

INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES PSÍQUICAS DE CARÁCTER PERSISTENTE

- 1. Perspectiva actual**
- 2. Vuelta al trabajo y prevención de riesgos laborales**
- 3. El modelo IPS**
- 4. Conclusiones y aplicaciones a diferentes contextos**

I. PERSPECTIVA ACTUAL

La en Info

EL PAÍS

NEGOCIOS

MERCADOS MIS FINANZAS VIVIENDA FORMACIÓN MIS DERECHOS NEGOCIOS CINCO DÍAS RETINA ÚLTIMAS NOTICIAS

TRABAJO > 3. Poblac con la ac

La pa con la ac traba

Luchar co empresas

TOTAL

TIPO DE DE

Sistema osteo

Sistema neuro

Sistemas card y respiratorio

Sistemas dige

Otros ⁽²⁾

Intelectual

Trastorno mer

Sistema visual

Sistema auditivo

No consta ⁽³⁾

GRADO DE DISCAPACIDAD

Grado 33% a 44%

Grado 45% a 64%

Grado 65% a 74%

Grado 75% y más

No consta ⁽³⁾

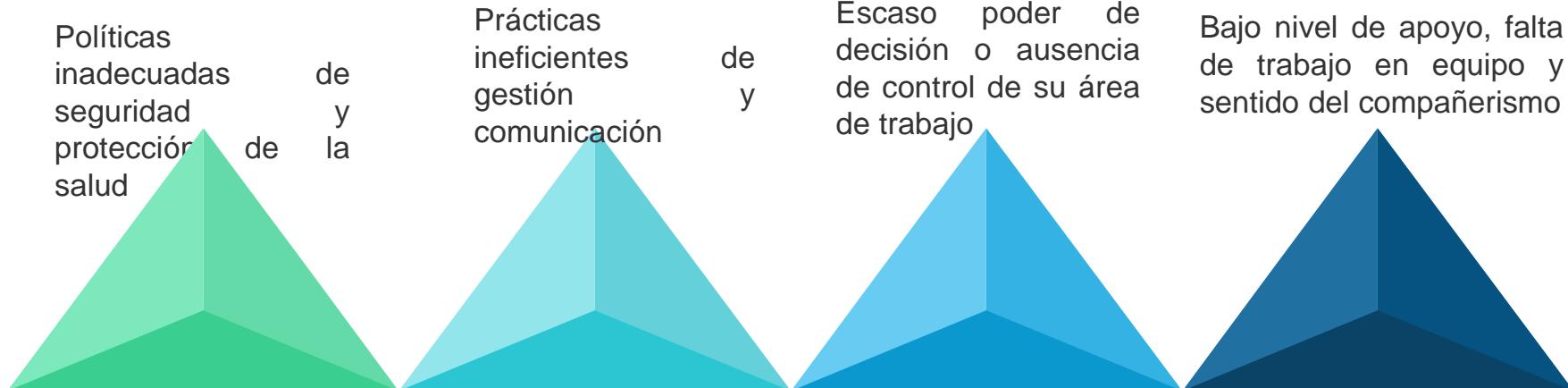
SCRÍBETE

Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS

(1) Son las personas con un grado de discapacidad superior o igual al 33% y asimilados (según el RD Legislativo 1/2013).

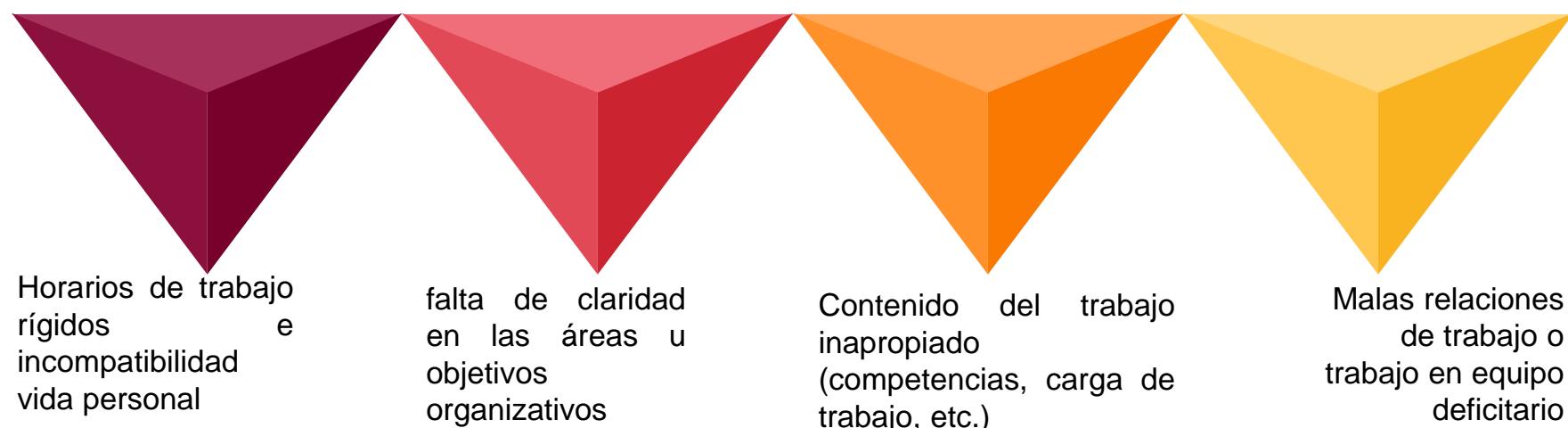
- https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
 - <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>
 - <https://www.time-to-change.org.uk/about-us>
 - https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/video/institutional-videos/WCMS_757499/lang--es/index.htm
 - <https://elpais.com/economia/2021-02-25/la-pandemia-silenciosa-la-salud-mental-de-los-trabajadores-empeora-a-gran-velocidad.html>

RIESGOS PSICOSOCIALES



RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES

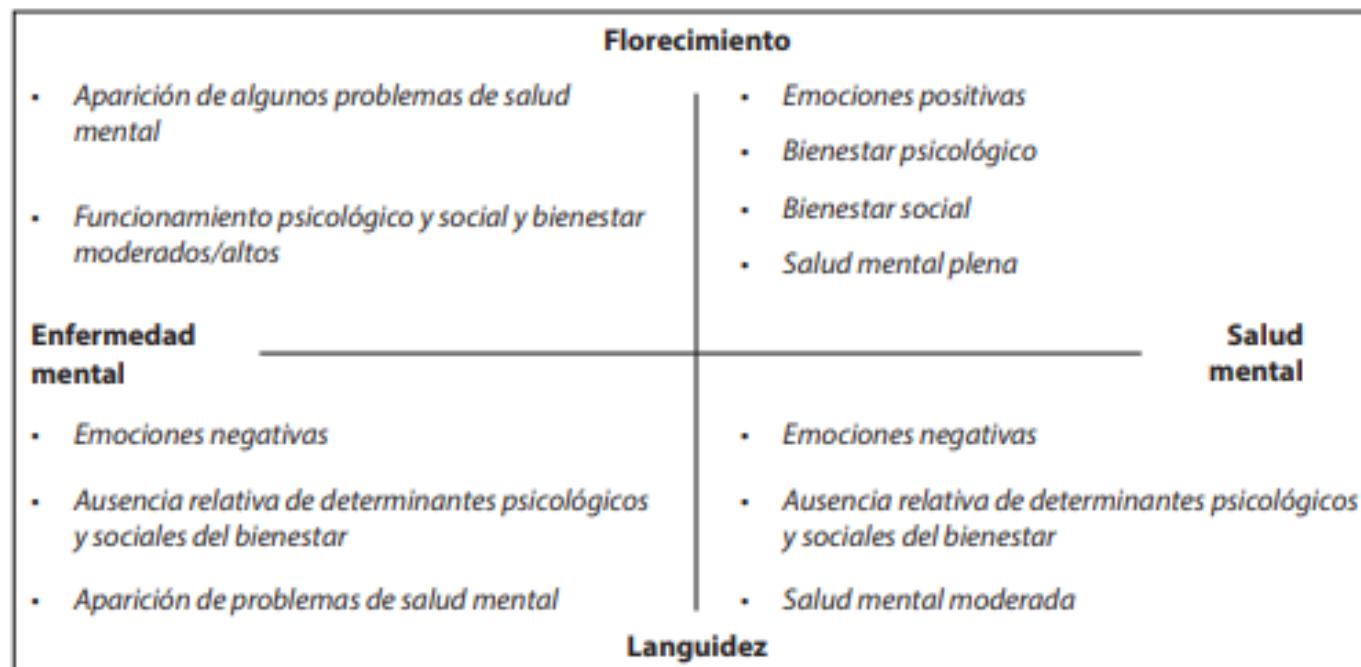
Interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal y las facilidades que se ofrecen a éste para realizar su trabajo.



RIESGOS PSICOSOCIALES

Fuente del riesgo	Factor de riesgo
Factores personales y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Genética • Experiencias personales • Sucesos vitales

Figura 1: El ciclo de la salud mental (1)



(1) Adaptado de Keyes, 2002. Keyes, C.: *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*, Journal of Health and Social Behaviour, 43, 2002, pp. 207-222.

- Bienestar
- Salud y seguridad en el trabajo

(1) Adaptado de Op De Beeck, R., y Van Den Broek, K. y De Meyer, S. (2009). En Haratau, T. y Wynne, R. (eds.): *Workplace health promotion: Definitions, methods and techniques*. Romtens Foundation, Bucarest.

MITOS MÁS COMUNES

No pueden trabajar, son débiles y no soportan el estrés

No se recuperan.

Son trabajadores/as de segunda fila

Son violentos/as, impredecibles

No pueden llevar a cabo una vida normal

Desconfianza

Miedo y sensación de peligro

Sentimiento de culpabilidad

Difícil comunicación

Evitación

El trabajo supone mucho más que una remuneración económica, afectando positivamente a diversas áreas de la vida de la persona, aportando:

- Estructura temporal (la falta de una estructura que organice los horarios puede suponer una importante carga psicológica).
- Contacto social (proporciona un contexto social fuera de la familia).
- Identidad social (el trabajo es un elemento importante para definirse uno mismo).
- Actividad regular (estructura la vida diaria de la persona).
- Autoestima al sentirse útil a la sociedad y poder hacerse cargo de su sustento.

El bienestar psicológico de las personas trabajadoras es clave para la empresa: cada vez más compañías son conscientes de que la productividad de las personas está relacionada con su salud y bienestar. Si no lo aborda por su personal, ¡hágalo por su empresa!

2. VUELTA AL TRABAJO Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

BARRERAS Y FACILITADORES DE LA VUELTA AL TRABAJO

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS PERSONAS AFECTADAS

Característica del ambiente de trabajo, a menudo autoimpuesto, alto sentido de responsabilidad

Falta de habilidades de autoevaluación, necesidad de adquirir conciencia de sí mismo y aprender a establecer límites.

Los problemas de salud mental como consecuencias, no como causa

Los/Las trabajadores/as no se sintieron escuchados por su jefe/a.

Cuánta más larga la baja, más necesidad de apoyo

Insatisfacción con el contenido del trabajo

La alta carga de trabajo percibida fue la principal causa de baja por enfermedad

Papel crucial de la autoevaluación en el retorno al trabajo

Las condiciones de salud mental no se consideraron como el origen de la baja

La importancia de un referente de apoyo para una vuelta exitosa

La capacidad de recuperar el control

La importancia de un trabajo valioso

BARRERAS Y FACILITADORES DE LA VUELTA AL TRABAJO

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE PROFESIONALES

Si un/a trabajador/a no está motivado/a para regresar es una barrera importante y debe discutirse.

Necesidad de ajustes en función del tipo de trabajo.

Tener en cuenta el entorno y las relaciones de la persona con sus compañeros/as, jefes, etc.

Adaptar el apoyo a las necesidades y preferencias de la persona.

La coordinación y continuidad asistencial son esenciales

Motivación de los trabajadores para regresar versus emociones, cogniciones y estrategias de afrontamiento

El tipo de trabajo al que uno/a regresa

Un entorno de trabajo seguro, acogedor y libre de estigmas

Un enfoque personalizado para el apoyo al regreso al trabajo

Colaboración entre profesionales (sanitarios)

MANTENIMIENTO Y VUELTA AL TRABAJO: *PROCESO DE INTERVENCIÓN*



**AVEDIS
DONABEDIAN**
INSTITUT UNIVERSITARI-UAB



Solé Gómez, MD "Vuelta al trabajo: El papel de los servicios de prevención ". Seguridad y Salud en el Trabajo (2016), 88:29-35pp

ADAPTACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO



FLEXIBILIDAD

Horarios de entrada y salida variables, retorno gradual al trabajo, pausas frecuentes, teletrabajo, trabajo a tiempo parcial, adaptación de las funciones / responsabilidades del trabajador, más tiempo para aprender o realizar sus tareas,



APOYO

Asistencia tecnológica para organizar las tareas diarias, instrucciones por escrito, diagramas, persona de referencia, etc.



ENTORNO

Elementos para evitar distracciones y favorecer la concentración como reducir el ruido, colocar barreras visuales, particiones, dividir una tarea compleja en diferentes tareas más simples, control del ritmo de trabajo,

- Salud Mental y empleo - Día Mundial de la Salud Mental 2017. Campaña “Trabajar sin máscaras. Emplear sin barreras”: <https://youtu.be/H5B4DBESpCg>

ADAPTACIONES DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

PROCESO PARA LA IDENTIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE AJUSTES

Descripción de las tareas que realiza y forma (frecuencia, duración, entorno, etc.).

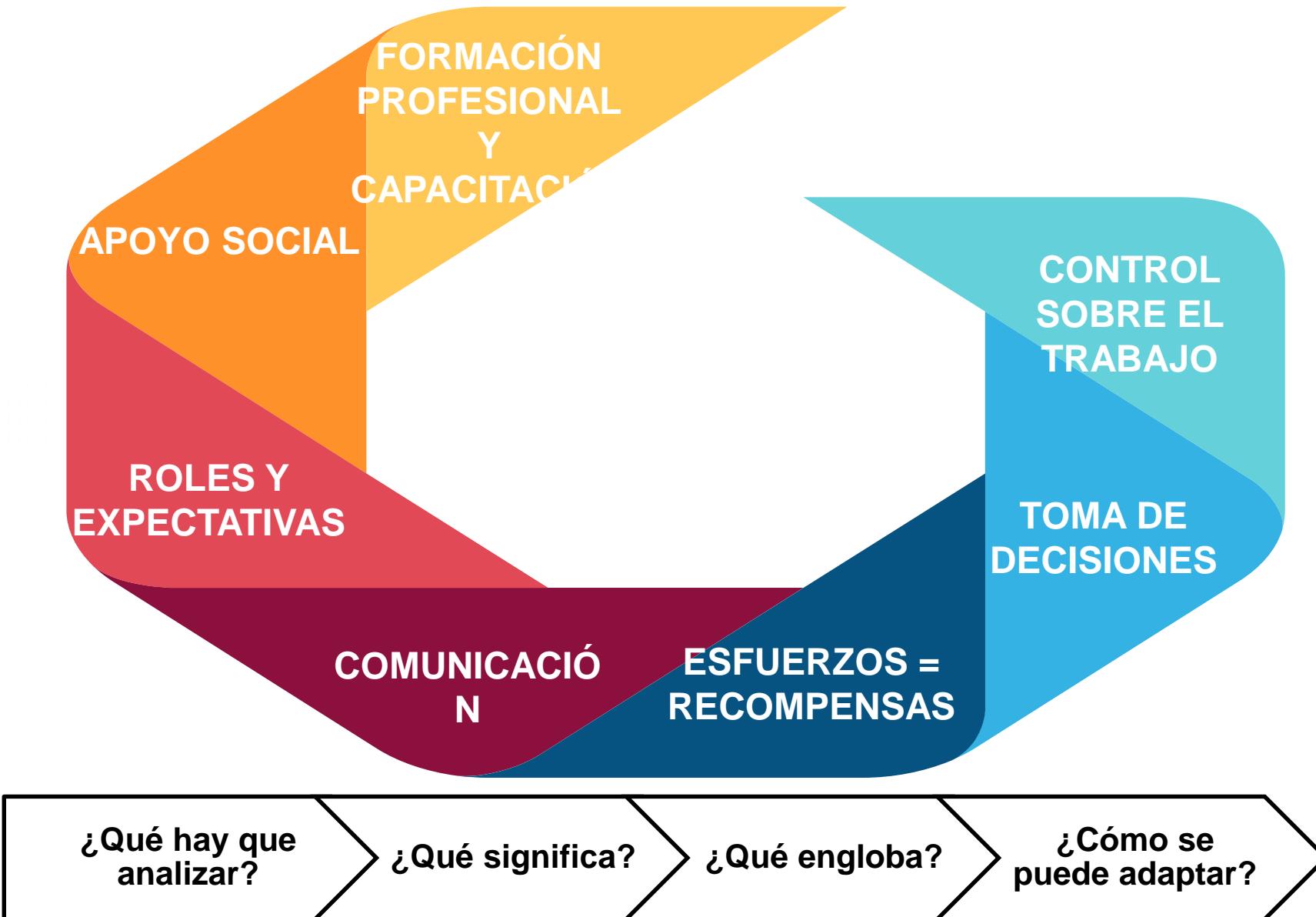
Evaluación de las capacidades del trabajador y de las posibles interferencias del tratamiento o trastorno para llevar las a cabo.

Identificación CON el/la trabajador/a de los ajustes necesarios y razonables para conseguir mejorar su eficiencia.

Consenso sobre las tareas/contenidos/organización del trabajo

Seguimiento y reajuste, al cabo de un tiempo.

EMPRESA SALUDABLE



3. EL MODELO IPS

¿QUÉ ES IPS?

IPS (*Individual Placement and Support*) es un tipo específico de empleo con apoyo, que se ha demostrado efectivo para la inserción laboral de personas con trastorno mental severo (*Evidence Base Practice*)

Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice

Gary R. Bond, Ph.D.

Deborah R. Becker, M.Ed.

Robert E. Drake, M.D., Ph.D.

Charles A. Rapp, Ph.D.

Neil Meisler, M.S.W.

Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

Morris D. Bell, Ph.D.

Crystal R. Blyler, Ph.D.

2001
Dedicated to
Evidence-
Based
Psychiatry

Supported employment for people with severe mental illness is an evidence-based practice, based on converging findings from eight randomized controlled trials and three quasi-experimental studies. The critical ingredients of supported employment have been well described, and a fidelity scale differentiates supported employment programs from other types of vocational services. The effectiveness of supported employment appears to be generalizable across a broad range of client

specific evidence-based practices for persons with severe mental illness, we discuss supported employment, a recent approach to vocational rehabilitation that has proved to be consistently more effective than traditional approaches. Our goals are to familiar-



37. Doing what works

- Individual placement and support into employment



Summary

People who experience severe and enduring mental health problems have one of the lowest employment rates in the UK. Yet the vast majority want to work, and with the right support many people can.

We know from international experience and research how to offer effective support to enable people with mental health problems to work. Large numbers of people have, and can be supported to secure and maintain paid competitive employment through Individual Placement and Support (IPS).

Individual Placement and Support has seven key principles, each of which is needed for the service to work well. They include focusing on paid employment as an individual's choice, not sheltered work or lengthy job preparations, and support that continues once the person

gets a job and that is provided together with clinical care and welfare benefits advice. The service should be individual to a person's needs and wishes, offer rapid placement in work, and provide ongoing support for as long as it is needed.

Evidence about the benefits of IPS has been collected in response to the aspirations and the rights of people with mental health problems to receive high-quality evidence-based supported employment services. It is clear that IPS is effective and should be available to all who can benefit from it. It is increasingly being used as an integral part of recovery and of treatment for mental ill health. This briefing outlines the evidence base for IPS and provides information on how to 'do what works'.

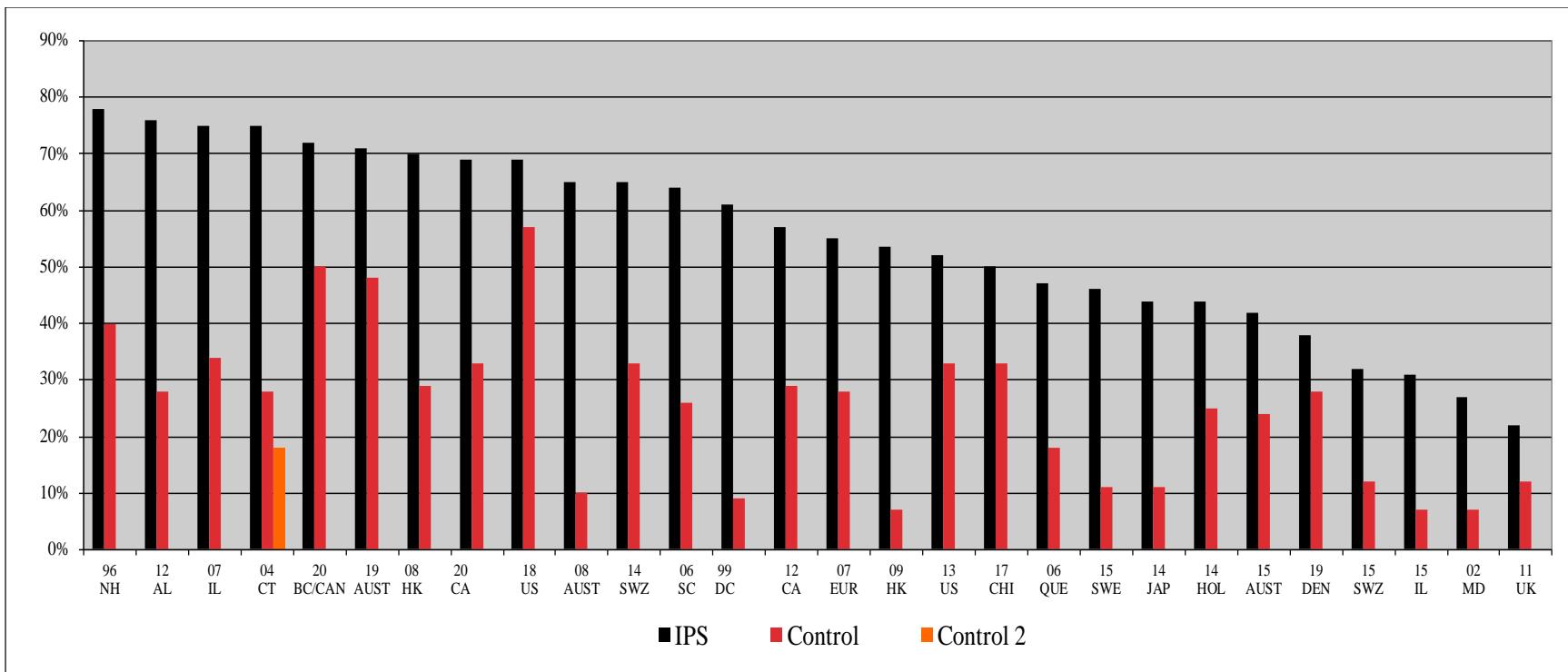
UN POCO DE HISTORIA

- El modelo lo desarrollan Déborah Becker Robert Drake
- 2001 comienzan una Comunidad de Aprendizaje con 2 centros donde implementaban una metodología nueva.
- Primeras investigaciones
- 1997 Primera versión de la Escala de Fidelidad al Modelo IPS 15 ítems
- 2008 Versión revisada con 25 ítems
- Actualmente: nuevos grupos poblacionales y crecimiento en EEUU y EUROPA...



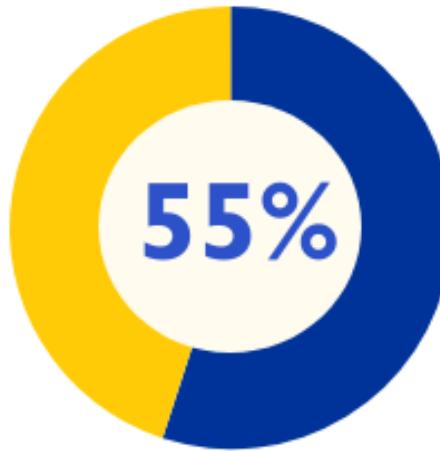
¿QUÉ ES UNA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?

Es una intervención basada en investigación rigurosa. En este caso se revisan **28 ensayos controlados aleatorizados** (RCT) realizados con personas con trastorno mental severo en el que sólo se incluyen centros o programas que son evaluados con la escala de Fidelidad.



¿QUÉ ES IPS?

Las personas con trastorno mental grave tienen el **doble de probabilidades de conseguir un trabajo con IPS** que con otras metodologías.



De las personas que participan en Programas IPS, OBTUVIERON UN EMPLEO, frente al 25% de los grupos control

28
Ensayos controlados aleatorizados a nivel mundial.

6468
Personas participaron de estos estudios

+130
Publicaciones sobre IPS

Retención del empleo: IPS 25 semanas Vs. Control (10 semanas)

DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: EN INTERNACIONAL



Impacto a largo plazo³

- **44% de las personas trabajó más** de 2,5 de los 5 años estudiados, frente al 11% del grupo control.
- **37% siguió trabajando 5 años después**, frente al 9% del grupo control.

Más horas trabajadas y mayor salario^{3, 4}

- **25% más de semanas trabajadas**
- **3 veces más de ingresos por horas**
- **15 % más de horas trabajadas** frente al grupo control
- **33% menos de días para encontrar el primer empleo**

Menos admisiones y días de hospitalización³

- Las personas participantes en IPS tuvieron una **media de 0,4 (DS: 0,9) admisiones en comparación con el 1,1 (DS: 2,1)** de las personas de otros programas.
- La **media de días hospitalizados fue de 38,6 (DS 83,4)** frente al 96,8 (DS 178,9)

Menos coste y mayor efectividad^{3, 5, 6}

- Por cada dólar invertido en IPS el **retorno de la inversión es de 0,44** en comparación con el 0,13 de otras prácticas.
- Estudios de coste-beneficio muestran **IPS más rentable que otros modelos alternativos.**
- Los estudios de rentabilidad muestran una relación **coste-beneficio de 1,41-1,59 para IPS**

1 Brinchmann et al., 2020; Drake, Bond, Goldman, Hogan, & Karakus, 2016

2 Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund, & Rinaldi, 2015; Bond, Kim, et al., 2015; Bond, Salyers, et al., 2007; Burns et al., 2007; Davis et al., 2018; Davis et al., 2012; Drake et al., 2013; Drake et al., 1999; Drake, McHugo, Becker, Anthony, & Clark, 1996; Erickson, Roes, Digiacomo, & Burns, 2020; P.B. Gold et al., 2006; Heslin et al., 2011; Hoffmann, Jäckel, Glauser, Mueser, & Kupper, 2014; Killackey, Jackson, & McGorry, 2008; Latimer et al., 2006; Lehman et al., 2002; Michon et al., 2014; Mueser et al., 2004; Nuechterlein et al., 2020; Oshima, Sono, Bond, Nishio, & Ito, 2014; Tsang, Chan, Wong, & Liberman, 2009; Twamley et al., 2012; Viering et al., 2015; Vaghorn, Dias, Gladman, Harris, & Saha, 2014; Wong et al., 2008; Zhang et al., 2017

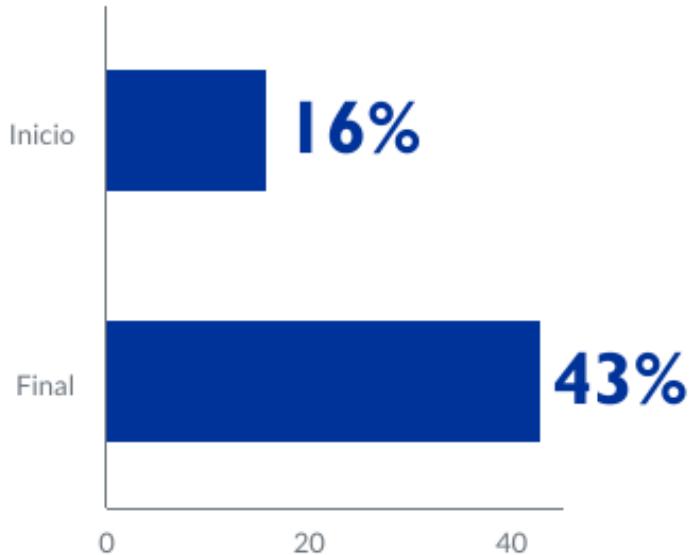
3 Hoffmann et al, Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 171:11, November 2014

4 Bond, Drake, & Becker, 2020; Bond, Campbell, & Drake, 2012

5 Knapp et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites World psychiatry 2013 Feb, 12 (1). pp. 60-68

6 RAND Europe y un informe de Public Health England

4. IPS En Cataluña



PROYECTO PILOTO



El porcentaje de personas participantes que obtuvieron un empleo casi se triplicó en 4 años de proyecto



IMPACTO Y OTROS RESULTADOS

El **trabajo** puede contribuir a:

- Mejora de autoestima, calidad de vida, control de los síntomas, menor consumo de recursos sanitarios y de tipo social.
- Reduce el aislamiento social, el consumo de sustancias
- La recuperación, además puede prevenir la entrada en el sistema de discapacidad (*Disability trap*)

Las **ventajas en del trabajo con relación a la salud** y bienestar de las personas tienen que ver con:

- Supervisión de buena calidad
- Ambiente / entorno positivo
- Trabajar tiene beneficios aunque sea pocas horas

La **pérdida del empleo** tiene un impacto negativo:

- En la autoestima, aislamiento social, puede llevar a depresión, suicidio, abuso de sustancias.
- Con impacto a corto y largo plazo.
- La vuelta al trabajo se dificulta a lo largo del tiempo (especialmente para las mujeres)

¿EN QUÉ CONSISTE?

Principios de la metodología IPS:

1. **No se utilizan criterios de exclusión.** Todas las personas que expresen su deseo de trabajar pueden participar en el programa IPS.
2. El objetivo es el mercado de trabajo **competitivo/ordinario**.
3. **Integración** de tratamiento y proceso de inserción laboral. **Equipos integrados de profesionales de atención en salud mental y de inserción laboral** y tienen objetivos comunes.
4. **Apoyo y orientación personalizada** sobre prestaciones y beneficios sociales (bonificaciones, ayudas, etc.).
5. **La búsqueda de trabajo comienza rápido**, después de que la persona expresa su interés en buscar trabajo.
6. **Seguimiento y apoyo es individualizado y de duración ilimitada**.
7. Atención a las personas basada en sus preferencias, necesidades y prioridades de las personas.
8. **Se construyen relaciones con las empresas**:



1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 0

Todas las personas que expresen **su deseo de trabajar** pueden participar en el programa IPS.

- Esto es porque no se puede predecir el éxito en la inserción. Los únicos indicadores de éxito han sido: la experiencia laboral previa y el interés por trabajar (Motivación!)
- Mucha personas han tenido éxito a pesar de sus síntomas, del consumo de drogas, etc. ya que el éxito en la inserción no se asocia en exclusiva con ninguna de estas variables.
- La motivación, autoestima y eficacia personal aumentan cuando hay una experiencia laboral exitosa, mejorando el funcionamiento global.

Bond et al. 2001

Sainsbury Center for Mental health 2009

Drake & Bond 2008

Grove & Membrey 2005

Giugiaro 2011

1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 0

Por tanto, las personas no se deben excluir a pesar de:

- Antecedentes penales
- Síntomas de la enfermedad o historia de hospitalización
- Decisiones del tratamiento
- Imagen personal
- Citas a las que no acude
- Consumo de alcohol u otras sustancias
- Déficits cognitivos
- Funcionamiento social
- Problemas de vivienda
- Historia laboral

2. EL OBJETIVO ES EL EMPLEO ORDINARIO

- Puesto de trabajo disponible para cualquier persona. Entorno normalizado. Implica los mismos ingresos que otras personas en el mismo puesto de trabajo.
- Se incluyen trabajadores/as por cuenta propia.
- A los trabajadores/as les paga directamente la empresa que los contrata.
- No puestos de trabajo creados especialmente para personas con discapacidad o exclusión social (trabajo protegido).

3. SERVICIOS INTEGRADOS: SALUD MENTAL E INSERCIÓN LABORAL

- **Integración de tratamiento y proceso de inserción laboral.** Estrecha colaboración entre el equipo de profesionales de inserción laboral y el de atención en salud mental en el ámbito **comunitario**. Tratamiento clínico y búsqueda ocurren simultáneamente por ello **los equipos tienen objetivos compartidos**.
- Los/Las insertores/as asisten a las reuniones con el equipo de salud mental, para hablar de los casos derivados y de aquellos a los que **aún no han derivado**.
- Los equipos de salud mental pueden incluir: gestores de caso, psiquiatras, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, personal de pisos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales...
- Se focaliza más en fortalezas y recuperación. Se **unifican objetivos del tratamiento**. Cada profesional participa del plan de empleo desde su área de conocimiento.



4. ASESORAMIENTO PERSONALIZADO SOBRE PRESTACIONES Y AYUDAS SOCIALES

- Oportunidad de asesoramiento personalizado sobre cómo afectará su situación global (prestaciones, vivienda, otro beneficios...) el hecho de comenzar a percibir un ingreso por trabajo, o aumentar la cantidad de horas de trabajo. Para tomar decisiones, saber cuándo sus beneficios se reducirán o finalizarán...
- El asesoramiento debe realizarlo una persona formada y actualizada permanentemente.
- Conocer deducciones y tener información sobre obligaciones fiscales. También para realizar declaraciones, según necesidades.



5. BÚSQUEDA RÁPIDA

- No es necesario pasar por actividades prelaborales, ni formativas previas al comienzo de la búsqueda de empleo (Modelo *“place-train”*).
 - La búsqueda activa de trabajo comienza a los 30 días como máximo, desde que entra al servicio de inserción.
 - Puede que haya personas que necesiten más tiempo para saber qué tipo de trabajo quieren realizar, pero no la mayoría.
 - Esto implica creer en las capacidades que tiene la persona para el trabajo.
 - ¡Motivación!



6. SEGUIMIENTO Y APOYO INDIVIDUALIZADO Y DE DURACIÓN ILIMITADA

Apoyo individualizado según:

- Preferencias
- Trabajo
- Historia laboral (dificultades, fortalezas en el pasado)
- Característica de la enfermedad mental
- Fortalezas personales
- El tipo y la intensidad de los apoyos varían en cada persona, evolucionan con el tiempo.
- A lo largo de 1 año, se espera que ya no sea necesario, pero si la persona lo necesita, se continúa ofreciendo.
- El apoyo se comparte con el servicio de salud mental, apoyos naturales del entorno comunitario y de la persona.

7. LAS PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS SON RESPETADAS

Insertores/as valoran las preferencias de las personas en el proceso, priorizan lo que es más importante para cada uno, y la motivan.

- Tipo de trabajo, horario, lugar, entorno, supervisión, etc.
- Cuando las preferencias no se correlacionan con habilidades, perfil o experiencia, los/las insertores/as ayudan a pensar por qué esas preferencias son importantes.
- También sobre si prefiere desvelar o no la enfermedad a la empresa. Esto determina el tipo de apoyo que recibirá.
- Si le interesa incluir a su familia o no, y si se incluye, ver cómo se hace.



8. CREAR RELACIONES CON LAS EMPRESAS

- Las empresas también son clientes del servicio de inserción.
- Se intenta conocer sus necesidades a través de reuniones.
- Insertor@s dedican bastante tiempo a construir relaciones con las empresas.
- Si la persona no desea desvelar su trastorno mental en la empresa, se respeta la decisión.
- El trabajo de **intermediación aumenta las probabilidades de obtener un empleo competitivo** en personas con trastorno mental severo (Leff et al., 2005)



Effects of Job Development and Job Support on Competitive Employment of Persons With Severe Mental Illness

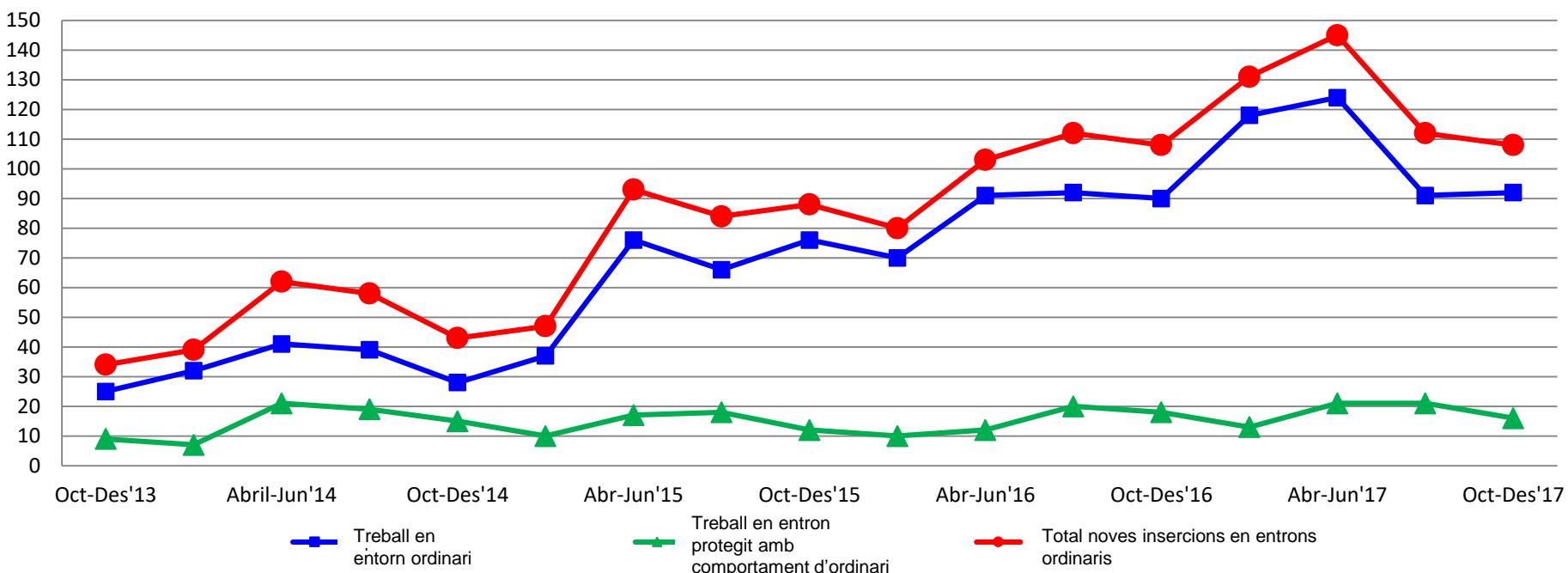
H. Stephen Leff, Ph.D.
Judith A. Cook, Ph.D.
Paul B. Gold, Ph.D.
Marcia Toprce, Ph.D.
Crystal Blyler, Ph.D.
Richard W. Goldberg, Ph.D.
William McFarlane, M.D.
Michael Shaffer, Ph.D.
I. Elaine Allen, Ph.D.
Teresa Camacho-Gonsalves, Ph.D.
Barbara Raab, B.A.

Objectives: Few studies have sought to determine which specific supported employment services improve employment outcomes for people with psychiatric disabilities. This study examined the effects of job development and job support among other services on acquisition and retention of competitive employment in adults. Data were in the multisite case from seven sites of the Employment Intervention Demonstration Program. Employment data were collected weekly for a period up to 24 months for 1,340 participants. A random-effects meta-analysis was conducted. **Results:** Job development and the probability of obtaining competitive employment. The effects of job support on competitive employment remained after the effects of other factors were controlled for. Job support was associated with more months in the first competitive job but not total hours worked. However, no evidence for the causal role of job support was found in analyses that tested the effects of job support after adjusting for job placement. This lack of evidence for causality may be cast in doubt by the fact that a substantial overlap existed between individuals who received job support and vocational counseling. **Conclusions:** Job development is a very effective service when the goal is job acquisition. Job support is associated with retention of a first competitive job, but its causal role is questionable. (*Psychiatric Services* 56:1237-1244, 2005)

Dr. Leff, Dr. Camacho-Gonsalves, and Ms. Raab are affiliated with the Human Services Research Program, 220 Berkeley Street, Cambridge, Massachusetts 02140 (e-mail: leff@mit.edu). Dr. Gold is with the Department of Psychiatry at the University of Illinois at Chicago. Dr. Gold is with the Department of Psychiatry at the Medical University of South Carolina in Charleston. When this work was done, Dr. Toprce was affiliated with the Texas Department of Mental Health and Mental Retardation and the University of Texas Health Science Center in San Antonio. Dr. Blyler is with the Mental Health Services in Rockville, Maryland. Dr. Goldberg is with the Department of Psychiatry at the University of Maryland in Baltimore. Dr. McFarlane is with the Center for Psychiatric Research of the Maine Medical Center in Portland. Dr. Shaffer is with the community reintegration program at the University of Arizona Health Sciences Center in Tucson. Dr. Allen is with Baldwin College in Baldwin Park, Massachusetts.

Although the principles, operating practices, and outcomes of employment interventions for persons with severe mental illness have been reviewed (1-3), few studies have explored direct effects of specific program services on employment outcomes. Services are groups of activities that have one or more common goals. Job development is one example of a service. Principles for employment programs have been identified, and the evidence of their effectiveness has been reviewed (2-4). Principles focus on the manner in which services are provided. Stronger empirical evidence exists for some principles—a focus on competitive employment, eligibility based on client need, and rapid job search. In addition, such as a focus of vocational and clinical services, attention to consumer preferences, time-unlimited and individualized support, and brief counseling (2-4). Several recent systematic reviews have highlighted the effectiveness of supported employment services for people with severe mental illness (1,2,5-9). Studies have shown that supported employment helps consumers with severe mental illness obtain competitive employment (2) and

Nuevas inserciones

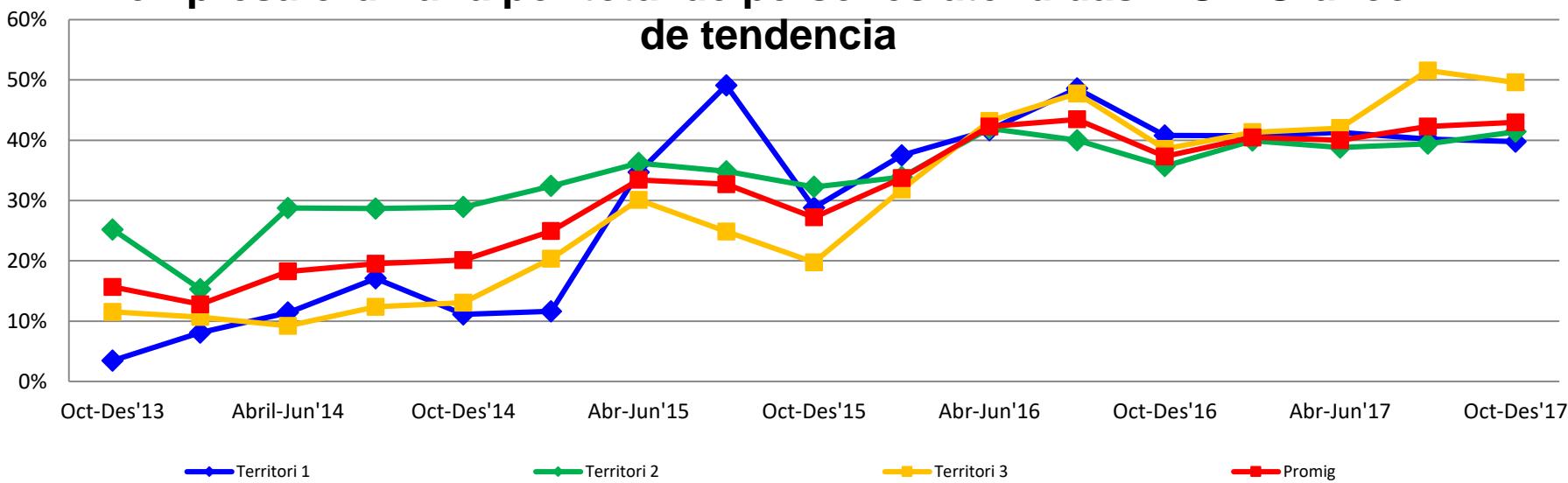


RESULTADOS DEL PROYECTO PILOTO EN CATALUÑA



AVEDIS
DONABEDIAN
INSTITUT UNIVERSITARI-UAB

% de personas en Programa IPS que están trabajando en
empresa ordinaria por total de personas atendidas IPS – Gráfico
de tendencia



¿QUÈ OPINAN LAS PERSONAS QUE HAN PARTICIPAT

Siempre me han ayudado mucho en todo, se preocupan por todo... Sé que puedo contar con ellos

Ha sido más fácil porque me han ayudado a encontrar un trabajo. Antes, yo buscaba por mi cuenta y no encontraba.

Han ayudado a mi hijo a encontrar el trabajo adecuado para él. Está contento, se siente bien... mucho mejor que antes

Intentan que pueda hacer las cosas por mi mismo. Siempre me animan y tienen en cuenta lo que mas me gusta y quiero hacer ...

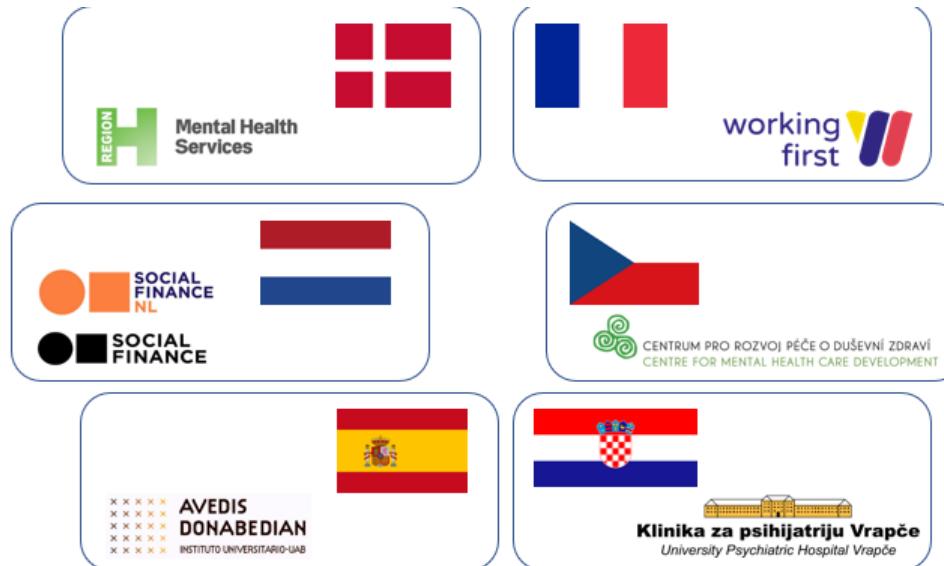
“Employment is a critical mental health intervention.”

Drake and Wallach (2020)

- Aproximadamente un 60% de personas con trastorno mental grave manifiesta su deseo de trabajar.
- Sin embargo, menos del 20% están trabajando.
- Sólo una media de 2% acceden a servicios de empleo

DOS PROYECTOS EUROPEOS

- ESCF: Scalling-up IPS accross Europe (amb Francia, Croacia, República Checa, España y Dinamarca)



Partners were chosen based on country need to expand IPS and their own IPS and project expertise. All have a proven commitment to incorporating people with lived experience in all their projects.

IPS Erasmus +: Creación de la Red Europea
IPS
(participan más de 15 países)



PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS DE INTERÉS



- Isqua: https://academic.oup.com/intqhc/article/29/suppl_1/60/4237841
- International Journal of Integrated Care: <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2755/>
- Psychiatric Rehabilitation Journal: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fprj0000398>
- Sunol, R., Koatz, D., Bonet, P., & Hilarión, P. (2017). Mental Health Social inclusion through Job Placement: Implementing IPS in Spain. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(suppl_1), 60–60.
- Instituto Universitario Avedis Donabedian: <https://www.fadq.org/portfolio/proyecto-piloto-metodologia-ips-en-cataluna/>
- Guía operativa de apoyo a la empresa en la integración laboral de personas con trastorno mental: <https://www.incorpora.org/ca/detall-curs?articleId=473981>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091344/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537572/>

BIBLIOGRAFIA

- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., et al. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv*, 52(3), 313-32.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, 31(4), 280-290.
- Shepherd, G., Lockett, H., Bacon, J., & Grove, B. (2009). Measuring what matters, Key indicators for the development of evidence-based employment services. London: Sainsbury center of Mental Health.
- Perkins, R., Farmer, P., & Litchfield, P. (2009). Realising ambitions: Better employment support for people with mental health condition: Department for Work and Pensions. U.K.
- Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). Doing what works: Individual placement and support into employment (Vol. 37). London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Dartmouth Psychiatric Research Center. (2011). Online IPS Supported Employment Training Course.
- Dartmouth IPS Supported Employment Center. (2008). Supported Employment Fidelity Scale [Electronic Version], from <https://ipsworks.org/index.php/library/>
- Bond, G. R., D. R. Becker, et al. (2001). "Implementing supported employment as an evidence-based practice." *Psychiatr Serv* 52 (3): 313-22.
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2006). Strategies for coping with cognitive impairments of clients in supported employment. *Psychiatr Serv*, 57(10), 1421-1429.
- Swanson, S. J., & Becker, D. R. (2011). Supported Employment: Applying the Individual Placement and Support (IPS) Model to Help Clients Compete in the Workforce: Hazelden.
- Swanson, S. J., & Becker, D. R. (2013). Supported Employment: A practical guide: Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Hilarión, P; Koatz, D. Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental. Fundació La Caixa. 2012
- Becker, Baker, et al., 2007; Becker, Drake, & Bond, 2014; Becker et al., 2011; Becker, Lynde, & Swanson, 2008; Bond, Drake, Becker, & Noel, 2016b; Bond, McHugo, Becker, Rapp, & Whitley, 2008; Cohen & Becker, 2014; Drake, Becker, Goldman, & Martinez, 2006; Swanson et al., 2011; Swarbrick et al., 2017
- Dolors Solé (2015). Retorn al treball i salut mental. XXI Jornada de Prevenció de Riscos Laborals en l'Àmbit Sanitari. https://www.researchgate.net/publication/278017844_Retorn_al_treball_i_salut_mental
- Brouwers, E et. al. Returning to work after sick leave: two studies on common mental disorders. Tilburg University. <https://iosh.com/rtwmentalhealth>
- Solé Gómez, MD "Vuelta al trabajo: El papel de los servicios de prevención ". *Seguridad y Salud en el Trabajo* (2016), 88:29-35pp

MUCHAS GRACIAS



Fundación Avedis Donabedian



Instituto Universitario Avedis Donabedian



@Inst_Donabedian



BARCELONA

C/ Provença, 293, pral.
08037 Barcelona
Tel: +34 932 076 608

MADRID

Paseo de la Castellana, 141
(Edificio Cuzco IV)
28046 Madrid
Tel: +34 917 498 046

BOGOTÁ (COLOMBIA)

Carrera 7A 123-24, Of.503
Bogotá - Colombia
Tel: +57 1 744.99.76
FAX: +57 1 755.00.31
fad@fadq.org www.fadq.org