

Salud mental y bienestar en Europa

Un enfoque comunitario
centrado en la persona

Recuperación

Colaboración

Inversión

Visítenos
en línea en
[www.esn-eu.org/
mental-health-
working-group](http://www.esn-eu.org/mental-health-working-group)





Lucha contra los estigmas

Implicar a los usuarios

Promover el bienestar

Financiación

European Social Network está respaldada por el Programa Comunitario para el Empleo y la Solidaridad Social (PROGRESS 2007-2013).

Este Programa se ha establecido para respaldar económicamente la implementación de los objetivos de la Unión Europea en el área de empleo y asuntos sociales, según se define en la Agenda Social y, por consiguiente, contribuir a la consecución de los objetivos de la Estrategia de Lisboa en estos ámbitos. El Programa, con una duración de siete años, va dirigido a todas las partes interesadas que pueden ayudar a desarrollar las políticas y la legislación sobre empleo y sociedad adecuadas y efectivas, en los países candidatos y precandidatos de la UE-27, la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC) y la Unión Europea.

A tal efecto, PROGRESS 2007-2013 pretende:

- ofrecer análisis y asesoramiento normativo en materia de empleo, solidaridad social e igualdad de género;
- supervisar e informar sobre la implementación de la legislación y la política de la UE en las áreas de empleo, solidaridad social e igualdad de género;
- promover la transparencia, la formación y el respaldo de las políticas entre los objetivos y las prioridades de los Estados Miembros de la UE; y
- transmitir las opiniones de las partes interesadas y de la sociedad en general

La información que contiene este informe no refleja necesariamente la postura o la opinión de la Comisión Europea.

Obtenga más información sobre PROGRESS: www.ec.europa.eu/progress

Salud mental y bienestar en Europa

Un enfoque comunitario
centrado en la persona

Acerca de ESN

European Social Network (ESN) reúne a quienes resultan esenciales para el diseño y la prestación de servicios sociales públicos locales en Europa para aprender unos de otros y contribuir con su experiencia y conocimientos prácticos a la creación de una política social y una práctica efectiva. Junto con nuestros Miembros, estamos decididos a ofrecer servicios sociales públicos de calidad para todos y, en especial, a ayudar a mejorar las vidas de los más vulnerables de nuestras sociedades.





Reconocimientos

ESN desea agradecer a los siguientes miembros su participación en este trabajo sobre salud mental en 2010-11:

Hristo Bozov, Teniente de Alcalde, y Maria Petrova, municipio de Varna, Bulgaria.

Anders Møller Jensen, antiguo director de servicios sociales y psiquiátricos, Dinamarca.

Marianne Cohen, Recovery DK, Depart. de servicios sociales y psiquiátricos, Dinamarca.

Eija Stengård, Unidad de Promoción de Salud Mental, Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Finlandia.

Antje Welke y Edna Rasch, Departamento de mayores, cuidados, rehabilitación y salud, Asociación de bienestar público y privado, Alemania.

Patricia Cussen, Terry Madden y Eithne O'Donnell, Departamento de Vivienda, Ayuntamiento de Dublín, Irlanda.

Lorenzo Rampazzo y Andrea Angelozzi, Servicios de Salud Mental, Región de Veneto, Italia.

Susana Garcia Heras y Marta Nieto, Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha, España.

Lucy Butler y Claire Barcham, Salud mental Red de políticas de salud, drogadicción y alcohol, Asociación de directores de servicios sociales para adultos (ADASS), Reino Unido.

ESN también desea agradecer su valiosa contribución a este trabajo a:

Lise Jul Pedersen, Movimiento de usuarios de Dinamarca / ANTV / Junta directiva, Departamento de servicios sociales, ciudad de Aarhus, Dinamarca.

Mary Nettle, Red Europea de (ex) Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (ENUSP), Reino Unido.

Martin Knapp, LSE, King's College London, Instituto de Psiquiatría, NIHR School for Social Care Research, Reino Unido.

Aunque este informe se inspira en los conocimientos y la experiencia de estas personas, ESN asume la responsabilidad editorial por cualquier error o incoherencia que pueda contener.

Para obtener más información sobre la labor de ESN en salud mental, visite <http://www.esn-eu.org/mental-health-working-group> o escriba a alfonso.montero@esn-eu.org

Contenido

Mensajes principales 08

Introducción 09

Capítulo 1 Contexto de las políticas nacionales y europeas 10

Capítulo 2 Lucha contra los estigmas 12

2.1 Salud mental en Europa

2.2 Dimensiones de los estigmas sociales

2.3 Experiencia personal de los usuarios con los estigmas

2.4 Lucha contra los estigmas en práctica: la región de Castilla-La Mancha (España)

Capítulo 3 Recuperación: Un enfoque centrado en la persona 15

3.1 Definición de un enfoque centrado en la persona

3.2 Comprensión de la recuperación

3.3 Recuperación en práctica: la experiencia de Aarhus (Dinamarca)

3.4 Recuperación en práctica: las experiencias de Irlanda

Capítulo 4 Inserción activa en el mercado laboral **20**

- 4.1 Comprensión de las tendencias en materia de empleo
- 4.2 Marco legislativo y político
- 4.3 Planteamientos contemporáneos de la inserción activa
- 4.4 Inserción activa en práctica: el ejemplo de Treviso (Italia)
- 4.5 Inserción activa en práctica: el programa gubernamental de 2008-2011 en el Reino Unido

Chapter 5 Inversión en bienestar mental en el lugar de trabajo **26**

- 5.1 Argumentos a favor
- 5.2 Promoción del bienestar mental en el lugar de trabajo
- 5.3 Bienestar en práctica: Una importante empresa de telecomunicaciones
- 5.4 Bienestar en práctica: Autoridad sanitaria local de Verona (Italia)
- 5.5 Bienestar en práctica: Programa nacional de Finlandia para luchar contra la depresión

Conclusiones **32****Glosario** **33****Bibliografía** **35**

Mensajes principales

- Dado el impacto personal, social y económico de una salud mental deficiente, la salud mental debería constituir una prioridad en todas las áreas de elaboración de políticas, no solo en los sistemas de bienestar y salud.
- Los servicios de salud mental primarios, comunitarios e intensivos desempeñan un importante papel en la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental para ayudar a mejorar su calidad de vida.
- Es necesario luchar contra los estigmas para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental.
- Los servicios de salud mental deberían estar centrados y orientados a la persona para lograr la recuperación de los usuarios de los servicios. Los servicios de salud mental deberían:
 - Reconocer los recursos y los puntos fuertes de los usuarios de los servicios y ayudarles a mejorar sus vidas.
 - Implicar a los usuarios en el diseño y la prestación de los servicios, así como en la formación de profesionales.
 - Recurrir a la experiencia de profesionales de diversos sectores, como los servicios sociales, la sanidad, la educación, el empleo y la vivienda.
 - Trabajar de forma proactiva con el sector privado y del voluntariado en beneficio de los usuarios de los servicios.
 - Ser atendidos en la comunidad, no en instituciones.
- Los responsables políticos nacionales y regionales deberían garantizar que los servicios primarios, comunitarios y de salud mental intensivos estén respaldados por un marco político claro y una financiación suficiente y sostenible.
- Se debe prestar especial atención a las distintas necesidades de la infancia, los jóvenes y ancianos con problemas de salud mental para promover su recuperación e inserción en la sociedad.
- Para las personas en edad de trabajar que tienen problemas de salud mental, la inserción activa en el mercado laboral debería apreciarse como un elemento positivo de la recuperación.
- Todas las empresas deberían asegurarse de aplicar estrategias para promover el bienestar mental en el lugar de trabajo.
- La Unión Europea, que añade valor a las políticas de los Estados Miembros, debería continuar respaldando la salud mental por medio de la investigación, el aumento de la concienciación, el intercambio de buenas prácticas y el desarrollo de políticas en el contexto de la Estrategia Europea 2020¹.

¹ Ver ESN Policy Statement: Mental Health and the Europe 2020 Strategy, disponible en Internet en: <http://www.esn-eu.org/mental-health-working-group>

Introducción

Las personas con problemas de salud mental se enfrentan a obstáculos y prejuicios para integrarse completamente en la sociedad. También pueden experimentar pobreza, desempleo, viviendas inseguras, consumo de drogas y alcohol, y redes de apoyo familiares y sociales deficientes. Con una de cada cuatro personas con un problema de salud mental durante sus vidas, se calcula que los costes económicos son de 2000€ por unidad familiar en Europa².

Actualmente, la salud mental (deficiente) es un desafío social y económico primordial para Europa. Los servicios de salud mental, dirigidos por profesionales médicos, se han centrado tradicionalmente en los aspectos clínicos de los problemas de salud mental y pueden haberse basado en exceso en la detención y la hospitalización a largo plazo. Los usuarios se han dado cuenta de que este enfoque no satisface sus necesidades y se han movilizado para lograr que se produzcan cambios basándose en su experiencia personal. Aunque este panorama varía en toda Europa, actualmente se presta más atención a un enfoque más centrado en la persona, teniendo en cuenta los derechos de los usuarios de los servicios.

Los servicios sociales con su compromiso de ayudar a las personas a manejar y superar sus difíciles circunstancias, están en buena posición para apoyar estos desarrollos. Los servicios sociales gestionan, financian y coordinan el apoyo y la atención vital a las personas que sufren exclusión social y pobreza. Este apoyo puede adoptar muchas formas, como trabajar con grupos vulnerables, por ejemplo, personas mayores, niños y jóvenes que pueden sufrir abuso o abandono y que, por consiguiente, es más probable que tengan problemas de salud mental. Los servicios sociales también proporcionan apoyo a personas con problemas de salud mental complejos, recurrentes y a largo plazo. Ofrecen asistencia y atención domiciliaria multidisciplinar a personas con importantes necesidades de salud mental, que, de no ser así, tendrían que ser hospitalizadas. Además, según el país, pueden gestionar o participar en la evaluación de la salud mental de las personas, lo que puede conllevar la

hospitalización forzosa conforme a la legislación sobre salud mental.

Hay un claro motivo ético para prestar servicios a personas con problemas de salud mental. Además, los costes económicos de una salud mental deficiente son considerables, no sólo en cuanto a servicios y beneficios, sino también para las empresas y la economía en general. Esto significa que hay cada vez más motivos para invertir en la promoción de una salud mental positiva, por ejemplo, en el lugar de trabajo.

En 2010, ESN creó un grupo de trabajo sobre salud mental y bienestar, formado por directores de servicios sanitarios y sociales locales, responsables políticos locales e investigadores de ocho países europeos³. Revisó la prestación de servicios, incluida una amplia variedad de colaboraciones entre los agentes a nivel local, regional y nacional. El grupo ha trabajado estrechamente con la Comisión Europea y otros agentes en el contexto del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar en 2010 y 2011.

Este informe pretende compartir los conocimientos y el aprendizaje del grupo de trabajo y del Pacto Europeo. Engloba varias áreas relacionadas: el estigma, los servicios centrados en la persona y la recuperación; la participación en el mercado laboral de personas con problemas de salud mental; y la promoción de la salud mental. También pretende aumentar la concienciación no sólo del impacto social sino también económico de una salud mental deficiente con vistas a la Estrategia Europa 2020. Este informe establece los motivos para la prestación de servicios centrados en la persona por parte de trabajadores sociales y profesionales sanitarios que trabajen juntos, haciendo hincapié en la participación activa de los usuarios de los servicios.



La salud mental deficiente es un importante desafío social y económico para Europa actualmente.

² McDaid D. (2011) Documento de referencia de la Conferencia temática sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el lugar de trabajo, Luxemburgo: Comunidades Europeas.

³ Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Italia, España y Reino Unido (ver reconocimientos en página 5).

Capítulo 1

Contexto de las políticas nacionales y europeas

En los últimos años, la salud mental, descuidada durante demasiado tiempo, ha cobrado más importancia en el panorama político. A nivel europeo, las medidas en materia de salud mental pretenden añadir valor a la promoción y los servicios de salud mental en los Estados Miembros. Éste fue el objetivo del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar de 2008. En los países europeos, la responsabilidad del sector público de atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental tiende a dividirse: puede ser responsabilidad de los servicios sanitarios o sociales (o de ambos), a menudo proporcionados por diferentes niveles de gobierno.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe donde indicaba que la salud mental, descuidada durante demasiado tiempo, era esencial para el bienestar global de los individuos, las sociedades y los países. En 2005, 52 estados miembros de la Región Europea de la OMS firmaron una Declaración y un Plan de Acción sobre salud mental, centrado en la lucha contra el estigma, la promoción de una salud mental positiva y la prevención de las enfermedades mentales, ofreciendo y garantizando el acceso a servicios comunitarios y estableciendo colaboraciones entre los sectores.

En 2005, la Comisión Europea presentó un Libro Verde que pretendía fomentar el debate sobre posibles medidas de la UE en salud mental. La consulta tuvo lugar en 2006 y sus resultados constituyeron la base para redactar el borrador del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar de 2008. En el Pacto, las instituciones europeas, los Estados Miembros y los distintos agentes se comprometieron a actuar en las siguientes áreas:

1. Prevención de la depresión y el suicidio
2. Salud mental en la juventud y la educación
3. Salud mental en personas mayores
4. Lucha contra el estigma y la exclusión social
5. Salud mental en el entorno del lugar de trabajo

El Pacto se menciona (de pasada) en la Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social, una "iniciativa emblemática"

de la Estrategia Europa 2020. Esta Estrategia también incluye objetivos para aumentar la tasa de empleo en Europa y sacar a 20 millones de personas de la pobreza y la exclusión social. La finalidad de la Estrategia coincide con varias cuestiones indicadas en este informe. La salud mental, aunque no se haga referencia a ella específicamente, también puede suponer un problema para algunas personas en los grupos identificados especialmente "en riesgo de pobreza y exclusión social", como jóvenes desempleados y personas sin hogar.

Las medidas europeas en materia de salud mental pretenden añadir valor a la promoción y los servicios de salud mental en los Estados Miembros. En Europa, la responsabilidad del sector público respecto a las necesidades de las personas con problemas de salud mental tiende a dividirse: puede ser responsabilidad de los servicios sanitarios o sociales (o de ambos), proporcionados por diferentes niveles de gobierno.

En la siguiente sección se ofrece una breve descripción del marco político y legal nacional y regional en diferentes partes de Europa⁴, incluidos los esfuerzos por promover acuerdos de colaboración/trabajo entre el sector público y la comunidad en general. En la mayoría de los casos, las personas con problemas de salud mental entran en la categoría de "personas discapacitadas" y sus derechos se amparan en la legislación general: la constitución y las leyes nacionales sobre empleo, igualdad o antidiscriminación. En otros casos, hay leyes nacionales y regionales específicas en las que el empleo, por ejemplo, se puede definir como una

⁴ Los ocho países en cuestión son los representados en el grupo de trabajo de ESN sobre salud mental y bienestar.

herramienta de rehabilitación para personas con problemas de salud mental.

En Bulgaria, desde 2003 se ha implementado una reforma en el campo de la protección y la integración social de personas con problemas de salud mental. La máxima prioridad ha sido la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios sociales comunitarios para garantizar una vida relativamente independiente y promover la inclusión social. El Estado financia los servicios sociales, los centros de atención diurna para niños y adultos, y las viviendas protegidas, y los municipios que están autorizados para prestar servicios directos o contratarlos se ocupan de gestionarlos.

En Dinamarca, los servicios públicos para las personas con problemas de salud mental se organizan a través de servicios sanitarios y sociales. El Ministerio del Interior y de Salud se ocupa de la psiquiatría hospitalaria y de distrito; las regiones planifican, regulan y proporcionan servicios psiquiátricos y tratamiento médico. La psiquiatría social es responsabilidad del Ministerio de Asuntos Sociales y las autoridades locales la implementan en sus unidades de salud o de discapacidad. La cooperación en la planificación y la prestación de servicios se basa en "acuerdos sanitarios" formales y amplios entre una región y los municipios de su área.

En Alemania, varias instituciones son responsables de financiar la atención social, incluidos los seguros médicos, los seguros de atención médica a largo plazo y los departamentos de salud de las autoridades locales. Los servicios de salud mental corren a cargo de organizaciones de bienestar social públicas, privadas y de voluntariado, como hospitales especializados en psiquiatría o con unidades de psiquiatría, servicios psicosociales o servicios de salud mental comunitarios, como centros diurnos dirigidos por las ONG de bienestar social con el apoyo de la región y los municipios.

En Finlandia, el sistema de atención sanitaria está descentralizado y organizado a nivel local por parte de los municipios, que son responsables de organizar servicios ambulatorios de rehabilitación y atención en salud mental a través de centros de atención primaria y servicios sociales. El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia es responsable de la regulación y la planificación general de

los servicios de salud mental, así como de la creación de directrices sobre temas como las viviendas con servicios de apoyo, las drogas y el alcohol. A pesar de la autonomía de los municipios para organizar los servicios, muchos adoptan las recomendaciones del gobierno central.

En Inglaterra (Reino Unido), los servicios de salud mental (NHS), se prestan principalmente a través de servicios de salud y atención social "ofrecidos" por la infraestructura local del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) del Reino Unido. Una serie de municipios (condados y autoridades unitarias) han firmado acuerdos legales con instituciones locales del NHS para devolver la gestión directa del personal y los recursos de atención social del NHS. La legislación se ha revisado progresivamente para pasar a un modelo integrado que hace hincapié en los factores sociales determinantes de la salud mental.

En Italia, la salud es una competencia regional, mientras que los servicios sociales son responsabilidad de los municipios. Tomando como ejemplo la región de Veneto, cada autoridad sanitaria local cuenta con un departamento de salud mental que apoya a adultos con problemas de salud mental; los menores de 18 pertenecen a la unidad del menor, mientras que las personas mayores (más de 65 años) pertenecen a la unidad de personas mayores. Sin embargo, si la persona con problemas de salud mental es drogadicta, los servicios sociales serían la autoridad responsable.

El departamento de salud mental de la autoridad de salud local es responsable de las necesidades sanitarias y sociales de los individuos. Por ejemplo, si los usuarios tienen problemas relacionados con el trabajo, la vivienda, etc., el departamento de salud mental puede ayudarles a través de un equipo integrado formado por psiquiatras y trabajadores sociales.

En España, las políticas sanitarias y sociales están descentralizadas y las regiones determinan cómo se deberían organizar los servicios sociales y sanitarios. Mientras en algunas regiones las responsabilidades de los servicios de salud mental recaen en dos autoridades públicas regionales diferentes, otras comunidades autónomas disponen de servicios sanitarios y sociales integrados en la misma agencia (por ejemplo, la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha). Los servicios de salud mental forman parte del Sistema Nacional de Salud, que está formado por los órganos de gestión de la atención sanitaria de las comunidades autónomas y del gobierno nacional. El panorama varía según los países que participan en el grupo de trabajo de ESN. Uno de los principales desafíos que trataremos más adelante en este informe es la buena coordinación.



Las medidas europeas en materia de salud mental pretenden añadir valor a la promoción y los servicios de salud mental en los Estados Miembros.

Capítulo 2

Lucha contra los estigmas

El estigma social y el estigma propio pueden ser un gran obstáculo para la inclusión social de personas con problemas de salud mental y pueden suponer una violación de los derechos humanos. Es posible sufrir un estigma no sólo en la vida cotidiana, sino también dentro de los servicios de salud mental. Es necesario tomar medidas para eliminar el estigma, como mejorar los conocimientos sobre salud mental y cambiar la forma en que lo percibe no sólo la sociedad en general, sino también los trabajadores sociales y profesionales sanitarios, e incluso las propias personas que sufren un problema de salud mental. La lucha contra el estigma es esencial para que la recuperación, la inserción en el mercado laboral y la promoción de la salud mental sean lo más efectivas posible.

2.1 Salud mental en Europa

Aproximadamente uno de cada diez ciudadanos de la UE sufren problemas de salud mental en algún momento de su vida y, en muchos países de la UE, la depresión es el problema de salud mental⁵ más común. Un estudio realizado en toda Europa en 2006 a 466 millones de personas en 28 países indicó que al menos 21 millones de hombres y mujeres se ven afectados por depresión cada año⁶. El suicidio representa una causa importante de muerte, con unos 55.000 europeos⁷ quitándose la vida cada año, de los cuales tres cuartos son hombres⁸. Las enfermedades mentales afectan aproximadamente al 27% (83 mill.) de europeos anualmente⁹.

También es importante diferenciar la enfermedad mental de la salud mental. La enfermedad mental indica un estado clínico diagnosticado de la mente e incorpora trastornos como la psicosis, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Por otro lado, la salud mental se emplea en el sentido de bienestar: hace referencia al funcionamiento y la salud de la mente, lo que incluye la felicidad y la capacidad de recuperación a los acontecimientos de la vida. No obstante, es normal que las personas experimenten reacciones psicológicas negativas a los acontecimientos de la vida, como la aparición de una enfermedad física, la adquisición de una discapacidad, la pérdida de un familiar o un aumento en la carga de trabajo. De hecho, muchas dificultades de salud mental se produ-

cen al mismo tiempo y actúan como catalizador de consecuencias más graves en la vida social y laboral. Los problemas de salud mental pueden producirse a cualquier edad y pueden mermar la capacidad del individuo de actuar en la sociedad. Aunque los síntomas de los problemas de salud mental pueden llevar a la discapacidad, el perjuicio de las redes sociales o dificultades en el desarrollo de las aptitudes vocacionales o interpersonales, el diagnóstico de dichos problemas también puede tener efectos no deseados en la capacidad social y funcional del individuo debido al estigma asociado a los problemas de salud mental.

2.2 Dimensiones de los estigmas sociales

En el ámbito de la salud mental, la estigmatización es un proceso social que se puede definir como el desarrollo de un conjunto de actitudes, creencias, pensamientos o comportamientos negativos que se desarrollan para influir en un individuo o grupo con el fin de temer, evitar o discriminar a las personas con problemas de salud mental. El estigma puede llevar a una serie de obstáculos para el acceso a tratamientos de salud mental, ya que las personas con problemas de salud mental pueden intentar evitar la etiqueta "enfermo mental" y la asociación con los servicios de salud mental¹⁰. El estigma comprende tres áreas relacionadas (ignorancia, prejuicio y discriminación) y dos manifestaciones: estigma social (es decir, reacción de la sociedad ante quienes poseen un problema de salud mental) y estigma propio (es decir, el prejuicio que las personas con problemas de salud mental tienen con ellas mismas).

⁵ Eurobarómetro especial (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁶ Sobocki P., Jönsson B., Angst J. y Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

⁷ Eurobarómetro especial (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁸ Comunidades Europeas (2008) Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Disponible en internet en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

⁹ O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. y Caria A. (2010) Documento de referencia de la conferencia temática Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being, Luxembourg: Communities Europeas.

¹⁰ Corrigan P.W., Markowitz F.E. y Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

Estigma	Estereotipo	Prejuicio	Discriminación
		Falta de conocimientos	Actitud
Estigma social	Creencia negativa sobre un grupo (p. ej., peligrosidad, incompetencia, debilidad de carácter)	De acuerdo con la creencia y/o reacción emocional negativa (p. ej., ira, miedo)	Respuesta al prejuicio (p. ej., evitación, negación de oportunidades de empleo y vivienda, negación de ayuda)
Estigma propio	Creencia negativa sobre sí mismo (p. ej., debilidad de carácter, incompetencia)	De acuerdo con la creencia, reacción emocional negativa (p. ej., baja autoestima, baja autoeficacia)	Respuesta al prejuicio (p. ej., imposibilidad de reivindicar oportunidades de trabajo y vivienda)

Figura 1: Comparación y contraste de las definiciones del estigma social y el estigma propio mediante las definiciones de Corrigan¹¹.

Las personas con problemas de salud mental se encuentran entre las más excluidas de todos los ciudadanos europeos¹². Las ideas comunes sobre la locura, el peligro, la violencia y la incapacidad para hacer frente a las situaciones se produce con una regularidad alarmante en los medios de comunicación y la sociedad en general¹³.

2.3 Experiencia personal de los usuarios con los estigmas

El estigma y la discriminación pueden estar presentes en la sociedad en general, así como estructuralmente en los servicios sanitarios y sociales. Esta discriminación estructural puede deberse a la baja prioridad política dada a la salud mental, la ausencia de legislación específica o los presupuestos para salud mental¹⁴.

Los usuarios de los servicios de salud mental hablan abiertamente sobre las diferentes situaciones de la vida en las que creyeron sufrir discriminación individual por parte de personas que trabajan en servicios de salud mental¹⁵. Mary Nettle, asesora de usuarios de salud mental del Reino Unido, afirma que "a las personas con problemas de salud mental puede resultarles difícil lograr presupuestos personales porque no se les considera competentes para mirar por el dinero".

Claire Barcham (ADASS, Reino Unido) añade que las personas a las que se asigna un presupuesto personal pueden emplear el dinero en un perro de asistencia, un masaje o la pertenencia a un club, en lugar de a los servicios tradicionales, como un centro de día. Lise Jul

Pedersen, del Movimiento nacional de usuarios danés, sostiene que la educación es vital: "Creo que es necesario cambiar la forma de pensar de los profesionales antes de que empiecen a tratar a personas con problemas de salud mental".

Tanto si se sufre en la vida cotidiana como en los servicios de salud mental, el estigma puede representar una violación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental según las diversas leyes nacionales. La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad¹⁶, por ejemplo, preserva el derecho: a "el reconocimiento igualitario ante la ley" y a "vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad".

2.4 Lucha contra los estigmas en práctica: la región de Castilla-La Mancha (España)

"Es necesario coordinar las actividades para combatir el estigma, con indicadores clave y una evaluación clara, además de la participación de diferentes instituciones y agentes sociales."

Marta Nieto y Susana Garcia Heras, Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, España.

"Necesitamos fomentar la participación de personas con enfermedades mentales en el diseño, la planificación, la implementación y la evaluación de estrategias contra el estigma."

Antje Welke, Departamento de mayores, cuidados, rehabilitación y salud, Asociación de bienestar público y privado, Alemania.

Teniendo esto en cuenta, ¿qué estrategias se deben seguir para luchar contra el estigma y garantizar la inclusión social completa y la participación de personas con problemas de salud mental? Según la experiencia del grupo de trabajo de salud mental de ESN, las acciones para evitar y luchar contra

¹¹ Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

¹² Grammenos S. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2003) *Illness, disability and social inclusion*, Luxemburgo: Comunidades Europeas. Disponible en Internet en: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>

¹³ Sayce L. and Curran C. (2007) *Tackling social exclusion across Europe in Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, Organización Mundial de la Salud en nombre del European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁴ WHO (2005) End human rights violations against people with mental health disorders, Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>

¹⁵ ESN (2010) *Implementing local personalised services: recovery from a professional and user's perspective*, taller de ESN en la Conferencia del Pacto Europeo sobre Promoción de la Inclusión Social y Lucha contra el Estigma para una mejor salud mental y bienestar, 8 de noviembre de 2010, Lisboa.

¹⁶ Asamblea General de las NU, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007) Resolución adoptada por la Asamblea General, 24 de enero de 2007, A/RES/61/106. Disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4f5f973632.html>

el estigma deberán tener al menos tres objetivos:

- Mejorar los conocimientos sobre los trastornos mentales, sus causas, tratamientos, diagnósticos, etc.
- Cambiar las actitudes negativas frente a las enfermedades mentales y las personas con problemas de salud mental y fomentar actitudes e imágenes positivas.
- Acabar con la discriminación estructural en materia de salud mental.

La región de Castilla-La Mancha, por ejemplo, ha diseñado una estrategia dividida en diferentes acciones según los grupos a los que van dirigidas:

- Personas con problemas de salud mental y sus familias: promover la participación y la capacitación a través del apoyo mutuo e intervenciones psicológicas en el estigma propio.
- Profesionales de la salud y servicios de salud: Dado que los trabajadores sociales y los profesionales sanitarios pueden ser una fuente de estigmatización, se recomiendan

estrategias de educación, información y formación. Los servicios sociales y de salud mental deberían estar orientados hacia la recuperación.

- Medios de comunicación de masas: la protesta contra los medios de comunicación que emplean información engañosa sobre las enfermedades mentales (tratamiento, causas y efectos) y el desarrollo de directrices para los periodistas pueden modificar la forma de informar de los medios de comunicación sobre los problemas de salud mental. Los medios de comunicación de masas pueden ser una fuente de imágenes positivas de personas con problemas de salud mental. Se pueden desarrollar y evaluar campañas concretas.
- Mercado laboral: programas de empleo con apoyo, adaptación del contexto laboral a las características y necesidades de las personas con problemas de salud mental, estrategias específicas para aumentar la concienciación sobre la salud mental, beneficios fiscales y sociales para las empresas.
- Educación: actividades para fomentar una salud mental positiva e información sobre los problemas de salud mental, promoviendo la aceptación de la diversidad en las escuelas.



No sólo se puede sufrir un estigma en la vida cotidiana sino también dentro de los servicios de salud mental.

Capítulo 3

Recuperación: Un enfoque centrado en la persona

Las experiencias de la práctica contemporánea en diversos países europeos muestran cómo los servicios sociales y sanitarios han avanzado hacia un enfoque centrado en la persona que se concentra en la recuperación. Revelan algunos de los continuos desafíos que supone dar prioridad a los usuarios de los servicios e integrar los servicios sociales y sanitarios prestados por diferentes organismos públicos, privados y de voluntariado. Los ejemplos prácticos también destacan la importancia de luchar contra el estigma para poder lograr la recuperación de una persona.

3.1 Definición de un enfoque centrado en la persona

En toda Europa, hay un movimiento cada vez mayor hacia los servicios centrados en la persona, que combinan la personalización, la elección y la participación del usuario. Esto contrasta con el modelo de servicios públicos tradicional que sitúa a los usuarios como destinatarios pasivos de servicios diseñados y prestados por profesionales.

En la personalización, el objetivo es que cada persona sea capaz de organizar los servicios que necesita y que se le considere como un individuo con activos. Esto conlleva la posibilidad de elegir qué tipos de servicios desea utilizar una persona y de qué forma. También presupone la participación del usuario (de grupos de usuarios y de individuos por sí mismos), en la que los usuarios deberían participar en el diseño de los servicios para que éstos respondan a sus necesidades reales, en lugar de a necesidades y preferencias percibidas. En los servicios centrados en la persona, se presta atención a los puntos fuertes y a los recursos de los usuarios de los servicios, en lugar de a sus problemas de salud mental.

Sin embargo, esto no significa una abdicación de la responsabilidad de los profesionales: los profesionales siguen siendo necesarios para prestar los servicios adecuados y (al menos en una situación ideal) asesorar y guiar a los usuarios de los servicios en sus elecciones y permitirles lograr sus metas personales, como, por ejemplo, en educación, familia, comunidad y vida laboral.

Desde la década de los 60, el movimiento de usuarios ha abogado por servicios que respeten su dignidad y promuevan su independencia. Han trabajado en colaboración con los profesionales para introducir el enfoque de la recuperación como un medio para mejorar su calidad de vida¹⁷. Se ha involucrado a los usuarios en el diseño y la prestación de servicios de diversas maneras: a través de la consulta sobre el (re)diseño de los servicios; la formación y la educación del personal dentro de los servicios; la investigación guiada por los usuarios; mediante la creación, el diseño y la implementación de servicios liderados por los usuarios, dando pie a mejor comprensión de la enfermedad mental y la salud mental deficiente. No obstante, el avance hacia una mayor participación de los usuarios no se ha producido sin tensiones para otros agentes, para los cuales puede haber supuesto una disminución de influencia. Mientras que ha habido grandes mejoras en la participación de los usuarios de servicios como grupo y como individuos, aún hay mucho camino por recorrer.

“Un enfoque centrado en la persona consiste en pasar de la prestación de servicios basada únicamente en la experiencia de profesionales a una en la que los servicios se realizan en colaboración con los ciudadanos.”

Lucy Butler, Salud mental, Red de políticas de salud, drogadicción y alcohol, Asociación de directores de servicios sociales para adultos (ADASS), Reino Unido.

3.2 Comprensión de la recuperación

La recuperación promueve la expectativa de que las personas que utilizan los servicios pueden y quieren asumir el máximo control posible sobre sus vidas. Se puede ver como un viaje que alguien con problemas de salud mental realiza hacia una mejor calidad de vida. Para Marianne Cohen,

¹⁷ Lise Jul Pedersen (6/6/11), Movimiento nacional de usuarios danés, entrevista por correo electrónico con ESN.

Responsable de Recovery DK, el enfoque orientado hacia la recuperación representa un "desafío para el sistema". Según la antigua usuaria de servicios Lise Jul Pedersen, "es importante que los servicios sociales centren su trabajo en las necesidades y los deseos de los usuarios: desean recibir ayuda para recobrar un papel importante en la sociedad".

"Los usuarios desean recibir ayuda para recobrar un papel importante en la sociedad."

Lise Jul Pedersen, antigua usuaria de servicios, Dinamarca

Los servicios de salud mental orientados hacia la recuperación se basan en dos hechos. En primer lugar, no todos los problemas de salud mental son crónicos. En los últimos años, la investigación ha demostrado que más de la mitad de las personas con problemas graves de salud mental (por ejemplo, esquizofrenia) pueden disfrutar de una buena calidad de vida, con pocos rastros o ninguno de su enfermedad¹⁸. En segundo lugar, las personas con la mejor oportunidad de "recuperarse" son aquellas con una gran motivación para cambiar sus vidas. A menudo esta motivación puede estar supeditada a si quienes les rodean se comprometen (en actitud y en la práctica) a apoyar las ambiciones personales y esperanzas de las personas para que tengan una vida mejor¹⁹.

La estrella de la recuperación (ver Figura 2) es una herramienta que permite a los profesionales y usuarios evaluar los diferentes aspectos de la vida de las personas y su progreso hacia el bienestar.

En la recuperación, todos los profesionales sociales, sanitarios y educativos que trabajan con los usuarios de servicios deberían ser capaces de comprender sus esperanzas y sueños, además de reconocer sus recursos y su potencial. De hecho, muchos usuarios afirman que un momento decisivo para ellos fue conocer a alguien (ya sea un profesional u otro usuario) dispuesto a compartir sus propias experiencias de problemas de salud mental²¹.

Para Marianne Farkas, una investigadora del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, "un enfoque orientado hacia la recuperación es necesario, pero no suficiente; porque si no se crean oportunidades laborales, el acceso a la educación superior y préstamos bancarios, la persona podría tener todas las conexiones interpersonales pero seguiría sin ser capaz de lograr la vida significativa que desea. ¿Cuántas personas tienen empleo, vuelven a estudiar y tienen una vivienda decente?"²². Esto nos re-

cuerda que es necesario luchar contra el estigma de toda la sociedad para que la recuperación sea posible.

3.3 Recuperación en práctica: la experiencia de Aarhus (Dinamarca)

"Un profesional debería tener las aptitudes personales para ser capaz de mostrar empatía y conectar con el individuo, así como conocimientos profesionales sobre diagnósticos, implementación de derechos, etc."

Marianne Cohen (Recovery DK).

La recuperación planteó nuevas e importantes exigencias en la forma en que los servicios sociales se organizaban en la ciudad de Aarhus, así como en las cualificaciones del personal. En el departamento de psiquiatría social, la recuperación comienza con una evaluación inicial en la que el usuario y un equipo de profesionales resume la situación y traza un plan de acción realista, que podría incluir iniciativas sociales, laborales, educativas y de tratamiento médico y/o psiquiátrico²³. Un coordinador personal ayuda al usuario a seguir el plan de acción y a acceder a los diferentes servicios. Diversas agencias, reunidas en una sola organización denominada "psiquiatría local", prestan los servicios.

La experiencia de Aarhus demuestra que un coordinador personal puede realizar una contribución muy positiva al suministro del tratamiento, y a la continuidad del apoyo en línea con el plan de acción para la recuperación. Además, el coordinador ayuda a reducir el tiempo empleado por los profesionales implicados en la gestión de los casos. En general, se cree que la coordinación entre los diferentes actores es un factor clave en la mejora de la calidad de vida de los usuarios²⁴.

Compartir las experiencias personales es valioso y mucha gente piensa que reunirse con otros usuarios, que a menudo han tenido muchas experiencias similares, es una parte importante de su rehabilitación. Esto se conoce como apoyo mutuo²⁵ y también está disponible en Aarhus. Sin embargo, los usuarios también reconocen que no siempre es una experiencia sencilla dado que algunos problemas de salud mental dificultan la relación con los demás.

El rediseño de los servicios para que se centren en la recuperación ha producido resultados positivos en Aarhus, como se puede ver en la Figura 3, que ilustra el desarrollo en la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios con los servicios. Siguiendo esta evaluación, la recuperación se implementó más ampliamente en la Dirección de servicios sociales danesa.

¹⁸ Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. and Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

¹⁹ Topor A. (2004) *Fra patient til person* ('De paciente a persona'), Akademisk Forlag (Editorial Académica), 1. Udgave (primera edición).

²⁰ Mental Health Providers Forum, Enfoque de Recovery Star. Disponible en Internet en: <http://www.mhpf.org.uk/recovery/StarApproach.asp>

²¹ Topor A. (2002) *Vendepunkter* ('Puntos de inflexión'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centro de conocimientos sobre psiquiatría social), 1. Udgave (primera edición).

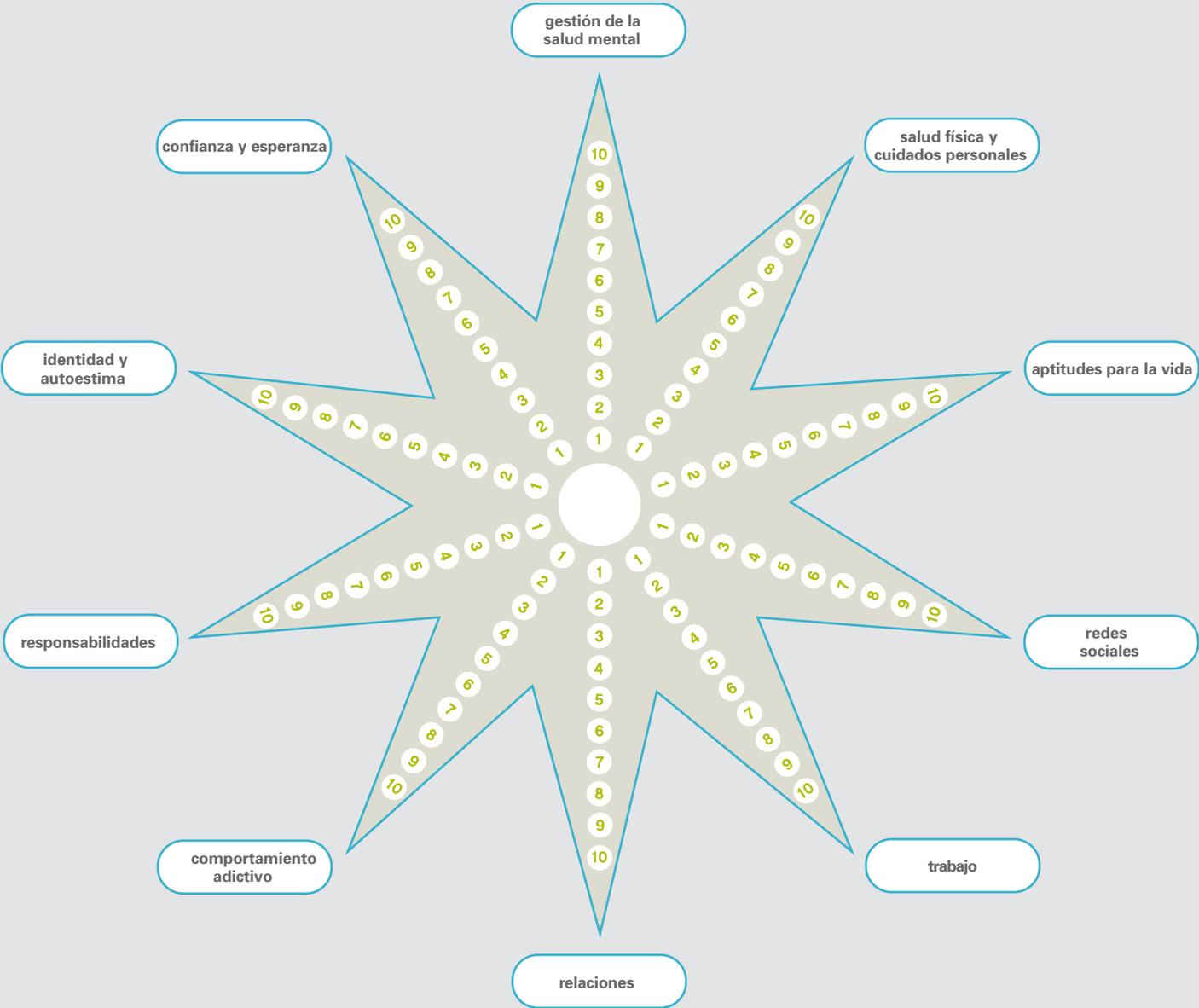
²² Farkas M., entrevista realizada por Lise Jul Pedersen, Movimiento de usuarios danés. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. Esta entrevista es parte de un DVD proporcionado con fines formativos al personal de los servicios sociales del municipio de Aarhus, Dinamarca

²³ Wilken J. P. and Hollander D. (2005) *Rehabilitation and Recovery: a comprehensive Approach*, SWP Publishers Amsterdam.

²⁴ Vanderplasschen W. (2004) *The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe*, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

²⁵ Si desea obtener más información, visite International Community for Hearing Voices. Disponible en: <http://www.intervoiceonline.org/>

Figura 2: Recovery Star–Dimensiones fundamentales de la recuperación.²⁰



Recovery Star © Mental Health Providers Forum y Triangle Consulting Social Enterprise Ltd.
 Desarrollada por Joy MacKeith y Sara Burns de Triangle Consulting, con el Mental Health Providers Forum. Revisiones de la segunda edición por Sara Burns, Onyemaechi Imoniuro y Joy MacKeith.
www.outcomesstar.org.uk
www.mhpf.org.uk

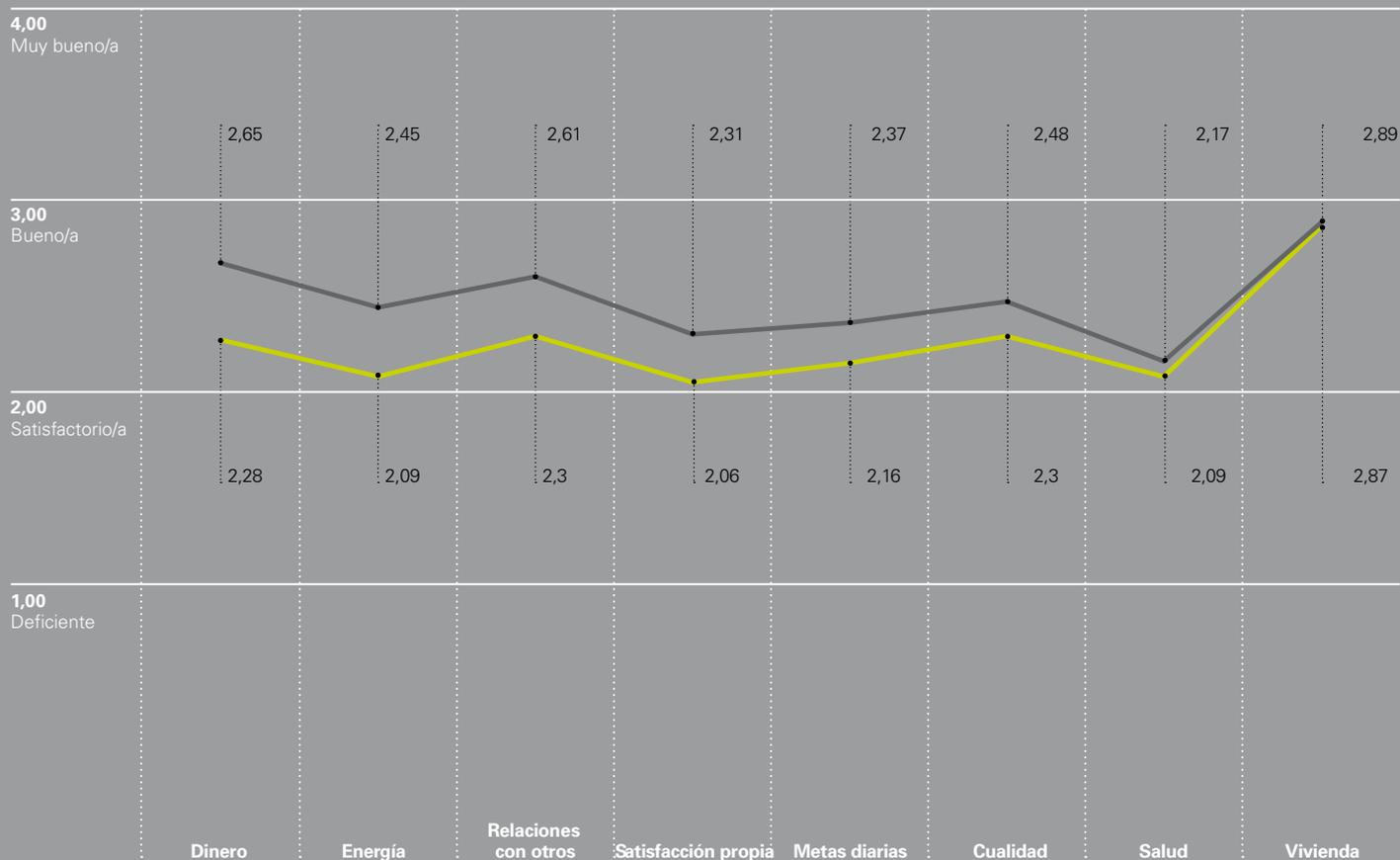
Figura 3: Mejora de la calidad de vida de los usuarios (índice de la OMS) de 2007 a 2009 en Aarhus, Dinamarca.

Encuesta de usuarios 2009

Encuesta de usuarios 2007

Preguntas de la encuesta

- ¿Ha tenido suficiente dinero para satisfacer sus necesidades en las últimas dos semanas?
- ¿Ha tenido suficiente energía para llevar a cabo las tareas cotidianas en las últimas dos semanas?
- ¿Cuál ha sido su grado de satisfacción con su relación con otras personas en las últimas dos semanas?
- ¿Cuál ha sido su grado de satisfacción consigo mismo/a en las últimas dos semanas?
- ¿Cuál ha sido su grado de satisfacción con sus habilidades para realizar las tareas cotidianas en las últimas dos semanas?
- ¿Qué puntuación le daría a su calidad de vida?
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con su salud?
- ¿Cuál ha sido su grado de satisfacción con su vivienda en las últimas dos semanas?



3.4 Recuperación en práctica: las experiencias de Irlanda

"Históricamente, la cooperación entre la salud y otros sectores en la prestación de servicios de salud mental [...] ha sido ad hoc. Ahora queremos asegurarnos de que se convierte en sistemática."

Eithne O'Donnell y Terry y Madden, Ayuntamiento de Dublín, Irlanda.

Una serie de proyectos en Irlanda han intentado fomentar la cooperación entre los agentes comunitarios para ofrecer mejores resultados a los usuarios. El proyecto PROTECT (Personalised Recovery-Oriented Treatment, Education and Cognitive Therapy)²⁶ es una iniciativa de colaboración en el Condado de Wicklow para desarrollar planes de recuperación personal para todas las personas diagnosticadas con enfermedades psicóticas. Se ofrece gracias a la colaboración entre:

- los servicios de salud mental de la Dirección de Servicios Sanitarios (Health Service Executive, HSE)
- el servicio DETECT, que proporciona una pronta intervención para personas con un primer episodio de psicosis y sus familias
- SHINE, una organización de voluntariado
- El gobierno del Condado de Wicklow, que ofrece viviendas sociales
- Servicios de empresas
- El centro de formación New Dawn (E.V.E. Ltd, Eastern Vocational Enterprises)

Los socios proporcionan una variedad de servicios centrados en la persona y orientados a la recuperación en la comunidad. Éste es un ejemplo de colaboración entre los usuarios de servicios y los proveedores de servicios para lograr mejores resultados para las personas con problemas de salud mental.

El hospital psiquiátrico St. Brendan de Dublín ofrece otro ejemplo de cooperación entre los servicios de salud mental y otros servicios; aquí, los servicios de salud mental comunitarios y psiquiátricos operan a través de equipos multidisciplinares formados por asesores, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y trabajadores sociales. El servicio incluye unidades de alojamiento de emergencia para personas sin hogar que sufren problemas de salud mental y usuarios en rehabilitación. Para las personas mayores con problemas de salud mental, hay disponible una serie de plazas en

residencias de ancianos.

El servicio de rehabilitación del hospital está orientado hacia la comunidad: los trabajadores sociales utilizan proyectos del Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (Wellness & Recovery Action Plan²⁷, WRAP), que proporcionan un enfoque planificado y sistemático para ayudar a las personas a recuperar y mantener el "bienestar". El plan WRAP es una herramienta para los profesionales (trabajadores sociales de salud mental, terapeutas ocupacionales y enfermeros de salud mental que trabajan en rehabilitación y en la comunidad) para devolver el control al paciente. Se utiliza con más frecuencia en los servicios de rehabilitación prestados por trabajadores sociales de salud mental y otros profesionales del hospital.

Los profesionales sobre el terreno reconocen la necesidad de un enfoque multidimensional para trabajar con personas con problemas de salud mental. La cooperación local en muchas partes del país funciona gracias al compromiso de los distintos profesionales de trabajar juntos. Sin embargo, Eithne O'Donnell y Terry Madden destacan que "la burocracia es un problema permanente y debe haber un compromiso a nivel gubernamental con el enfoque centrado en la persona y una concienciación de que las personas con problemas de salud mental tienen diversas necesidades".



²⁶ Hay más información sobre este proyecto disponible en: <http://www.hse.ie>

²⁷ Hay más información sobre el plan WRAP disponible en: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap/>

Capítulo 4

Inserción activa en el mercado laboral²⁸

Las personas con problemas de salud mental que tienen empleo disponen de una mejor oportunidad para recuperarse. No obstante, las tasas de empleo de personas con problemas de salud mental suelen ser bajas. Por consiguiente, los gobiernos nacionales y la Unión Europea han desarrollado marcos políticos y legislativos para promover el acceso al empleo previniendo la discriminación y ofreciendo apoyo específico para ayudar a las personas con problemas de salud mental a acceder a un empleo.

4.1 Comprensión de las tendencias en materia de empleo

“Todos necesitamos utilizar nuestras habilidades y la sociedad necesita que todos contribuyamos. El desafío es hacer que ambos coincidan.”

Anders Møller Jensen, antiguo Director de servicios sociales y psiquiátricos, Dinamarca.

La vida laboral es un medio importante para que las personas se sientan parte de la sociedad. Además de permitir a la gente ganar dinero, el trabajo ofrece beneficios que no son económicos²⁹, como identidad y estatus, contactos sociales y una sensación de realización personal. El trabajo puede dar oportunidades a las personas con problemas de salud mental para participar en la sociedad. Los usuarios de servicios, las familias y los profesionales lo consideran un elemento importante de la recuperación³⁰.

Aunque la proporción de personas que se recuperan tiende a aumentar proporcionalmente con su tasa de empleo³¹, las tasas de empleo entre las personas con problemas de salud mental suelen ser bajas. Hay varios motivos por los que resulta difícil proporcionar datos sobre las tasas de (des)empleo de personas con problemas de salud mental. El desglose de las estadísticas de empleo por estado de salud o discapacidad no suele estar disponible. Además, las personas con enfermedades a largo plazo pueden considerarse inactivas económicamente más que desempleadas y, por tanto, pueden tener derecho a una ayuda por discapacidad en lugar de una pres-

tación por desempleo. Las tasas de empleo también varían considerablemente, según la deficiencia: un estudio británico³² descubrió que quienes sufren trastornos mentales graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno grave de la personalidad, estaban asociados a tasas de empleo bastante más bajas³³. En Polonia, la tasa de empleo para personas con discapacidad fue del 14%, en contraste con el 51% de la población en general (no hay disponible ningún desglose por categoría de discapacidad)³⁴. Teniendo en cuenta las dificultades de los datos fiables y la variabilidad de las tasas de empleo según las condiciones específicas, la mayoría de los países tienen tasas de empleo de entre el 20% y el 30% (ver Figura 4).

La mayoría de los usuarios (70-90%)³⁶ con enfermedades mentales graves desean acceder a empleos que cualquier persona podría solicitar, en lugares de trabajo normales y con una retribución de al menos el salario mínimo de la mayoría de los compañeros³⁷ sin discapacidades. Menos personas con problemas de salud mental que con discapacidades físicas son capaces de encontrar trabajos que les satisfagan. No obstante, ambos grupos tendrían que superar el estigma y la discriminación, que no sólo se encuentran en la opinión pública y, en ocasiones, en sus propias familias, sino también entre profesionales de salud mental, que pueden ver el desempleo como una consecuencia inevitable de las enfermedades mentales.

4.2 Marco legislativo y político

La legislación y la política europeas y nacionales no son específicas en salud mental, pero se refieren a la discapacidad en general, a pesar del hecho de que

²⁸ Exención de responsabilidad: Dado que en la mayoría de los casos no hay legislación específica para las personas con problemas de salud mental, en este capítulo se hace referencia a "personas con discapacidades" donde procede.

²⁹ Boardman J., Grove B., Perkins R. y Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

³⁰ Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

³¹ Topor A. (2004) Fra patient til person ("De paciente a persona"), Akademisk Forlag (Editorial académica), 1. Udgave (primera edición).

³² Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.M., Kilian R., Hansen K. y Toumi M. (2007) Índices y correlativos de empleo en personas con esquizofrenia en el Reino Unido, Francia y Alemania, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

³³ Perkins R. and Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298.

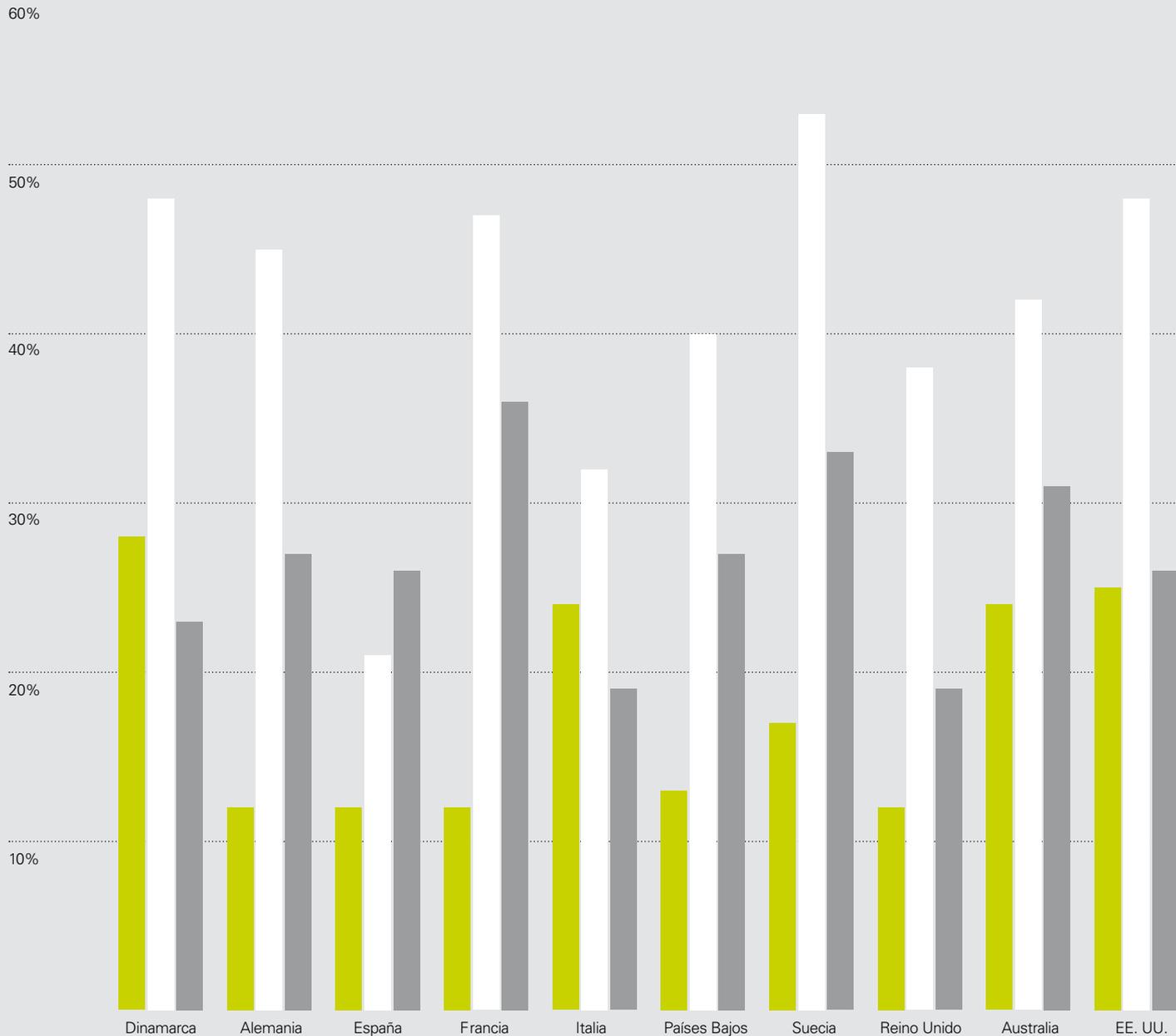
³⁴ Hay más información disponible en Internet en: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbor/qus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf

³⁵ McDavid D., Knapp M., Medeiros H. y el grupo MHEEN (2008) Employment and mental health: Assessing the economic impact and the case for intervention, PSSRU, LSE.

³⁶ Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. y Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services* 52, 313-322.

³⁷ Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. y Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

Figura 4: Tasas de empleo de personas con esquizofrenia en comparación con personas con una discapacidad grave y con todas las personas discapacitadas en países seleccionados a finales de los 90.³⁵



las personas con discapacidades son un grupo variado de personas que pueden afrontar diferentes obstáculos para el empleo. A nivel de la Unión Europea, los derechos de las personas con discapacidad en el mercado laboral se promueven a través de la Directiva marco sobre el empleo 2000³⁸. Su finalidad es aumentar las oportunidades de empleo a través del principio de igualdad de trato, es decir, prohibir a los empresarios tener en cuenta asuntos relacionados con la discapacidad de un individuo cuando estos asuntos son irrelevantes para su capacidad para realizar el trabajo.

Con el fin de implementar este principio, la Directiva se basa principalmente en la prohibición de la discriminación directa e indirecta. La discriminación directa se define como el trato "menos favorable" a un individuo por razón de discapacidad, lo que implica una comparación con otro individuo que recibió un tratamiento mejor. La discriminación indirecta prohíbe a una empresa adoptar lo que puede parecer una provisión o práctica neutral, pero que, en realidad, "pone a las personas con una discapacidad específica en una desventaja concreta en comparación con otras personas".

Las empresas a menudo se centran en la discapacidad en lugar de la capacidad del individuo para llevar a cabo el trabajo y, por tanto, pueden concluir que la persona no es adecuada para el puesto. La Directiva obliga a las empresas a ofrecer "los ajustes razonables para que las personas con discapacidades tengan acceso a empleos, participen en ellos o progresen profesionalmente, o bien reciban formación, a menos que dichas medidas supongan una carga desproporcionada para la empresa". Las conclusiones del Consejo sobre el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (junio de 2011) reforzaron esta ambición, pues invitan a los Estados Miembros a tomar medidas contra la discriminación de las personas con problemas de salud mental y a promover su acceso al trabajo.

En 2008, la Comisión publicó una guía específica para los Estados Miembros sobre la "inserción activa de las personas excluidas del mercado laboral"³⁹. Ésta recomienda una estrategia integrada y completa con tres líneas: apoyo financiero suficiente; mercados laborales integradores y acceso a servicios de calidad. Uno de los principales objeti-

vos de la Estrategia Europa 2020 es el aumento de las tasas de empleo en general (en la Estrategia, se suele reconocer la discapacidad pero no la salud mental de forma específica).

A nivel nacional, los derechos de las personas con problemas de salud mental se amparan en las legislaciones nacionales sobre empleo e igualdad o antidiscriminación (lo que puede haber derivado en parte de la legislación europea). En algunos países, hay leyes nacionales y regionales específicas en las que el empleo se puede definir como una herramienta de rehabilitación.

En Bulgaria, el artículo 48 de la Constitución reconoce que "todos los ciudadanos tienen derecho a trabajar y el Estado debe ocuparse de crear las condiciones para el ejercicio de este derecho". Por consiguiente, las personas con discapacidades deberían poder ejercer su derecho al trabajo. El Ministerio de Empleo y Política Social aprobó un orden en enero de 2011 por la que se establecía un "Programa nacional de formación y empleo mejorado de personas con discapacidades permanentes"⁴⁰.

En Irlanda, la Ley sobre igualdad en el empleo de 1998 (1998 Employment Equality Act) y la Ley de Discapacidad de 2005 (2005 Disability Act) ofrecen un marco legislativo para facilitar la igualdad de trato de las personas con discapacidades. Según la legislación, es ilegal discriminar por motivos de discapacidad en el empleo. La parte 5 de la Ley de Discapacidad de 2005 establece que los organismos del sector público están obligados o promover y apoyar el empleo de personas con discapacidades y lograr un mínimo obligatorio del 3% de personal con discapacidades.

De igual modo, en el Reino Unido, la legislación reconoce que es ilegal discriminar basándose en una serie de "características protegidas", como la discapacidad (es decir, salud mental deficiente), y obliga a los servicios a realizar "ajustes razonables" para apoyar el acceso al trabajo⁴¹. Más recientemente, según la Ley de Igualdad de 2010 (2010 Equality Act) es ilegal hacer preguntas sobre salud y discapacidad antes de realizar una oferta laboral⁴².

En Finlandia y Dinamarca, no hay políticas de empleo preferencial para las personas con problemas de salud mental, y se amparan en la legislación general.

Sin embargo, se prestan servicios especiales, como la rehabilitación vocacional y la formación, para mejorar las oportunidades de empleo para las personas con problemas de salud mental.

En Alemania, la Agencia Federal de

³⁸ Consejo de la Unión Europea (2000) Directiva 2000/78/EC del Consejo, que establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, Diario Oficial L 303, 02/12/2000 P. 0016-0022.

³⁹ Comisión Europea (2008) Recomendación de la Comisión del 3 de octubre de 2008 sobre la inclusión activa de las personas excluidas del mercado laboral (2008/867/EC). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:EN:PDF>

⁴⁰ Hay más información sobre este programa disponible en: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>

⁴¹ Hay más información disponible en el sitio Web de la Comisión para la Igualdad y los Derechos Humanos del Reino Unido: <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>

⁴² Ibid.

Empleo ofrece servicios psicosociales a empresas y las compensa por el rendimiento reducido de los empleados con discapacidades. Otras disposiciones (locales y regionales) pretenden promover la inclusión de personas con discapacidades en el mercado laboral, como talleres protegidos y "empresas a favor de la integración" en las que entre el 25% y el 50% de los empleados son personas con discapacidades.

En España, en el campo de la discapacidad existen medidas que facilitan el acceso al empleo a personas con problemas de salud mental. La Constitución reconoce el papel del gobierno en el establecimiento de políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de quienes tienen problemas físicos, sensoriales y de salud mental. Para las empresas públicas y privadas con más de 50 empleados, la legislación nacional⁴³ exige que el 2% de los empleados sean personas con discapacidades. Se han creado Centros Especiales de Empleo para garantizar un empleo significativo a las personas con discapacidades y cubrir las necesidades personales y sociales que puedan tener. Además, otra legislación⁴⁴ reconoce el empleo asistido como un paso hacia el empleo competitivo.

En Italia, la legislación nacional y regional está pensada para crear herramientas de apoyo para dar empleo a personas con discapacidades. La legislación nacional establece que el 7% del personal de una empresa debe estar formado por personas con un nivel de discapacidad del 46%⁴⁵. Además, la legislación nacional define cómo las áreas de salud locales (Local Health Areas, LHA) pueden trabajar para seleccionar, formar y ayudar a dar empleo a estas personas. La legislación nacional y regional⁴⁶ establece la creación en cada área de salud local de servicios de integración laboral que formen a las personas para el empleo. Por último, las empresas tienen derecho a recibir una deducción en el pago de seguros y otros impuestos.

4.3 Planteamientos contemporáneos de la inserción activa

Como se puede observar en los ejemplos anteriores, la legislación y la política en la UE asignan a los servicios sociales, de salud y empleo la labor de ayudar a las personas con problemas de salud mental a encontrar trabajo. Los distintos programas tienden a clasificarse como mode-

los "formar y luego colocar" o "colocar y luego formar". Engloban diferentes grados de atención y asistencia, y pueden basarse en servicios sociales y de empleo, así como en otros proveedores de servicios. Los esquemas vocacionales tradicionales se denominan modelos "formar y luego colocar" y asumen que las personas necesitan un período de preparación antes de asumir un empleo competitivo; un análisis clínico evalúa los lugares de trabajo y los horarios.

El empleo protegido es un modelo "formar y luego colocar", en el que la retribución de la formación preprofesional es inferior al salario mínimo o puede que no exista ningún salario en absoluto. Estos esquemas han sido poco efectivos en la ayuda a las personas con enfermedades mentales graves para lograr un empleo competitivo⁴⁷. Enfoques más recientes basados en la recuperación se denominan modelos "colocar y luego formar", como "Colocación y Apoyo Individualizados" (Individual Placement and Support, IPS). Esto implica colocar a alguien en un empleo competitivo y ofrecerle apoyo en el trabajo. Los programas IPS han resultado ser más efectivos que los modelos "formar y luego colocar" en la tarea de ayudar a las personas con enfermedades mentales graves a obtener y conservar un empleo competitivo⁴⁸. Mejorar las tasas de empleo entre las personas que sufren una salud mental deficiente no es asunto solamente de la legislación contra la discriminación o los servicios públicos de empleo, sino también del sistema de prestaciones (en cuanto a volver a trabajar sin perder prestaciones) y las propias personas (gestionando su salud mental y su vida laboral). Con el fin de cambiar esto, en Suecia, los sistemas han introducido bajas parciales por enfermedad, lo que hace que sea más viable económicamente trabajar a tiempo parcial que estar enfermo a tiempo completo.

En el Reino Unido, se están introduciendo certificados de "buena salud" que especifican lo que un solicitante puede hacer en relación con el trabajo (en lugar de lo que no puede hacer).

El impacto del trabajo en otros aspectos de las vidas de las personas con problemas de salud mental sigue en gran medida inexplorado en la investigación. Algunos estudios han encontrado una reducción en la utilización de los servicios de salud, lo que puede reflejar una mejora de la salud en general⁴⁹. Asimismo, la investigación ha descubierto que el empleo competitivo produce tasas de mejora en los síntomas de salud de las personas más altas que otros programas de empleo⁵⁰.

⁴³ Ley 13/1982, de 7 de abril.

⁴⁴ Real Decreto 870/2007, de 2 de julio.

⁴⁵ Legge 68 March 12 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (*Ley sobre los derechos de las personas con discapacidad*).

⁴⁶ Legge November 8 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (*Marco legislativo para un sistema integrado de servicios sociales*), DGR n. 1138 del 6 maggio 2008, "Linee guida per il funzionamento del Servizio per l'Integrazione Lavorativa (SIL) delle Aziende ULSS del Veneto" (*Directrices para el funcionamiento de los servicios de integración en el mercado laboral de las unidades sanitarias locales*).

⁴⁷ Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.

⁴⁸ Boardman J., Grove B., Perkins R. y Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

⁴⁹ Jackson Y., Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. y Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

⁵⁰ Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. y Bebout R.R. (2001) Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.

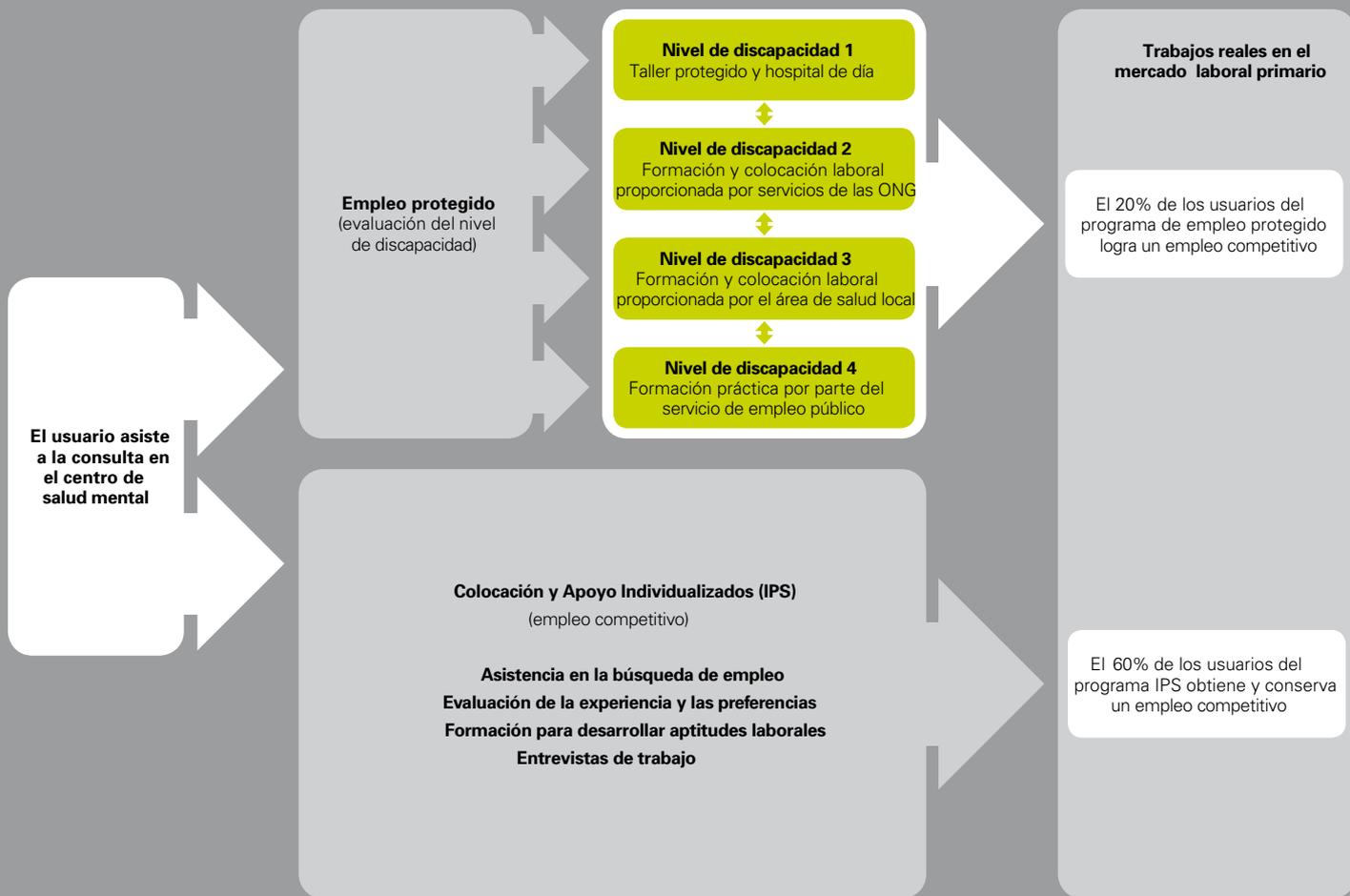


Figura 5: El camino hacia un empleo competitivo en Treviso. "Empleo protegido" o "Colocación y Apoyo Individualizados" (IPS) se utilizan en Treviso según la situación concreta, las necesidades y las preferencias. Se pretende que los usuarios progresen a través de las diferentes actividades hacia un empleo normal, es decir, uno competitivo.

4.4 Inserción activa en práctica: el ejemplo de Treviso (Italia)

En Treviso, hay dos tipos de programas de empleo: "Empleo protegido" o "Colocación y Apoyo Individualizados" (IPS), según la situación, las necesidades y las preferencias del usuario (ver Figura 5).

En el empleo protegido, el proceso de obtención de empleo comienza con una evaluación de la enfermedad y el historial laboral. Puede derivar en un "certificado de discapacidad", que da derecho a las personas a ciertos beneficios de seguridad social y a servicios especialistas prestados por el centro de salud mental de la autoridad sanitaria local (ULSS). El "certificado de discapacidad" otorga un "nivel de discapacidad y protección", que, a su vez, indica el tipo de servicios que es probable que necesiten y lo que puede conllevar el camino hacia el empleo. Las personas con un alto nivel de discapacidad suelen ir a un hospital de día (costes desconocidos) o a servicios proporcionados por una ONG (a un coste de 8.000 euros al año por persona). Quienes tienen un nivel de discapacidad menor reciben la ayuda del servicio de integración laboral de la autoridad sanitaria local (2.500 euros al año por persona) o de los servicios públicos de empleo (4.500 euros al año por persona) para buscar un trabajo en el mercado laboral primario. Los servicios de salud mental de la autoridad sanitaria local siguen supervisando el progreso de la persona para ver si puede pasar a un nivel diferente de servicio o al mercado laboral primario.

De forma alternativa, el usuario del servicio puede expresar su preferencia por el programa "Colocación y Apoyo Individualizado" (IPS), donde se reúne individualmente con un especialista en empleo para buscar un trabajo según sus preferencias, aptitudes y experiencia. En este caso, no hay ninguna evaluación clínica ni certificado de discapacidad. El usuario determina posibles trabajos y empresas, y la meta final es un empleo competitivo. No hay ninguna fase de formación antes del empleo. Se anima a todos los usuarios a tener en cuenta el empleo competitivo. Según las evaluaciones de la autoridad sanitaria local de Treviso, el programa IPS ha mostrado mejores

resultados (un índice de éxito del 60%) en empleo que el empleo protegido tradicional (20%).

4.5 Inserción activa en práctica: el programa gubernamental de 2008-11 en el Reino Unido

En 2008, más de 3 millones de adultos en edad de trabajar no trabajaron y recibieron prestaciones por incapacidad en el RU y una salud mental deficiente fue una importante razón. El gobierno introdujo "Pathways to Work" (Senderos hacia el Empleo), que se centraba en quienes recibían prestaciones por incapacidad durante más de un año⁵¹.

Para una persona con problemas de salud mental, el "sendero" podría comenzar con un enfermero de psiquiatría o un psiquiatra de la comunidad que le animara a pensar en volver a trabajar. Una evaluación médica identifica lo que puede hacer, en lugar de lo que no puede hacer. A continuación, el usuario traza un plan de acción individual con un asesor personal que muestra sus necesidades y circunstancias, barreras, capacidades, experiencia, aptitudes y aspiraciones.

Una vez acordado el plan de acción, el asesor personal deriva al usuario a organizaciones colaboradoras para que reciba formación relacionada con el trabajo y le ayuda a desarrollar habilidades para manejar su enfermedad⁵² y otras medidas de apoyo, como asesoramiento en materia de deudas. Cuando el usuario está listo para empezar a trabajar, puede participar en visitas a instalaciones de empresas, realizar una prueba de empleo, completar un aprendizaje e iniciar el trabajo. Se le ofrecerá apoyo en el trabajo durante un período de hasta de 13 semanas y, en caso de que no resulte bien, podrá volver al paso anterior del sendero.

De forma regular, se consulta al usuario y se puede revisar el plan de acción con el asesor personal. Esto da una sensación de autonomía y responsabilidad. El usuario puede recurrir a los servicios de profesionales de atención sanitaria, servicios sociales, oficinas de empleo, el sector terciario y empresas.

⁵¹ Pathways to Work (Senderos hacia el Empleo) finalizó en abril de 2011 y un nuevo programa se está introduciendo por fases, Get Britain Working, desde el verano de 2011.

⁵² Condition Management Programme (CMP) es un programa breve (aprox. 4-16 sesiones de duración) pensado para ayudar a los participantes a comprender y manejar su estado de salud o discapacidad. Hay más información disponible en: http://library.nhs.gov.uk/mediaAssets/Leaflets/nhs.gov.uk/leaflets/condition_management_programme_leaflet.pdf

Capítulo 5

Inversión en el bienestar mental en el lugar de trabajo

Los costes económicos y sociales de un bienestar y una salud mental deficientes ya se conocían bien, pero sólo desde hace poco se ha justificado la inversión con tanta firmeza. Se ha demostrado que las estrategias de bienestar en el lugar de trabajo con diversos componentes (como la salud mental) producen mejores resultados que los proyectos individuales. Permiten a los empleados detectar signos de una salud mental deficiente y responsabilizarse del bienestar propio y ajeno. Los servicios sanitarios públicos han apoyado a empresas privadas y otros organismos del sector público para aumentar el bienestar en el trabajo. La promoción y la prevención de la salud mental parecen ser más rentables que enfrentarse a las enfermedades mentales una vez que se produzcan.

5.1 Argumentos a favor

"Algunas de las peores amenazas de la sociedad actual son los problemas de salud mental y el abuso de sustancias. Es necesario fomentar una buena salud mental a nivel individual, social y comunitaria."

Eija Stengård, Unidad de promoción de la salud mental, Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Finlandia.

El impacto económico de los problemas de salud mental es importante, con más de 2.000 euros al año por unidad familiar europea. Se estima que el coste de las enfermedades cardiovasculares en la UE en 2007 fue de 36.000 millones de euros⁵⁴, en comparación con el coste por depresión con 136.000 millones de euros⁵⁵.

En toda Europa, los gobiernos luchan por hacer frente a la cantidad cada vez mayor de ciudadanos que no trabajan y solicitan prestaciones por enfermedad, total o en parte como resultado de una salud mental deficiente.

En Alemania, entre el 30% y el 35% de las jubilaciones anticipadas se debe a problemas de salud mental. En el Reino Unido, entre 1996 y 2006, las cifras de personas que solicitaron una prestación por discapacidad debido a problemas de salud mental aumentó del 26% al 43% de todos los solicitantes y una salud mental deficiente fue un factor en el 70% de las solicitudes⁵⁶.

Según el Centre for Mental Health del Reino Unido, en algún momento, uno de cada seis trabajadores sufre depresión, ansiedad o problemas asociados al estrés. Se estima que el coste total de las empresas es de cerca de 26.000 millones de libras cada año. Esto equivale a 1.035 libras al año por empleado en la población activa del Reino Unido (ver Figura 6).

En la región de Veneto (Italia), los costes directos (tratamiento y servicios) de la salud mental deficiente ascienden a 21 millones de libras libras para 6.000 usuarios de servicios. Los costes indirectos (o los costes de no intervención) son entre 2 y 6 veces mayores e incluyen:

- los costes de desempleo
- absentismo
- presentismo
- disminución de rendimiento en el trabajo
- bajas por enfermedad y ayuda por discapacidad
- el impacto en la familia
- comportamiento que causa accidentes o daños y perjuicios.

En consecuencia, hay un motivo económico para invertir en la salud mental positiva. Sin embargo, también hay un motivo moral, dado que "las personas con problemas de salud mental a largo plazo es probable que mueran 20 años antes que sus coetáneos."⁵⁷

⁵³ McDavid D. (2011) Documento de referencia de la Conferencia temática sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el lugar de trabajo. Luxemburgo: Comunidades Europeas.

⁵⁴ Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. y Rayner M. (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

⁵⁵ McDavid D., Zechmeister I., Kilian R., Medeiros E., Knapp M., Kennelly B. y el Grupo MHEEN (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, Londres: London School of Economics and Political Science.

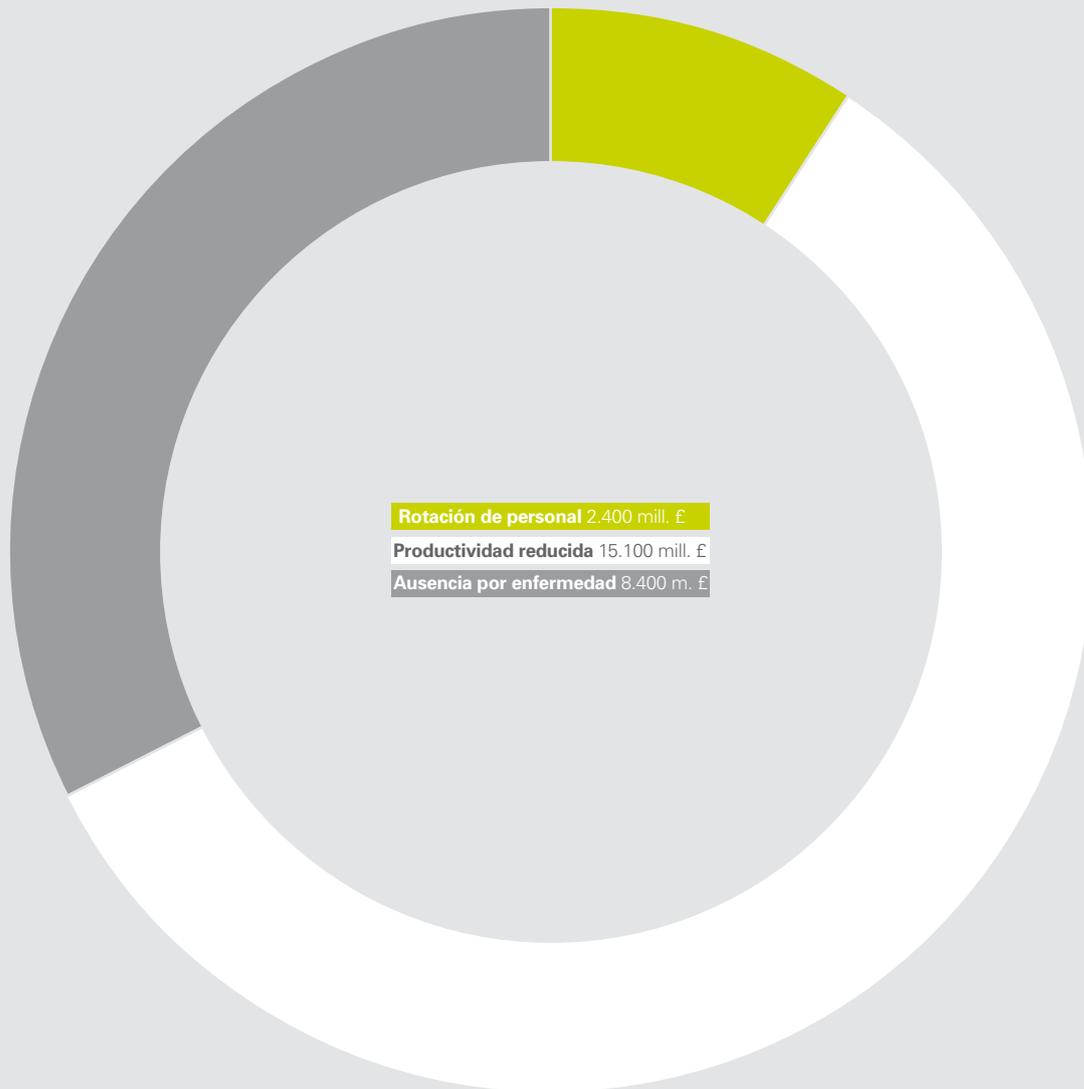
⁵⁶ Departamento de Salud británico (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, Londres: HM Government.

⁵⁷ Brown S., Kim M., Mitchell C. y Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

⁵⁸ Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf

Figura 6: Costes de la salud mental deficiente en empresas del Reino Unido.⁵⁸

Se estima que el coste total de las empresas es de cerca de 26.000 millones de libras cada año. Esto equivale a 1.035 libras al año por empleado en la población activa del Reino Unido.



Además, tienen menos cualificaciones, les cuesta más obtener y conservar un trabajo, tienen menos ingresos y es más probable que no tengan casa o que tengan una vivienda insegura, que vivan en áreas con grandes carencias sociales y tengan una salud física deficiente.⁵⁹

5.2 Promoción del bienestar mental en el lugar de trabajo⁶⁰

Dados los costes sociales y económicos de una salud mental deficiente, existen motivos para promover la salud mental positiva. El lugar de trabajo ofrece un marco adecuado en el que tratar la salud mental de una gran parte de la población adulta. Además, los beneficios económicos y sociales de una población activa mentalmente sana se pueden apreciar a varios niveles: en la economía nacional, en la empresa o en cada individuo.

También es importante reconocer que los servicios sociales y sanitarios son en sí los principales empleadores de Europa. El sector emplea a alrededor del 10% de la población activa de la UE y entre 1995 y 2001, registró el 18% de todos los trabajos creados.⁶¹ Dada la tendencia al envejecimiento geográfico también se espera que el sector crezca en el futuro. Además de las tensiones habituales de la vida laboral, los empleos del sector a menudo implican trabajar con personas que están en el momento más vulnerable de sus vidas, lo que puede afectar de forma emocional y psicológica a los profesionales sociales y sanitarios.

Se han identificado diversos beneficios económicos y sociales de la promoción de la salud mental, por ejemplo: mayor productividad y calidad de trabajo, aumento de creatividad e innovación, mejor salud y seguridad, y aumento de la inclusión social y del bienestar psicológico y social. Las estrategias de bienestar general también pueden reducir la vulnerabilidad de los empleados frente a los problemas de salud mental relacionados con el trabajo.⁶² Otros beneficios para las empresas son un mejor estatus, una mayor conservación del personal y menos bajas por enfermedad.⁶³ Las estrategias de salud mental en el lugar de trabajo pueden ir dirigidas a individuos, grupos de trabajadores o a la organización en general. El primer paso esencial es aumentar la concienciación de la importancia del bienestar. Se deben evaluar los riesgos

del estrés y la salud mental deficiente en el trabajo, por ejemplo, observando el contenido de un trabajo, la situación laboral, las condiciones de empleo, las relaciones sociales en el trabajo, la salud, el bienestar y la productividad. En estas estrategias, se anima a los empleados a responsabilizarse del bienestar propio y ajeno. Además, un buen estilo de gestión y liderazgo puede ayudar a fomentar un buen entorno de trabajo⁶⁴. El bienestar en los programas de trabajo debería tener varios componentes y no centrarse sólo en la salud mental. Los estudios sobre los beneficios económicos de la promoción de la salud⁶⁵ sugieren que estos programas deben incluir una combinación de al menos tres componentes, por ejemplo: la prevención y el cese del hábito de fumar, el manejo del estrés y los cuidados personales médicos, entre otros. Estos programas más amplios causan una reducción media de bajas laborales, costes sanitarios, indemnizaciones a trabajadores y costes por discapacidad de aproximadamente el 25%⁶⁶.

En Finlandia se invierten unos 2.000 millones de euros anualmente en bienestar en el trabajo. Sin embargo, esta cifra está por debajo del 10% de los costes totales anuales de las jubilaciones anticipadas, las bajas por enfermedad y los accidentes⁶⁷. El bienestar en los proyectos laborales ha reducido el absentismo en un 27%, los costes de tratamientos médicos en un 26% y los costes de seguros en un 32% (de media). La rentabilidad media de la inversión está valorada en 5,8 euros por cada euro. En los mejores casos, el aumento de la productividad puede multiplicarse por diez⁶⁸.

5.3 Bienestar en práctica: Una importante empresa de telecomunicaciones

El grupo British Telecom ha desarrollado una nueva forma de fomentar la salud y el bienestar. Abandonaron el uso de cuestionarios previos al empleo en favor de un enfoque que animaba a los empleados a plantearse aprender una serie de "estrategias de respuesta" al unirse a la empresa. El "pasaporte del bienestar" desarrollado entre el empleado y su supervisor describe los problemas potenciales de salud y de otro tipo que pueden producirse en el futuro, cómo detectarlos y qué hacer cuando ocurren.

Los resultados del programa de información y educación "Workfit Positive Mentality" de BT fueron:

- El 68% aprendió algo nuevo sobre las formas de proteger su salud mental
- El 56% probó algunas de las recomendaciones y continuó usándolas en el momento de la supervisión

⁵⁹ Departamento de Salud británico (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. Londres: HM Government.

⁶⁰ ESN reconoce la importancia de una salud mental positiva en otras áreas de la vida, pero este informe sigue el Pacto Europeo por la Salud Mental en su atención al lugar de trabajo.

⁶¹ Comisión Europea (2009) Libro Verde sobre el personal sanitario europeo Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm

⁶² Knapp M., McDaid D. y Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.

⁶³ The Work Foundation (2011) Health and Well-Being in the Workplace: Supporting Mental Health and Combating Sickness Absenteeism, Centre for Parliamentary Studies, 21 de junio de 2011.

⁶⁴ McDaid D. (2011) Documento de referencia de la Conferencia temática sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el lugar de trabajo. Luxemburgo: Comunidades Europeas.

⁶⁵ Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health promotion, *American Journal of Health Promotion*.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ahonen, G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ("Impacto económico de la capacidad de trabajo") in Martimo, K-P et al. (eds) *Työstä terveyttä (Salud en el trabajo)*. Työterveyslaitos (Instituto Finandés de Salud Laboral), 36-46.

⁶⁸ Ibid.



La depresión es el problema más común de salud mental y afecta a más de 20 millones de mujeres y hombres cada año.

- El 51% notó mejoras en su bienestar mental
- La tasa de ausencia por enfermedad debido a problemas de salud mental ha disminuido en un 30% en cuatro años a pesar de la presión del mercado
- El cese de las revisiones médicas antes del empleo ha ahorrado a la empresa 400.000 libras al año⁶⁹.

Se puede argumentar con firmeza al sector empresarial que las estrategias de bienestar en el lugar de trabajo pueden suponer un ahorro considerable. No obstante, algunas empresas más pequeñas podrían necesitar apoyo público para implementar estos esquemas, como en el ejemplo de la autoridad sanitaria local de Verona más abajo.

"Para algunos empleados, el estrés es un incentivo para aumentar su actividad, capacidad de trabajo y productividad; para otros, puede convertirse en una crisis".

Hristo Bozov, teniente de alcalde, municipio de Varna, Bulgaria.

5.4 Bienestar en práctica: Autoridad sanitaria local de Verona (Italia)

Los servicios sanitarios y sociales también pueden beneficiarse de la mejora de las inversiones⁷⁰. La autoridad sanitaria local de Verona, en colaboración con la Universidad de Verona, ha configurado un esquema de bienestar en el lugar de trabajo para empleados de empresas locales, con el fin

de detectar condiciones laborales que puedan afectar al bienestar mental del personal y ofrecerles apoyo. Entre 2005 y 2010, unos 500 empleados se quejaron de una situación laboral negativa. Para definir los problemas y sus consecuencias psicológicas, los empleados asistieron a una consulta con un terapeuta ocupacional y un psicólogo. En entrevistas semiestructuradas, se evaluó el entorno laboral, la calidad de la comunicación con compañeros y con el empleador, y el momento en el que surgían los problemas. Aproximadamente el 80% de quienes solicitaron la consulta sufría una psicopatía relacionada con el trabajo, una mezcla de trastorno de ansiedad y depresivo (51,6%), trastorno de adaptación (16,9%), trastorno depresivo (17,9%), trastorno de ansiedad (12,1%) o trastorno de estrés postraumático (1,5%). Las condiciones laborales negativas más habituales durante las entrevistas fueron: intimidación, acoso sexual, angustia relacionada con el trabajo y angustia fuera del trabajo. Estas personas reciben apoyo psicológico y, si es necesario, tratamiento psiquiátrico. La autoridad sanitaria local de Verona también está intentando mejorar las condiciones en el lugar de trabajo con el apoyo de terapeutas ocupacionales, asesores contra el acoso y otros mediadores de las empresas.

Se emplean cuestionarios y entrevistas por teléfono para evaluar el estado de salud de los participantes de 12 a 24 meses después de la primera consulta. Los resultados provisionales sugieren que las condiciones laborales mejoraron en aproximadamente un 60%.

⁶⁹ Hay más información disponible en: <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>

⁷⁰ Knapp M., McDavid, D. y Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Departamento de Salud de Londres.

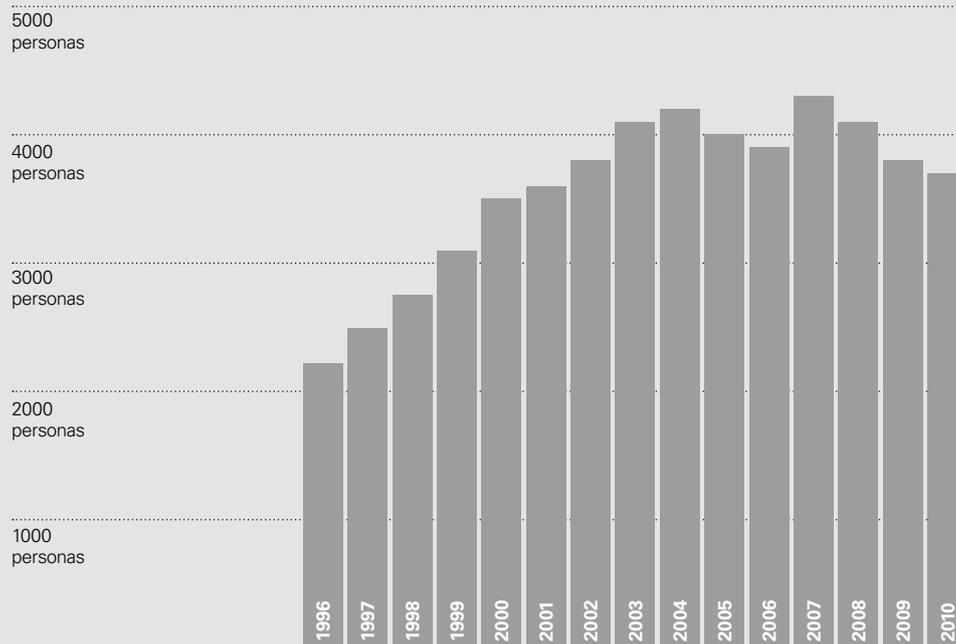


Figura 7: Número de personas que se han transferido de los planes de pensiones de jubilaciones a las pensiones por discapacidad debido a una depresión (Fuente: Centro de pensiones finlandés).

Personas que se recuperan de la depresión

Rehabilitación y vuelta al trabajo

Personas que han enfermado

Detección temprana y tratamiento de la depresión

Grupos de riesgo

Prevención de la depresión

Población en edad de trabajar

Fomento del bienestar y de la salud mental en el trabajo

Figura 8: Proyecto MASTO: Acción y grupos de destino correspondientes.

En general, los trabajadores indicaron mejoras en su situación laboral y su salud mental debido a la concienciación y las medidas tomadas en el lugar de trabajo. Los resultados sugieren que la detección y el diagnóstico tempranos, el apoyo psicoterapéutico individualizado y las acciones dirigidas a mejorar las condiciones laborales pueden ayudar al personal a mejorar su salud física y mental. El apoyo profesional y psicológico centrado en la persona parece ser más efectivo. En cambio, las medidas legales para solucionar problemas en el trabajo no parecen haber tenido tanto éxito.

5.5 Bienestar en práctica: Programa nacional de Finlandia para luchar contra la depresión⁷¹

Para los gobiernos y los responsables políticos de Europa, la gran prevalencia de la depresión y sus síntomas de incapacidad no sólo representan un gran desafío para la salud pública, sino también un considerable (y potencialmente creciente) coste económico. Esta carga económica está dominada por los costes indirectos de la pérdida de productividad debida al absentismo, el presentismo, el desempleo a largo plazo, la jubilación anticipada y la mortalidad prematura.

El lugar de trabajo asume la mayor parte de los costes asociados a la depresión y, por lo tanto, es un escenario importante en el que afrontar la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la depresión. Estas intervenciones pueden ahorrar costes o ser altamente rentables a corto o largo plazo. Por consiguiente, se deberían desarrollar programas que luchen contra la depresión en el lugar de trabajo y que estén respaldados por el gobierno⁷².

En Finlandia, la depresión representa una especial amenaza para la capacidad de trabajo del país, donde más de 200.000 personas tienen depresión cada año y 1 de cada 5 personas sufre depresión durante su vida. Además, la incapacidad laboral debida a la depresión ha aumentado considerablemente desde finales de los 90 (ver Figura 7).

En Finlandia, el número de personas que se jubilan de forma anticipada o que están de baja por enfermedad debido a una depresión ha aumentado considerablemente y, por lo tanto, los costes de la depresión relacionada con el trabajo también han aumentado de forma significativa. Los días de baja por depresión y las pensiones por discapacidad costaron 639 millones de euros en 2010. La seguridad social pagó 79 millones de euros en pensiones por discapacidad, mientras que los costes de las prestaciones por enfermedad sumaron 116 millones de euros⁷³.

Los objetivos del proyecto MASTO (2008-2011), iniciado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia, son reducir la depresión relacionada con el trabajo, así como promover y apoyar prácticas que aumenten el bienestar en el trabajo, el apoyo rápido en la lucha contra los problemas de capacidad laboral, un buen tratamiento y rehabilitación para quienes sufren una depresión relacionada con el trabajo y apoyo para conservar el empleo y volver al trabajo.

Esto se lleva a cabo a través de la participación de diversos sectores administrativos, agentes sociales y el sector terciario. La rehabilitación vocacional, la asignación por enfermedad parcial o las pensiones por discapacidad, y la colaboración entre los lugares de trabajo, la atención sanitaria y los servicios de rehabilitación ofrecen la oportunidad de una vuelta segura al trabajo.

⁷¹ Hay más información disponible en: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto

⁷² Martin Knapp (15/08/2011), LSE, King's College Londres, Instituto de Psiquiatría, NIHR School for Social Care Research, entrevista por correo electrónico con ESN.

⁷³ Esta información se ha recuperado del sitio Web del proyecto MASTO. Disponible en: http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=3013709&name=DLFE-14954.pdf

Conclusiones

Los problemas de salud mental afectan considerablemente a la vida de las personas y de quienes les rodean. Los costes son elevados, no sólo para ellas y sus familias sino también para la comunidad, las empresas y la sociedad. No obstante, la responsabilidad de los servicios de salud mental primarios, comunitarios e intensivos ha estado fragmentada, lo que ha llevado a tensiones y divisiones que dificultan la prestación de servicios. La inversión en servicios de salud mental ha sido baja en comparación con otras áreas de gastos para el bienestar y la salud.

Se han extraído una serie de conclusiones (y mensajes clave) de la labor de ESN en materia de salud mental y de este informe, que han resaltado las preocupaciones de los usuarios de servicios de salud mental y han utilizado los resultados de la investigación, los ejemplos prácticos y la política actual.

El estigma asociado a la salud mental deficiente es un obstáculo para el tratamiento y el apoyo efectivos, la inclusión social y, en definitiva, una mejor calidad de vida. Por consiguiente, se deben tomar medidas para aumentar el conocimiento de los problemas de salud mental y cambiar las percepciones considerando la salud mental como una prioridad dentro de la política. Estas medidas deben ir dirigidas no sólo al público general, sino también a los trabajadores sociales y los profesionales sanitarios, así como a las propias personas con problemas de salud mental.

Se deberían implementar estrategias para luchar contra el estigma, junto con el desarrollo de servicios de salud mental centrados en la persona que se concentran en la recuperación. Por lo tanto, la participación de los usuarios de los servicios en el diseño y la prestación de servicios es fundamental. El compromiso de los servicios sanitarios y sociales y de otros agentes de trabajar en colaboración es esencial para la recuperación en las diferentes áreas de la vida de una persona, incluida su inserción activa en el mercado laboral. Los servicios

de salud mental primarios, comunitarios e intensivos no pueden actuar con eficacia sin un marco legislativo y político que los respalde y una financiación suficiente y sostenible a nivel nacional y regional. El gobierno local puede desempeñar un papel fundamental en la provisión de liderazgo y coordinación, en particular entre la atención sanitaria y social. Dadas todas las dimensiones de la vida de una persona, la recuperación sólo puede tener lugar en la comunidad, no en las instituciones. No sólo se ha sostenido que las estrategias para combatir el estigma y promover la recuperación se deben implementar de forma conjunta, sino que el bienestar mental se puede mejorar para todos, por ejemplo, a través de estrategias de bienestar en el lugar de trabajo. Realmente aquí hay un gran potencial para que los servicios de salud mental apoyen a las empresas locales en la promoción de la salud mental y el bienestar. Los agentes públicos, privados y de voluntariado tienen la responsabilidad de invertir en el bienestar mental para todos.

A nivel europeo, la Dirección General (DG) de Salud y Consumidores de la Comisión presentó el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, que ha recurrido a la experiencia de otros agentes europeos, nacionales, regionales y locales. La investigación, el aumento de concienciación, el intercambio de buenas prácticas y el desarrollo de políticas a nivel de la UE debería seguir añadiendo valor a las medidas tomadas dentro de los Estados Miembros en apoyo a la Estrategia Europa 2020.

Hay muchos profesionales, gestores de servicios, políticos y (antiguos) usuarios de servicios que están totalmente comprometidos con la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y agradecemos la contribución que algunos han hecho a este informe. Aún se puede hacer mucho y ESN se compromete a trabajar con sus miembros y otros agentes para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y promover el bienestar mental de todos.

Glosario

Inserción en el mercado laboral

Concepto de política desarrollado por la Comisión Europea, que tiene tres componentes: (1) apoyo financiero suficiente; (2) mercados laborales integradores; (3) acceso a servicios de calidad. En 2008, la Comisión publicó una "Recomendación" a los Estados Miembros que constaba de directrices normativas para el desarrollo de políticas de inserción activa⁷⁴.

Atención basada en la comunidad

Cualquier tipo de atención, supervisión y rehabilitación fuera del hospital por parte de trabajadores sociales y sanitarios dentro de la comunidad (OMS: Atlas, 2001). La atención comunitaria está asociada a la prestación de servicios y atención en el domicilio, en lugar de en una institución⁷⁵.

Discapacidad

Restricción o carencia (derivada de una deficiencia) de capacidad para realizar una actividad de un modo o dentro del rango considerado normal para un ser humano⁷⁶.

Discriminación

La Directiva 2000/78/EC de la UE, de 27 de noviembre de 2000, que establece un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, determina un marco general para combatir la discriminación por razones de religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual en lo relativo a empleo y ocupación. Los Estados Miembros tuvieron que adoptar las leyes, normativas y disposiciones administrativas necesarias para cumplir la Directiva antes del 2 de diciembre de 2003.

1. A efectos de esta Directiva, el "principio de igualdad de trato" debería significar que no hay discriminación directa o indirecta de ningún tipo por alguno de los motivos contemplados en el artículo 1.
2. A efectos del párrafo 1:
 - (a) existirá discriminación directa cuando una persona sea, haya sido o pudiera ser

tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por alguno de los motivos contemplados en el artículo 1;

- (b) existirá discriminación directa cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúen a personas de una determinada religión, determinadas convicciones, una determinada discapacidad, una determinada edad o una determinada orientación sexual en desventaja con respecto a otras personas.

Europa 2020

Estrategia general de la Unión Europea para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador durante los próximos diez años. Hay siete "iniciativas emblemáticas" relativas a un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. La Unión Europea ha acordado cinco objetivos en materia de empleo, investigación y desarrollo, cambio climático y energía, educación, pobreza y exclusión social. Los Estados Miembros de la Unión Europea informan de los avances y el desarrollo de las políticas anualmente, y la Comisión realiza recomendaciones específicas por país y revisiones del progreso global⁷⁷.

Salud mental

Medición del modo de pensar, sentir y actuar de las personas, las organizaciones y las comunidades de forma individual y colectiva. Las sociedades obtienen beneficios sociales y económicos cuando las personas tienen una buena salud⁷⁸.

Servicios de salud mental⁷⁹

Las condiciones de salud mental pueden afectar a los diferentes aspectos de la vida de una persona, como la vivienda, el empleo, las relaciones y el bienestar físico. Los profesionales de la salud mental trabajan en contextos de atención primaria y social (tratando afecciones emocionales o psicológicas), y en servicios de salud mental especializados (tratando trastornos graves) Pueden ser médicos generales, orientadores, enfermeros de salud mental comunitarios, psicólogos clínicos, psiquiatras, psicoterapeutas y

⁷⁴ Recomendación de la Comisión Europea del 3 de octubre de 2008 relativa a la inserción activa de personas excluidas del mercado laboral (notificada con el n.º de documento C(2008) 5737). Disponible en Internet en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:EN:NOT>

⁷⁵ OMS (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

⁷⁶ OMS (1980) Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

⁷⁷ Comisión Europea (2010) Estrategia Europa 2020, Comunidades Europeas. Más información en: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

⁷⁸ Corey L. y Keyes M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, no. 2.

⁷⁹ Parte de la información utilizada para escribir esta definición se ha extraído de: <http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/encyclopaedia/m/article/mentalhealthservices>

trabajadores sociales. En el pasado, ha habido distinción entre la atención primaria "de primera línea" para trastornos mentales (médicos generales y enfermeros de salud mental comunitarios) y servicios más especializados (psiquiatras o psicólogos clínicos). A pesar de las diferencias en la organización de servicios en Europa, parece que ha habido un cambio generalizado hacia la prestación de algunos servicios especializados en entornos comunitarios, como centros de día o los domicilios de las personas.

Personalización

Permitir al individuo solo o en grupos encontrar soluciones adecuadas para ellos y participar en la prestación de un servicio. Además de ser beneficiarios de servicios, los ciudadanos pueden intervenir en la selección y el desarrollo de los servicios recibidos⁸⁰.

Pobreza

La Comisión Europea define estar "en riesgo de pobreza" como vivir en una unidad familiar cuyos ingresos estén por debajo del 60% de la media de ingresos por unidad familiar de su país. Según estos datos, 80 millones de personas en la UE (o el 16% de la población) están actualmente en riesgo de pobreza⁸¹.

Presentismo

El presentismo se define como la pérdida de productividad que se produce cuando los empleados acuden a su puesto de trabajo pero su rendimiento es inferior a lo normal debido a algún tipo de enfermedad. Mientras los costes asociados al absentismo se han estudiado durante mucho tiempo, el estudio de los costes del presentismo es reciente⁸².

Recuperación

Proceso único y profundamente personal de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o funciones. Permite tener una vida satisfactoria, esperanzadora y productiva incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. Conlleva el desarrollo de un nuevo significado y una nueva finalidad en la vida de la persona a medida que se desarrolla por encima de los efectos devastadores de la enfermedad mental⁸³.

La recuperación puede ser social o total. En la recuperación social, la persona sigue mostrando

señales y síntomas clínicos, pero éstos no le impiden participar en la vida en sociedad. En la recuperación total, ya no muestra ningún síntoma ni sigue ligado a ningún tipo de tratamiento psiquiátrico⁸⁴. Para los usuarios de servicios, la recuperación es una experiencia vivida, mientras que para los profesionales es el proceso que guía su trabajo.

Exclusión social

Rechazo de los derechos sociales, políticos y civiles de los ciudadanos o incapacidad de grupos de individuos para participar en el funcionamiento político, económico y social básico de la sociedad⁸⁵.

Estigma

Conjunto de creencias, actitudes o comportamientos negativos que influyen en un individuo o grupo con el fin de temer, evitar o discriminar a las personas con determinadas características.

El estigma puede tener un doble efecto: estigma público (la reacción que la población en general tiene hacia las personas con problemas de salud mental) y estigma propio (el prejuicio que las personas con problemas de salud mental tienen hacia ellas mismas)⁸⁶.

⁸⁰ Gobierno escocés (2009) Changing Lives, Service Development Group. Disponible en línea en: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>

⁸¹ Iniciativa Europe 2020: Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=en>

⁸² Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Disponible en línea en: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>

⁸³ William Anthony, Director del Boston Center for Psychiatric Rehabilitation. Disponible en: <http://www.mhrecovery.com/definition.htm>

⁸⁴ Recovery DK, What does recovery mean? Disponible en: <http://www.recovery.dk.dk/>

⁸⁵ Silver H. (1994) Exclusión Social y Solidaridad Social: tres paradigmas. Instituto Internacional de Estudios Laborales Documento n.º 69.

⁸⁶ Corrigan PW, y Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Bibliografía

- Ahonen G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Economic impact of working ability') en Martimo, K-P. et al. (Eds) *Työstä terveyttä (Health at work)*, Työterveyslaitos (Instituto finés de terapia ocupacional), 36-46.
- Boardman J., Grove B., Perkins R. and Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.
- Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.
- Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. and Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services*. 52, 313-322.
- Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. and Bebout R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.
- Brown S., Kim M., Mitchell C. and Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.
- Central Statistical Office of Poland (2010) Labour Force Survey en Poland, III Quarter 2009. Disponible en: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_ls_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf
- Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, *American Journal of Health Promotion* 19(6), 1-11.
- Corey L. and Keyes, M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior* 43, 207-222.
- Corrigan P.W., Markowitz F.E. and Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.
- Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.
- Council of the European Union (2000) Council Directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, Official Journal L 303, 02/12/2000 P. 0016-0022.
- Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.
- Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. and Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.
- European Commission (2009) Green Paper on the European Workforce for Health. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm
- European Commission (2008) Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (2008/867/EC). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:EN:PDF>
- European Communities (2008) European Pact for Mental Health and Wellbeing. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental_docs/pact_en.pdf
- Farkas M., Interview conducted by Lise Jul Pedersen, Danish users' movement. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. Esta entrevista es parte de un DVD proporcionado con fines formativos al personal de los servicios sociales del municipio de Aarhus, Dinamarca.
- Grammenos S. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003) Illness, disability and social inclusion, Luxembourg: European Communities. Disponible en: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>
- Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. and Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.
- Jackson Y., Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. and Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.
- Knapp M., McDaid D. and Parsonage M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.
- Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Disponible en: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>
- Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. and Rayner M. (2006) *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union*, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.
- Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin, J.M., Kilian, R., Hansen, K. and Toumi, M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.
- McDaid D. (2011) Background document for the Thematic Conference on Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces, Luxembourg: European Communities.
- McDaid D., Zechmeister I., Kilian R. Medeiros H., Knapp M., Kennelly B. and the MHEEN Group (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, LSE PSSRU.

- Perkins R. and Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin* 26, 295-298.
- O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDauid D., Salize H.J., Daumerie N. and Caria A. (2010) Background document for the Thematic Conference on Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being, Luxembourg: European Communities.
- Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf
- Sayce L. and Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe in *Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sobocki P., Jönsson B., Angst J. and Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.
- Special Eurobarometer (2010) 345/ Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.
- Topor A. (2002) Vendepunkter ('Turning points'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centro de conocimiento en psiquiatría social), 1. Udgave (Primera edición).
- Topor A. (2004) Fra patient til person ("De paciente a persona"), Akademisk Forlag (Academic Publishers), 1. Udgave (Primera edición).
- UN General Assembly, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2007) Resolution adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106. Disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>
- Vanderplasschen W. (2004) The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.
- Wilken J. P. and Hollander D. (2005) Rehabilitation and Recovery: a comprehensive Approach, SWP Publishers Amsterdam.
- WHO (2005) End human rights violations against people with mental health disorders. Geneva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>
- Fuentes en Internet**
- British Telecom's "Workfit Positive Mentality" Programme <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>
- Condition Management Programme (CMP), UK: http://library.nhsggc.org.uk/mediaAssets/Leaflets/nhsggc/leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf
- Equality and Human Rights Commission, UK: <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>
- International Community for Hearing Voices. Disponible en: <http://www.intervoiceline.org/>
- Masto project, Finland: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto
- Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Disponible en: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>
- National Programme for training and improved employment of people with permanent disabilities, Bulgaria: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>
- PROTECT project, Ireland: <http://www.hse.ie>
- WRAP project, Ireland: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap>
- Documentación adicional**
- Department of Health (2011) Making it happen A guide to delivering mental health promotion, Department of Health publications.
- Dornan et al. (2010) The Wellness Imperative Creating More Effective Organizations, WEF.
- European Commission (2004) The state of Mental Health in the European Union, European Communities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf
- European Commission (2010) Europe 2020 Strategy, European Communities. Información disponible en: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm
- European Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (notified under document number C(2008) 5737). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:EN:NOT>
- Knapp et al. (2008) Economics, mental health and policy: An overview, PSSRU, LSE.
- Link G. Bruce and Phelan C. Jo (2001) Conceptualizing Stigma, *Annual Review of Sociology* 27, 363-385.
- Local Government Improvement and Development (2010) The role of local government in promoting wellbeing, Local Government Group.
- McDauid (2008) Mental Health in Workplace Settings Consensus paper, Luxembourg: European Communities.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Business case: Promoting Mental Wellbeing at work, Nice public health guidance.
- Perkins R., Farmer P. and Litchfield P. (2009) Realising ambitions: Better employment support for people with a mental health condition A review to Government, Department for Work and Pensions.
- Scottish Government (2009) Changing Lives, Service Development Group. Disponible en: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>
- Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.
- WHO (2011) Impact of economic crises on mental health, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. World Health Organisation, Geneva.
- WHO (1980) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). World Health Organisation, Geneva.
- Créditos fotográficos**
- Fotos en páginas 9, 11, 14, 19 y portada © PA/John Birdsall

www.esn-eu.org

Este informe pretende compartir los conocimientos y la formación del grupo de trabajo de ESN sobre salud mental y del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. Engloba diversas cuestiones relacionadas con el estigma, los servicios centrados en la persona y la recuperación; la participación en el mercado laboral y la promoción de la salud mental. También pretende aumentar la concienciación del impacto social y económico de una salud mental deficiente con vistas a la Estrategia Europa 2020.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
Reino Unido

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org