). A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(4), 271-9.
- Simeone, J.C., Ward, A.J., Rotella, P., Collins, J. y Windisch, R. (2015) An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 horizontal line 2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 15, 193.
- Strassnig, M., Brar, J.S. y Ganguli, R. (2011). Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 103-9.
- Strassnig, M.T., Raykov, T. y O’Gorman, C. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: the roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*. 165, 76-82.
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F.B., Rosenbaum, S. y Gaughran, F. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*, 176, 431-40.
- Svatkova, A., Mandl, R., Scheewe, T., Cahn, W., Kahn, R. y Hulshoff, H. (2015). Pol. Physical Exercise Keeps the Brain Connected: Biking Increases White Matter Integrity in Patients with Schizophrenia and Healthy Controls. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 869-78
- Tanaka, H., Monahan, K.D. y Seals, D.R. (2001) Age-Predicted Maximal Heart Rate Revisited. *Journal of the American College of Cardiology*, 37(1), 153-6.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Sweers, K., De Herdt, A., Detraux, J. y Probst, M. (2013). Diabetes, physical activity participation and exercise capacity in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 451-6.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S. y De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 352-62
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., De Herdt, A., Sweers, K., Knapen, J., van Winkel, R. y De Hert, M. (2013) Relationships between physical fitness, physical activity,

- smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 25-32.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K. y Knapen, J. (2011) Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 122-127.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J. y De Hert, M. (2011). Reliability, minimal detectable changes, practice effects and correlates of the 6-min walk test in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 187, 62-7.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S. y Probst, M. (2015). Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: a clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(2), 131-43.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. y Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 169, 453-457.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F.B., Ward, P.B., Probst, M. y Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.
- Varambally, S., Gangadhar, B.N., Thirthalli, J., Jagannathan, A., Kumar, S. y Venkatasubramanian, G. (2012). Therapeutic efficacy of add-on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: randomized controlled comparison with exercise and waitlist. *Indian Journal of Psychiatry*, 54, 227-32.
- Ventura, J., Helleman, G.S., Thames, A.D., Koellner, V. y Nuechterlein, K.H. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 113, 189-199.
- Vogel, J.S. y Van der Gaag, M., Slofstra, C., Knegtering, H., Bruins, J. y Castelein, S. (2019). The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 279, 295-305.
- Vogel, J.S., Van Der Gaag, M., Knegtering, H. y Castelein, S. (2015). Effects of aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 30, 927.
- Vos, T., Barber, R.M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386, 743-800.

- Walker, E., McGee, R. y Druss, B. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 334-34.
- Whitehead, A., Julious, S., Cooper, C. y Campbell, M. (2016) Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. *Statistical Methods in Medical Research*, 25(3), 1057-73
- Yerokhin, V., Anderson-Hanley, C., Hogan, M.J., Dunnam, M., Huber, D., Osborne, S. (2012). Neuropsychological and neurophysiological effects of strengthening exercise for early dementia: a pilot study. *Neuropsychology and Cognition*, 19, 380-401.
- Zeidler, J., Slawik, L., Fleischmann, J. y Greiner, W. (2012). The costs of schizophrenia and predictors of hospitalisation from the statutory health insurance perspective. *Health Economic Review*, 2, 9.





## DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante la primera guerra mundial, Kafka apuntó en su diario: “*Por última vez, la psicología.*” Con esta frase enigmática, el escritor alemán manifestó su miedo de que allí donde siempre hubo un debate de sabios se impusiera un consenso. Un consenso que se ha logrado bajo el paradigmático “bio-psico-social”. La idea de que un trastorno mental es objetivable y curable descarta el estudio del síntoma que conjuga la relación del sujeto con su verdad y forma una niebla epistémica que aleja a la salud mental de lo real de la clínica. Una referencia constante al bienestar en una suerte de higienismo en el que muchas veces nos olvidamos de los determinantes sociales de la salud mental. Las etiquetas de las ciencias psi se han transformado en un continuo que borra las diferencias entre los padecimientos psíquicos agudos y la simple condición humana. Un gran bazar de psicotrópicos, ansiolíticos, neurolépticos, hipnóticos, anfetamínicos, etc. que se beneficia, sin duda alguna, de esta globalización de la salud mental como un ideal a alcanzar. Todos unidos en el afán de elevar la salud mental a la dignidad del sujeto. Al ser la posesión de una “*buena salud mental*” una ventaja económica, nos resulta fácil mercantilizar las ciencias psi y discriminar a los que no la poseen. La epidemia de patologías mentales que sufren las sociedades occidentales es sumamente preocupante, y lo es también desde tres perspectivas: la primera tiene que ver con el proceso de (bio)medicalización de la subjetividad, la segunda concierne a los grandes niveles de angustia asociados a la época histórica que nos toca vivir (como se ha visto en el capítulo uno) y por último, la tercera se relaciona con el interés político económico en la reconducción (territorialización vs desterritorialización) de dicha angustia (capítulo dos).

A lo largo de la presente tesis, se ha dado evidencia de la importancia de los determinantes sociales a la hora de abordar los problemas de salud mental de una sociedad, y cómo las políticas públicas enfocadas a incidir sobre dichos determinantes tienen los mejores resultados (frente a aquellas que lo hacen desde la atención primaria selectiva). Tanto es así, que políticas públicas bien coordinadas (haciendo hincapié en variables de índole social) presentan un impacto directo en la reducción de las tasas de suicidio y patología mental. En este sentido, aumentar el gasto en salud por sí mismo no mejoraría la salud mental de las sociedades, pudiendo producir, paradójicamente, el efecto contrario: haciendo que los ciudadanos se sientan más enfermos y aumentando el malestar.

Hemos visto como el régimen del bienestar es una variable clave a la hora de reflexionar sobre los fenómenos asociados a la salud mental, cambiando en gran medida la posibilidad de padecer problemáticas asociadas en función del tipo de políticas públicas que se desarrollan en el régimen donde vive el individuo. La forma conjunta e interdependiente de cómo se gestionan las políticas públicas constituye una información imprescindible para analizar la salud de una sociedad.

Asimismo, se ha conseguido elaborar modelos predictivos tanto de la patología mental como de la tasa de suicidio, que deben orientar el desarrollo de futuras políticas públicas destinadas a construir sociedades más igualitarias (siendo la percepción subjetiva de equidad social esencial en el desarrollo de cualquier política para la mejora de la salud mental de una comunidad). La tasa de pobreza, y el índice Gini son ejemplos de variables en las que deben incidir los gobiernos para reducir las tasas de patología mental y de suicidio.

También, se han puesto de manifiesto los problemas que tienen los diferentes países a la hora de recoger y reportar datos asociados a estas variables. Mejorar en este sentido resulta necesario para la implementación de políticas eficaces tanto nacionales como europeas. Hacer política en base a datos epidemiológicos reales contribuye a mejorar los diseños y las estrategias asociadas. Es sorprendente, que con el potencial que tienen los sistemas de gestión de la información, los datos de diferentes entidades europeas no coincidan en cuanto a las tasas de suicidio y patologías mentales registradas. Por ello, construir sistemas estructurados de información, es rentable en sí mismo para mejorar la eficiencia de los recursos y para hacer diagnósticos acertados de los problemas sociales. Como se ha mostrado en la presente tesis, una recogida de información estructurada, fiable y válida es prioritaria para el desarrollo de políticas que mejoren los sistemas sociales y la calidad de vida de nuestros estados.

Lo expuesto en el capítulo uno nos ha permitido comprender como se distribuyen a nivel europeo las problemáticas asociadas a la salud mental, habiendo constituido un catálogo de variables asociadas a los determinantes sociales de la salud, que se demuestran imprescindibles para reducir el nivel de angustia existente en nuestros modelos sociales. Es crucial, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, realizar un planteamiento coordinado, multisectorial y multidisciplinar que diseñe políticas públicas desde la ética, la epidemiología y la justicia social. Tenemos la ventaja de disponer de experiencias de éxito desarrolladas en algunos países de Europa como nos muestra el ejemplo de los países nórdicos.

La excesiva atomización de la sociedad y el encapsulamiento en comunidades afectivas demasiado estrechas (únicamente familiaristas), nos han conducido al uso masivo de las

soluciones rápidas y de la farmacéutica psicológica y así, a la psiquiatrización de la población occidental. En definitiva, se debe recuperar la perspectiva de los determinantes sociales para construir: redes de relaciones comunitario-afectivas, espacios de solidaridad cotidiana y políticas de garantía económica. El trabajo, la percepción de igualdad y justicia y la ausencia de pobreza son los puntos cardinales de cualquier estrategia orientada a mejorar la salud mental de una sociedad.

Siguiendo las conclusiones de los grupos de discusión, en el capítulo dos, hemos visto cómo es necesario ejecutar políticas públicas en materia de empleabilidad destinadas específicamente a personas con problemas de salud mental. Además, se evidencia que hay que reformar el sistema nacional de pensiones para solucionar los problemas de acceso, revisión y mantenimiento de éstas. La normativa revisada nos muestra como en numerosos casos los criterios son demasiado difusos y poco claros en cuanto a la revisión de estas prestaciones. En este sentido, se deberían revisar los criterios de valoración y los criterios de compatibilidades entre la prestación y el empleo. A lo largo del capítulo, se ha mostrado la necesidad de reformar la legislación vigente y la de gestionar acciones públicas y sociales hacia a un paradigma menos proteccionista que priorice el acceso al empleo ordinario.

Por ello, proponemos que se debe reforzar el trabajo en red, la comunicación entre entidades y agentes implicados, tanto públicos como privados generando protocolos de coordinación, derivación y seguimiento. La metodología del propio capítulo es un ejemplo claro de que se puede acercar y coordinar a los diferentes actores relevantes para la realización de acciones. Las políticas públicas deben favorecer un modelo de intervención que promueva el acceso inmediato al empleo para personas con problemas de salud mental otorgando los apoyos en el mismo puesto (en detrimento del modelo vocacional). Los estados no deben permitir que los Centro Especiales de Empleo se conviertan en espacios estancos para que las personas con discapacidad tengan trabajo, sino que se debe recuperar su objetivo inicial de lugar de tránsito al empleo ordinario.

Además, es imprescindible que la administración pública sea un apoyo para que las empresas conozcan las ventajas existentes de la contratación de personas con problemas de salud mental y para reducir el estigma existente en las empresas normalizadas sobre este colectivo. Todas las estrategias extraídas de los resultados de este capítulo son clave para fomentar el empleo de personas con problemas de salud mental.

Todo esto sin olvidar que en la patología mental existen unas necesidades clínicas, que pueden ir más allá de los programas clásicos de intervención como se ha mostrado en los capítulos de corte más experimental (capítulos tres y cuatro). En ellos se ha sometido a prueba

empírica dos tratamientos: un programa de musicoterapia y un programa de entrenamiento deportivo, en ambos casos los tratamientos se han mostrado beneficiosos en varias variables sintomatológicas y sociales. Este tipo de intervenciones son susceptibles de ser desarrolladas como intervenciones clave para personas con problemas de salud mental. Por lo general, las intervenciones clínicas tienen ya en cuenta que los determinantes sociales de la salud son factores clave para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental.

Siguiendo las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) la musicoterapia junto con otras intervenciones psicoterapéuticas es estratégica para el abordaje de la patología mental. La musicoterapia se trata de una intervención que incide directamente en las formas de relacionarse con otros, de aceptarse, comprender los espacios sociales y los sentimientos asociados. Este tipo de intervención mejora el estado general y la sintomatología positiva asociada a la patología.

Hábitos derivados de la patología mental, como el sedentarismo, las alteraciones del metabolismo asociados al consumo de psicofármacos (aumento de la resistencia a la insulina, del cortisol e hiperglucemia) y la propia sintomatología se ven reducidos con la práctica de deporte. En el capítulo cuatro se ha demostrado como la intervención deportiva, en sus diferentes formatos (aérobica, fuerza o mixta), puede resultar eficaz para prevenir variables psicológicas asociadas a la patología mental o a problemas fisiológicos.

Por los resultados obtenidos en la investigación experimental, podemos concluir que el uso de la musicoterapia en pacientes en un proceso de rehabilitación psicosocial ayuda en la mejora clínica. Además, el deporte, entendido como herramienta rehabilitadora, ayuda al abordaje del proceso de recuperación. Por tanto, en el diseño de la tan esperada Estrategia Nacional de Salud Mental (la anterior es del 2006), este tipo de intervenciones de corte más relacional y deportivo deben ser tenidas en cuenta como elementos troncales del proceso de rehabilitación.

Por todo lo expuesto anteriormente, las recomendaciones, en líneas generales, para el desarrollo de políticas públicas en materia de prevención e intervención del trastorno mental deberían:

- Hacer hincapié en determinantes sociales, en particular: desempleo, pobreza y desigualdad.
- Reestructurar la legislación en materia de empleabilidad de personas con trastorno mental.

- Mejorar los sistemas de recogida de información y análisis para el desarrollo de políticas públicas.
- Intervenir en la empresa ordinaria para la contratación de personas con problemas de salud mental.
- Introducir la musicoterapia como tratamiento añadido a la intervención psicosocial.
- Desarrollar estrategias de inclusión del ejercicio físico como tratamiento estandarizado para tratar problemas de salud mental.

Desde hace unos años, y con las problemáticas puestas encima de la mesa con la reciente crisis sanitaria del COVID-19, se ha vuelto a debatir en la agenda política la importancia que tienen las políticas preventivas y de promoción de la salud mental. Estos instrumentos contribuyen a una mejora del bienestar de las poblaciones y también, a la disminución de los problemas sociales que giran alrededor de la misma.

Las estrategias sociosanitarias deben estar orientadas a la modificación de los determinantes sociales (pobreza, mala distribución de los ingresos, baja cohesión social, mala alimentación, etc.) buscando construir entornos saludables social y ambientalmente. Esto, sin lugar a duda, implica la creación de condiciones individuales y sociales que permitan un buen desarrollo psicológico. Las estrategias sociopolíticas tienen que incidir en el estrés psicosocial prestando atención a las variables clave que predicen la patología mental. En esta línea, hay que seguir contribuyendo al estado del arte sobre los factores protectores, los de riesgo, e introducir de forma transversal la perspectiva investigadora en el desarrollo de las políticas.

Las actividades para la promoción de la salud mental son principalmente sociopolíticas: reducir el paro, mejorar la escolarización y el acceso a la vivienda, trabajar para la reducción de los diferentes tipos de estigma y discriminación, etc. pero tienen también como importante resultado la prevención de los trastornos mentales. La evidencia teórica y empírica de la presente tesis nos indica que la promoción es efectiva y eficiente en la prevención de una gama importante de enfermedades y riesgos relacionados con la patología mental. En conclusión, el objetivo final de las políticas públicas debe ser disminuir el impacto negativo del estrés psicosocial en el bienestar individual y colectivo. Para ello, se deben favorecer los factores protectores, modificar los de riesgo, y, sobre todo, disminuir la percepción subjetiva de desigualdad.