



**“El trabajo como elemento de  
inserción social para discapacitados  
psíquicos y mentales”**

---

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO  
SOCIAL**

**Autor:**

D. Jesús Carlos Sevillano Martín

**Tutor:**

D. Javier Sánchez Galán

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID CURSO 2014 - 2015  
FECHA DE ENTREGA: 25 de Junio de 2015

## Contenido

ÍNDICE DE TABLAS .....	2
RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
Objetivos .....	6
Marco jurídico .....	7
MARCO TEÓRICO .....	11
Enfermedad mental y discapacidad .....	11
El estigma social de la enfermedad mental y discapacidad intelectual.....	14
Evolución del empleo .....	21
Relación entre el empleo y la persona .....	24
METODOLOGÍA E HIPÓTESIS .....	28
ANÁLISIS DE DATOS.....	30
CONCLUSIONES .....	38
¿Y desde el Trabajo Social que se puede hacer?.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS .....	44
Entrevista a un usuario de servicios de salud mental .....	44
Entrevista Trabajador Social.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. PERSONAS CON DISCAPACIDAD ADMINISTRATIVAMENTE RECONOCIDA SEGÚN SEXO Y GRUPO DE DISCAPACIDAD (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes). España 2012.....	30
Tabla 2. POBLACIÓN CON Y SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS. PORCENTAJES. (DATOS REFERIDOS A PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS). ESPAÑA 2012 .....	31
Tabla 3. NIVEL DE ESTUDIOS POR TIPO DE DISCAPACIDAD .....	32
Tabla 4. TASAS DE ACTIVIDAD, EMPLEO Y DESEMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECONOCIDA EN EDAD DE TRABAJAR, POR TIPO DE DISCAPACIDAD. ESPAÑA 2008-2013 ...	34
Tabla 5. GANANCIA ANUAL PARA LOS TRABAJADORES ASALARIADOS CON DISCAPACIDAD, POR SEXO Y TIPO DE DISCAPACIDAD. ESPAÑA 2010-2011 .....	36

## RESUMEN

En la sociedad en la que vivimos el trabajo remunerado se ha convertido en uno de los elementos principales de inclusión social para todas las personas que convivimos en ella.

Un colectivo que tiene especiales dificultades para acceder a un puesto laboral es el de las personas que padecen alguna discapacidad intelectual o enfermedad mental. Por ello en este Trabajo Fin de Grado se van a abordar diferentes aspectos que ponen en relación estos dos puntos de referencia, el trabajo como forma de inserción social y el colectivo de discapacitados intelectuales y enfermos mentales.

Para ello se va a situar de forma teórica la evolución histórica del trabajo, los diferentes tipos de discapacidades, el estigma que recae sobre el colectivo de discapacitados intelectuales y enfermos mentales.

Para realizar el análisis de la situación laboral de estos colectivos se van a analizar una serie de datos estadísticos sobre el nivel de estudios y empleo de los mismos que pongan en comparación la empleabilidad de las personas según su tipo de discapacidad, para comprobar si la tipología de discapacidad influye en obtener un mejor acceso al mercado laboral.

Palabras clave: empleo, discapacidad intelectual, enfermedad mental, estigma, inserción social, inserción laboral.

## INTRODUCCIÓN

Se puede definir la enfermedad mental como: “una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”. (FEAFES Galicia)

En ocasiones se produce una discapacidad intelectual derivada de una enfermedad mental, por ello creo importante hacer una diferenciación de ambas situaciones. Por una parte la discapacidad intelectual supone una limitación de la inteligencia o funcionamiento mental situándose en estos momentos en una puntuación inferior a 70 de Cociente Intelectual; mientras que la enfermedad mental implica una incapacidad de desarrollo de la misma.

“Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. Pero la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo grave dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan”. (Arnaiz Muñoz & Uriarte Uriarte, 2006)

Para las personas con enfermedad mental el acceso a un empleo no sólo es importante por lo visto en el párrafo anterior sino porque el acceder al empleo significa que saben mantener un control sobre la enfermedad, los síntomas, el rehabilitar las habilidades sociales y de comunicación, etc.

Por ello es importante llevar a cabo políticas de inserción socio-laboral para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual, ya que según el Instituto Nacional de Empleo éstas tienen una tasa de empleo menor en comparación con otro tipo de discapacidades.

Se entiende el término de inserción sociolaboral como el “proceso de inclusión social a través del empleo de personas en edad activa que se encuentran en situación de riesgo o exclusión social y que no puede superar los obstáculos para acceder a un trabajo decente o mantenerlo”.

Estos procesos de inserción sociolaboral se realizan mediante un itinerario personalizado, en el que teniendo en cuenta los aspectos personales y sociales de la persona se realiza y un plan de trabajo que se desarrolla de forma continuada y en el que entran actividades como información legal y laboral, utilización de habilidades sociales, realización de CV o cartas de presentación, recursos a los que acudir para realizar una búsqueda activa de empleo, formación en educación formal (terminar estudios obligatorios, empezar o terminar estudios superiores, etc.). (deL12págs. 284-285)

Una vez expuestos estos componentes principales del Trabajo Fin de Grado, los motivos que me han llevado a realizar el mismo sobre la integración en el mundo laboral de las personas con enfermedad mental son los siguientes:

- El primero de ellos se debe a que he podido realizar el Prácticum I y II en un Centro de personas con enfermedad mental grave y crónica. En dicho centro de prácticas pude observar como muchas de las personas hacían labores y trabajos dentro del propio centro pero como muy pocas de ellas tenían interés en seguir formándose o realizar una búsqueda de empleo activo a la hora poder contar con .
- El segundo motivo sobre esta cuestión se debe a comprender como afecta la situación de crisis económica y social en la que se encuentra una gran parte de la población española, y por tanto, de las personas con enfermedad mental grave y discapacidad intelectual.

## OBJETIVOS

Los objetivos que me marco en este Trabajo Fin de Grado ponen en relación la actividad laboral con el colectivo de personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Objetivo general:

- Comprender como la actividad laboral es una actividad fundamental para lograr una inserción social de las personas con discapacidad psíquica.

Objetivos específicos:

- Analizar cómo el estigma que la sociedad tiene hacia las personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual les afecta a la hora de insertarse en el ámbito laboral.
- Analizar la posición de la inserción laboral de las personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual asociada respecto a otras discapacidades.
- Realizar con los datos obtenidos y analizados una serie de propuestas para mejorar la situación actual de estos dos colectivos.

## MARCO JURÍDICO

En este apartado se puede comprobar como desde las distintas administraciones e instituciones públicas mediante las distintas políticas sociales, realizan y aprueban leyes y medidas de discriminación positiva respecto a las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Estas medidas van encaminadas a todos los aspectos que afectan a la vida de las personas, como el acceso a servicios sanitarios, medidas de igualdad, etc.

En este apartado se van a señalar las que tienen una mayor relación con el aspecto laboral separándolas por distintos niveles, siendo las primeras las de nivel internacional, las siguientes las de nivel nacional, y por último las de nivel autonómico.

**Declaración Universal de los Derechos Humanos** que en su artículo 23 indica que: *“1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.”*

**Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental (2013-2020).** En el artículo 2 indica que *“Este plan [...] tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación”.*

En su artículo 13 explica que *“debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos [...]”.*

**Declaración de Helsinki en Salud Mental (2005).** En el artículo 5 *“I. La promoción del bienestar mental. II. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social. III. La prevención de los problemas de salud mental. IV. La atención a las personas con problemas de salud mental, proporcionando servicios e intervenciones integrales [...] la recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido graves de salud mental”.*

En su artículo 7 *“Asumimos el hecho de que no hay salud sin salud mental. La salud mental es fundamental para el capital humano, social y económico de las naciones, por*



*lo que debe ser considerada como parte integrante y esencial de otras políticas públicas, tales como las relativas a derechos humanos, asistencia social, educación y empleo”.*

**Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).** En su artículo 1 establece que *“El propósito [...] es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad [...]. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo.”* Mientras que en su artículo 27.1 indica que *“Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.”*

A nivel nacional:

- **Constitución Española.** En su artículo 9.2 que los poderes públicos son los que tienen que realizar actuaciones para lograr unas condiciones de igualdad y libertad, mientras que el artículo 14 indica que los españoles somos todos iguales ante la ley. En su artículo 49 hace referencia específica a las personas con alguna discapacidad *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”*
- **Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.** Dentro del Título VII en su artículo 38.1 indica una actuación de discriminación positiva con este colectivo a la hora de contratación en las empresas *“Las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores vendrán obligadas a que de entre ellos, al menos, el 2 por ciento sean trabajadores minusválidos [...].* En el artículo 38.3 se indica actuaciones de

igualdad para el acceso a las oposiciones públicas *“En las pruebas selectivas para el ingreso en los Cuerpos de la Administración del Estado, Comunidades Autónomas, Administración Local, Institucional y de la Seguridad Social, serán admitidos los minusválidos en igualdad de condiciones con los demás aspirantes”*

- **Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Salud.** En su artículo 20 establecen los principios de actuación del Sistema Nacional de Salud para el tratamiento y asistencia a personas con enfermedad mental, siendo estas dirigidas al ámbito comunitario y evitando su discriminación y separación del resto de la sociedad, actuando cuando sea posible de modo ambulatorio para evitar que estas actuaciones se realicen fuera de su entorno de vida habitual.

A nivel autonómico de Castilla y León:

- **Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.** En la Sección 3 referido al empleo e inserción laboral, indica en su artículo 26.1 *“Las políticas de empleo [...] tendrán como objetivo prioritario aumentar las tasas de actividad y de ocupación e inserción laboral de las personas con discapacidad, así como mejorar la calidad del empleo y dignificar sus condiciones de trabajo, combatiendo activamente su discriminación y avanzando en su igualdad efectiva en este ámbito”*. En el artículo 27.2 *“En el marco de la Estrategia de Empleo de Castilla y León se aplicará un Programa Integral que comprenda las medidas necesarias para la inserción e integración laboral de las personas con discapacidad*  
Y por último en el artículo 29 pone en relación las igualdad de trato en las empresas privadas y los trabajadores con y sin discapacidad de ningún tipo.
- Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica de Castilla y León.

Una vez analizados los elementos legislativos más importantes que relacionan el aspecto laboral y a las personas incluidas en los ámbitos de discapacidad y enfermedad mental, en los siguientes apartados se van explicar aspectos como las diferencias entre

la enfermedad mental y las distintas discapacidades, cómo se ha llegado a la forma en la que entendemos la actividad laboral en estos momentos, y ciertos aspectos a tener en cuenta que relacionan la enfermedad mental y/o discapacidad con el aspecto laboral.

## MARCO TEÓRICO

### Enfermedad mental y discapacidad

Como se ha hablado en la introducción es importante diferenciar la enfermedad mental de la discapacidad, y dentro de este último punto es positivo diferenciar tres términos que se pueden usar de modo indistinto como son la deficiencia, la discapacidad, y la minusvalía (de Lorenzo García, Fernández García , & Vázquez Aguado, 2012):

- Deficiencia: “Según la Organización Mundial de la Salud, es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.” Estas situaciones pueden ser de ámbito temporal o permanente, pudiendo ser tanto pérdida de un miembro, la aparición de alguna anomalía, o defecto de algún miembro del cuerpo.
- Discapacidad: “Conforme se dice en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tienen la consideración las personas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás.”
- Minusvalía: “Según la Organización Mundial de la Salud, es una situación de desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo y factores sociales y culturales). Representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto a tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.”

Dentro de este grupo tan amplio de situaciones, se puede hacer una clasificación general de las distintas deficiencias que son más comunes (Actis, de Prada, & Pereda, 2012):

- Deficiencia mental:
  - Deficiencia intelectual: Se puede entender “por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiestan en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Las limitaciones en el funcionamiento deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de iguales en edad y cultura, pudiendo coexistir con otras capacidades del individuo. Si se ofrecen apoyos necesarios de manera individualizada durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital mejora.” (de Lorenzo García, Fernández García , & Vázquez Aguado, 2012).

Los diferentes grados de deficiencia intelectual se pueden clasificar en los siguientes:

- Profunda y severa (coeficiente intelectual entre 0-34): Necesitan apoyo de una tercera persona para realizar todas las actividades diarias.
- Moderada (coeficiente intelectual de 35-49): Son capaces de aprender habilidades de tipo social y realizar alguna actividad ocupacional.
- Ligera (coeficiente intelectual de 50-60): Pueden lograr un considerable nivel de autonomía mediante la adquisición de habilidades instrumentales y académicas. Pueden realizar trabajos en el empleo ordinario con apoyo, o con autonomía en Centros Especiales de Empleo.
- Inteligencia límite (coeficiente de 70-85): Son capaces de poder tener una autonomía completa en su vida con algún apoyo puntual, pero les resulta difícil adaptarse a ambientes competitivos.

- Demencias: Produce una pérdida de funciones cerebrales a lo largo de la vida de la persona afectando a su memoria, comunicación, comportamiento, etc.
- Enfermedades mentales: Alteraciones mentales con una duración superior a los dos años que hacen difícil el desarrollo de la vida familiar, social y laboral.
- Otros trastornos mentales y del comportamiento.
- Deficiencias sensoriales:
  - Deficiencias visuales: Afectan a los órganos de la visión y las estructuras que permiten su funcionamiento.
  - Deficiencias del oído: Problemas funcionales y estructurales del sistema auditivo.
    - Sordera prelocutiva.
    - Sordera prolocutiva.
    - Mala audición.
    - Trastornos del equilibrio
  - Deficiencias del lenguaje, habla y voz:
    - Mudez.
    - Habla dificultosa o incomprensible.
- Deficiencias físicas:
  - Dolencias osteoarticulares: Son alteraciones mecánicas/motrices en cabeza, cuello y extremidades.
    - Deficiencias en cabeza debido a malformaciones.
    - Deficiencias en la columna vertebral.
    - Deficiencias en las extremidades superiores.
    - Deficiencias en extremidades inferiores.
  - Deficiencias del sistema nervioso en la estructura y/ funcione del sistema nervioso:
    - Parálisis de coordinación de una extremidad superior o inferior con pérdida en brazos, piernas, manos o pies.

- Paraplejia o tetraplejia: Dos o cuatro extremidades sin movilidad alguna.
- Trastornos de coordinación de movimientos y/o tono muscular.
- Deficiencias viscerales:
  - Del aparato respiratorio con anomalías en las funciones respiratorias.
  - Del aparato cardiovascular con problemas o malformaciones provocando dificultades en el funcionamiento cardiaco.
  - Del aparato digestivo dando problemas graves en el aparato digestivo u órganos cercanos.
  - Del aparato genitourinario afectando a riñones, vejiga, uréteres y órganos sexuales.
  - Del sistema endocrino-metabólico dando problemas en las glándulas endocrinas o funciones del metabolismo.
  - Del sistema hematopoyético y sistema inmunitario.

### **El estigma social de la enfermedad mental y discapacidad intelectual**

Una vez hablado sobre las diferencias entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, y diferenciándolo también del término de enfermedad mental (definido en el primer párrafo de la introducción), en este apartado se va a hablar sobre el estigma de las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Antes de hablar del estigma como eje de este apartado sería positivo conocer las diferencias que hay respecto otros términos que se pueden usar de forma similar pero que no son iguales ya que dichos elementos son las características de conducta que provoca el estigma, estos elementos son los estereotipos, prejuicios y discriminación.

La RAE define estigma como una *“marca o señal en el cuerpo”*, en este Trabajo Fin de Grado entendemos estigma como una serie de reacciones de la sociedad dirigidas a un grupo de personas basadas en una serie de estereotipos y prejuicios. Estas reacciones son de carácter negativo lo que implica una dificultad para que logre una integración e inserción social plena, ni tener la posibilidad de ejercer de forma plena todos los derechos que les son propios como ciudadano. (Aretio Romero, 2010).

En relación con el párrafo anterior hay que señalar las diferencias y la relación entre los estereotipos, los prejuicios y la discriminación ya que son términos que se pueden utilizar de forma similar (EAPN, 2013):

- Los estereotipos son conocimientos aprendidos por los miembros de una sociedad, representando todas las características y creencias que hay sobre un grupo de personas, es la parte cognitiva del estigma.  
Esto no quiere decir que una persona que conozca estos estereotipos los de como válidos y tenga una visión negativa sobre estos grupos.
- Los prejuicios son reacciones emocionales de carácter negativo provocado por los conocimientos, provocando estas reacciones actitudes y valoraciones negativas hacia las personas.
- Estos estereotipos y prejuicios pueden dar lugar a comportamientos que provoquen el rechazo de estas personas, dando lugar así a una discriminación negativa.

La discriminación se puede dar de diferentes formas (Fedeades, 2013):

- Discriminación directa: En la relación personal con su entorno.
- Auto-discriminación.
- Discriminación estructural: Por medio de las decisiones políticas que afectan a la legislación penal, civil, o a la asignación de presupuestos para las distintas políticas sociales.

En relación a la enfermedad mental, la sociedad concreta que una persona padece dicha patología por las siguientes características, (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009):

- Síntomas psiquiátricos como comportamientos extraños, lenguaje irregular, actitudes socialmente no aceptadas, etc.
- Déficits de habilidades sociales a la hora de manejar el lenguaje no verbal, establecimiento de rutinas, manejo de conversaciones y actitudes a la hora de interaccionar con otras personas, etc.



- Apariencia física por la forma de vestir, el mínimo o excesivo cuidado de la higiene personal, etc.
- Las etiquetas es el elemento clave para asignar el estigma de persona con enfermedad mental. En el acto de etiquetar a una persona en un grupo lo que se pretende es separarle del resto, por una parte está esa persona o grupo de personas y por otra parte está el resto de la sociedad.

Según (Aretio Romero, 2010), esta construcción para diferenciar a un grupo del resto de la sociedad normalizada se produce mediante la socialización, asignando a los diferentes grupos una serie de características preestablecidas. Estas características preestablecidas generan una “identidad social virtual” que es diferente de la “identidad social real”, mientras que la primera se refiere a aspectos generales, la identidad real son los rasgos y aspectos propios de cada persona.

El peso de la etiqueta de “enfermo mental” es muy grande dando lugar a que solo nos fijemos en los aspectos negativos que conlleva la enfermedad sobre la persona, siendo estos reales o no, por lo que los atributos positivos que veríamos en una persona normalizada.

Como se ha indicado con anterioridad la construcción de las diferencias entre los grupos se realiza mediante la socialización y el medio que usamos para ello es el lenguaje que en este caso no se utiliza de un modo neutral, en vez de eso se usa de forma negativa. Un ejemplo de ello es cuando nos referimos a una persona con esquizofrenia, la mayoría de la sociedad se refiere a ella directamente como alguien esquizofrénico y no como persona que padece esquizofrenia. Como se puede ver, en el caso de los enfermos mentales y discapacitados intelectuales el uso negativo del lenguaje se hace de una manera muy activa sin embargo con otro tipo de enfermedades físicas u orgánicas no sucede lo mismo ya que una persona que ha sido diagnosticada con un cáncer de pulmón no se refieren a ella de ese modo sino que se refieren a ella como una persona que padece, en este ejemplo, cáncer de pulmón. (Aretio Romero, 2010)

El proceso por el que se produce la estigmatización es el siguiente:

1. Distinción, etiquetado e identificación de la marca que diferencia a un grupo de personas respecto a lo que la sociedad considera como normal.
2. Relacionar a las personas pertenecientes a estos grupos con características negativas.
3. Hacer una separación entre la sociedad general y el grupo o grupos diferenciados.
4. Surgimiento de efectos o secuelas emocionales en ambas partes, ya sea por quien estigmatiza (miedo, compasión, irritación, etc.) o por las personas estigmatizadas (ansiedad, baja autoestima, vergüenza, etc.).
5. Pérdida de nivel social y discriminación provocando efectos negativos en diferentes aspectos vitales de las personas estigmatizadas.
6. Existencia de elementos estructurales que están relacionadas con los desequilibrios de poder. Si estos elementos no existen no podría darse el proceso de estigmatización.

Hay que indicar que el estigma no recae exclusivamente sobre las personas con enfermedad mental sino que también recae sobre la familia y entorno más cercano como puede ser el entorno profesional con el que se relaciona por medio de sus compañeros o superiores.

Uno de los efectos más importantes en la persona sobre la que recae el estigma es el autoestigma. Este término se puede entender como las propias reacciones e ideas negativas que las personas con enfermedad mental tienen de sí mismas o del colectivo que tiene las personas incluidas en el grupo.

Debido al conocimiento que tienen sobre los estereotipos y etiquetas que recaen sobre ellos se dan situaciones en las que las personas con enfermedad mental asumen la creencia de que el culpable de la situación que vive es culpa suya lo que también provoca que la persona “etiquetada” actúe de la forma que se espera según la etiqueta, siendo una barrera más a la rehabilitación y reinserción social. Hace que se valore a sí misma de forma negativa y de acuerdo a los prejuicios establecidos (“no

servo para nada”, “como soy un enfermo me tiene que ayudar para todo”, “no podré tener una familia”). Estos derivan en reacciones emocionales y comportamientos negativos como la evitación del contacto social y haciendo que el círculo del estigma se retroalimente. (Arnaiz Muñoz & Uriarte Uriarte, 2006)

Muchos pacientes no acuden a los servicios sanitarios por lo que no pueden recibir un tratamiento y seguimiento médico adecuado debido que si acuden a los servicios psiquiátricos sería asumir que tienen una patología mental y no están dispuestos a ello por las consecuencias sociales que tiene para ellos. Por otro lado también se dan casos de que las personas no toman consciencia de enfermedad por lo que tampoco acuden a los servicios de salud, no tienen un seguimiento médico continuado haciendo que se puedan dar crisis en el futuro con mayor facilidad. (Arnaiz Muñoz & Uriarte Uriarte, 2006)

### **Modelos teóricos sobre el estigma**

Una vez que se han analizado los diferentes elementos sobre el estigma y conceptos relacionados con el mismo, en este apartado se va a explicar brevemente la existencia de dos modelos teóricos que explican este fenómeno desde dos aproximaciones diferentes (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009, págs. 16-20):

- Modelo sociológico

En este modelo lo que prevalece es la idea del ser humano etiquetado, en este caso como enfermo mental. Gracias a esta etiqueta a las personas se les asignan, por parte de la sociedad pero también por parte de sí mismos, unos estereotipos culturales y se da de ellos una imagen negativa.

Estas imágenes devaluadas de las personas con enfermedad mental hacen que sean discriminadas, no siendo tan importante el comportamiento propio de cada persona sino la etiqueta la que provoca dicha discriminación.

La devaluación y discriminación provocada por las etiquetas hace que afecte a varias áreas de la vida de la persona, como el acceso a recursos sociales y económicos, que no tenga sentimientos de bienestar, el no acceso a poder ejercer los derechos civiles y

políticos de modo pleno, la obtención de trabajos en igualdad de condiciones, el acceso a una vivienda, etc.

- Modelo psicosocial

Desde este enfoque lo que se estudia está más relacionado con actuaciones de conducta, como los estereotipos, prejuicios y discriminación.

Hay tres categorías que estudian el estigma:

- Modelos que estudian el afecto. En este modelo se considera que el problema del estigma surge por un problema emocional, siendo provocado este rechazo emocional mediante:
  - Condicionamiento clásico, en el que siempre se ha asociado de forma repetida, directa o indirectamente, un estímulo negativo al referirse a un grupo social concreto.
  - Atribuir de modo erróneo un estado de ánimo negativo a un estímulo provocado por situaciones en las que está relacionada una persona perteneciente al grupo social estigmatizado.
  - Reaccionar ante un agente o situación de modo enfadado y con sensación de ira aunque no es directamente quién provoca la sensación negativa.
- Modelos que estudian la motivación. El prejuicio puede servir para cubrir algunas necesidades motivacionales:
  - Hipótesis del mundo justo, en el que se indica que cada persona tiene lo que se merece y que la persona enferma mental está en esa situación por su culpa. Se utiliza como mecanismo de seguridad por parte de la sociedad ya que se hace al enfermo mental responsable a sí mismo de su situación.
  - Las personas con una posición superior en la estructura social realizan afirmaciones negativas y actos discriminatorios en contra de grupos débiles para poder mantener las diferencias existentes.

- A nivel de identidad social, esta influye en cómo se percibe a personas del propio grupo y a las personas que pertenecen a otro distinto, dando lugar a actitudes positivas a los del propio grupo. Las personas que no padecen una enfermedad mental se ven como “normales” por lo que se dan actitudes menos favorables hacia las personas que no están en una situación normalizada.
- Modelos que estudian la cognición. El elemento principal de este modelo es la categorización como elemento de creación del estigma y prejuicios. Se explica porque los seres humanos tendemos a relacionar a los objetos según categorías. Lo mismo pasa con las personas, al ser un gran número de individuos con los que mantenemos relaciones, les agrupamos según diversas categorías para que sea más fácil el proceso de predicción y control de las diferentes situaciones sociales en las que nos podemos encontrar. Esto provoca tener una visión global de las personas dando lugar a hacer generalizaciones que provocan la creación de estereotipos.

## Evolución del empleo

En este apartado se va a explicar de manera breve la evolución del trabajo tal y como la entendemos en la actualidad ya que es importante comprender que nuestros antepasados entendían la actividad laboral del mismo modo que nosotros en la actualidad. Esa explicación se va a realizar en el siguiente apartado.

El periodo histórico tiene lugar en Gran Bretaña cuando se inicia la Revolución Industrial, comprendiendo aproximadamente desde el final del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX.

La nueva relación con el trabajo se da a través del mercado mediante la división del trabajo y la acumulación del capital, a su vez, como se ha comentado, se cambia el sistema de producción y organización cambiando el taller artesanal por las grandes fábricas y complejos industriales en los que se acumulan todos los procesos de producción provocando este hecho que se cambien las condiciones laborales: emergiendo la figura del proletariado.

También se dio un hecho importante como la separación del trabajo remunerado fuera del domicilio y el trabajo no remunerado en el domicilio provocando una división de social de roles dentro de la familia.

El modelo patriarcal a nivel cultural era otra barrera para el trabajo de las mujeres ya que las asociaciones de obreros no las admitían. En los años posteriores a la mitad del siglo XIX los salarios fueron aumentando por lo que con el salario del hombre era suficiente para mantener a la familia.

Otro de los elementos clave a la hora de que se formase la base de esta nueva forma de organizar los recursos fue la evolución de los transportes en los distintos medios.

A finales del siglo XIX los mercados de trabajo pasan de ser rígidos a ser flexibles en relación a la mano de obra. Son los trabajadores los que vayan detrás del capital para conseguir empleo debido a la movilidad migratoria, al empleo estructural y la modernización agraria.

La clase obrera industrial aumenta de tamaño debido a lo que ha ido produciendo en los últimos años, la concentración industrial. El empleo ha sido el elemento principal en la vida de los trabajadores debido a los cambios tecnológicos, cambios en la demanda, paro estructural y estacional ya que estar en situación de desempleo era estar en una situación muy desfavorable.

Empieza a existir diferencia entre trabajadores especializados y trabajadores no especializados. La formación es muy heterogénea lo que hace que haya diferencias laborales entre unos y otros.

La influencia del mercado se iba ampliando y teniendo diversos efectos en la sociedad como el uso de salarios a cambio de trabajo, proletarización de los trabajadores, crecimiento demográfico, desarrollo de una mayor urbanización. Se empieza a intuir la producción en masa para que se consuma en masa apoyado por un mayor uso de máquinas en contra de la fuerza del trabajo humano.

Uno de los métodos de gestión fue el Taylorismo que favoreció la división del trabajo en tareas simples y repetitivas, lo que facilitaba obtener datos sobre el rendimiento. A mayores prestaba atención a la mejora de la maquinaria, el estudio del tiempo y los movimientos que el trabajador hacía a la hora de realizar su tarea.

El mercado de trabajo se asienta definitivamente haciendo que los mercados de trabajo del siglo XIX pasen de ser temporales, locales y flexibles a ser estables, homogéneos y regulados.

En este proceso de asentamiento del mercado de trabajo se produce un proceso paralelo de integración de los mercados de producción y consumo, se produce una similitud de condiciones entre los obreros cualificados y no cualificados.

También nacen los procesos de promoción interna como forma de mantener mano de obra cualificada mediante el ofrecimiento de contratos indefinidos, promoción según la formación, salarios en función de la formación y antigüedad.

En la década de 1970 el reparto de la renta y el modo de darse las relaciones laborales fue positivo para los trabajadores, favorecido esto en materia de contratos laborales,

mayor ámbito de negociación en la negociación colectiva, mayores derechos sindicales. Se dieron diversos procesos de concertación mediante los cuales los sindicatos rebajan sus reivindicaciones a corto plazo para que, junto con el Estado y empresarios, las condiciones generales mejorasen a largo plazo y poder tener más peso en las decisiones de política económica y social.

A partir de los años 80 las relaciones tradicionales que se daban se transformaron, siendo sus elementos clave la economía y el mercado de trabajo. El número de trabajadores industriales fue disminuyendo, siendo en cambio el sector servicios el que creció ya fuese con profesiones existentes o creando nuevas profesiones. Las mujeres empezaron a entrar en el mercado de trabajo remunerado con la característica de que la mayoría de ellas y de los trabajadores del sector servicios accedían al mercado con contratos de tipo parcial.

Como conclusión se puede decir que el trabajo ha pasado de ser una actividad consistente en conseguir alimentos y recursos no económicos para poder sobrevivir; a ser una actividad que no solo provee a los seres humanos de recursos para poder subsistir y llevar una vida digna, sino que es un elemento integrador a todos los niveles, ya sea a nivel económico, de participación social, como elemento de autorrealización, etc.

Todos estos aspectos que relacionan a las personas con su entorno laboral se van a explicar en el siguiente punto.



## Relación entre el empleo y la persona

Una vez que hemos visto cómo a las personas con enfermedad mental y discapacidad les rodea una dificultad a mayores para integrarse en la sociedad debido al estigma e ideas equivocadas sobre sus capacidades y actuaciones; y como el trabajo ha llegado a ser lo que es en nuestros días se ha llegado a la organización laboral actual, vamos a explicar cómo se relaciona este con la vida diaria de las personas y la importancia que tiene para las personas con enfermedad mental grave y/o discapacitados lograr una integración laboral plena y en igualdad de condiciones que las personas que no las sufren.

En nuestra sociedad actual, el ámbito laboral es uno de los aspectos más normalizadores e integradores existentes, por ello el derecho al trabajo se sitúa como uno de los derechos más importantes a la hora de conseguir y mantener una autonomía personal. Se debe, no sólo a los aspectos económicos del mismo sino que sirve para sentirnos realizados y para estar integrados en la sociedad en la que nos situamos, y por tanto, no estar aislados (Yelo Valero (coordinadora), Caravaca Marín, Díaz Delgado, & Rives Espinosa, pág. 8).

Es uno de los elementos que permite a las personas irse realizando e ir formando la identidad de cada uno. La realización de una actividad productiva es básica para poder ir formando una identidad personal y social ya que es una actividad que está valorada de forma muy positivamente por la sociedad.

Según Esteban Argulló y Anastasio Ovejero, el trabajo es una forma para acceder a la forma de consumo actual consistente en la producción, distribución, consumo de bienes y servicios necesarios para cubrir las necesidades básicas de nivel material.

Según la “Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental”, citando a Castel, R. (1997) y según (Espino Granado, 2014), el trabajo a nivel económico y psicosocial funciona como un distribuidor de los recursos económicos, es un agente socializador ya que sirve para organizar un horario diario, como modo de incrementar y asentar redes sociales fuera del ámbito familiar, al estar en relación con las redes sociales también se tienen que manejar de forma positiva las habilidades

comunicativas y sociales. Favorece la independencia social y económica, ayuda a sentirse mejor con uno mismo. Es una actividad que sirve para poder ejercer diferentes derechos como ciudadano, por ejemplo, el acceso a una pensión contributiva o el acceso a una prestación por desempleo.

Sirve como elemento sustentador para ir evolucionando en el proceso vital en el que se encuentra la persona, ya sea como elemento que permite independizarse de la casa familiar, poder plantearte el formar una familia teniendo el sustento económico disponible. (Hilarión & Koatz, 2012)

Es una actividad que aumenta y asienta el prestigio social, genera sentimientos de utilidad, de autonomía moral e ideológica, es la actividad sobre la que gira la vida del individuo (con quienes se relaciona, que tipo de vivienda puede adquirir, en que organizaciones y actividades sociales participar, etc.).

Para ejercer en cualquier profesión es necesario tener una base teórica previa por lo que hay que desarrollar ciertos conocimientos previamente y desarrollar las capacidades cognitivas, poseer habilidades concretas, mantener unas actitudes profesionales (como la puntualidad, vestimenta adecuada al puesto, constancia, no abandonar el puesto de trabajo, etc.).

Una dificultad a mayores es de este colectivo, es que en ciertos casos los brotes psicóticos de la enfermedad mental se producen en edades tempranas, en el margen de la adolescencia y adultez temprana, mientras que las distintas discapacidades pueden provocar una adquisición de conocimientos y habilidades sociales de un modo más lento o en menor intensidad; elementos todos que se adquieren en su mayoría en la época escolar, por lo que el aspecto educativo se ve seriamente afectado y por consiguiente el aspecto laboral también se ve afectado ya que hay ciertas habilidades no teóricas que se pueden ir adquiriendo en la escuela y que afectan a la hora de buscar y afianzar un empleo, como el establecimiento de rutinas en los horarios, manejo de la higiene y salud, habilidades comunicativas y socializadoras, etc.

Una vez que se dispone de esa base previa, a la hora de conseguir un trabajo cada persona tiene una idea o referencia propia sobre lo que va a consistir el mismo, las actividades que va a realizar, las situaciones a las que se va a enfrentar, etc. haciendo que emerjan todo tipo de emociones en su realización, ya sean positivas o negativas. (Argulló Tomás & Ovejero Bernal, 2001).

Como se ha dicho antes, el trabajo no solo es un elemento que sirve para conseguir recursos económicos, sino que es un elemento integrador. Esta es una respuesta que apoya esta idea y que realizó un usuario de San Juan de Dios de Palencia, en la que antes de que le fuese diagnosticada una enfermedad mental veía el trabajo únicamente como el medio para conseguir recursos económicos pero que ahora lo ve como elemento integrador, tanto para él como para su entorno más cercano, y como elemento que sirve para mantener una estabilidad en su salud, tanto física como mental.

Desde el punto de vista de los profesionales, en este caso de un trabajador social de Consultas Externas al que realicé la entrevista, en relación al trabajo de personas afectadas por una enfermedad mental y/o discapacidad intelectual, cree que la actividad laboral dentro de este colectivo se puede ver desde dos puntos de vista:

- Por una parte opina que si la situación económica de esa persona y su entorno siempre ha sido deficitaria en materia económica, esa persona va a entender el trabajo como el medio de conseguir recursos económicos.
- Por otro lado, si la persona ha tenido o tiene una situación económica que le permita cubrir sus necesidades, entonces si puede entender el trabajo como un medio para socializar, realizarse personalmente, etc.

También se puede observar como el trabajo de una persona de este colectivo puede afectar al funcionamiento del sistema familiar ya que en una gran cantidad de ocasiones, este ha estado girando durante muchos años en el cuidado de la persona con enfermedad mental/discapacidad intelectual, siendo el cuidado y asistencia el eje central de la vida familiar.

Por ello hay ocasiones en las que las propias familias que son las que “incapacitan” de algún modo el que las personas con enfermedad mental adquieran habilidades, conocimientos que les sirva para lograr un trabajo en el futuro ya que por ejemplo, si una persona recibe una pensión y convive con su familia, esta pensión es un aporte al presupuesto familiar, y si se pone a trabajar, tienen miedo de si despiden a su familiar, este no vuelva a disponer de su pensión y ese aporte económico desaparezca.

## METODOLOGÍA E HIPÓTESIS

La hipótesis que planteo, una vez analizado todo el marco anterior, junto con la experiencia personal adquirida mediante la realización del Prácticum I y II, es que dentro del ámbito de la enfermedad mental y diferentes discapacidades, las personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual tienen unos niveles de estudios más básicos que otras personas con otro tipo de discapacidades, y dentro del ámbito laboral, éstas acceden a puestos de trabajos más básicos que les proporcionan unos salarios inferiores.

Las diferentes variables a tener en cuenta son las siguientes:

- Padecer o no padecer un trastorno mental/discapacidad.
- Tipología de discapacidad.
- Nivel estudios.
- Nivel de ingresos.
- Tasas de empleo/desempleo.

Desde el punto de vista de datos cuantitativos que voy a utilizar para analizar todas estas variables, me voy a basar en el Informe Olivenza del 2014 en el que se reúnen estadísticas de diferentes fuentes que tratan diferentes aspectos en relación con la enfermedad mental y discapacidades, como el empleo y la educación.

Después de haber realizado una lectura de dicho informe, la información que más utilidad ha tenido para la realización de este Trabajo Fin de Grado ha sido la agrupación de distintas estadísticas y bases de datos en un mismo documento. Si bien es cierto que en algunas de las tablas seleccionadas hay datos divididos por sexos, en este trabajo no se han tenido en cuenta ya que lo que se pretende es comparar situaciones por tipos de discapacidades en la totalidad de ambos sexos, sin tener en cuenta la perspectiva de género.

Como hemos dicho, este informe hace una recopilación de estadísticas de diferentes fuentes por lo que es útil al tener todas ellas recogidas en un mismo documento.

Las distintas fuentes de las que ha obtenido la información son las siguientes:

- Empleo de las Personas con Discapacidad (2008-2013).
- Salario de las Personas con Discapacidad (2010-2011).
- Encuesta de Integración Social y Salud (2012)
- Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia.
- Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad.
- Estadísticas Educativas.

A su vez voy a utilizar unos datos desde el punto de vista cualitativo que puedan servir de apoyo para corroborar o no los datos cuantitativos obtenidos en las distintas estadísticas.

Para ello utilizaré lo dicho por un profesional del trabajo social del Centro donde realicé el Prácticum ya que al tener una experiencia previa, la información que puede servir como complemento a estos datos estadísticos y aunque es una visión parcial de la realidad, es una visión amplia debido al gran número de usuarios y familiares con los que ha trabajado y trabaja.

También utilizaré los datos de otra entrevista a una persona que padece una enfermedad mental, no como punto de apoyo a las estadísticas como tal sino como un elemento para conocer la visión subjetiva de una persona que ha pasado por todo el proceso, de tener una vida normalizada sin tener la etiqueta de enfermedad mental, pasando por el diagnóstico, rehabilitación y proceso de reinserción social; todo ello desde el punto de vista del empleo que es el que aquí nos interesa.

## ANÁLISIS DE DATOS

El Informe Olivenza expone de forma general la situación de las personas con discapacidad y también de personas con problemas de salud mental en España. Trata materia como el ámbito legislativo mediante las diferentes estrategias en materia de discapacidad y la aplicación de las mismas, y señala, mediante diferentes indicativos, la inclusión económica y social del sector de población con discapacidad.

Para ir empezando a centrarnos sobre los colectivos sobre los que vamos a centrarnos en este trabajo, los primeros datos que me gustaría exponer son el de las personas reconocidas con alguna discapacidad y la distribución que hace la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (actualizada a 1 de Enero de 2012) que según indica la Tabla 1 se distribuye del siguiente modo:

**Tabla 1. PERSONAS CON DISCAPACIDAD ADMINISTRATIVAMENTE RECONOCIDA SEGÚN SEXO Y GRUPO DE DISCAPACIDAD (números absolutos y prevalencia por 1.000 habitantes). España 2012**

GRUPOS DE DISCAPACIDAD	NÚMERO DE PERSONAS		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
MOTÓRICA	639.334	783.771	1.423.105
INTELECTUAL	178.995	136.689	315.684
TRASTORNO MENTAL	317.404	401.115	718.519
VISUAL	149.885	184.631	334.516
AUDITIVA	120.567	126.640	247.207
OTRAS	547.015	598.258	1.145.273
<b>TOTAL PERSONAS CON DISCAPACIDAD (*)</b>	<b>1.252.637</b>	<b>1.300.243</b>	<b>2.552.880</b>

(\*) DEBIDO A LA POSIBLE CONCURRENCIA DE DISCAPACIDADES, UNA MISMA PERSONA PUEDE ESTAR CLASIFICADA EN HASTA TRES GRUPOS DE DISCAPACIDAD DIFERENTES.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad actualizada a 1 de enero de 2012.

El grupo con mayor suma de personas afectadas es el de la discapacidad motórica con 1.423.106 de personas. Le sigue el grupo de personas con otro tipo de discapacidades con 1.145.273, posteriormente se sitúan las personas con trastornos mentales haciendo un grupo con 718.519 de afectados. Después se sitúa el grupo de personas con discapacidad visual sumando 334.516 personas. Ocupando los dos últimos puestos según el número de personas afectadas está el grupo de personas con discapacidad intelectual con 315.684 personas, y por último el grupo de 247.207 personas afectadas por una discapacidad visual. Todo el conjunto de personas hace un total de 2.552.880 de personas afectadas por alguna discapacidad, siendo estos datos el conjunto de personas de sexo masculino y femenino.

**Tabla 2. POBLACIÓN CON Y SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS. PORCENTAJES. (DATOS REFERIDOS A PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS). ESPAÑA 2012**

NIVEL DE FORMACIÓN	CON DISCAPACIDAD	SIN DISCAPACIDAD	DIFERENCIA PORCENTUAL
NO SABE LEER O ESCRIBIR	6,7 %	1,0 %	6 %
HA ASISTIDO MENOS DE 5 AÑOS A LA ESCUELA (EDUCACIÓN PRIMARIA INCOMPLETA)	19,4 %	3,9 %	15 %
FUE 5 O MÁS AÑOS A LA ESCUELA Y NO LLEGÓ AL ÚLTIMO CURSO DE LA ENSEÑANZA OBLIGATORIA (EDUCACIÓN PRIMARIA COMPLETA)	16,7 %	10,6 %	6 %
ENSEÑANZA SECUNDARIA DE 1ª ETAPA (ESO, EGB, BACHILLERATO ELEMENTAL)	34,5 %	33,5 %	1 %
ESTUDIOS DE BACHILLERATO (BUP, BACHILLERATO SUPERIOR)	6,7 %	13,6 %	-7 %
ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE GRADO MEDIO O EQUIVALENTES	5,3 %	8,4 %	-3 %
ENSEÑANZAS PROFESIONALES DE GRADO SUPERIOR O EQUIVALENTES	3,3 %	8,2 %	-5 %
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O EQUIVALENTES	7,0 %	19,9 %	-13 %
DOCTORADO	0,3 %	0,8 %	0 %
NS / NC	0,0 %	0,0 %	0 %

Fuente: Elaboración propia con datos del I.N.E., Encuesta de Integración Social y Salud (EISS 2012)

Habiendo comparado la totalidad de personas con discapacidad reconocida en España, vamos a empezar a analizar el aspecto educativo, que como hemos dicho es el elemento previo a encontrar un trabajo.



En la Tabla 2 se puede observar las diferencias, en el año 2012, de las personas con discapacidad y personas sin discapacidad. Dentro de esta comparativa, el nivel de estudios alcanzado entre los dos grupos difiere de un modo importante desde los niveles más bajos, hasta los más altos, situándose la confluencia de datos en los estudios de enseñanza secundaria con 34.5% de la población discapacitada y un 33.5% de población sin discapacidad.

Estas diferencias pueden ser debidas, del mismo modo que en el ámbito laboral, a la no adaptación o no contar con suficientes apoyos para lograr ir avanzando en los distintos niveles de la educación formal.

Estos estudios de nivel no superior son los que hacen asumir trabajos básicos y poco cualificados y estables; mientras que los estudios superiores que son los que permiten acceder a trabajos cualificados y mejor remunerados, los cuales son alcanzados en su mayoría por personas sin discapacidad que por personas con discapacidad.

Una vez que ya hemos comparado los niveles de estudio de personas con y sin discapacidad, vamos a analizar el nivel de estudios de las personas con discapacidad según su tipología en el año 2012.

**Tabla 3. NIVEL DE ESTUDIOS POR TIPO DE DISCAPACIDAD. (Datos en porcentajes)**

	%: Personas con discapacidad
<b>2013</b>	
<b>Física y otras</b>	
Analfabetos	3,7
Primaria	29
Secundaria y programas formación e inserción laboral	50
Superiores	17,3
<b>Intelectual</b>	
Analfabetos	33,5
Primaria	35,8
Secundaria y programas formación e inserción laboral	30,6
Superiores	.
<b>Mental</b>	
Analfabetos	2,2
Primaria	26,8
Secundaria y programas formación e inserción laboral	53,9
Superiores	17,1

**Tabla 3. NIVEL DE ESTUDIOS POR TIPO DE DISCAPACIDAD. (Continuación)**

<b>Sensorial</b>	
Analfabetos	2,9
Primaria	29,5
Secundaria y programas formación e inserción laboral	51,6
Superiores	16,1

Fuente: Elaboración propia con datos del I.N.E.

En este sentido, y como se puede observar en la Tabla 3, las personas con discapacidad y trastornos mentales es la de agrupar a más de la mitad de las personas con reconocimiento de discapacidad física, sensorial, y trastorno mental en los niveles de educación Primaria o Secundaria.

De todos los grupos, el que peor nivel de educación se observa que tiene es el de los discapacitados intelectuales ya que llega al 33,5% en su nivel de analfabetismo mientras que alcanzan los estudios de secundaria o Programas de formación e inserción laboral como nivel educativo más alto con un 30,6%, sin tener un porcentaje en su nivel de educación superior. En este grupo los porcentajes muy similares a lo largo de todos los niveles educativos, situación que no ocurre con los otros grupos.

El resto de grupos mantienen unos niveles similares a nivel de analfabetismo (no superando el 5%), y una estabilidad en los estudios superiores (situándose entre el 14,5% de las personas con trastorno mental, y el 16,1% de las personas con discapacidad sensorial).

En este sentido, el nivel educativo, al 2013, es muy similar en todas las categorías salvo en la categoría de discapacidad intelectual, lo que provoca que estos, por su nivel educativo, tengan muchas más dificultades a la hora de encontrar trabajos que no sean básicos.

Una vez que hemos analizado los datos del nivel de estudios de las personas con discapacidad, se va a exponer datos del empleo en diferentes sentidos, empezando por analizar las tasas de actividad y empleo, en edad de trabajar, según el tipo de discapacidad reconocida, datos obtenidos de la tabla 4 del anexo.

**Tabla 4. TASAS DE ACTIVIDAD, EMPLEO Y DESEMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECONOCIDA EN EDAD DE TRABAJAR, POR TIPO DE DISCAPACIDAD. ESPAÑA 2008-2013 (Datos en porcentajes)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>TASA DE ACTIVIDAD (ACTIVOS/POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR)</b>						
TOTAL	33,4	36,2	36,2	36,6	36,6	37,4
FÍSICA Y OTRAS: TOTAL	35,9	38,5	38,4	39,3	38,8	38,6
SENSORIAL: TOTAL	49,8	48,4	50,8	50,2	49,3	51,3
INTELECTUAL	26,9	28,1	27,4	27,8	28,7	27,5
TRASTORNO MENTAL	20,0	26,1	25,0	25,5	27,1	31,2
<b>TASA DE EMPLEO (OCUPADOS/POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR)</b>						
TOTAL	28,0	28,3	27,7	26,7	24,5	24,3
FÍSICA Y OTRAS: TOTAL	31,1	31,1	30,3	29,7	27,4	26,4
SENSORIAL: TOTAL	43,2	41,7	42,2	40,4	36,7	36,4
INTELECTUAL	20,1	19,4	18,2	17,1	14,7	15,9
TRASTORNO MENTAL	14,5	15,9	16,3	15,4	14,3	15,7
<b>TASA DE DESEMPLEO (PARADOS/ACTIVOS)</b>						
TOTAL	16,3	21,8	23,3	26,9	33,1	35,0
FÍSICA Y OTRAS: TOTAL	13,4	19,2	21,1	24,4	29,4	31,6
SENSORIAL: TOTAL	13,3	13,8	16,9	19,5	25,6	29,0
INTELECTUAL	25,3	31,0	33,6	38,5	48,8	42,1
TRASTORNO MENTAL	27,5	39,1	34,8	39,6	47,2	49,7

Fuente: Elaboración propia con datos del I.N.E., El empleo de las personas con discapacidad.

En relación con el empleo los porcentajes más altos a lo largo de todo el periodo temporal del análisis pertenecen al grupo de personas con discapacidad sensorial, con un porcentaje más alto del 43,2% en el 2008 mientras que el más bajo ha sido el de 36,4% del año 2013.

Posteriormente le sigue el grupo de discapacidades físicas con un porcentaje máximo el año 31,1% siendo el porcentaje más bajo el año 2013 con un 26,4%.

Del grupo de discapacidades intelectuales el año más positivo fue el 2008 con un 20,1% de ocupados y el más negativo el 2012 con una ocupación del 14,7%

De las personas con un trastorno mental, el mejor año fue el 2010 con un 16,3% y el peor año fue el 2012 con un 14,3%.

Si hacemos una comparación del promedio de población empleada en estos años el porcentaje de población discapacitada empleada es del 26,5%, la población con un

mayor porcentaje sería la población con discapacidad sensorial (36,4%), seguida de la población con discapacidades físicas (29,3%), posteriormente está la población con discapacidad intelectual (15,9%), y por último las personas con trastornos mentales (15,3%).

En relación al desempleo, la media durante todos los años analizados es del 26% distribuyéndose del siguiente modo los diferentes grupos. El grupo con un mayor nivel de desempleo sería el de las personas con trastornos mentales (39,6%) de la población, le seguiría el grupo de personas con discapacidad intelectual (36,5%), le seguiría el grupo de discapacidades físicas (23,1%), y por último estaría el grupo de discapacidades sensoriales (19,6%).

Como se puede observar, las personas con trastorno mental siempre han tenido los peores porcentajes tanto a nivel de empleo como de desempleo, seguidos por las personas con discapacidad intelectual. Se da la circunstancia de que a lo largo de los años su media es muy similar entre sí y son dos grupos que están por debajo de la media de tasa de empleo de personas con discapacidad y por encima de la media del desempleo.

A pesar de que las personas con trastornos mentales tienen unos niveles educativos similares al de las personas con discapacidad física y sensorial, y por encima de las personas con discapacidad intelectual, estas tienen unos niveles de empleo y desempleo similares al de las personas con discapacidad intelectual.

Esto va corroborando la idea de que las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental acceden en menor medida a puestos de trabajo, siendo estos más básicos. En relación con el nivel similar de estudios de las personas con trastorno mental y su inferior nivel de empleo respecto a los otros dos grupos (discapacitados físicos y sensoriales), podemos suponer que es debido al estigma que recae sobre ellos, la falta de información sobre lo que supone padecer una enfermedad de ese tipo, y por consiguiente, la menor adaptación de los puestos de trabajo, por lo que tienen un acceso más restringido al mundo laboral y a puestos de mayor cualificación que los que ocupan actualmente.

En relación a los salarios, como se puede observar en la Tabla 5, también se pueden observar diferencias según el tipo de discapacidad. Los datos con los que se va a trabajar son los correspondientes a los años 2010 y 2011. Se van comparar sin distinción de sexos, solo teniendo como variable el tipo de discapacidad siendo el salario obtenido trabajando para otra persona, no siendo autónomo.

**Tabla 5. GANANCIA ANUAL PARA LOS TRABAJADORES ASALARIADOS CON DISCAPACIDAD, POR SEXO Y TIPO DE DISCAPACIDAD. ESPAÑA 2010-2011**

	GANANCIA (bruta) POR	
	TRABAJADOR Y AÑO	
	2010	2011
<b>PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>		
<b>AMBOS SEXOS</b>		
FÍSICA Y OTRAS	21.559,7€	21.469,5€
INTELECTUAL	12.716,5€	11.452,9€
MENTAL	17.016,9€	17.639,5€
SENSORIAL	21.204,0€	21.132,2€

Fuente: Elaboración propia con datos del I.N.E., El Salario de las Personas con Discapacidad. Serie 2010-2011

Como se puede observar, la diferencia entre el sueldo obtenido los dos años (2010-2011) son mínimas siendo el elemento diferenciador de cobrar un sueldo mayor o menor es el tipo de discapacidad.

Las discapacidades con unos salarios brutos mayores son las de tipo sensorial y físicas/otras, mientras que las que mantienen unos salarios brutos más bajos son la de los grupos de personas con discapacidad intelectual y personas con trastorno mental.

Las personas que más cobran al año, tanto en el 2010 como en el 2011, son las englobadas en el grupo de discapacidad física u otras con un sueldo de 21.559,7€ en 2010 y 21.469,5€ en 2011. Les siguen las personas con una discapacidad de tipo sensorial cobrando 21.204€ en 2010, y 21.132€ en 2011.

El salto cuantitativo se da en las personas con trastornos mentales y discapacidades, cobrando los del primer grupo en el 2010 y 2011 una cantidad anual bruta de 17.016,9€ y 17.639,5€ respectivamente, mientras que el último lugar lo ocupan las

personas con discapacidad intelectual sumando unos ingresos anuales brutos de 12.716,5€ en el 2010, y una cantidad bruta anual de 11.452,9€ en el 2011.

Si se pone en relación que las actividades más básicas y de nivel inferior reciben un salario inferior respecto a las actividades con mayor responsabilidad y complejidad, este dato también apoya la idea de que las personas con trastorno mental y discapacidad intelectual asumen trabajos más simples y de inferior rango que el de las personas con trastornos mentales y discapacidades intelectuales.

## CONCLUSIONES

Una vez con los datos estadísticos expuestos, y con los datos cualitativos que expone el trabajador social en su entrevista y un usuario, que debido a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal vamos a llamar Raúl, voy a exponer mis conclusiones sobre el tipo de trabajo que obtienen las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Dentro de los distintos tipos de discapacidades, las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental son las que obtienen puestos más básicos y que según lo hablado con el trabajador social, opina que sigue existiendo un gran estigma hacia las personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual asociada lo que confirma lo que se ha visto estadísticamente, aunque las personas con trastorno mental tengan unos niveles de estudios altos, debido al estigma van a tener mayores dificultades a la hora de encontrar trabajo y que sea de calidad.

También apunta que generalmente tienen ven el trabajo como un deseo remoto aunque no siempre es así claro. En otras ocasiones pueden usar la coletilla que han aprendido como excusa en caso de no tener mucho interés en no trabajar con la frase “Yo no puedo trabajar”.

Otro aspecto que puede ayudar a esta situación son las experiencias previas de las empresas con este sector poblacional de enfermos y discapacitados intelectuales, ya que se han dado casos de una mayor abstención debido a recaídas que en otro tipo de discapacidades aunque hay que decir que no es la norma general.

En relación con la experiencia del usuario Raúl, indica situaciones similares, en las que le ofrecen puestos de trabajo más básicos y que pueden ser monótonos a la hora de realizarlos, elementos que no ayudan a que vayan progresando en su proceso de rehabilitación e integración en la sociedad, ni pueda ir adquiriendo mayor experiencia laboral lo que hace que tampoco pueda ir asumiendo mayores responsabilidades a lo largo de su trayectoria laboral, siendo un elemento negativo, ya que con una mayor experiencia y más responsabilidades podría ir asumiendo puestos de trabajo que requieran una mayor complejidad.

¿A qué puede ser debido que accedan a puestos de trabajo más básico?

Como se indicó anteriormente el hecho de que en muchas ocasiones se produzcan los primeros brotes psicóticos en época escolar, no ayuda a que sigan progresando en este camino y la educación con la que terminan es la educación básica y/o educación secundaria, sobretodo como se ha visto en el colectivo de discapacidad intelectual.

A pesar de ello hay que indicar que una vez estabilizados, hay personas que retoman la educación, ya sea básica o específica en algún itinerario de educación superior como la Formación Profesional o Universidad, pero el grueso de la población se mantiene en la educación Primaria y Secundaria.

Otro de los elementos fundamentales para ello es la falta de información por parte de la sociedad en general y por consiguiente de los empresarios en particular.

Esto provoca que en caso de contratar a una persona con discapacidad, ya sea por beneficios fiscales o por tener sensibilidad social con colectivos que agrupan a discapacitados, suelen contratar a personal con discapacidades físicas o sensoriales ya que tanto la adaptación física del trabajo como la adaptación de los compañeros es más sencilla ya que se puede “observar” los elementos que hay que modificar.

Un ejemplo sencillo sería que adaptar un puesto de trabajo a una persona sorda, sería una adaptación más sencilla ya que conllevaría utilizar señales visuales y luminosas para la realización del trabajo. Como dice el usuario Raúl a la hora de cómo ve él esta situación *“Si es algo físico, el empresario sabe a qué atenerse ¿no? porque bueno, a este señor le falta una mano, sabe que puede contratar a un señor que le falta una mano. Pero como se trate de una persona con enfermedad mental, ahí se asustan y no saben a qué atenerse, bueno a este con enfermedad mental qué va a pasar, un día le da la locura y se pone a matar aquí a todos”*.



## ¿Y desde el Trabajo Social que se puede hacer?

Principalmente creo la labor más importante sería la de informar trabajando desde tres puntos de vista:

- En primer lugar con el usuario, para saber su opinión acerca del aspecto laboral de su vida, los beneficios que puede conllevar en su vida el trabajo y experiencias previas que haya tenido. Esto sería útil, junto con la opinión de otros profesionales de la salud mental, para comprobar si sería posible en ese momento iniciar un itinerario laboral personalizado.

Este itinerario de inserción laboral, explicado de forma breve, según (Hilarión & Koatz, 2012) tendría las siguientes fases:

- Valoración y análisis:
  - Acceso, demanda y acogida inicial: Comienza con la acogida inicial en la entidad, con los objetivos de clarificar la demanda, dar información del programa, ver si es adecuado la continuidad en este programa, y crear una vinculación profesional con el insertor laboral.
  - Valoración y perfil profesional: Se recibe información para crear el perfil profesional y conocer la situación personal del usuario, analizando los obstáculos y facilitadores para el proceso de inserción laboral.
- Planificación:
  - Entrevista de devolución y diseño del itinerario: Se realiza la planificación para conseguir los objetivos. El diseño y objetivos son acordados de forma conjunta entre el profesional y el usuario.
- Intervención:
  - Desarrollo y seguimiento del itinerario: Se inicia con la realización del primer punto acordado en la planificación y se termina cuando se han cumplido todos los objetivos.

Se va valorando el desarrollo del proceso y si es necesario llevar a cabo alguna modificación del mismo.

- Evaluación y seguimiento:
  - Inserción y seguimiento a la inserción: Todo lo anterior eran las fases previas para iniciar una búsqueda activa de empleo, y finaliza la misma con el seguimiento del usuario en su puesto de trabajo.
- Por otra parte informar a la familia ya que como se ha dicho hay veces que es una barrera a la hora de promover la independencia, en este caso laboral, del propio usuario. Ya que como se ha explicado en un ejemplo anteriormente, hay ocasiones en las que la pensión o ayuda que recibe la persona con discapacidad o enfermedad mental es un sustento importante de la economía familiar, y por miedo a que se la quiten una vez comience a trabajar, no son muy partícipes del acceso al mundo laboral de los usuarios.

Esto es un hecho que el Trabajador Social comentó que puede ocurrir pero que en una mayoría de ocasiones, mediante una información correcta, este miedo por parte de los familiares suele desaparecer.

En este aspecto hay una Guía dirigida principalmente a los familiares de una persona a la que le han diagnosticado una enfermedad mental, en el que trata desde aspectos básicos de salud mental, el estigma sobre los pacientes y sobretodo es relevante en este sentido, el capítulo 4 que trata sobre la “Rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental” en que lo importante en este trabajo es la información que proporciona información sobre las dificultades de inserción laboral de personas con enfermedad mental a todos los niveles, incluido el familiar. La Guía es “El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: Una nueva forma de prevención en salud mental”.

- Por otra parte sería bueno seguir informando y sensibilizando a la sociedad en general pero también a los empresarios en particular, ya que son ellos y sus empleados los que darían apoyo y soporte directo a las personas con

enfermedad mental y/o discapacidad intelectual en su trabajo diario. Es importante que se realice esta sensibilización para eliminar los miedos y estereotipos que recaen sobre estas personas, ya que con una atención continuada, a todos los niveles, pueden hacer una vida normalizada como cualquier otra persona sin una enfermedad mental diagnosticada.

Esta labor es importante una vez que el usuario ha sido contratado para que la empresa conozca con anterioridad a la incorporación, las actuaciones a llevar a cabo para adaptar el puesto de trabajo al usuario, promover información a los compañeros directos que vaya a tener el usuario, como de coordinar las diferentes actuaciones de seguimiento y supervisión que el usuario va a tener en la empresa, y siendo posible de forma coordinada con el propio usuario.

Otras actividades que a largo plazo pueden ayudar a la inclusión laboral de las personas con trastorno mental o discapacidad intelectual pueden ser la realización de jornadas conjuntas y periódicas entre usuarios que estén trabajando y que estén buscando empleo, los familiares, asociaciones e instituciones que atiendan a estas personas, y también por parte de los empresarios, ya sea a nivel individual o a nivel colegiado mediante la Cámara de Comercio Local. De esta manera se podría conocer por parte de todas las partes, las demandas y oportunidades que se esperan de cada una de ellas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Actis, W., de Prada, M., & Pereda, C. (2012). Colección de Estudios Sociales. *Discapacidades e inclusión social*(33). Obra Social "la Caixa".
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, págs. 289-300.
- Argulló Tomás, E., & Ovejero Bernal, A. (2001). *Trabajo, individuo y sociedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arnaiz Muñoz, A., & Uriarte Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. (A. d. Comunitaria, Ed.) *Norte Salud Mental*(26), 49-59.
- de Lorenzo García, R., Fernández García, T., & Vázquez Aguado, O. (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- EAPN. (Mayo de 2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Dossiers del Tercer Sector*(26).
- Espino Granada, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 385-404.
- FEAFES Galicia. (s.f.). *Saúde Mental FEAFES Galicia*. Obtenido de <http://www.feafesgalicia.org/ES/contenido/18/>
- Fedeades. (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*.
- Flores Méndez, J. M. (2010). El empleo digno y de calidad como dimensión de la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual. En L. C. Pérez Bueno, *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social* (págs. 291-310). Madrid: CINCA.
- Hilarión, P., & Koatz, D. (2012). *Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S.A.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2014). *Informe Olivenza 2014, sobre la discapacidad en España*.
- Yelo Valero (coordinadora), T., Caravaca Marín, L., Díaz Delgado, P., & Rives Espinosa, B. (s.f.). *El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: Una nueva forma de prevención en salud mental. Una guía para familiares*. Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

## ANEXOS

### ENTREVISTA A UN USUARIO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

**Pregunta (P): ¿Has trabajado alguna vez en el pasado o estás trabajando en estos momentos?**

**Respuesta (R):** En estos momentos no estoy trabajando. El último contrato se me acabó el día 5 de mayo. He estado trabajando en el complejo hospitalario de San Luis. Antes de ahí, bueno, yo tengo en total unos 14 años cotizados ahora mismo.

Antes de trabajar en el hospital de San Luis estuve trabajando en Grupo Siro. Antes de eso estuve de autónomo y antes en una empresa de informática durante bastantes años en Barcelona. O sea que, trabajar sí he trabajado.

**P: En caso de no trabajar en la actualidad o no haberlo hecho nunca, ¿te planteas trabajar en el futuro?**

**R:** Como no estoy trabajando en la actualidad, el trabajar en el futuro sí me lo planteo. Estoy buscando activamente empleo.

**P: ¿cómo te estás preparando para ello? ¿Tienes el apoyo de las personas más cercanas (familia, profesionales con los que te relacionas, amigos, etc.)?**

**R:** Ahora mismo estoy actualizando el curriculum, buscando a través de Internet todos los días ofertas de trabajo o en los periódicos, echando curriculum en las empresas. El proceso de siempre. Es lo que estoy haciendo más o menos ahora mismo a nivel de buscar empleo.

Sí, siempre tengo el apoyo de las personas más cercanas, siempre puedo recurrir aquí al CRP donde también estuve haciendo terapia durante 3 años. También las asociaciones para enfermedades mentales tienen programas de inserción laboral y a través de ellos también trato de buscar trabajo, que me proporcionen empleo.

**P: ¿Qué te aportaba o te aporta el hecho de trabajar?**

Primero el apoyo económico que es muy importante porque tener el soporte del dinero es lo que prima. Aparte de eso está el tener el tiempo ocupado, que también es muy importante.

El sentirte realizado porque haciendo una actividad realza también el sentido de pertenencia, de que estás dentro de un grupo, que formas parte de algo que haces que se mueva en su conjunto. Aparte de eso, el hecho de estar integrado en el mercado laboral, hace que estés integrado completamente en la sociedad.

**P: ¿Recibes alguna prestación o ayuda económica que te permita cubrir tus gastos?, si recibes una prestación ¿te plantearías trabajar o dejar de trabajar sabiendo que ya tendrías las necesidades económicas cubiertas?**

**R:** Sí. Yo hasta ahora estoy recibiendo una pensión no contributiva que me sirve para cubrir los gastos.

Teniendo las necesidades cubiertas me planteo la necesidad de trabajar, porque tener las necesidades cubiertas no lo es todo tampoco. Yo le doy mucha importancia al trabajo. Creo que es muy importante. A nivel de salud mental el tener un trabajo es fundamental.

El que cobre una prestación y aunque tenga una no contributiva, incluso aunque tuviera una pensión más elevada, me seguiría planteando el hecho de trabajar.

Es una cosa que, lo tengo ahí, como algo necesario que tengo que hacer. Para mí es imprescindible el trabajo.

**P: Ya sea si has trabajado o no, ¿crees que por parte de las distintas partes implicadas (empresas, administraciones públicas, la propia sociedad, las propias familias, etc.), hay alguna discriminación hacia las personas con enfermedad mental a la hora de apoyar la búsqueda de trabajo y/o contratación?**

**R:** Pues sí, todavía sí estamos bastantes retrasados a nivel de discriminación hacia las personas con discapacidad mental pero es, más que nada, por parte del desconocimiento que hay sobre la enfermedad mental.

Lo que es el entorno, me ayuda mucho. En la prensa, tenemos muy mala prensa y siempre que ocurre algún suceso se dice: ah, tenía enfermedad mental.

Yo digo que, si es algo físico, el empresario sabe a qué atenerse ¿no? Porque bueno, a este señor le falta una mano, sabe que puede contratar a un señor que le falta una mano. Pero como se trate de una persona con enfermedad mental, ahí se asustan y no saben a qué atenerse, bueno a este con enfermedad mental qué va a pasar, un día le da la locura y se pone a matar aquí a todos.

Yo creo que habría que hacer más formación dirigida a las empresas. Hay más ayudas cuando se contrata a personas con enfermedad mental, las empresas tienen más ayudas, pero aun así son bastante más reticentes a la hora de contratar a personas con enfermedad mental que con otro tipo de enfermedad o de problema.

**P: Del mismo modo, ¿crees que las personas con enfermedad mental a las que contratan les suelen dar trabajos básicos? ¿Por qué crees que se da?**

**R:** Bueno pues eso sí. Que les dan trabajos básicos, eso sí que lo creo y de hecho lo he vivido porque cuando estaba en el último trabajo en San Luis, era un trabajo muy básico y muy duro. Nos dan, no lo peor, no vamos a decirlo así, pero de hecho pues yo tengo dos curriculum: uno que pone que tengo discapacidad y otro que no.

Por ejemplo yo cuando eché el curriculum para Fasa e hice las pruebas, pero en el curriculum que envié no puse que tenía discapacidad, porque ya me dijeron que si ponía que tenía discapacidad, automáticamente te descartaban. Para que veas como

están las cosas. Por eso hay sitios que prefiero echarlo sin discapacidad y otros con discapacidad. Si son centro especiales de empleo, lo hecho con discapacidad.

**P: En caso de que a la pregunta 7 u 8 la hayas respondido de forma afirmativa, ¿Qué se podría hacer para evitar esas situaciones de discriminación?**

**R:** Yo creo que es una cuestión de información, que la gente esté más informada de lo que es la enfermedad mental, que no somos bichos raros, que somos gente normal como todos pero con una patología, con una enfermedad crónica. Hay enfermedades más agudas y otras menos. Hay gente que aunque tenga una enfermedad mental puede trabajar perfectamente. Está claro que con otras enfermedades mentales, no.

Básicamente yo creo que se debería dar más información y más ayudas a la contratación.

**P: ¿A lo mejor sería positivo a la hora de informar hacer, no sé si jornadas de convivencia, pero a lo mejor una jornada conjunta entre usuarios y profesionales del ámbito de salud mental con asociaciones de empresarios, etc.?**

**R:** Sería una buena idea, sería una iniciativa interesante. Con ese tipo de iniciativas yo creo que se podría entender mejor el marco de cómo es la enfermedad mental y si produce o no algún hándicap para a la hora de trabajar. Yo creo que iniciativas de ese tipo estarían bien.

**P: ¿Y en el ámbito de oposiciones por ejemplo, a una persona con discapacidad física, se adaptaría el lugar haciendo una rampa?**

**R:** Exactamente, habilitando el espacio para que sea más accesible para personas con discapacidad física. En el caso de gente con discapacidad mental no te sabría decir si hay que hacer algún tipo de adaptación.

En el tema del conocimiento hay una ley que permite la integración. En cada empresa tiene que haber un porcentaje de trabajadores con discapacidad (creo que un 2%).

Esta ley permite que las personas con discapacidad puedan acceder al empleo, aunque todavía está muy estigmatizado el hecho de dar empleo a una persona con



enfermedad mental. Me parece que solo una de cada cuatro personas con enfermedad mental trabaja.

**P: En las estadísticas, en el ámbito de empleo siempre las discapacidades intelectuales y enfermedad mental siempre aparecen las últimas.**

**R:** Sí, es más, la gente con discapacidad física no tiene tantos problemas como la discapacidad por una enfermedad mental o de una discapacidad intelectual.

**P: ¿Crees que sería positivo hacer una ley para que la contratación se distribuya: Contratación de discapacidad de tipo físico, obligatorio tantas personas; de tipo orgánico, tantas personas; de tipo mental; o eso estigmatizaría y os perjudicaría más?**

**R:** Desde mi punto de vista creo que estaría bien porque dentro de las discapacidades hay muchas discapacidades. Sería bueno saber, dentro de este círculo... Es que si no así se está estigmatizando porque una empresa que sea centro especial de empleo puede decir yo soy un centro especial de empleo y cojo discapacitados, pero no discapacitados mentales.

Si por ley se les obligara a ello, desde mi punto de vista yo lo vería bien pero habría que trabajar en ello y son los de arriba los que tienen la última palabra. Mi opinión es que sí estaría bien. A ver si surgen iniciativas de ese tipo.

**P: ¿Tenías o tienes la misma percepción del uso que se da al trabajo, lo que decías tú antes, más que económico de integración social, antes de que tuvieses problemas de salud mental que ahora o lo veías antes como un medio económico ya...?**

Antes lo veía como un medio económico y ya está. Trabajaba para ganar dinero y punto, pero ahora lo veo más como algo para integrarme y que forma parte de la salud. El trabajo es una parte indispensable de la salud.

**P: ¿El nivel de formación es importante?**

**R:** Sí pero ahora mismo tampoco salen cursos, ni nada. Te hablo a nivel general. No salen cursos para desempleados, ni hay tampoco formación. Digamos que la formación

a lo mejor debería estar orientada a la empresa (formar a la empresa a nivel de qué ventajas tiene el contratar a una persona con discapacidad, o con discapacidad mental porque no es lo mismo contratar a una persona con discapacidad física que mental). Las empresas estarían más formadas a este nivel para tener una mejor perspectiva de las posibilidades que tienen como empresa para poder integrar más gente al mercado laboral.

### **Carta abierta del usuario**

**R:** Pues lo que hemos comentado, que a día de hoy todavía hay mucha estigmatización sobre la enfermedad mental y que estaría bien que todos a nivel de empresarios y de gobernantes que abrirían un poco más los ojos e intentar dejar de estigmatizar tanto. Y la prensa también. Que somos personas igualmente como todas las demás, que tenemos ese pequeño problema, pero que ese pequeño problema nos permite desempeñar un tipo de trabajo, ni dejar de ser menos funcionales que cualquier otra persona.

## ENTREVISTA TRABAJADOR SOCIAL

**Pregunta:** ¿Qué opinión tienen los usuarios sobre el hecho de trabajar? ¿Lo ven como algo que solamente proporciona recursos económicos o lo ven como un aspecto más a la hora de poder participar activamente dentro de la sociedad?

**Respuesta:** Generalmente es un deseo el trabajar, pero es un deseo remoto, un deseo que no ven viable a corto o a medio plazo. Bueno, no siempre es así claro. Hay veces que tienen muy claro que no quieren trabajar o simplemente han aprendido a dar la respuesta: Yo no puedo trabajar.

**P:** En ocasiones las propias familias tienen “miedo” de que la persona con enfermedad mental se ponga a trabajar porque podría perder la pensión o apoyo económico que recibe y en caso de que les despidiesen o dejaran el trabajo se quedarían sin recursos económicos: -¿Es real ese temor?; en caso de no ser así, ¿se les explica a los familiares que eso no ocurre?, una vez explicado ¿siguen con ese temor a que su familiar trabaje o ya son menos reacios a ello?; ¿Por qué crees que tienen miedo de que su familiar consiga una mayor independencia, en este caso económica, de la que tenían antes?

Si y creo que tampoco necesita muchas más explicaciones. Es verdad que en las familias está extendido ese temor.

En caso de que ese temor fuera infundado ¿se les explica a los familiares que eso no ocurre?

Pues sí cuando, atendiendo a las características del paciente, valoramos que la empleabilidad es viable (aunque sea pequeña), sí que se les suele explicar a las familias cuando esto es una resistencia.

Una vez explicado ¿siguen con ese temor a que su familiar trabaje o ya son menos reacios a ello? En algunos casos sí que es verdad que basta una información real para eliminar esa barrera, pero también es verdad que, en muchos casos sigue existiendo la suspicacia y la desconfianza. Muchas veces esa desconfianza viene de experiencias

previas en las que, por un insuficiente entendimiento de la normativa, han tenido experiencias negativas de suspensión de pensiones o de subsidios, etc.

¿Crees que tienen miedo de que su familiar consiga una mayor independencia económica?:

Yo no creo que tenga que ver con una independencia económica. Sí que es verdad que en algunos casos el esquema de relaciones familiares hace que existan resistencias a la independencia o autonomía del paciente. Entonces en el aspecto económico sería uno más pero no veo yo que exista de una manera muy específica ese miedo a que sean económicamente independientes. De hecho, expresamente suele ser un deseo; es verdad que muchas veces, un deseo que muchas veces viene dificultado por esa resistencia a la autonomía de su familiar.

**Comentario del entrevistador:** Y en este sentido sería a lo mejor porque la vida de la familia, del padre, de la madre, hermano, ha girado durante muchos años en torno al cuidado del familiar.

**R:** No siempre pero en algunos casos sí. Es estos esquemas de relaciones que se estudian mucho en el modelo sistémico y sí es verdad, esas fuerzas homeostáticas existen para mantener el equilibrio del sistema, sí. O por beneficios secundarios que pronto descubres en las relaciones familiares.

Por ejemplo, si yo tengo un familiar que tiene una pensión de 400 € que constituye el 30% de todos los ingresos de la unidad familiar y de esos 400 €, la persona con enfermedad mental, solamente gasta 150 €, los otros 250 € están destinados a la economía familiar. Si está en una edad en la que pueda ser económicamente independiente y pueda darse la separación del núcleo de convivencia, resulta que me quedo sin esos 250 €.

**P: Como norma general dentro de las personas con discapacidad de cualquier tipo, las personas con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual asociada a la enfermedad mental:**

**R:** Generalmente a puestos de baja cualificación o puestos no cualificados. Es una generalidad, pero sí que es verdad que es muy dominante esto.

**P: ¿Por qué crees que se da esa situación de discriminación respecto a otras discapacidades?**

**R:** Yo creo que hay dos factores fundamentales o tres:

-Uno de ellos es el propio estigma de la enfermedad mental (no vamos a negarlo) y hay dos que a lo mejor son más justificables:

-Otro tiene que ver con que, muy probablemente, son gente menos cualificada, con menos experiencia laboral, menos conocimientos, etc.

-La tercera razón o segunda de las que pueden estar más justificadas, es porque en muchos casos se dan experiencias en empresas, sobre todo en grandes empresas, porque ya han tenido experiencia en contratación con discapacitados en las que comprueban que hay un mayor absentismo por recaídas, que en otros tipos de discapacidades. Por supuesto no siempre es así.

**P: ¿Habría que cambiar las leyes de discriminación positiva para que existiese un cupo de contratación según el tipo de enfermedad y discapacidad?**

**R:** Bajo mi punto de vista no, pero esto es una opinión personal. No soy demasiado partidario de las acciones de discriminación positiva, no soy muy creyente de las acciones de discriminación positiva, pero que además se haga una discriminación positiva según el tipo de enfermedad, no creo que sea la mejor idea.

Lo que sí puede haber, más que medidas de discriminación positiva, son medidas de adaptación al trabajo en función del perfil del trabajador.

**P: ¿Las empresas están concienciadas sobre el hecho de que contratar a una persona con enfermedad mental y/o discapacidad intelectual le sirve como apoyo importante para lograr una mayor inclusión social y una mayor autonomía? ¿O solamente miran por sus intereses?**

**R:** Yo no tengo mucha experiencia en el contacto con empresas porque aquí nunca se ha hecho intermediación laboral. Por lo que yo percibo, las empresas podemos dividirlos en dos tipos:

- 1) Aquella que tiene una particular sensibilidad con los colectivos desfavorecidos y
- 2) Aquellas que lo rechazan abiertamente

**P: Dicho esto, ¿Solamente miran por sus intereses?**

Bueno, yo creo que fundamentalmente miran por sus intereses, pero además creo que es legítimo. Estamos hablando de empresas cuyo fin es económico. Esto es legítimo, otra cosa es que la forma de reglamentar las relaciones laborales propiciara que, el hecho de contratar una persona discapacitada o discapacitada por enfermedad mental, fuera ventajoso para el buen desarrollo de la empresa.

**P: ¿Crees que existe discriminación por parte de la sociedad respecto a las personas con enfermedad mental?, ¿en el ámbito laboral?, ¿cómo se podría ir eliminando esta discriminación de ámbito laboral?**

**R:** Creo que sí y creo que, afortunadamente en los últimos años se ha avanzado bastante. Yo creo que la proyección social que está teniendo a través de los medios de comunicación, que son los primeros que van tomando conciencia y luego también a través de la experiencia de relaciones comunitarias de las personas con enfermedad mental y el avance en los tratamientos, creo que se va superando. Ha habido avance en los últimos años pero sigue existiendo discriminación.

¿En el ámbito laboral existe?: Sí, como un elemento más de esto mismo que estamos hablando.

¿Cómo crees que se podría ir superando esta discriminación o esto de lo que hablo en el ámbito laboral?: Yo creo que posibilitando la creación de puestos de trabajo que sean, por una parte rentables a las empresas y, por otra parte adecuados a las características individuales del trabajador. Sea o no sea con enfermedad mental. Lo podemos circunscribir incluso en un principio de productividad.

PORTADA DE LA GUÍA El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: Una nueva forma de prevención en salud mental.”

---

el **apoyo familiar** para  
la **integración laboral**  
de las **personas** con  
**enfermedad mental:**  
una nueva forma de  
**prevención en salud mental**

