



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS

CAMPUS DE PALENCIA

INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS DE ENFERMEDAD MENTAL: ESQUIZOFRENIA, DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO

ALUMNO: PABLO LORENZO GARCIA

TUTOR: ANTONIO SAN MARTIN NEMESIO

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y COMPETENCIAS:	3
2.	ANÁLISIS DE DATOS: DEFINIR LOS COLECTIVOS Y ANALIZARLOS	7
2.2	LAS ADICCIONES: EL ALCOHOLISMO.....	10
2.3	LA ESQUIZOFRENIA:	14
2.4	LA DEPRESIÓN:	16
2.5	EL ALCOHOL.....	21
3.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	24
3.1	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:	24
4.	HIPÓTESIS DE TRABAJO	29
4.1	¿QUÉ CREEMOS QUE OCURRE?	29
4.2	EL ACCESO AL EMPLEO:	31
4.2.1	ENFERMOS MENTALES:	31
4.2.2	ESQUIZOFRÉNICOS Y EMPLEO:.....	33
4.2.3	LA DEPRESIÓN Y EL EMPLEO:	34
4.2.4	ACCESO AL EMPLEO DE LOS ALCOHÓLICOS:.....	35
5.	¿QUÉ DICEN LOS DATOS:.....	41
5.1.1	EL ALCOHOL EN DATOS:	41
5.1.2	DATOS DE PARO Y ALCOHOL:.....	43
5.1.3	ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN EN DATOS:	44
6.	MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS INSTITUCIONES POLÍTICAS Y LAS EMPRESAS PARA DEL COLECTIVO ESTUDIADO: 48	
6.1	PRINCIPALES POLÍTICAS PARA LA REINSERCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES:	50
6.2	LEGISLACIÓN REINSERCIÓN ALCOHÓLICOS:	54
7.	ENTREVISTAS	59
7.1	CONCLUSIONES GENERALES DEL EJEMPLO CONCRETO QUE SON EXTRAPOLABLES A OTROS CASOS:	60
8.	CONCLUSIONES.....	62
8.1.1	¿QUÉ SON LOS ESTEREOTIPOS?	66
9.	BIBLIOGRAFIA.....	69
10.	GLOSARIO	74

1. INTRODUCCIÓN Y COMPETENCIAS:

El principal objetivo de este trabajo consiste en destacar y especificar la situación y dificultades a las que se enfrentan los enfermos mentales en general. Se trata de profundizar en el estudio de algunos tipos de enfermos como los esquizofrénicos, depresivos y alcohólicos.

Comenzamos el trabajo con una definición de los colectivos a estudiar. Posteriormente, se trata de hacer un estudio para comprobar la problemática ante la que nos enfrentamos. Veremos que los estereotipos, prejuicios y el estigma derivados de la desinformación social, son los principales culpables de las dificultades a estudiar. En el desarrollo del trabajo se valora en profundidad la situación y se estudian los datos específicos que verifican la complicada situación de la que tanto hablamos. En la parte final y como desenlace, se trata de mostrar los medios con los que cuentan los enfermos y sus familias para sacar adelante la situación. Con medios me refiero sobre todo al marco legal actualizado, las políticas públicas de las administraciones, las asociaciones, fundaciones, programas, proyectos...

En estos últimos apartados trato de aportar lo que, a mi modo de ver, son los desencadenantes de los problemas y las soluciones a aplicar. En el trabajo queda claro que con los medios adecuados los enfermos pueden sacar adelante la situación. Además, destaco también las carencias de los organismos públicos a la hora de abordar las dificultades. Los vacíos legales y la falta de interés social y político se manifiestan en todo momento. No debemos olvidarnos del pensamiento societario condicionado por nociones negativas de dichas enfermedades. Esto que acabo de mencionar lo voy a recalcar y exponer detalladamente en las conclusiones. La parte final del trabajo consiste en una bibliografía, que precede a un glosario en el que se recopilan las definiciones de los términos principales con los que tratamos en el estudio.

Las competencias establecidas en el Grado de Relaciones Laborales y Recursos Humanos tienen como objetivo, entre otros, comprender y adquirir conocimientos, competencias y capacidad de análisis acerca de situaciones laborales, en nuestro caso en lo referente a los enfermos mentales (Esquizofrenia, depresión y alcoholismo).

INSTRUMENTALES

C.G.1. Capacidad de análisis y síntesis

CG.2. Capacidad de organización y planificación

CG.3. Comunicación oral y escrita en lengua nativa

CG.4. Conocimiento de una lengua extranjera

CG.5. Conocimientos de informáticas relativos al ámbito de estudio

CG.6. Capacidad de gestión de la información

CG.7. Resolución de problemas

CG.8. Toma de decisiones

PERSONALES

CG.9. Trabajo en equipos

CG.10. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar

CG.11. Trabajo en un contexto internacional

CG.12. Habilidades en las relaciones interpersonales

CG.13. Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad

CG.14. Razonamiento crítico

CG.15. Compromiso ético

SISTEMATICAS

CG.16. Aprendizaje autónomo

CG.17. Adaptación a nuevas situaciones

CG.18. Creatividad

CG.19. Liderazgo

CG.20. Iniciativa y espíritu emprendedor

CG.21. Motivación por la calidad

CG.22. Sensibilidad hacia temas medioambientales

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	DISCIPLINARES (SABER)
	CE.1. Marco normativo regulador de las relaciones laborales
	CE.2. Marco normativo regulador de la Seguridad Social y de la protección social complementaria
	CE.3. Organización y dirección de empresas
	CE.4. Dirección y gestión de recursos humanos
	CE.5. Sociología del trabajo y Técnicas de Investigación Social
	CE.6. Psicología del Trabajo y Técnicas de negociación
	CE.7. Historia de las relaciones laborales
	CE.8. Salud laboral y prevención de riesgos laborales
	CE.9. Teoría y sistemas de relaciones laborales
	CE.10. Economía y mercado de trabajo
	CE.11. Políticas sociolaborales
	CE.12. Contabilidad y Análisis Contable
	PROFESIONALES (SABER HACER)
	CE.13. Capacidad de transmitir y comunicarse por escrito y oralmente usando la terminología y las técnicas adecuadas
	CE.14. Capacidad de aplicar las tecnologías de la información y la comunicación en diferentes ámbitos de actuación
	CE.15. Capacidad para seleccionar y gestionar información y documentación laboral
	CE.16. Capacidad para desarrollar proyectos de investigación en el ámbito laboral
	CE.17. Capacidad para realizar análisis y diagnósticos, prestar apoyo y tomar decisiones en materia de estructura organizativa, organización del trabajo, estudios de métodos y estudios de tiempos de trabajo
	CE.18. Capacidad para participar en la elaboración y diseño de estrategias organizativas, desarrollando la estrategia de recursos humanos de la organización
	CE.19. Capacidad para aplicar técnicas y tomar decisiones en materia de gestión de recursos humanos (política retributiva, de selección...)
	CE.20. Capacidad para dirigir grupos de personas
	CE.21. Capacidad para realizar funciones de representación y negociación en diferentes ámbitos de las relaciones laborales
	CE.22. Asesoramiento a organizaciones sindicales y empresariales, y a sus afiliados
	CE.23. Capacidad para asesorar y/o gestionar en materia de empleo y contratación laboral
	CE.24. Asesoramiento y gestión en materia de Seguridad Social, Asistencia Social y protección social complementaria
	CE.25. Capacidad de representación técnica en el ámbito administrativo y procesal y defensa ante los tribunales
CE.26. Capacidad para elaborar, implementar y evaluar estrategias territoriales de promoción socioeconómica e inserción laboral	
CE.27. Capacidad para interpretar datos e indicadores socioeconómicos relativos al mercado de trabajo	

CE.28. Capacidad para aplicar técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social al ámbito laboral

CE.29. Capacidad para elaborar, desarrollar y evaluar planes de formación ocupacional y continua en el ámbito reglado y no reglado

CE.30. Capacidad planificación y diseño, asesoramiento y gestión de los sistemas de prevención de riesgos laborales

CE.31. Capacidad para procesar documentación administrativa contable

ACADÉMICAS

CE.32. Análisis crítico de las decisiones emanadas de los agentes que participan en las relaciones laborales

CE.33. Capacidad para interrelacionar las distintas disciplinas que configuran las relaciones laborales

CE.34. Comprender e carácter dinámico y cambiante de las relaciones laborales en el ámbito nacional e internacional

CE.35. Aplicar los conocimientos a la práctica

CE.36. Capacidad para comprender la relación entre procesos sociales y la dinámica de las relaciones laborales

2. ANÁLISIS DE DATOS: DEFINIR LOS COLECTIVOS Y ANALIZARLOS

En este apartado lo que se trata es de describir los dos grandes grupos. El objetivo consiste en presentar de manera detallada los componentes de este trabajo intentando proporcionar una visión clara y objetiva para la comprensión de los mismos.

2.1 LOS ENFERMOS MENTALES:

Seguro que tenemos algún familiar, amigo, conocido, vecino que padezca algún tipo de enfermedad como las señaladas anteriormente. Por lo que muchas personas de la sociedad en la que vivimos estamos familiarizados y sabemos de la importancia y del impacto que estos sujetos tienen en nuestra sociedad. Tratando de dar una definición simple podemos decir que los enfermos mentales son aquellas personas que padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental.

Pero, ¿Qué son las enfermedades mentales?

Según la Organización Mundial de la salud (OMS):

“La enfermedad o el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o 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.”.

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que alteran el pensamiento, los sentimientos, el estado de ánimo y el comportamiento de las personas. Pueden ser ocasionales o duraderas en el tiempo (crónicas). Estas enfermedades también afectan a la capacidad de relacionarse con los demás. *“El hombre es un ser social por naturaleza”* (Aristóteles 384-322, a. de C.) Las relaciones sociales son fundamentales en el ser humano y las alteraciones de esta capacidad de relación afectan de manera muy negativa en los sujetos que las padecen.

¿Quién está en riesgo de tener enfermedades mentales?

Nadie está exento de sufrir algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida.

Es más, estas enfermedades son más que comunes en nuestro país, y más aún en el resto de los países a nivel mundial. Por poner un ejemplo, en EEUU podemos decir que varios estudios determinan que más de la mitad de los estadounidenses serán diagnosticados con algún trastorno mental en algún momento de su vida.

Para que nos hagamos una idea del impacto que tiene la salud mental apporto unos datos que hacen referencia a la salud mental en cifras en España.

Este estudio esta sacado del periódico “La Vanguardia” a fecha 03/04/2019¹ y en él se pueden estimar las siguientes cifras:

- *El 6,7 % de la población del país está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión. En ambas es más del doble en mujeres (9,2 %) que en hombres (4 %).*
- *Entre el 2,5 % y el 3 % de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas.*
- *Dos millones de jóvenes de 15 a 29 años (30 %) han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año.*
- *El 9 % de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25 % lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida, según la OMS.*
- *El 88 % de las labores de atención y apoyo las realizan cuidadores informales (familia, amigos...).*
- *Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.*
- *Entre el 11% y el 27% de los problemas de salud mental en España pueden atribuirse a las condiciones de trabajo.*
- *Ocho de cada diez personas con problemas de salud mental no tiene empleo (82 %).*
- *En el mundo:*

1 - La Vanguardia. (2019, Abril) La salud mental en cifras. La Vanguardia Digital. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190403/461443530430/la-salud-mental-en-cifras.html>

- *Una de cada 4 personas tendrá un trastorno mental en su vida.*
- *El 12,5 % de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares.*
- *Un 1 % de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.*
- *El 50 % de los problemas de salud mental en adultos comienza antes de los 15 años y el 75% antes de los 18.*
- *Entre el 35 % y el 50 % no reciben el tratamiento o no es el adecuado.*
- *450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida.*
- *Más de 300 millones de personas en el mundo viven con una depresión, un problema de salud que ha aumentado un 18,4 % entre 2005 y 2015.*
- *Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.*

La enfermedad mental es habitual y común, de ahí los datos que refleja el estudio de la OCDE en 2015². Este estudio dice que un 20% de la población en edad de trabajar sufrirá algún proceso de enfermedad mental durante su vida.

Siguiendo con los datos extraídos en este estudio se llega a la conclusión de que un quinto de las personas en edad de trabajar sufre una enfermedad mental. Costando estas patologías en Europa un 3,5% del PIB.

Otros de los datos que nos muestran la “cercanía” al problema son los informes de la OMS de 2005, en los que podemos leer que una de cada cuatro personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida, suponiendo 450 millones de afectados.

Hay que tener en cuenta que la enfermedad mental no solo acarrea consecuencias psíquicas y económicas de manera individual en cada sujeto. Tanto las familias como las economías y el gobierno van a notar el fuerte impacto de la adversidad ante la que se encuentran.

Para ello me gustaría quedarme con la frase aportada por el secretario general

² Organización para la cooperación y el desarrollo económicos

de la OCDE (Ángel Gurría)³ :

"Los problemas de salud mental cobran un alto precio en los individuos, sus familias, los empleadores y la economía". "Los legisladores han sido demasiado lentos en actuar. Se necesita un liderazgo político fuerte para impulsar la reforma y hacer frente a este problema".

Como bien dice Ángel, una correcta proyección del problema y una debida anticipación consigue minimizar su gravedad. Todo ello desde la constancia y la adecuada gestión política. Y es que el solventar el problema con las mayores garantías posibles es algo que se puede lograr gracias a la "normalización" del problema. La enfermedad mental ha estado, está y estará visible a lo largo de la historia de nuestra sociedad y no se logrará erradicar por completo.

2.2 LAS ADICCIONES: EL ALCOHOLISMO

Comenzamos citando la definición de adicción. Según la OMS la definición de adicción es: *"El consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas. El consumo es repetido hasta el punto de que el consumidor que se intoxica muestra un deseo de la sustancia o sustancias".*

Según los NIH (institutos nacionales de salud de EEUU) podemos decir que la adicción es una enfermedad del cerebro compleja y de larga duración, y que los tratamientos disponibles en la actualidad pueden ayudar a las personas a controlar sus adicciones. Pero incluso aun dejando este consumo de lado, siempre existirá el riesgo de que dicha adicción regrese, lo que se conoce como reincidencia.

El tratar de eliminar o reducir estas adicciones es algo muy complejo. Además de una gran fuerza de voluntad y constancia por parte del individuo, es necesario el trabajo conjunto de varios factores humanos y sociales.

"Una idea común y equivocada es que la adicción es una elección o un

³ Publicación Médica de psiquiatría y salud mental. (2015, 25 de Marzo) *El 20% de los trabajadores sufre una enfermedad mental* N 40. Disponible en <http://psiquiatria.publicacionmedica.com/noticia/el-20-de-los-trabajadores-sufre-una-enfermedad-mental>

problema moral, y que lo único que hay que hacer es dejar de consumir. Pero nada más alejado de la verdad", dice el Dr. George Koob, director del Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo "De hecho, el cerebro cambia con la adicción, y se necesita mucho trabajo para lograr que vuelva a su estado normal. Cuanto más alcohol o drogas haya consumido una persona, más se verá afectado el cerebro."

De hecho, los investigadores del Instituto Nacional sobre drogas de Estados Unidos han descubierto que gran parte del poder de la adicción está en la capacidad de destruir partes básicas de nuestro cerebro que nos ayudan a pensar de manera racional y correcta.

En el momento en el que un sujeto se vuelve adicto a una sustancia concreta, el proceso normal de trabajo que utiliza nuestro cerebro se altera y acaba funcionando de manera perjudicial. De ahí que las enfermedades mentales y las adicciones estén tan relacionadas, ya que la falta del consumo de alcohol en las personas adictas provoca sensaciones de ansiedad y estrés. Cuando se producen estos efectos, las personas consumen alcohol para no sentirse mal, en lugar de consumirlo para buscar los efectos placenteros. Cuando ocurre esta situación se puede llegar a la conclusión de que estas personas están "enganchadas" y suponen un problema que requerirá de un tratamiento complejo y elaborado.

"Los estudios de imagenología del cerebro de las personas adictas al alcohol muestran menor actividad en la corteza frontal", dice la Dra. Nora Volkow,⁴ directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. "Cuando la corteza frontal no funciona de manera correcta, las personas no pueden tomar la decisión de dejar de consumir la droga incluso si se dan cuenta de que el precio que deben pagar por consumirla es extremadamente alto".

Leyendo esto, se puede llegar a la conclusión de que cuando una persona es dependiente del alcohol, todo lo demás es secundario y que dichas personas harán todo lo posible por consumir esta sustancia sin importarles nada ni nadie.

⁴ National Institutes of Health (2015, Octubre) *La biología de la adicción. Las drogas y el alcohol pueden secuestrar su cerebro*. Disponible en: <https://salud.nih.gov/articulo/la-biologia-de-la-adiccion/#:~:text=%22Cuando%20la%20corteza%20frontal%20no,o%20terminar%20en%20la%20c%C3%A1rcel.>

Es decir que, aunque el consumo de dicha sustancia les acarree consecuencias trascendentales que arrastrarán a lo largo de su vida, no les importará ni lo más mínimo con tal de satisfacer sus necesidades.

Estos científicos han demostrado que las adicciones son hereditarias, pero no solo existen estos factores para padecerlas, sino que según Koob ⁵:

"Haber crecido con un alcohólico; haber sufrido abuso infantil o estar expuesto a un nivel de estrés extremadamente alto pueden contribuir al riesgo de adicción al alcohol o al abuso de drogas". "Y en lo que respecta al consumo de drogas y alcohol en menores, cuanto antes comience, mayores serán sus probabilidades de tener un trastorno de abuso de alcohol o una adicción más adelante en la vida."

Al igual que con las enfermedades mentales existen procesos y condiciones que acaban marcando la dirección de las personas a lo largo de su vida. Respecto al colectivo de los menores he de decir que son un colectivo vulnerable al no estar desarrollados tanto física como psicológicamente. Cualquier problema durante la infancia o adolescencia puede tener consecuencias muy serias en un futuro. Otro problema que tienen los adolescentes es la tentación que causa esta sustancia para ellos provocando de esta forma un consumo totalmente irresponsable y descontrolado.

Cuando hablamos de enfermedad mental es necesario establecer puntualizaciones y matizaciones. Lo primero que tiene que quedar claro es que este término engloba muchas casuísticas. La enfermedad mental entendida de una u otra manera abarca infinidad de situaciones.

A mi modo de ver, la relación de los enfermos mentales con el empleo se puede clasificar en dos subgrupos: Los que están habilitados para trabajar aun padeciendo la enfermedad y los que, por la gravedad de la misma no pueden trabajar. Esto se debe principalmente a que cada individuo es independiente y distinto al resto.

⁵ National Institutes of Health (2015, Octubre) *La biología de la adicción. Las drogas y el alcohol pueden secuestrar su cerebro*. Disponible en: <https://salud.nih.gov/articulo/la-biologia-de-la-adiccion/#:~:text=%22Cuando%20la%20corteza%20frontal%20no,o%20terminar%20en%20la%20c%C3%A1rnel>.

La amplitud del concepto nos muestra situaciones en las que dicha enfermedad no puede ser compatible de ninguna manera con el mundo laboral. Bien sea por su gravedad o bien por el impacto que esta ha generado al sujeto provocando un claro deterioro que le va a llevar por desgracia al ingreso en centros psiquiátricos donde pueden llegar a permanecer internos el resto de su vida.

En el caso de las personas enfermas que no pueden optar a un puesto de trabajo he de decir que la discriminación que se aplica es más “lógica y aceptable” que la que se produce en las personas que conviven con la enfermedad mental y la sociedad “normal”.

Reitero en que esta discriminación es lógica puesto que, analizando al individuo y tras las valoraciones médicas pertinentes, se saca la conclusión de que tal sujeto no va a estar capacitado y su enfermedad es tan grave que no le va a permitir la toma de decisiones por sí mismo por lo que un profesional especialista tomará la decisión de calificarlo como no apto para el mundo laboral. En estos casos ya no se trata de trabajar fomentando una reinserción laboral si no que se trata de evitar la agravación sus deficiencias y que su calidad de vida sea lo mejor posible dentro de sus limitaciones.

Cuando estos párrafos anteriores menciono el término “discriminación” trato de referirme a una discriminación positiva que se basa en una clasificación de los sujetos en base a sus limitaciones y siempre desde una perspectiva fundamentada en la reintegración y estabilidad dentro de sus posibilidades.

No quiero dejar de lado los trastornos mentales graves sin antes dar una definición orientativa y para ello me quedo con la aportada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como: *“Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*.

Las características de las enfermedades mentales graves hacen que exista una relativa incompatibilidad entre afectado y empleo.

Puesto que la trayectoria profesional de los enfermos mentales graves es lamentablemente muy complicada, nos vamos a centrar en los otros tipos de enfermos mentales que sí que van a poder compatibilizar su enfermedad con el mercado laboral.

2.3 LA ESQUIZOFRENIA:

Dentro de los que sí pueden trabajar existe una amplitud de trastornos, pero me gustaría centrarme en los más comunes como la depresión y la popular esquizofrenia.

A la hora de lidiar con este último término debemos conocerlo y dominar todas sus características para después ponernos en situación y ubicarlo en el acceso al empleo. Lo primero voy a aportar la definición publicada por la OMS:

Según la OMS *“La esquizofrenia es una psicosis, un tipo de enfermedad mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”*. Algunas de las experiencias más comunes son:

“Alucinaciones: Oír, ver o percibir algo que no existe.

Delirios: Creencias o sospechas erróneas y persistentes no compartidas por otras personas de la misma cultura, de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario.

Conducta extravagante: Conducta desorganizada que puede manifestarse como vagabundeo, murmuraciones y risas para sí mismo, aspecto estafalario, abandono del aseo personal o aspecto desaliñado.

Discurso desorganizado: incoherente o no pertinente.

Alteraciones de las emociones: notable apatía o desconexión entre la emoción declarada y sus manifestaciones objetivas, tales como la expresión facial o el lenguaje corporal.”

La esquizofrenia presenta a su vez variedades. Hay que tener en cuenta que existen muchos estudios acerca de esta enfermedad, esto se debe a que es muy

común en nuestra sociedad y para ello hay que tratar de normalizarla lo máximo posible, puesto que su completa erradicación es muy compleja.

Para entender la cercanía de la enfermedad quiero proporcionar los datos y cifras aportados por La OMS:

- La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

- En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

- Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

- Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

- La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces.

- La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia.

Siguiendo en la misma línea es necesario tener en cuenta según la OMS:

La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia crónica no tiene acceso al tratamiento.

Como soluciones la OMS propone un sistema de atención primaria de la salud mediante:

- la capacitación del personal de atención primaria de la salud

- la facilitación de acceso a medicamentos esenciales

-el apoyo a las familias en la atención a pacientes en el hogar

-la concienciación de la opinión pública para reducir la estigmatización y la discriminación.

-intervenciones psicosociales rehabilitadoras para mejorar la capacidad de vivir con autonomía.

Aunque el objetivo de este trabajo es analizar e investigar sobre el acceso al empleo en colectivos con esquizofrenia, depresión y alcoholismo, hay que tener en cuenta la posición de los enfermos en la sociedad. Las dificultades de integración social son el núcleo principal de las discriminaciones en el resto de las facetas de su vida.

Sociedad y empleo son cuestiones que van de la mano. Si un sujeto no consigue una integración en la sociedad, más difícil lo va a tener en el acceso al trabajo; es decir que cuando un enfermo no es aceptado socialmente menos lo va a ser laboralmente.

Por supuesto y como era de esperar los esquizofrénicos son un claro ejemplo de lucha contra el estigma. El primer paso para frenar la barrera del estigma radica en la integración social.

2.4 LA DEPRESIÓN:

Otra de las enfermedades a mencionar es la depresión.

Respecto a esta enfermedad he de decir que, al igual que con la esquizofrenia, la documentación publicada es muy extensa por lo que trato de basarme en rasgos y cuestiones generales ya que podría dedicar solo un trabajo entero en esta cuestión.

Según el Psicólogo madrileño Juan Manuel Gallardo, la depresión se diferencia de la esquizofrenia en que *“La primera es un trastorno del estado de ánimo en la que el sujeto se encuentra con tristeza, desgana, incapacidad de disfrutar de la vida y mucha apatía y la segunda es un trastorno psicótico en el que existen alucinaciones y delirios entre otros muchos síntomas.”*

La relación entre la esquizofrenia y la depresión es cercana. Es bastante habitual que los enfermos que padecen esquizofrenia desarrollen depresiones puesto que se encuentra entre los síntomas y efectos de la enfermedad.

Dentro del campo de salud mental esta enfermedad es la más común de todas las existentes. Como principal definición me quedo con la aportada por la OMS que dice lo siguiente:

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

“La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.”

Pese a la gravedad de dicha enfermedad hay que quedarse con lo positivo de la misma. Para ello podemos destacar su carácter esporádico. A diferencia de otras patologías mentales, la depresión aparece de manera puntual (en muchas ocasiones) “viene y se va.”

Una de las causas de este carácter temporal se debe a los sucesos que inciden en la vida del enfermo. Determinadas situaciones o hechos puntuales hacen que una persona “sana” caiga de manera repentina en este trastorno.

Al ser el problema de salud mental más abundante, las consecuencias que esta provoca en la sociedad son palpables. Para aportar veracidad a esta afirmación me remito a las cifras publicadas por los estudios de la OMS:

-La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.

-La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de

forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

-La depresión afecta más a la mujer que al hombre.

-En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

-Hay tratamientos eficaces para la depresión.

Científicamente los estudios son detallados y asocian el problema a una combinación entre diversos factores biológicos y psicosociales.

Uno de los datos negativos y que despierta preocupación es que las depresiones van a más. En este caso nos encontramos ante una clara relación inversa. Aunque día a día nuestro sistema sanitario y nuestros especialistas mejoren, los resultados en este campo no son favorables y empeoran sucesivamente.

Desde mi punto de vista esto ocurre, entre otras muchas cosas por el tipo de sociedad en el que vivimos. La situación social y económica actual tiene sus “pros” y sus “contras” y bien, digo esto, debido a que aunque la calidad de vida mejore, el ritmo de vida es tan ajetreado que provoca estrés y ansiedad.

El elevado estrés que padecen los individuos los lleva a que los trastornos se incrementen. No debemos olvidarlos de las adicciones. Está demostrado que en muchos casos son las desencadenantes de las depresiones. El modo de vida actual seguido de las numerosas cargas y responsabilidades a las que se enfrentan los individuos no favorecen para nada a sofocar la enfermedad.

A parte del estrés, tanto los hechos puntuales, como la pérdida del empleo, la situación económica o las desgracias familiares son un elemento clave en la aparición de esta patología.

La depresión no se centra en un perfil concreto. Esta enfermedad afecta a todo tipo de personas sin distinciones de raza, sexo, o situación económica. Aunque si que es cierto que determinados colectivos pueden tener más posibilidades de padecer dicho trastorno, como por ejemplo las mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud: *“Las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y a la ansiedad, con casi el doble de posibilidades de sufrir un episodio*

a lo largo de su vida”. “Unos 73 millones de mujeres son diagnosticadas al año en todo el mundo”. Esta diferencia se debe al efecto antidepresivo de la testosterona en el hombre, pero también a una combinación de factores biológicos, hormonales, genéticos, psicológicos y sociales en la mujer.

El principal problema de esta enfermedad, como bien he dicho antes, lo atribuimos al elevado índice de suicidio. Las alteraciones de conducta que esta provoca en las personas que la padecen los llevan a tomar la incomprensible decisión de quitarse la vida. Se puede llegar a la conclusión de que las depresiones son una asignatura pendiente para todos los especialistas en salud mental y ya no por la falta de preparación o el desconocimiento si no por la gravedad de la enfermedad.

Aunque se conozca a la perfección, muchas conductas no se pueden evitar y esto es uno de los motivos por los que se genera una elevada preocupación e inseguridad.

A pesar a sus graves consecuencias, la depresión es compatible con el trabajo. Además, el ir a trabajar en muchos casos es una terapia que ayuda a desconectar de los problemas y a mejorar la situación del sujeto. Esto ocurrirá siempre y cuando la persona se encuentre en un puesto de trabajo confortable y se halle cómoda dentro de la organización empresarial.

Pero esto no siempre es así. En muchas ocasiones el acudir al trabajo puede originar problemas al enfermo mental. Otro de los rasgos que caracteriza dicha enfermedad es que en varias ocasiones no se aprecia a “simple vista” esto hace que no esté tan estigmatizada como la esquizofrenia o el alcoholismo.

Es habitual que las personas que sufren depresiones presenten miedo a reconocer públicamente sus problemas. En casi todos los casos los enfermos no notifican sus problemas a sus compañeros por miedo a la discriminación. Y es que por mucho que se diga, el ser humano es muy susceptible a los pensamientos y opiniones del resto de personas. La no aceptación por parte de los compañeros dentro de la empresa agrava los problemas de salud mental.

Para concluir con este epígrafe me gustaría aportar la reflexión publicada por The

New York Times escrita por Kwame Anthony Appiah (maestro de Filosofía en la Universidad de Nueva York) del 26 de marzo de 2018⁶

El artículo se titula “¿Debo revelar mis problemas de salud mental en el trabajo?” y dice lo siguiente:

“Estoy en tratamiento (terapia una vez por semana y un régimen de medicamentos) por depresión clínica y trastorno de ansiedad. En general, están muy bien controlados; sin embargo, incluso la enfermedad mental mejor manejada tiene sus crisis, durante las cuales encuentro difícil hasta levantarme de la cama, me inundan pensamientos suicidas o tengo tanto pánico que debo tomar un medicamento para calmar mi ritmo cardiaco. Cuando tengo estos síntomas, la idea de estar en condiciones de trabajar es irrisoria.

Estos síntomas no son fácilmente comprendidos por mis jefes y colegas. Aquí hay una sensación general de que “todos nos sentimos tristes y ansiosos, pero le echamos ganas y salimos adelante”. No nos alientan a tomar días por asuntos personales ni enfermedades, y hay pocas jornadas que no sean pesadas. Además, aunque mis colegas tengan una vaga idea de que padezco una afección que requiere terapia semanal, yo siento que la existencia de estas crisis trae consigo un grave estigma de que no estoy “preparado” para el ritmo acelerado de nuestro trabajo. Esto no es así; soy un trabajador muy productivo y dedicado, y me encanta mi trabajo. Estos brotes suceden menos de una vez al mes y tengo mucho cuidado de asegurarme de que mi trabajo quede cubierto adecuadamente cuando me ausento.

Trabajo en el ámbito legal, por lo que regularmente tengo reuniones que no se pueden cancelar con mis clientes, de manera que mandar a mi jefe un mensaje de “No iré a trabajar porque estoy enfermo” a menudo será respondido con: “¿Pero puedes ir a esta junta/cita en los tribunales o hacer tal o cual llamada?”, “¿Ya tomaste paracetamol?”, etcétera. En los días en que estoy tan abrumado por los síntomas de mi depresión que no puedo ir, tampoco puedo participar sensatamente en “solo una cosa”; tratar de hacerlo, de hecho, suele hacer que sea más difícil recuperarme. He notado que la manera más fácil de evitar que me pidan estas cosas es mentir y decir que tengo un síntoma particularmente serio, como fiebre muy alta, una infección en la garganta o intoxicación por alimentos. Normalmente esto frena los cuestionamientos, pues se considera a esas afecciones “lo suficientemente graves” para tomarse un día. Dado el estigma asociado con los problemas de salud mental, ¿es ético que le mienta a mi jefe sobre la especificidad de mis síntomas o es similar a cuando te reportas “enfermo” pero te ausentas por un asunto personal, lo cual yo consideraría poco ético? El nombre se mantiene en anonimato.

Asumamos que, en general, tu empresa tiene razones para estar de acuerdo en que eres, como lo dices, “un trabajador muy productivo y dedicado”. Tu inclinación a ser más abierto sobre tu enfermedad es buena: cuando más gente como tú decida ser abierta

⁶ Anthony Appiah, K. (2018, 26 de Marzo) ¿Debo revelar mis problemas de salud mental en el trabajo? *The New York Times*. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2018/03/26/espanol/cultura/trabajo-enfermedad-mental.html>

sobre sus batallas, la comprensión al respecto aumentará y el estigma que mencionas disminuirá. Es probable que eso ayude a la gente en tu situación a trabajar.

La decisión que tomes dependerá de qué tan solidario crees que vaya a ser tu jefe, cuál es la cultura en tu lugar de trabajo y cuánto se valoran tus contribuciones. También querrás explicar la realidad del trastorno: que no se trata de “echarle ganas y salir adelante”. Tus empleadores podrán satisfacer tus necesidades solo si les das información adecuada sobre tu problema. Esto hará tu vida más fácil y a ellos les permitirá planear mejor; una de las muchas consecuencias negativas de los prejuicios es que no se logran estos resultados en los que todos salen ganando.

Sin embargo, supongamos que decides que tu empresa te castigará por ser honesto y que puedes evitar eso inventando enfermedades físicas para encubrir tus necesidades. ¿El hecho de que tus empleadores respondieran de forma inadecuada a tu honestidad justificaría tus mentiras constantes? Sí, podría ser: en general, es legítimo no proporcionar toda la información a las personas que te harían un daño grave e injustificado si les dices la verdad.”

Este artículo escrito por Kwame resume a la perfección la situación en la que se encuentran muchos enfermos que padecen depresiones y son capaces de salir adelante y continuar con su ritmo de trabajo habitual. El autor narra dos de los grandes problemas a los que se tienen que enfrentar estos enfermos mentales cuando acceden al empleo: El estigma y el miedo de comunicar sus trastornos a los demás.

El artículo identifica la situación de muchos enfermos mentales en la actualidad y aunque sea de Estados Unidos es completamente extrapolable a nuestro país.

2.5 EL ALCOHOL

El alcohol, es el rey de las adicciones y socialmente la más aceptada. El alcohol es una sustancia que está a la orden del día y es archiconocido y consumido (en mayor o menor medida) por la mayoría de la población a nivel mundial.

Cuando estudiamos el alcohol hay que tener en cuenta la cantidad de sustancia que el individuo necesite. Las valoraciones varían de manera amplia dependiendo de la cantidad que haya ingerido el sujeto. Obviamente la cuestión va a estar en el grado de alcohol que se consuma y con qué frecuencia.

¿Cuándo consideramos que una persona es alcohólica?

Esta interrogación es complicada y puede dar lugar a debate. Las

interpretaciones ante esta pregunta son abundantes. Cada individuo puede tener su criterio de adicto ante dicha sustancia.

El hablar del alcohol sin establecer matizaciones produce un riesgo que puede generar confusiones e incertidumbre.

Evidentemente, a mi modo de ver no considero alcohólico a una persona que tenga por rutina consumir una cerveza o un vaso de vino para comer o cenar pese a que este consumiendo alcohol todos los días.

No hay estudios específicos que califiquen a alguien como alcohólico según la dosis exacta consumida por el individuo. Es muy difícil marcar un límite concreto para considerar si una persona es alcohólica o no. Los parámetros concretos son estipulados por el sujeto que se plantea esta reflexión.

Para aproximarme a esta frontera o punto de inflexión me baso en lo publicado por la asociación "*Proyecto hombre*" y por ello considero alcohólicas a aquellas personas que:

- Pierden el control del consumo
- Beben en ayunas o ante acontecimientos de gran tensión
- Recaen en el consumo
- Sufren problemas familiares, sociales, laborales como consecuencia del consumo
- Frecuentemente sufren olvidos y despistes
- Pierden la conciencia de la realidad y negación

Un factor clave para identificar a un alcohólico es la abstinencia. Cuando el individuo deja de manera repentina de consumir aparece el síndrome de la abstinencia.

Según "*Proyecto Hombre*" los síntomas de la abstinencia pueden ser: Ansiedad, insomnio, temblores, elevada sudoración, náuseas, disminución del estado de

conciencia, etc.

En nuestro país la venta de bebidas alcohólicas es legal y por lo tanto se presenta accesible a todos los adultos. Esta cuestión, seguida de la aceptación que tiene en la sociedad y el fácil acceso fomentan notablemente el consumo.

Una de las razones por las que es legal es por los ingresos económicos que genera. Gran parte de su valor son impuestos, esto hace que los organismos públicos retengan cantidades producidas por la venta y circulación de tal sustancia.

No debemos olvidar que, aunque su consumo se encuentre normalizado sus efectos son devastadores. Para entender bien de lo que estamos hablando me remito a lo aportado por el profesor David Nutt, director el Comité Científico Independiente sobre Drogas. Nutt afirma que *"el alcohol sería una droga "Clase A"*, comparándola y asignándola niveles iguales a la heroína y al crack.

Para demostrar los daños sociales e individuales que produce, Nutt elaboró un modelo en el que calificaba 20 sustancias distintas en base a 16 factores: nueve daños individuales y 7 sobre los demás entre los que se incluyen salud mental, daños físicos, daños familiares, adicción, costo a la economía...

"Nuestros resultados mostraron que aunque en daños al individuo el alcohol no está entre las sustancias más peligrosas, en daños a la sociedad es la más peligrosa principalmente por su impacto en accidentes de tráfico, violencia doméstica, discapacidad, pérdida de rendimiento laboral, etc."

Creo que a día de hoy la mayoría de la sociedad en su conjunto tiene bastante claro cómo funciona y cómo afecta esta sustancia. Las campañas y las recopilaciones de información de fuentes fiables afloran. El consumo esporádico o habitual se atribuye a cada uno de los sujetos de manera individual.

Hemos de tener en cuenta que, aunque sea un trastorno mental grave, para prevenir la ruina laboral familiar o económica, es necesario un consumo responsable que va a depender íntegramente de la fuerza de voluntad del sujeto. En los casos en los que existe un elevado grado de alcoholismo veremos que la consecución de los objetivos se presenta como algo muy complicado.

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Tanto los enfermos mentales como los alcohólicos no solo se tienen que enfrentar a sus discapacidades y adicciones si no a los problemas que estas generan.

Estos problemas son muchos y bastante graves. Uno de los más graves y en el que nos vamos a centrar es el acceso al empleo. El mercado laboral en el que nos encontramos no está enfocado a este tipo de colectivos, por lo que las dificultades en el acceso al empleo son extensas. El riesgo de exclusión social de dichos colectivos en el mercado laboral es más que presente por lo que analizaremos el problema en el que estamos sumergidos. En este apartado voy a tratar de unificar a los dos colectivos principales que trato en este trabajo. Aunque los problemas y trastornos sean distintos se enfrentan de igual manera al acceso al mundo laboral. Cada colectivo tendrá sus particularidades, ventajas e inconvenientes pero los impedimentos afectan a ambos.

3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

Creo que a simple vista podemos apreciar el problema ante el que nos encontramos. No es un problema más, es un problema que tiene una magnitud enorme no solo afectando a dichos colectivos si no a la sociedad en su conjunto.

Pese a negatividad y dureza que reflejan estos datos para los enfermos mentales, se puede sacar algún dato positivo. En la actualidad, poco a poco, la situación tiende a una recuperación pese a que la carga y el impacto del problema sean todavía muy elevados. La recuperación aún es lenta pero cada año aumenta de manera más rápida.

Este tema tiene muchas interpretaciones, yo me voy a tratar de centrar en las tres ideas que me han parecido más importantes.

Una vez analizados los datos vamos a tratar de dar el porqué de los mismos. Para ello hemos de tener en cuenta tres cuestiones: Lo que depende de la sociedad, lo que depende de los propios afectados y lo que depende de las administraciones y entidades.

-La primera idea que hemos de tener en cuenta es que los empresarios y el mundo laboral no están preparados para estos colectivos, tanto los prejuicios sociales como el estigma que se implanta en la actual sociedad van a poner las cosas muy complicadas.

El primer problema con el que los encontramos radica en el pensamiento empresarial. Estos empresarios no tienen la preparación mental adecuada o no tienen conocimientos sobre cómo integrar o tratar a estos colectivos. En numerosas ocasiones piensan que estos trabajadores no van a ser útiles en el proceso o no van a ser lo suficientemente productivos. Estas barreras mentales⁷ de los empresarios van a contribuir de manera directa y contundente en la discriminación. Yo entiendo que en muchas ocasiones se pueda pensar que los enfermos mentales no pueden estar igualmente preparados que las personas “normales”, pero esto no es así.

Este problema se debe fundamentalmente a la falta de información y sobre todo a un prejuicio inicial de la sociedad en conjunto. Desde hace muchos años se ha observado que el ser humano es reacio al cambio. Hoy en día observamos en muchos ámbitos de la sociedad que mantenemos pensamientos, mitos y creencias de nuestros antepasados y nos cuesta dar ese paso hacia adelante. Es necesario dejar atrás ese pensamiento anticuado. Para ello hemos de cambiar de mentalidad, es decir, tenemos que evolucionar.

El estigma, se convierte en una construcción de sensaciones y autopercepciones con las que resulta tremendamente difícil romper. Nadie puede pensar que está sano, si todas las manifestaciones de su entorno lo conciben como enfermo.

La enfermedad mental es una enfermedad más. El verdadero problema está en que la sociedad piensa que estos pacientes son agresivos, raros, que sus opiniones no pueden ser tomadas en cuenta, que sus enfermedades no tienen cura...

Respecto a lo que acabo de decir hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos de enfermos mentales esto no es así, por lo que no se tendrían que

⁷ Entendidas como ideas basadas en la falta de información que radican en el desconocimiento, provocando de esta forma la no contratación a causa de unos estereotipos y creencias inciertas.

enfrentar a tal discriminación.

Según la psiquiatra Mariola San Millán y el terapeuta Manuel Sacramento es muy importante tener en cuenta que:

- No son menos inteligentes por tener la enfermedad.
- No son más violentas o peligrosas que el resto de la población.
- No son enfermedades que impliquen siempre y necesariamente deterioro progresivo de las capacidades de la persona.
- Son personas que pueden tomar decisiones racionales acerca de su propia vida y desarrollar proyectos vitales como los de cualquier persona.
- Los cada vez más eficaces tratamientos psiquiátricos, la rehabilitación psicosocial, el soporte y apoyo y la red de recursos de atención etc., hacen que en la actualidad la mayoría de las personas con enfermedades mentales como la esquizofrenia puedan vivir de forma “normal”, integrados social y laboralmente.
- Su diversidad funcional hace que aporten visiones o alternativas muy útiles y satisfactorias.

La segunda de las ideas que definen el problema depende los propios enfermos⁸. Muchos de ellos cuentan con una baja autoestima seguida de una escasa valoración de sí mismos. Es habitual que dichas personas piensen que sus condiciones no les van a permitir acceder a un empleo. La desilusión con sí mismos hace que no reaccionen y no se lancen al mercado de trabajo. Aunque estas enfermedades condicionen su modo de vida, deben tratar seguir adelante y normalizar su situación puesto que están condicionados “parcialmente” y no “totalmente”.

Existen algunos estudios que demuestran la importancia que la autoestima tiene en las personas (Alfred Adler1975). Este médico influenciado por Sigmund Freud se dio cuenta que algunas personas con enfermedad mental eran capaces de alcanzar altos niveles de éxito. La enfermedad mental les hacía ser

⁸ Refiriéndome en este caso a esquizofrénicos, depresivos y alcohólicos

más fuertes y les motivaba para lograr sus objetivos. Otras personas con la misma discapacidad se sentían derrotadas y no se esforzaban por mejorar su situación. Adler comprendió que la diferencia se debía a la imagen que tenía cada uno de sí mismo, es decir, su autoestima.

Una valoración clínica, junto con una debilidad mental, producida por la interiorización de los prejuicios sociales⁹ y estigmas, va a condicionar la autoestima y la capacidad de actuar de las personas con enfermedades mentales, generando secuelas y hundiendo mucho más a la persona afectada.

Conforme a las reflexiones aportadas por Alfred Adler, podemos decir que el problema de la autoestima a la hora de encontrar empleo es un problema propio de cada sujeto de manera individual pero tanto las personas “sanas” como la sociedad en su conjunto podemos hacer más.

Hemos llegado a la conclusión de que los enfermos no cuentan con una preparación mental o psicológica adecuada por lo que la recepción de una atención especializada y la elaboración de un diagnóstico de un profesional ayudarán bastante a paliar dichos problemas emocionales.

En estos casos es donde se va a ver la importante labor de expertos como los psicólogos e integradores sociales con competencias en la inserción laboral.

Por último la tercera idea va a hacer referencia a las administraciones, asociaciones y organizaciones. No profundizaré demasiado en este tema puesto que más adelante dedicó un extenso apartado a hablar de estas cuestiones.

Desde mi punto de vista, las administraciones públicas y el gobierno no es lo suficientemente eficaz con las ayudas en el empleo para los enfermos mentales. Y ya no porque lo diga yo, sino porque los datos lo amparan. Esto se debe en parte a que no valoran la trascendencia que esto puede tener en nuestra sociedad.

A pesar de todo esto, creo que es necesario destacar lo positivo de la cuestión, que se basa en la toma de conciencia de muchas instituciones. Pese a que las medidas son insuficientes (comparándolas con la magnitud del problema) las

⁹ Vid. Infra.

cosas van mejorando poco a poco y cada vez son más los programas de inserción laboral y facilidades que las asociaciones facilitan a estos colectivos. Por otro lado es una evidencia que cada año las asociaciones y los proyectos para la ayuda de dichos enfermos, van mejorando. De hecho hoy en día solo con teclear en Google “ayudas para enfermos mentales” se pueden sacar infinidad de pruebas que verifican que la situación está mejorando.

Por todo esto y como dice *La Confederación Salud Mental España*, en 2017 como representante estatal de más de 300 asociaciones de personas con problemas de salud mental:

“El objetivo es sensibilizar a la administración pública, organizaciones, empleadores y profesionales para que se posibilite el derecho de las personas con problemas de salud mental a acceder y mantener el empleo”

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Creo que dando un repaso a los puntos anteriores se pueden sacar ciertas valoraciones que van a dar respuesta a las preguntas que formulo en este apartado. Como bien sabemos la situación no es buena y los problemas se suceden.

La problemática a la que se enfrentan los dos principales colectivos tratados en este trabajo es común, por lo que las reflexiones que apporto sobre un determinado colectivo son aplicables a los dos.

Aunque veamos muchas similitudes también existen discordancias y pequeñas particularidades. Y digo esto, tratando de hacer un inciso y aportar alguna puntualización que podemos observar en el acceso al empleo de nuestros dos principales grupos.

4.1 ¿QUÉ CREEMOS QUE OCURRE?

Los integrantes del mundo laboral (empresarios y el resto de los trabajadores “normales”) no están lo suficientemente preparados e informados para aceptar a miembros de nuestros colectivos. Comúnmente asocian la palabra “enfermo mental” a términos despectivos.

Aunque nos encontramos con muchas más dificultades, querría poner más énfasis en este problema, puesto que, a mi modo de ver, el estigma es la razón principal del desempleo en dichos colectivos.

Quiero hacer también referencia a la “*teoría del etiquetado*” (Link, 1987; Link, Cullen, Frank, y Wozniak, 1987). Dicha teoría preestablece bajo supervisión de un psiquiatra una serie de estereotipos e imágenes negativas sobre los trastornos mentales tanto por parte del propio enfermo como por parte del resto de personas que lo rodean.

La *teoría del etiquetado* fue modificada (Link, Cullen, Struening, Shrout, y Dohrenwend, 1989) y trató de reflejar el potente impacto que tiene esta discriminación en los sentimientos del enfermo así como en sus competencias sociales o el acceso al mundo laboral. El “concepto social” que se implanta y

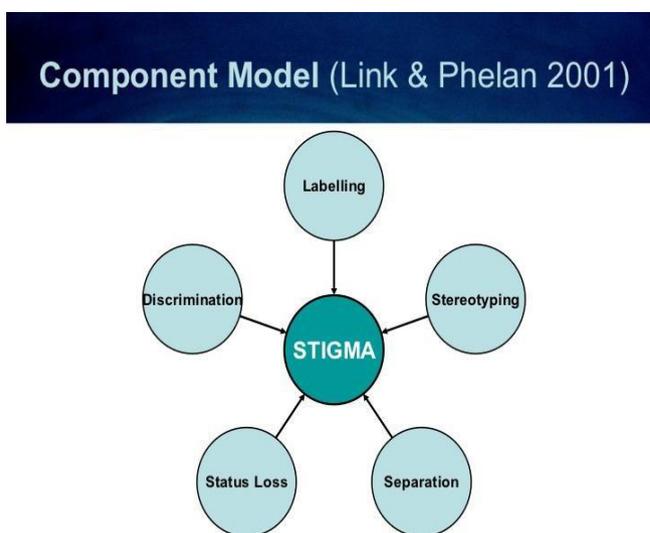
que reciben los enfermos mentales los discrimina y condena a perder grandes oportunidades de todo tipo a lo largo de su vida sobre todo en el empleo.

Más adelante hablaremos más a fondo de las características de los empleos a los que tendrán acceso. Dicho lo cual es necesario saber que el estigma no sale de la “nada” puesto que es una construcción que integra varias partes.

Según Link y Phelan (2001) el estigma está formado por cinco componentes:

- *En el primero de ellos se ve una categorización de las características humanas.*
- *En el segundo, Las historias culturales y la “tradición” de nuestras sociedades asocian a estas personas a prejuicios negativos.*
- *En el tercer componente del modelo, lo que se observa es una distinción y separación entre los colectivos que ya han sido calificados.*
- *En cuarto lugar, los colectivos que han sido calificados de manera negativa desembocan en una marginación y pérdida de estatus, incrementando las desigualdades.*
- *En quinto lugar se establece que la estigmatización está directamente relacionada con los poderes sociales, económicos y políticos.*

Como aclaración, lo que nos vienen a decir este sociólogo y esta investigadora es que el proceso del estigma comienza por un “etiquetado” seguido de una asignación de estereotipos que provoca una separación entre colectivos dando lugar a una pérdida de estatus que concluye en la discriminación.



4.2 EL ACCESO AL EMPLEO:

Por norma general en este trabajo aporto los razonamientos de manera conjunta sin hacer distinciones entre colectivos puesto que tanto unos como otros se enfrentan a la exclusión del mismo modo. En este apartado veo oportuno hacer una pequeña separación entre colectivos puesto que se van a poder observar algunos matices.

Creo que todos somos conscientes de la problemática para obtener un puesto de trabajo. En aquellos casos en los que los enfermos mentales o los adictos al alcohol hayan logrado su acceso al mundo laboral hay que tener en cuenta las características de dichos empleos.

4.2.1 ENFERMOS MENTALES:

Unas de las más comunes son la temporalidad y la precariedad de los puestos de trabajo. Si ya era dificultoso conseguir trabajo, hay que sumarle la baja calidad de los empleos. La temporalidad es el “pan de cada día” de nuestros enfermos mentales.

Es necesario mencionar los tipos de puestos a los que tienen acceso. Como era de esperar los datos tampoco favorecen a dichos enfermos. Los enfermos mentales son ubicados en puestos de menor transcendencia y mucho más simples basados en una escasa cualificación profesional. Es bastante común que las labores de limpieza, los trabajos en cadena o los peones en industrias sean ejecutadas por estos colectivos. El tipo de puesto es un elemento clave en la integración del sujeto por lo que la situación ante la que nos encontramos acrecienta las desigualdades con las “personas sanas.”

La situación de estas personas excluidas depende de manera directa de las actuaciones empresariales. Una buena gestión y una flexibilidad a la hora de contratar mermarían en gran medida este problema. Pero como todos sabemos las empresas se centran mayoritariamente en su beneficio; la cultura empresarial es ambiciosa y ante todo, prima el beneficio económico.

Hay que tener en cuenta que los empresarios contratan este tipo de enfermos para embolsarse subvenciones económicas, es decir que, en sus criterios de selección y reclutamiento no prima encontrar las habilidades y competencias de

los trabajadores. Lo que verdaderamente fomenta la contratación de los estigmatizados son las políticas públicas implantadas por las instituciones.

El desconocimiento por parte de los empresarios de los enfermos mentales hace que no se precise su presencia en los procesos de la organización. La cuestión es que la ley obliga a contratar un determinado porcentaje de discapacitados a las empresas por lo que va a haber siempre una pequeña parte de estos trabajadores en cada una de ellas. Es bastante común que algunas pequeñas y medianas empresas contraten a estas personas para la obtención de dichas subvenciones y posteriormente en un periodo relativamente corto despidan a los mismos. No obstante, más adelante se trata en profundidad las medidas y políticas para su reinserción.

Las personas estigmatizadoras, presentan actitudes egoístas y poco empáticas con los estigmatizados, provocando en estos unas graves dificultades en sus relaciones interpersonales y un sentimiento de duda sobre sí mismos.

Para concluir con este apartado me gustaría aportar dos reflexiones que tratan de dar solución al problema desde dos puntos de vista: El pensamiento societario y las actuaciones políticas.

-La primera de ellas es del psiquiatra Oliveros (2018) en un artículo de la Razón que dice lo siguiente: *“O hacemos de ese estigma un pesado lastre que aplaste al enfermo y le impida recuperarse; o atajamos la estigmatización de la enfermedad mental, basada en el desconocimiento y la falta de empatía, desde la educación y la promoción de campañas de sensibilización”*

-La segunda de las afirmaciones es de un informe de la OCDE de 2015 y dice lo siguiente:

“Se necesita un liderazgo político y de gestión más fuerte. En la mayoría de los países existen directrices y reglamentos, pero tienen poco impacto. Su uso debe ser analizado de manera sistemática y el incumplimiento, sancionado”.

Es oportuno señalar que ha quedado más que clara la marginación que sufren respecto a “las personas sanas.” No son comparables los niveles de empleo que presentan ambos y por supuesto el contraste observado entre lo

“aparentemente normal” y las personas que padecen diversidades funcionales o alcoholismo.

La sociedad actual va por buen camino y tiene una visión esperanzadora, por lo que los resultados que se obtendrán en un futuro no muy lejano empezarán a presentar un claro aspecto de transición social y empresarial todo ello desde un punto de vista psicológico.

4.2.2 ESQUIZOFRÉNICOS Y EMPLEO:

Al igual que la mayoría de los enfermos mentales, los esquizofrénicos están estigmatizados. El principal problema de esta enfermedad es la desinformación.

Sí que es cierto que los esquizofrénicos presentan una sintomatología que se hace notar, pero no por ello han de estar sometidos a tales estereotipos negativos.

En muchas ocasiones el correcto desempeño del trabajo va a depender de los síntomas que presente el individuo. Es oportuno señalar que si el individuo toma de manera correcta la medicación, sus síntomas pueden controlarse llegando a pasar desapercibidos dentro de la organización.

Aun sabiendo que si se sigue la dinámica y el tratamiento correctos estos enfermos pueden llevar una vida normal, el conocimiento por parte del empresario de dichas circunstancias hace que no se les den oportunidades.

En el tratamiento de las personas que padecen esquizofrenia, autores como Sadock y Sadock recomiendan: *“El desarrollo de un modelo de incorporación laboral que le permita al individuo su adaptación a la población general y a su vez el desarrollo de sus talentos en actividades productivas. Esta se puede desarrollar en un centro de empleo, centros de reinserción laboral, o por medio de programas de empleo parcial”*.

Por otro lado, autores como Burns et al y McGurk et al, han concluido que *“El desarrollo de actividades laborales en pacientes con esquizofrenia puede tener efectos beneficiosos en relación con sus síntomas”*

Conforme a lo dispuesto por estos autores tenemos en cuenta que, aunque la participación de esquizofrénicos en el núcleo de la empresa sea minoritaria, no

quiere decir que contar con estos enfermos entre la plantilla sea contraproducente.

4.2.3 LA DEPRESIÓN Y EL EMPLEO:

Los síntomas de esta enfermedad son menos visibles que los de la esquizofrenia por lo que va a ser más difícil identificar a las personas depresivas. La depresión presenta una menor estigmatización. A pesar de esto, según establece el estudio *“La depresión y la ansiedad en el entorno laboral”* (2015) (Ipsos Public Affairs.) *“El 30,1 por ciento de las personas no comunicaría en el trabajo que padece depresión y el 37,4 por ciento no sabe si se lo comunicaría a alguien”*. El miedo de los afectados a la discriminación se manifiesta de forma clara.

La depresión es una de las causas de baja laboral por incapacidad temporal en España. Los empresarios tratan de evitar a los trabajadores depresivos puesto que se produce una reducción sustancial de la capacidad de la persona para trabajar de manera efectiva, asociándose esto a pérdidas significativas de la productividad.

Según la OMS: *“De entre todas las enfermedades que generan discapacidad, los trastornos mentales graves, entre los que se incluye la depresión, son los que se asocian con las tasas más altas de desempleo.”*

De los 92.000 millones de euros en los que se estimó el coste de la depresión en la Unión Europea en 2010, el 58,6% correspondió a costes indirectos tales como pérdida de productividad laboral, bajas por enfermedad y jubilación anticipada. La pérdida de productividad provocada por el absentismo y presentismo representa en torno al 50% de todos los costes relacionados con la depresión. Estos últimos datos son extraídos de un artículo publicado por el diario “Hoy” en 2015.

Las personas que padecen esta enfermedad suponen un coste elevado para el empresario, de ahí el interés de estos para apartarlos de su organización. Esto no debería ser así puesto que de esta forma se agrava la discriminación y las patologías de los trabajadores depresivos. Nos encontramos ante un proceso que no mejora de ninguna manera la situación de los enfermos.

4.2.4 ACCESO AL EMPLEO DE LOS ALCOHÓLICOS:

Lo primero aportar la definición de alcoholismo publicada por la OMS:

“Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado; o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida; episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”.

Cuando hablamos de un alcoholico hemos de tener en cuenta que está considerado como un enfermo mental y no como un adicto. Es una enfermedad muy común que afecta tanto a la propia persona como a todos aquellos que se relacionan con ella. Además, afecta al ámbito laboral y social.

La repercusión del consumo de alcohol en el medio laboral es muy importante (enfermedades, accidentes laborales, absentismo, incapacidades laborales, disminución de la productividad...).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), *“Los efectos nocivos del consumo de alcohol en el lugar del trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo los efectos del alcohol”.*

La OIT señala que:

- 1. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectadas de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol.*
- 2. Indica también cómo el consumo de alcohol por los trabajadores produce un fuerte impacto que se extiende a la familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, clima y estabilidad laboral, y baja moral.*
- 3. Por tanto, el consumo de alcohol es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y a la eficacia de la empresa.”*

Hay que tener muy en cuenta que el consumo de alcohol aumenta de dos a tres veces la tasa de accidentes laborales. Los trabajadores que gozan de un buen

estado de salud serán siempre más productivos. En el ámbito laboral se deben tomar decisiones o realizar tareas que requieren la máxima concentración. Cuando una persona ha consumido, muchas capacidades intelectuales se alteran, los reflejos se pueden perder y la capacidad de razonar adecuadamente se ve afectada.

En el mundo laboral el alcoholismo tiene los siguientes efectos:

Absentismo laboral, retrasos en las horas de entrada, conflictos entre los compañeros, disminución de la productividad y el rendimiento, aumento de la probabilidad de sufrir accidentes, desconfianza de la plantilla...

Es necesario estudiar el puesto de trabajo que ocupan estos enfermos. Algunos puestos favorecen el consumo y agravan la enfermedad. Puestos como camareros o cocineros incrementan el alcoholismo a causa de la facilidad que tienen los trabajadores para consumirlo.

Los empresarios tratan de poner medios para evitar este tipo de personas dentro de su organización, lo que se traduce en dificultades para la obtención de empleo por parte de los enfermos. Al igual que los otros enfermos que tratamos en este trabajo, los alcohólicos van a estar estigmatizados. Esto se debe a que sus efectos son claramente visibles y generan unas consecuencias negativas muy marcadas para todos.

El reconocer a un alcohólico dentro de la organización es una tarea muy sencilla a causa de que un trabajador que padece alcoholismo y que se encuentra en estado de embriaguez puede presentar dos tipos de evidencias:

-La evidencia física:

Apariencia fuera de lo normal, Ojos y párpados hinchados y llorosos, enrojecimiento de muchas partes de la cara, temblores, sudoración, mal aliento...

-La evidencia del comportamiento

La agresividad o aislamiento, pérdida de resistencia, incapacidad de realizar trabajos precisos, aparición de accidentes poco graves, frecuente absentismo,

falta de interés, abandonos en el trabajo, conflictos, poca capacidad de dialogar...

Cada empresa actúa de manera diferente para minimizar el problema. A pesar de esto, la OIT propone una serie de medidas comunes para actuar frente al alcoholismo:

“Campañas de sensibilización e información dirigidas a toda la empresa y con el objetivo de concienciar e informar sobre los problemas que ocasiona el consumo de alcohol.

Utilización de carteles, tabloneros de anuncios, o material impreso o audiovisual de alerta o de educación sanitaria repartidos por las instalaciones.

Integración de programas de información y capacitación en procedimientos de orientación posteriores a la contratación del empleado.

Charlas y reuniones para tratar con las partes implicadas, los problemas derivados del uso de sustancias tóxicas, entre ellas el alcohol en el trabajo. Informar a los trabajadores de los efectos del consumo de alcohol y de las consecuencias que tiene para él mismo, su entorno más cercano (familia, amigos) y el trabajo, difundir fichas divulgativas, etc “

4.2.4.1 ¿POR QUÉ CONSIDERAMOS EL ALCOHOLISMO COMO UNA ENFERMEDAD MENTAL? (VÍNCULO ENTRE ALCOHOL Y ENFERMEDAD MENTAL.)

Para responder a esta pregunta pongo como ejemplo los datos extraídos de algunas entrevistas dirigidas a alcohólicos ya rehabilitados.

Uno de ellos, llamado Ángel, relata que: *“Los alcohólicos son personas con un trastorno mental, transitorio o indefinido”,* además este afectado sostiene que es la sociedad la que debe comprender que el alcoholismo “no es un vicio” si no una enfermedad.

Por otro lado, el especialista universitario en alcoholismo, Francisco Pascual Pastor, de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) explica que hay que eliminar la idea de que el paciente consume porque quiere.

Las palabras de Ángel: *“Necesitamos beber para vivir”* dejan claro que cuando una persona se hace dependiente del alcohol, padece un trastorno mental.

Profundizando en datos biológicos hay que tener en cuenta lo comentado por Mónica Solórzano, (directora ejecutiva de Educalcohol) tal directora comentó que *“La dependencia asociada al consumo de alcohol se origina en el mismo lugar del cerebro que las enfermedades mentales, y muestra una relación entre los trastornos mentales y la dependencia basados en la genética.”*

Por otra parte, el glosario de la OMS de 1994 recoge varias aclaraciones sobre el alcoholismo como enfermedad mental. De hecho, este glosario recoge lo siguiente: *“Se considera que el alcoholismo es un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad”*.

Esta evidencia proviene de la asociación Alcohólicos Anónimos (1939); que afirmaba que: *“El alcoholismo, caracterizado por la pérdida de control sobre la bebida y, por tanto, sobre la propia vida, era una enfermedad.”*

Se había creado un concepto del alcoholismo como enfermedad. Dicho concepto estaba arraigado en las concepciones médicas del siglo XIX, que consideraban la embriaguez como una enfermedad.

Como en cualquier adicción, existe una predisposición genética (o causa biológica primaria) y la progresión predecible; al igual que en otras muchas enfermedades. Por lo tanto, el alcoholismo es una enfermedad mental crónica, progresiva y altamente destructiva.

4.2.4.2 ¿ES EL ALCOHOLISMO UNA ENFERMEDAD?

Hay que tener en cuenta que la consideración de alcoholismo como enfermedad mental no ha surgido en la actualidad. Como ejemplo podemos tener en cuenta algunas de las referencias que se remiten en la antigua Roma (Séneca). Estas referencias establecen una diferenciación entre una persona ebria (intoxicada) y una persona que carece de control a la hora de consumir periódicamente (dependiente). Esta pequeña diferenciación permite distinguir entre un consumidor esporádico y un enfermo.

A finales del siglo XVIII, El médico y profesor de química estadounidense Benjamin Rush, definió la “ebriedad habitual” como una condición involuntaria es decir, como una enfermedad causada por los “licores espirituosos”.

Por otro lado, En el siglo XIV en Inglaterra, el escritor Inglés Chaucer aportaba ideas sobre la separación entre el alcoholismo como una condición cualitativamente diferente al consumo excesivo de alcohol. Lo aportado por estos referentes es más que suficiente para considerar a los consumidores con una elevada dependencia como enfermos mentales y no como adictos sin más.

Estudiando el alcohol y la enfermedad mental de manera separada se puede afirmar que ambas cuestiones presentan un vínculo muy estrecho.

Por poner un ejemplo, los enfermos de depresión suelen caer frecuentemente en el consumo de alcohol para tratar de paliar las consecuencias de su enfermedad. En el lado opuesto las personas que padecen alcoholismo es fácil que caigan en cuadros depresivos habitualmente. Dicho esto se llega a la conclusión de que el alcohol y la enfermedad mental están directamente relacionados.

Cabe destacar que, cuando aparece el concepto de “alcohólico”, gran parte de la sociedad no lo concibe como verdaderamente es. Es frecuente que la sociedad califique a los alcohólicos como personas con querencia a padecer borracheras habituales que sufrirán problemas familiares y crisis individuales. Además se piensa que dicho problema se solucionará cuando el afectado deje de beber.

Lo que verdaderamente ocurre es que existe la tendencia a considerar el alcoholismo como un fenómeno psicosocial más que como una enfermedad real, estigmatizando aún más a los alcohólicos.

Como respuesta a la pregunta del alcohol como enfermedad me parece oportuno tener en cuenta varias ideas que aportó el Psiquiatra José Antonio Elizondo López en 2005.

El psiquiatra considera lo siguiente: *“El alcoholismo¹⁰ es una enfermedad incurable, recurrente, insidiosa, progresiva, discapacitante y mortal”*.

Dicho psiquiatra tiene en cuenta que *“El alcohol se considera una sustancia neurodegenerativa, porque el efecto tóxico crónico del alcohol sobre el cerebro produce un lento, pero paulatino deterioro mental.”*

Además, lo considera como *“Una enfermedad aguda de tipo psiquiátrico, un verdadero cuadro de locura en el que el afectado pierde el juicio y la capacidad de razonar, todo ello provocado por el efecto tóxico del alcohol sobre el cerebro¹¹”*.

¹⁰ Es crónico, evoluciona con las recaídas, sus complicaciones son cada vez más graves, provoca incapacidades a niveles neurocerebral, emocional, familiar y social y además en casos extremos puede conducir a la muerte.

¹¹ El cerebro es el órgano de la mente. Y si el cerebro se daña por la acción tóxica del alcohol, luego entonces debemos considerar el alcoholismo como una enfermedad mental.

5. ¿QUÉ DICEN LOS DATOS:

5.1.1 EL ALCOHOL EN DATOS:

Para comenzar con el análisis estadístico de datos me baso en el estudio realizado por dos profesores de la facultad de medicina de Valladolid M^a Trinidad Gómez Talegón y F. Javier Álvarez González. El estudio se titula “*Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento.*”

El estudio es realizado a 93 pacientes que acudieron a tres centros ambulatorios de alcoholismo de Castilla y León en demanda de tratamiento. Los 93 fueron diagnosticados como alcohólicos y a dichos enfermos se les aplicó tratamiento durante 1 año.

El principal objetivo del estudio es ver la incidencia del alcohol en el empleo y ver si las consecuencias de la enfermedad se verían reducidas aplicando el tratamiento adecuado.

El estudio se centra en comprobar los datos de absentismo, paro, problemas en el trabajo y despidos en tres periodos de tiempo: durante toda la vida, el año anterior al inicio del tratamiento y durante 1 año de tratamiento.

Los resultados obtenidos fueron los reflejados por la siguiente tabla:

	Problemas laborales: Toda la vida n (%)	Problemas laborales: Año anterior n (%)	Problemas laborales: Año de tratamiento n (%)
Problemas laborales			
Ninguno	53 (57)	33 (35.5)	21 (22.6)
Absentismo	32 (34.4)	23 (24.7)	14 (15.1)
Llamadas de atención	26 (28)	17 (18.3)	10 (10.8)
Sanciones	4 (4.3)	2 (2.2)	0
Accidentes laborales	8 (8.6)	5 (5.4)	1 (1.1)
Despido	16 (17.2)	6 (6.5)	8 (8.6)
Desempleo o paro	15 (16.1)	9 (9.7)	13 (14)
	Toda la vida Media ± DS	Año anterior Media ± DS	Un año de tratamiento Media ± DS
Media de problemas	1.86±1.0	1.87±1.02	2.2±0.98

Tabla I: Prevalencia de problemas laborales relacionados con el consumo de alcohol

FUENTE: “Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento.”

El 57% de los alcohólicos sufrieron problemas laborales en relación con el alcohol durante toda su vida. Los más habituales fueron el absentismo 34.4% y llamadas de atención 28%.

En el año anterior al inicio del tratamiento habían tenido problemas el 35.5% siendo también el absentismo (24.7%) y las llamadas de atención (17.3%) los más habituales. Por supuesto no debemos olvidar los porcentajes de despidos o de paro que también presentan una incidencia importante.

En el año de tratamiento los pacientes minimizaron considerablemente sus problemas laborales hasta llegar a un 22.6%. De nuevo el absentismo se mantuvo a la cabeza, seguido esta vez del desempleo, aunque con unos porcentajes muy parejos.

Algunas de las conclusiones que se pueden sacar del estudio radican en el grave problema del absentismo laboral en los alcohólicos, que produce graves pérdidas para la empresa y su productividad.

Después de un año de tratamiento, la prevalencia de problemas laborales relacionados con el consumo de alcohol descendió de manera significativa, del 35.5% al 22.6%.

Por otro lado, los datos del desempleo y de los despidos no reflejan variaciones entre el año anterior y posterior al tratamiento. Se observa poca evolución y un estancamiento a la hora de contratar a dichos enfermos.

En resumen, los problemas en el trabajo son muy comunes entre los alcohólicos, pero con un adecuado tratamiento de la dependencia se podrán reducir de una manera notable.

Aunque el estudio sea realizado en Castilla y León, los datos son extrapolables al conjunto de nuestro país. Las cifras obtenidas se encuentran dentro de los parámetros razonables y compatibles con la mediocre situación del colectivo alcohólico en España.

5.1.2 DATOS DE PARO Y ALCOHOL:

En lo que se refiere a esta cuestión tengo en cuenta los datos obtenidos por la asociación Proyecto Hombre en la provincia de Zaragoza.

En el año 2007 en dicha ciudad el número de personas atendidas por dicha asociación que presentaban cuadros alcohólicos fue de 40 personas. 5 años después, en 2012, las personas atendidas por dicha asociación con cuadros alcohólicos fueron 140, es decir, un 71% más que hace 5 años. Con estos datos se observa claramente el grave impacto de la crisis económica española de 2008. La pérdida de empleos estaba a la orden del día y como consecuencia los alcohólicos aumentaban exponencialmente. En los últimos años de la crisis las atenciones a alcohólicos se aceleraron de manera considerable. Los datos son coincidentes con el inicio de la grave crisis económica española de 2008 y con los últimos años de la misma.

En este caso concreto se puede llegar a la conclusión de *que “el paro provocó que los casos de alcoholismo aumentaran en un 71% en la provincia de Zaragoza”*.

Estimando los datos podemos extrapolarlos a nivel nacional. Si en 2007 en Zaragoza contaba con 930500 habitantes y en la asociación se atendieron a 40 personas, con una simple regla de tres llegamos a la conclusión de que en España se atenderían a 1891 personas. Vamos a trabajar de la misma manera para conocer las personas atendidas en el año 2012.

AÑO 2007

40 (personas atendidas por la asociación) ----- 930500(Habitantes Zaragoza)

X ----- 44000000(Habitantes España excepto Zaragoza)

X= 1891. Es decir que en ese año a nivel nacional la asociación hubiese atendido aproximadamente a 1891 personas.

AÑO 2012

140 (personas atendidas por la asociación) -----975000 (habitantes

Zaragoza)

X ----- 46000000 (Habitantes España excepto Zaragoza)

X= 6605. En este año a nivel nacional, la asociación hubiese atendido aproximadamente a unas 6605 personas.

Comparando los datos a nivel nacional de los dos años que analizamos, estimamos que el número de alcohólicos que atenderían en Proyecto Hombre aumenta de manera bastante importante. Como bien he dicho antes la crisis económica que se interpone en el transcurso de estos años es la que determina los valores numéricos estimados.

De la misma manera que en Zaragoza, el incremento porcentual nacional se sitúa en el 71%¹².

Es necesario tener en cuenta la relación directa entre paro y alcohol. Cuando los individuos pierden el empleo es muy frecuente que puedan enfermar de alcoholismo;

Así mismo, cuando una persona padece alcoholismo es muy complicado que encuentre empleo. Dicho esto, llegamos a la conclusión de que los alcohólicos caen en un bucle del que va a ser muy difícil salir si no se aplican los tratamientos adecuados y la fuerza de voluntad. En estos casos el apoyo familiar va a ser determinante a la hora de erradicar el problema.

5.1.3 ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN EN DATOS:

Al igual que sucede con los alcohólicos, los puestos de trabajo precarios y el desempleo son la tónica general de aquellos individuos que padecen estas dos enfermedades.

En España según la OMS se estima que *“Un millón de personas tienen*

¹² La estimación se basa en la evolución de la situación primero en 2007 y posteriormente en 2012. Los datos del estudio son aproximados y están redondeados. Para hallar los datos a nivel nacional hay que tener en cuenta que cada provincia es diferente y presenta distintos datos por lo que va a existir un margen de error.

problemas de salud mental grave. De ellas, 400.000 están diagnosticadas de esquizofrenia y el 80% se encuentra en situación de desempleo por el estigma social que provoca la enfermedad.”

Las dificultades están más que presentes, de ahí la afirmación de Maribel Rodríguez en 2014 (la presidenta de Feafes Empleo): *“Sólo el 14% de los pacientes con esquizofrenia consigue integrarse en el mundo laboral”,*

Por otra parte, La gerente y psicóloga de Amafe¹³ Ana Cabrera argumenta lo siguiente: *“Es inaceptable que las personas con esquizofrenia tengan entre seis y siete veces más posibilidades de estar desempleadas que la población general y que sólo entre el 10 y el 20% consigan trabajo competitivo”.*

Esta evidencia esta verificada por los datos del INE. Según estos datos, la tasa de empleo de personas con trastorno mental se sitúa en 2018 en un 17,6%¹⁴ y presenta el porcentaje más bajo de participación en el empleo de todas las discapacidades.

Hay que destacar también las diferencias salariales ya que los enfermos mentales cobran entre un 15 y un 20% menos que personas sin discapacidad. Según la Confederación de Salud Mental en España, *“La tasa de paro de personas con problemas de salud mental se sitúa en el 48,4% frente al 19,5% de la población general.”*

En España, según el artículo, *“El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo”* los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja por incapacidad temporal. En 2010, se estimó que uno de cada cien trabajadores que caía de baja en su empresa lo hacía por motivos relacionados con la enfermedad mental, lo que supone un gasto por incapacidad temporal de 30 millones de euros. Además el 70% de esas bajas están causadas por ansiedad y depresión, suponiendo un coste de más de 20 millones de Euros.

En muchas de las estadísticas publicadas por el INE no se hace distinción entre enfermos mentales y discapacitados por lo que los datos específicos no son tan

¹³ Amafe (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos Con Esquizofrenia)

¹⁴ 0,4 puntos menos que en 2017. Los últimos datos publicados por el INE corresponden al año 2018

fáciles de estimar.

Una vez analizados los datos estadísticos de los enfermos mentales en el ámbito laboral llegamos a la misma conclusión que con los enfermos de alcoholismo. La enfermedad mental conduce al paro y el paro fomenta la enfermedad mental es decir “el pez que se muerde la cola”.

5.1.3.1 ALCOHOLISMO Y JÓVENES:

Creo que es necesario aportar algunas referencias sobre esta cuestión puesto que es un grave problema al que se enfrenta nuestro país y que repercutirá negativamente al desarrollo futuro de la sociedad.

El consumo de alcohol en las edades de la adolescencia provoca consecuencias mucho más graves que cuando se consume en edades mayores. Con adolescentes me refiero a personas entre 12 y 18 años aproximadamente.

Hay que tener en cuenta que durante estas edades los jóvenes no están desarrollados completamente por lo que la ingesta de alcohol puede llegar a alterar sus facultades para el resto de su vida¹⁵. Según lo publicado por el ministerio de sanidad, *“El 75,1% de los adolescentes de 14-18 años ha consumido alcohol alguna vez en su vida 6 de cada 10 adolescentes, se han emborrachado alguna vez en su vida y 1 de cada 3 lo ha hecho en los últimos 30 días”*.

Pese a las numerosas campañas realizadas por los gobiernos, la situación sigue siendo muy preocupante ya que la edad media de empezar a consumir se sitúa en cotas muy bajas. El hecho de desarrollar la enfermedad del alcoholismo en edades tan tempranas les condiciona el resto de su vida y los va a discriminar incluso antes de poder entrar al mundo laboral.

¹⁵ Según el ministerio de sanidad, los cerebros de los adolescentes son más vulnerables a los efectos del alcohol, además sus personalidades no están del todo definidas por lo que son muy influenciables por la presión de grupo.

Si ya de por sí la situación laboral de los jóvenes es muy complicada¹⁶, y a esto le sumamos el problema del alcoholismo, los afectados se van a encontrar con un verdadero problema.

¹⁶ La potente crisis económica de 2008 junto con la actual crisis del coronavirus ha condenado a los jóvenes a perder sus empleos, y los que aún los conservan se encuentran en climas de inestabilidad, frustración e incertidumbre.

6. MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS INSTITUCIONES POLÍTICAS Y LAS EMPRESAS PARA DEL COLECTIVO ESTUDIADO:

En nuestro país no se tiene en cuenta la verdadera importancia que tiene una correcta legislación a la hora de mejorar la situación de dos colectivos que tratamos en este trabajo.

En lo que confiere a los enfermos mentales podemos decir que no existe una regulación normativa específica sino que las administraciones públicas los incluyen dentro del colectivo de discapacitados. La legislación de los discapacitados es la que se debe aplicar al enfermo mental. El marco legal es común para todas las discapacidades independientemente de sus particularidades.

Por orden cronológico el marco legal es el siguiente:

- Constitución Española (1978)
- Ley de Integración Social del Minusválido. LISMI (1982)
- Ley de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. LIONDAU (2003)
- Ley de adaptación de la LIONDAU a la Convención Internacional de Naciones Unidas (2011) sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (PCD)
- Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013)

De La Constitución Española hemos de tener en cuenta el Artículo 49 que dice lo siguiente: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”*

Una de las leyes más conocidas y sonadas en nuestro país es la que hace unos años denominábamos como LISMI (La Ley 13/1982 de 7 de Abril, Ley de integración social de los minusválidos).

La LISMI en su Artículo 1 redactaba lo siguiente: *“Los principios que inspiran la*

presente Ley se fundamentan en los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce, en razón a la dignidad que les es propia, a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias.”

Lo estipulado por este artículo nos permite saber a qué tipo de personas se puede aplicar, incluyendo a los enfermos mentales dentro de su ámbito de aplicación.

El principal objetivo de esta ley consiste en la integración y reinserción de los que la misma define como “minusválidos”, estableciendo en sus artículos diversas medidas a cumplir por parte de los empresarios con el fin de fomentar el empleo de dichos discapacitados.

El título VII de esta ley está dedicado exclusivamente a la integración laboral. En los artículos que comprenden dicho título se regulan obligaciones laborales establecidas a las empresas, convenios colectivos, ayudas y subvenciones, centros especiales de empleo...

Esta ley se aprobó en 1982 y hasta entonces fue la primera en materia de discapacidad.

Dicha ley se mantuvo vigente hasta el año 2013. En ese año se aprueba la actual y vigente Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD)¹⁷

La LGD actualizó la LISMI y mantuvo la gran mayoría de sus regulaciones. El cambio más significativo fue en el lenguaje. El término “minusválido” fue eliminado por completo sustituyéndose por el término discapacitado. Además los términos “integración” e “inserción” se vieron sustituidos por el término “inclusión”.

¹⁷ *La Ley General de Discapacidad entrará en vigor en el año 2014 y regulariza tres normas: la LISMI, la LIOUNDAU y la Ley de infracciones y Sanciones.*

La LIONDAU (2003) trata de minimizar la discriminación de los discapacitados tratando de garantizar la igualdad de oportunidades. El artículo 1 de la misma expone lo que acabo de mencionar.

La Ley de adaptación de la LIONDAU a la Convención Internacional de Naciones Unidas (2011) sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (PCD) se basa en una adaptación de la LIONDAU a las normas internacionales, todo ello teniendo en cuenta al colectivo de discapacitados.

Aunque no sea específica para los enfermos mentales, la normativa existe. La verdadera preocupación radica en el incumplimiento empresarial.

En la actualidad los principales grupos políticos tratan de actualizar o modificar la legislación vigente. Destacar varias proposiciones de ley, por poner un ejemplo, la establecida por el grupo parlamentario *“Unidos Podemos”* el 8 de marzo de 2019.

Dicha proposición presenta el siguiente título: *“Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la salud mental.”* y su principal objetivo consiste en *“La mejoría de la situación de los enfermos mentales garantizando el ejercicio de sus derechos fundamentales, regulando su acceso a la atención sanitaria y estableciendo las obligaciones de los poderes públicos con el fin de lograr la plena participación e inclusión laboral en la sociedad sin estigmatizaciones ni discriminaciones”*. Uno de los aspectos importantes de esta proposición es el TÍTULO IV que se centra por un lado en la formación e investigación de la enfermedad mental y por otro lado en la elaboración de campañas contra el estigma para mejorar la inclusión laboral.

6.1 PRINCIPALES POLÍTICAS PARA LA REINSERCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES:

A nivel mundial debemos destacar el *“Plan de acción integral sobre salud mental” de la OMS* (2013-2020) Su objetivo se basa en lograr una calidad de vida y una inclusión de los enfermos mentales en todas las facetas de la vida. El propio plan pone especial énfasis en los enfermos de esquizofrenia ansiedad o depresión.

A nivel europeo podemos destacar el *“Fondo Social Europeo”*. Las funciones del FSE consisten en el fomento del empleo y la inclusión social. Se basa en la

creación de puestos de trabajo y la inserción de los colectivos desfavorecidos centrándose en una igualdad de oportunidades.

Por otro lado, destacamos dos políticas *“La estrategia europea para la inclusión social”* que va a potenciar la búsqueda de empleo de los más desfavorecidos. Y la *“Estrategia Europea sobre discapacidad 2010-2020”* que trata de garantizar los derechos de los discapacitados de los países miembros.

Por último y a nivel Europeo es importante destacar la *“IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action)”* *“Es una red europea en promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales cuyo objetivo es promover el desarrollo e implementación de actividades de promoción de la salud mental”*.

En nuestro país hemos de tener en cuenta distintas políticas. Unas de las más importantes son *“Los planes nacionales de acción para la inclusión social en el reino de España”*. Estos planes están aplicados de manera generalizada y no específicamente a los enfermos mentales. El más reciente es el de 2013-2016. En el título III capítulo II explica los grupos más vulnerables a quienes van dirigidos dichos planes, incluyéndose entre ellos a los discapacitados y los alcohólicos.

Otra de las políticas a tener en cuenta a nivel nacional es *“La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud¹⁸”* dicha estrategia está basada en la eliminación del estigma de la enfermedad mental, la eliminación de la discriminación, la prevención del suicidio y la elaboración de planes para el fomento del empleo de dichos enfermos.

En el caso de Castilla y León también contamos con políticas sobre esta cuestión. Es oportuno señalar la importancia de *“La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica¹⁹”*. Dicha estrategia está encaminada a promocionar el campo de la salud mental, su integración sociolaboral y la mejora de la formación y la investigación.

¹⁸ *“Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006”*

¹⁹ Este documento es aprobado por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León

Conforme a lo explicado, hay que recalcar la importancia que tienen los centros especiales de empleo a la hora de mejorar la situación de los más desfavorecidos. Son elementos creados por obligación de la Ley General de Discapacidad.

Según el SEPE los centros especiales de empleo son: *“Empresas cuyo objetivo principal es el de proporcionar a los trabajadores con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite la integración laboral de éstos en el mercado ordinario de trabajo²⁰”*.

Hoy en día cada vez son más las organizaciones, asociaciones o fundaciones que luchan por los derechos de los enfermos mentales entre otros. El primero de los ejemplos que voy a aportar es la *FEACEM* (Federación empresarial Española de asociaciones de centros especiales de empleo.) Es una de las más importantes de nuestro país y está compuesta por 15 asociaciones empresariales, integrando y representando a más de 800 Centros Especiales de Empleo.

A nivel autonómico y en el caso de Castilla y León, *FEACEM* también va a ser una de las más representativas, además, agrupa a 41 centros especiales de empleo.

Cuando hablamos de respaldar la identidad de estos enfermos y a la hora de representarlos, no cabe la menor duda del papel trascendental del *CERMI*²¹.

“Es la plataforma de representación, defensa y acción de la ciudadanía española con discapacidad, más de 3,8 millones de personas, más sus familias, que deciden unirse, a través de las organizaciones en las que se agrupan, para avanzar en el reconocimiento de sus derechos y alcanzar la plena ciudadanía en

²⁰ *“Pueden ser creados por las Administraciones Públicas, directamente o en colaboración con otros organismos, por Entidades, por personas físicas, jurídicas o comunidades de bienes, que tengan capacidad jurídica y de obrar para ser empresarios; de carácter público o privado, con o sin ánimo de lucro.”*

²¹ *Comité Español de representantes de personas con discapacidad.*

igualdad de derechos y oportunidades con el resto de componentes de la sociedad”.

Esta organización se define a sí misma como transparente. Analizando el contenido de su web se puede ver que publican las subvenciones que reciben por parte de los gobiernos para la mejora de la situación, así como todas las memorias de cada uno de los años en los que ejercen su actividad. Otra de las cuestiones a destacar es la orientación y asesoramiento jurídico que proporciona. Todo esto sumado a sus planes de actuación y a sus convenios y acuerdos institucionales lo califican como un pilar fundamental en el desarrollo del empleo y la defensa de los discapacitados.

No podemos concluir con este epígrafe sin mencionar la entidad más importante a nivel nacional para los enfermos mentales. En este caso se trata de *“La Confederación de salud mental España”.*

Ellos mismos se definen como *“Una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, las cuales agrupan a más de 300 asociaciones y suman más de 47.000 socios y socias en todo el territorio estatal.”*

Trata de ofrecer a la sociedad un cambio en el lenguaje dejando obsoleto el concepto de enfermedad mental y utilizando el término de “salud mental”. Es la organización líder a nivel nacional que trata de unificar a todos los familiares y enfermos sirviendo de ayuda apoyo y representación de los enfermos mentales. Su objetivo es normalizar las diversidades y la eliminación del estigma²²

Esta entidad elabora multitud de campañas y programas para la reinserción laboral de los enfermos mentales, además cuenta con una página web muy extensa donde pone a disposición de los lectores normativa y documentación correspondiente al ámbito de la salud mental.

Uno de los acontecimientos más importantes en los que se apoya esta entidad es

²² Surge en 1983, cuenta con multitud de reconocimientos y está respaldada por organizaciones de prestigio como la fundación ONCE, El consejo nacional de discapacidad, el CERMI, el EUFAMI...

el día mundial de la salud mental. En el, se van a celebrar actos diversos y se va a fomentar la información, así como la reivindicación pública de derechos de estos colectivos.

En lo que se refiere al empleo, dicha confederación recopila políticas para la integración, guías para el empleo y datos específicos sobre la situación sociolaboral de nuestros enfermos.

A nivel Provincial se debe recalcar el papel de la asociación *“El puente salud mental”* Dicha asociación cuenta con un área específica de empleo y formación destinada en mejorar la búsqueda activa de empleo de los enfermos mentales. Esta área incluye *“Asesoramiento en el proceso de selección, mantenimiento del puesto de trabajo y promoción del mismo.”* Utilizan una metodología flexible basada en Itinerarios personalizados de inserción. Realizan adaptaciones a los puestos de trabajo adaptándose siempre al caso específico que estén tratando.

Algunas de las cuestiones explicadas anteriormente muestran por encima la situación actual en lo que se refiere a políticas y medidas para la reinserción. Es necesario tener en cuenta que existen muchas más de las que he aportado. Pese a todo esto hay que destacar que todas las medidas son pocas. La situación en la actualidad aún es muy compleja y requiere sobre todo de mayor conciencia social. La legislación existente no es suficiente, o al menos, no es estricta, puesto que las empresas en numerosas ocasiones hacen caso omiso de las mismas.

La estrategia aplicada por los gobiernos no es lo suficientemente efectiva para paliar estas desigualdades. Se deberían tener más en cuenta las proposiciones de las fundaciones y organizaciones a la hora de delegar en esta materia ya que son estos los que verdaderamente conocen la cruda realidad actual.

6.2 LEGISLACIÓN REINSERCIÓN ALCOHÓLICOS:

En el caso de la legislación en el campo de los alcohólicos, la situación presenta similitudes a la situación de los enfermos mentales. Si a los enfermos mentales se les incluía en el marco legal de los discapacitados a los alcohólicos se les va a incluir en el marco legal de los drogodependientes. Analizando el marco legal encontramos legislación específica autonómica sobre todo para la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores o para la prevención o asistencia de

alcohólicos y drogodependientes. A nivel estatal la legislación está centrada de manera mayoritaria en regular la venta, el consumo y la publicidad de las bebidas alcohólicas.

Cuando hablamos de alcohólicos, si nos centramos en el nivel estatal, La Delegación del Gobierno establece un *Plan Nacional sobre Drogas* que consiste en una iniciativa destinada a la potenciación y el fomento de las políticas que competen en materia de adicciones llevadas a cabo por las administraciones y entidades públicas. Algunas de las funciones más significativas de dicho plan que correspondan al contenido del trabajo son las siguientes:

- Fomentar, analizar, proponer y gestionar, en el ámbito de sus competencias, programas de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito de las adicciones, en coordinación con las distintas instituciones que participan en el *Plan Nacional sobre Drogas*.

- Impulsar la participación de las empresas y entidades sociales en las actividades del *Plan Nacional sobre Drogas*, promoviendo la incorporación de programas sobre adicciones al desarrollo de la responsabilidad social corporativa.

- Impulsar y fomentar la formación dirigida a profesionales sanitarios y a otros profesionales en los distintos aspectos relacionados con las adicciones, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

- Fomentar en el ámbito estatal la actividad investigadora en materia de drogas y de otras adicciones y proponer las líneas prioritarias de investigación que se consideren de interés para los objetivos del *Plan Nacional sobre Drogas*.

- Promover sistemas de evaluación de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social y aplicar estos sistemas a los programas y a las actividades financiadas con cargo al *Plan Nacional sobre Drogas*.

Centrándonos en la Comunidad Autónoma de Castilla y León hemos de tener en cuenta 2 normas principales. Como bien he explicado no competen de manera exclusiva a los alcohólicos sino que engloban a los drogodependientes en general.

-“Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes.”

Como bien redacta dicha ley, en su artículo 2 considera drogas a *“Aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocan cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas”* incluyendo de manera explícita las bebidas alcohólicas.

En su artículo 1 se tienen en cuenta sus principales objetivos:

“La prevención dentro de su ámbito territorial, de las drogodependencias y el fomento de la asistencia e integración social de las personas drogodependientes.”

“La regulación general de las funciones y competencias en la materia de las Administraciones Públicas entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.”

“La configuración del Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Castilla y León.”

“La protección a terceras personas de los perjuicios que pueda causarles el consumo de drogas.”

Por otro lado es importante destacar el papel de la *“Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.”*

No cabe duda de que lo que más apoya a los colectivos de alcohólicos en el ámbito laboral son las asociaciones. En España contamos con distintas y en distintos territorios. Las que más popularidad muestran a día de hoy son *“Alcohólicos anónimos”* y *“Proyecto Hombre”*.

Proyecto Hombre es una asociación destinada a la prevención, sensibilización, rehabilitación y reinserción de los alcohólicos entre otros colectivos. La

asociación cuenta con muchos premios y reconocimientos haciendo que su imagen y prestigio se incrementen.

La otra gran asociación es “*Alcohólicos Anónimos*”. A diferencia de *Proyecto Hombre* cuenta con una trayectoria más larga y se origina en Nueva York, implantándose posteriormente en distintos países. En este caso la asociación se centra en recuperar al sujeto afectado a través de los correspondientes tratamientos. Un elemento diferenciador de esta asociación es la independencia que presenta conforme a los poderes públicos ya que se sostiene únicamente de sus contribuciones.

Como finalidad se centra más en dejar el consumo de bebidas alcohólicas de manera total que en la inserción o integración sociolaboral de los alcohólicos. El cese del consumo es el punto de partida para afianzar las siguientes metas.

A nivel provincial también contamos con más apoyo al colectivo. En el caso de Valladolid destacamos la “*Asociación de alcohólicos rehabilitados de Valladolid*”. ARVA cuenta con una larga trayectoria y se compone de 9 programas principales y varios secundarios. Algunos de los más significativos son los siguientes:
-Programa en busca de una nueva oportunidad: Conseguir la inserción psicosocial y normalización de la vida de personas excluidas o en riesgo de exclusión que manifiesten abuso o dependencia de alcohol.

-Programa de habilidades sociales en personas mayores: Potenciar que la persona consiga una plena autonomía personal y social en el entorno que le rodea.

-Programa de inserción socio-laboral de enfermos alcohólicos y familiares: Inserción y promoción socio-laboral de los miembros de la asociación a través de la realización de un adecuado diagnóstico de la situación laboral y social y la elaboración de un plan de intervención

-Programa de prevención del consumo abusivo del alcohol

-Programa 0,0% alcohol en el ámbito penitenciario: Favorecer la abstinencia en el consumo de y favorecer la integración social.

Para finalizar con este apartado he de puntualizar que, todas las subvenciones y ayudas económicas destinadas a las empresas para el fomento de la contratación de los discapacitados a nivel autonómico, van siendo publicadas en el BOCYL conforme se van actualizando.

7. ENTREVISTAS

En este caso, uno de los métodos de estudio cuantitativo más efectivos son las entrevistas a los directamente afectados.

A continuación resuelvo brevemente algunas cuestiones y planteo unas conclusiones a las que se llega tras valorar el caso concreto. Por supuesto he de decir que este ejemplo es válido y aplicable a muchas personas que se encuentran en la misma situación.

-Datos generales y experiencias: ¿Su vida era normal? ¿Cómo era su vida?

La entrevista es realizada a un enfermo de esquizofrenia con capacidades para trabajar.

El sujeto es un joven de 26 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Proviene de familia desestructurada, padres separados y hermano mayor que vive con su madre. Presenta irregularidades y problemas familiares desde la infancia.

Tras la separación de ambos progenitores, comienzan los problemas del usuario, el sujeto no es capaz de asimilar el acontecimiento anterior y comienza con un tonteo asiduo. El individuo incrementa notablemente el consumo de drogas. La adicción a las mismas aumenta progresivamente.

La difícil situación del sujeto hace que tenga que vivir en la calle durante un periodo relativamente largo, sin ningún tipo de contacto familiar ni tampoco con la red de servicios asistenciales y sanitarios.

¿Qué problemas ha tenido?

Consumo frecuente de tóxicos y problemas familiares.

¿Por qué ha llegado a esta situación?

Principalmente por una desvinculación de la red social y la red familiar. El sujeto comenta que es bastante influenciable. Además, su falta de madurez y la ausencia de una estructura familiar sólida hacen que no disponga de una guía

que le lleve al “buen camino”. En este caso es necesario tener en cuenta el consumo de tóxicos que, para nada, ayuda en esta situación.

¿Por qué la sociedad les excluye?

Habiendo realizado dicho trabajo y habiendo analizado situaciones reales de primera mano, se puede decir que por una falta de conocimiento de la enfermedad seguido de procesos de inadaptación social.

-Dificultades de integración:

En el ejemplo concreto, pese a la joven edad del individuo, sus patologías le provocaban varios problemas a la hora de manejar los recursos existentes en la sociedad a nivel social y laboral entre otros.

7.1 CONCLUSIONES GENERALES DEL EJEMPLO CONCRETO QUE SON EXTRAPOLABLES A OTROS CASOS:

Los periodos en los que el usuario ha estado acompañado de profesionales sanitarios y sociales han precedido épocas de mejoría e inclusión social plenamente satisfactorios.

Con un tratamiento adecuado y su cumplimiento diario, ha sido capaz de llevar una vida totalmente normalizada y dentro de los parámetros que estipula nuestra sociedad como normal. Reduciendo considerablemente el consumo de tóxicos, en algunos periodos sin consumo.

Ha sido capaz de encontrar un trabajo estable durante un año completo a jornada completa, encontrar una vivienda normalizada en alquiler con personas sin discapacidad y mejorar la relación familiar, estableciendo contactos frecuentes con resultados satisfactorios y beneficiosos para ambas partes.

El apoyo de profesionales es imprescindible para una correcta inclusión social y laboral de las personas con enfermedad mental, que en la mayoría de los casos debido a sus patologías de bases se ven limitados y con las capacidades mermadas para poder acceder a todos los recursos de los que dispone la sociedad en la que vivimos, ya que la carga del estigma y los juicios de valores que encontramos en la misma son realmente pronunciados. Esto es debido al miedo por el desconocimiento de lo que es una discapacidad y de las patologías

con las cuales están asociadas.

A nivel laboral es una de las estructuras sociales en las que más dificultades encontramos en nuestra sociedad. El miedo a lo desconocido y las leyendas que se han creado en torno al mundo de la discapacidad y el mercado laboral, dificultan enormemente la plena inclusión de dichos colectivos sociales.

8. CONCLUSIONES

Una vez elaborados los distintos capítulos del trabajo a uno se le pasan multitud de dudas e ideas por la cabeza. Una de las dudas que aparecen es ¿Cómo en pleno Siglo XXI y con la cantidad de medios que la sociedad dispone, aún pueden existir colectivos que se encuentren discriminados en tantas facetas de su vida? Pues bien, esto es una cuestión compleja que desde mi punto de vista se debe al pensamiento societario en su conjunto.

Los datos laborales sobre los enfermos mentales y alcohólicos son abundantes, además existen multitud de fuentes que publican estudios e informes, siendo argumentos más que aceptables para estimar las dificultades a las que se enfrentan.

Algo que ha quedado muy claro es que el estigma y las barreras sociolaborales son los culpables de esta situación. Continuando con lo mencionado anteriormente no debemos olvidar que son cuestiones que se construyen por las ideas y nociones de los sujetos.

Los dos grandes colectivos, aunque principalmente los enfermos mentales, deben convivir con el estigma, de hecho, aprenden a convivir con él. El proceso de reducción de las personas estigmatizadoras avanza de manera lenta y es algo que en algunos individuos va a ser difícil eliminar.

Nos podemos preguntar, ¿A qué se debe esta discriminación?

Desde mi punto de vista, en parte a la desinformación y en parte a la resistencia al cambio.

Hay que tener en cuenta que muchos individuos, como no sufren las consecuencias de manera directa y cercana, no se preocupan por la situación, pero esta actitud egoísta no va a ocultar el gran problema al que nos enfrentamos todos. Los obstáculos y contratiempos, a la larga, afectan al conjunto de la sociedad. Pero sobre todo no debemos olvidar las enormes cantidades económicas desembolsadas para sufragar el gasto público en este ámbito.

Me quedo con la siguiente frase publicada por la federación de salud mental de

Castilla y León: *“Reconocer y entender lo que es la enfermedad mental es primordial para romper tópicos y falsas creencias y reducir así el prejuicio y el estigma de la persona con problemas de salud mental.”*

Las medidas son muchas y variadas, pero si la situación no evoluciona de manera favorable no podemos estar orgullosos puesto que hay algo que no se está haciendo bien.

Quiero ser crítico ya que este tema es más importante de lo que aparentemente parece. Estamos hablando de miles y miles de personas a las que aparte de sus problemas de salud cuentan con dificultades de conciliación familiar y sociolaboral y es que “a perro flaco todo son pulgas”.

No se puede negar que nuestro país cuenta con un marco legal para sobrellevar la situación. Esto no quiere decir que sea ni mucho menos óptimo y eficiente. Desde mi punto de vista el primer paso ha de consistir en la actualización de las normas por lo que la legislación ha de ser modificada y adaptada, tratando de eliminar los vacíos legales y la corrección de la situación a causa de los numerosos gastos públicos a nivel laboral que estas personas ocasionan, provocados por los elevados índices de absentismo. Insisto en que este problema se soluciona a través de la conciencia y la responsabilidad social. Hemos podido comprobar que aunque exista legislación, en muchos núcleos empresariales no se tiene en cuenta y se incumple. El caso omiso por parte de los empresarios de la normativa establecida se convierte en una cuestión que es importante solucionar. Creo que el incremento de las inspecciones de trabajo no vendría nada mal para que todo se ejecutase conforme a su disposición legal.

Desde mi punto de vista, la investigación en el ámbito de alcoholismo y enfermedad mental es necesaria. Todos sabemos que las adicciones están más que presentes en nuestra sociedad y que estas enfermedades tienen unas consecuencias muy graves, tanto sanitarias como sociales.

Sin investigación la sociedad no avanza y este es un problema que es necesario minimizar cuanto antes. El gasto por parte de los gobiernos en I+D es una inversión de futuro que permite preparar a las sociedades ante los problemas que están por llegar.

Aunque los datos son nefastos la situación puede llevar al optimismo. Si comparamos los datos de años atrás con los datos actuales se puede concluir en que las cosas están cambiando. Los cambios se producen de manera muy lenta pero la situación es esperanzadora.

No solo nos tenemos que quedar con lo negativo. El tiempo va pasando y los profesionales se encuentran cada vez más preparados para afrontar las situaciones. Además el uso puntero de las tecnologías de información y comunicación (redes sociales e Internet) hacen que la información pueda llegar prácticamente a cualquier lugar, por lo que la misión de las campañas de sensibilización e información es cumplida de manera rápida y precisa.

Después de haber elaborado el trabajo llego a una de las conclusiones más significativas. A la hora de encontrar datos y estudios nos damos cuenta de la escasa aparición de datos cuantitativos por lo que los estudios y el trabajo realizado es de carácter cualitativo. La ausencia de datos reales está más que presente.

Desde mi punto de vista no hay suficientes estudios concretos y de carácter numérico con los que nos podamos respaldar para verificar ideas y sacar las conclusiones oportunas. Este es uno de los motivos por los que he elaborado alguna entrevista para sacar nuestras propias conclusiones debido a la escasez de datos.

Otra idea a tener en cuenta es la falta de concienciación social que presentan los individuos. Por ejemplo, si comparamos los niveles de concienciación y conocimiento de otro tipo de enfermedades mentales, con la depresión y la esquizofrenia, nos damos cuenta de que la sociedad no está lo suficientemente concienciada e informada sobre las mismas. Lo que quiero decir con esto es que tanto los esquizofrénicos como los depresivos se encuentran marginados en comparación con otras patologías mentales como pueden ser los enfermos con Síndrome de Down. El reconocimiento y la repercusión que pueden presentar este tipo de enfermos no es comparable a la de los esquizofrénicos o depresivos. No debemos olvidar que tanto unas patologías como otras son enfermedades mentales y se merecen un reconocimiento y un trato digno desde la comprensión

y la igualdad.

Importante destacar la inclusión de estos enfermos mentales o alcohólicos dentro del colectivo de discapacitados. Cuando hacemos referencia a los enfermos de esta manera, existen muchas cuestiones generales que no profundizan en los casos concretos.

De esta forma, la búsqueda de información se vuelve complicada puesto que los datos específicos y concretos no son tan fáciles de encontrar ya que se elaboran para los discapacitados de forma general.

Para lograr la reinserción sociolaboral de dichos individuos es necesaria la colaboración conjunta de varios grupos. La ayuda de los sanitarios, el apoyo de los gobiernos, las propias familias, los empresarios, las asociaciones y los sindicatos son algunos de los elementos que ayudarán primero en la eliminación de las barreras y después en el principal objetivo consistente en la reinserción y la no discriminación.

Una de las soluciones más eficaces es la prevención. Anticiparse a los hechos es imprescindible para reducir las negativas consecuencias. Ante esta temática tan delicada, el fomento de las campañas de prevención e información deberían ser intensificadas.

Algo que tengo muy en cuenta y que comparto totalmente es que el primer paso para lograr los objetivos tiene que salir del propio enfermo. Si ellos mismos no ponen de su parte el cambio es prácticamente imposible. Cada persona tiene su manera de pensar por lo que esta idea es fácilmente interpretable. Para mí, la actitud del enfermo es crucial. Bien es cierto que cuando la situación es dificultosa y si a eso le sumamos la falta de apoyos y de medios, el sujeto puede desmoralizarse y venirse abajo empeorando aún más la situación. Aparte hay que tener en cuenta que son personas con patologías y sus pensamientos y actitudes están condicionados por tales enfermedades.

En uno de los apartados de este trabajo aporte un estudio (Alfred Adler y la Autoestima) en el que varios enfermos con los mismos medios y las mismas patologías se enfrentaban al mismo problema. El resultado: unos lo superaban y

otros no. Y bien pongo este ejemplo porque en situaciones de este tipo, la fuerza de voluntad, la constancia y el espíritu de superación marcan la diferencia en la consecución de tan ansiados objetivos. En algunos casos la enfermedad mental hace que los propios enfermos sean más fuertes, esto se debe a la autoestima independiente de cada individuo y a la valoración que tengan de sí mismos.

Con esta última idea no quiero dar a entender que el enfermo tenga que salir adelante por sí solo. Sigo manteniendo mi firme postura en que las cosas no se están haciendo del todo bien. La falta de medios sigue estando presente y es más que obvio que sin la ayuda de todos no podrán salir adelante.

Cuando trabajas directamente con este tipo de personas muchas ideas que tenías preconcebidas cambian por completo, conoces verdaderamente lo que hay detrás de esas falsas creencias y te das cuenta de que si las cosas se hacen de manera correcta los “enfermos” pueden aportar mucho a nuestra sociedad.

Finalmente, y tras el elaborado análisis de valores y cifras realizado en este trabajo, en lo que a datos de empleo se refiere, podemos determinar que la reinserción sociolaboral de los enfermos mentales y los alcohólicos es una asignatura pendiente para la sociedad española, al menos a día de hoy.

Sin nada más que añadir concluyo aquí mi trabajo fin de grado con el propósito de visibilizar las complicaciones ante las que nos encontramos y las posibles soluciones al proceso de inserción.

Es necesario el conocimiento de varios conceptos clave que aparecen el trabajo. Entre ellos destacan los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Aporto estas pequeñas aclaraciones puesto que dichos términos están presentes y afectan a los colectivos que se exponen en este trabajo.

8.1.1 ¿QUÉ SON LOS ESTEREOTIPOS?

Como señala la profesora Silván Ferrero²³, Existen tantas definiciones de estereotipo como autores que se han aproximado a su estudio (véase Gómez,

²³ Silvan Ferrero, M^a del Prado, Isabel Cuadrado Guirado y Mercedes López Sáez: “estereotipos”, en en Gaviria, E., Cuadrado, I. y López-Sáez, M. (Coords.) (2009). Introducción a la Psicología Social. Madrid: Sanz y Torres (I.S.B.N.:978-84-968-0838-6). Pg. 355 y ss.

2007). En general, los estereotipos se consideran un conjunto de creencias compartidas sobre las características de un grupo social. Estas creencias hacen referencia a lo que pensamos sobre ciertos grupos, por lo que pueden contener elementos tanto positivos como negativos.

Algunos de los aspectos definitorios de los estereotipos son los siguientes:

- simplifican o exageran los rasgos atribuidos a un grupo,
- sirven para justificar o racionalizar las reacciones afectivas y conductuales hacia un Grupo,
- al tratarse de estructuras cognitivas, son rígidos y resistentes al cambio, aunque se obtenga información que los desconfirme,
- desde una perspectiva cultural, conviene destacar su carácter consensuado, en la medida en que son creencias compartidas por los miembros de una cultura

Como señala la profesora Isabel Cuadrado Guirado²⁴, el prejuicio tiene una serie de aspectos definitorios que otorgan una especial relevancia al análisis desde una perspectiva sociológica:

- va dirigido a grupos (o a personas en cuanto miembros de un grupo determinado),
- tiene una orientación socialmente compartida (la mayoría de las personas de un grupo determinado están de acuerdo en las características negativas que se atribuyen a un exogrupo)
- al dirigirse de unos grupos hacia otros, tiene una naturaleza claramente intergrupala.

De hecho, el tipo de relaciones intergrupales que se establecen influye claramente en la dirección, nivel e intensidad del prejuicio (Brown, 1998)

El segundo aspecto definitorio del estudio psicosocial del prejuicio es que suele centrarse en los juicios previos negativos o desfavorables, es decir, en los

²⁴ Cuadrado Guirado, Isabel: "El estudio psicosocial del prejuicio", en Gaviria, E., Cuadrado, I. y López-Sáez, M. (Coords.) (2009). Introducción a la Psicología Social. Madrid: Sanz y Torres (I.S.B.N.:978-84-968-0838-6). Pg. 387 y ss.

juicios que implican una evaluación cargada afectiva y negativamente... y el prejuicio puede adoptar diversas formas y manifestaciones, así como tener orígenes diferentes, en función del grupo con el que se interactúa.

Considerando el prejuicio como actitud, las definiciones clásicas del coinciden en conceptualizarlo como una actitud negativa hacia un determinado grupo social o hacia sus miembros por el hecho de pertenecer a ese grupo, y la actitud prejuiciosa, una vez formada, influirá, mediará y guiará el comportamiento del individuo hacia los miembros de los exogrupos.

Desde una perspectiva conductual, en el caso del prejuicio, la intención de conducta o la propia conducta hacia un determinado grupo social o sus miembros será predominantemente negativa. Este componente ha sido denominado por los distintos autores discriminación, y se define como “cualquier conducta que niega a los individuos o grupos de personas una igualdad de tratamiento”.

Discriminación: Cualquier conducta que niega a los individuos o grupos una igualdad de tratamiento debido a su pertenencia a un grupo concreto.

Estereotipo: Conjunto de atributos que utilizan las personas para definir o caracterizar a los miembros de un grupo social.

Prejuicio: Actitud negativa hacia un determinado grupo social o hacia sus miembros por el hecho de pertenecer a ese grupo

9. BIBLIOGRAFIA

-Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Galicia. *Salud mental. ¿Qué es?* Disponible en:

<http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>

- La Vanguardia. (2019, Abril) *La salud mental en cifras*. La Vanguardia Digital.

Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190403/461443530430/la-salud-mental-en-cifras.html>

-OECD (2015) *Fit Mind, Fit Job. De la evidencia a la práctica en salud mental y*

trabajo. Publishing, Paris. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/fit-mind-fit-job-9789264228283-en.htm>

- OMS (2013-2020) *Plan de Acción sobre salud mental* ISBN 978 92 4 350602 9

Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

-National Institutes of Health (2015, octubre) *La biología de la adicción. Las drogas y el alcohol pueden secuestrar su cerebro*. Disponible en:

<https://salud.nih.gov/articulo/la-biologia-de-la-adiccion/#:~:text=%22Cuando%20la%20corteza%20frontal%20no,o%20terminar%20en%20la%20c%C3%A1rcel.>

-Organización médica colegial de España. Médicos y pacientes (2018, octubre): *El estigma, una de las barreras a la hora de contratar a personas con problemas de salud mental*. Confederación Salud Mental España. Disponible en:

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-estigma-una-de-las-barreras-la-hora-de-contratar-personas-con-problemas-de-salud-mental>

-IMSERSO/ Ministerio de trabajo y asuntos sociales. (2007) *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Primera Edición. Madrid. Disponible en :

<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenefermental.pdf>

- Muñoz M. Pérez Santos, E. Crespo, M. y Guillén, Al. (2009) by Editorial Complutense, S. A. *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* (1ª. Ed. Digital) Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- San Millán, M. D. Sacramento, M. *Porqué y Cómo contratar a una persona con discapacidad por enfermedad mental*. (III Jornada sobre Empleo y Discapacidad) Universidad Carlos III de Madrid. Disponible en: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/11474/porque_vitulia_JED_2009.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Martínez Tébar, L. (2017, Octubre) *Ocho de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo*. EFE Salud. Disponible en: <https://www.efesalud.com/salud-mental-empleo>
- La Razón (2018, Noviembre) *Enfermedades mentales, un estigma también en el trabajo* (La Razón Digital) Madrid. Disponible en: <https://www.larazon.es/familia/enfermedades-mentales-un-estigma-tambien-en-el-trabajo-NM20687831/>
- OMS (2019, Octubre) *Esquizofrenia (centro de prensa)* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- OMS (2020, Enero) *Depresión (centro de prensa)* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS (2019, Noviembre) *Trastornos Mentales (centro de prensa)* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Proyecto Hombre. *El alcohol*. Disponible en: <https://proyectohombre.es/alcohol/>
- BBC News. Ciencia. (2010, Noviembre) *El alcohol, ¿Más dañino que la heroína?*. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas_men
- Valverde Alfaro, E. (2015) *Propuesta para la ubicación laboral en un servicio de*

restaurante a personas que padecen esquizofrenia. Revista Cúpula. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v29n1/art06.pdf>

-Sadock B. Sadock V. Kaplan y Sadock *Sinopsis de Psiquiatría*, décima edición, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 2009: 467-497.

-Burns T. *The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support*. Schizophrenia bulletin, 2009, 35; 949- 958.

-McGurk R. Work. *Recovery and comorbidity in Schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation*. Schizophrenia bulletin, 2009, 35, 319.

-Anthony Appiah, K. (2018, 26 de Marzo) *¿Debo revelar mis problemas de salud mental en el trabajo?* The New York Times. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2018/03/26/espanol/cultura/trabajo-enfermedad-mental.html>

-Ugarte, J. (2018, Enero) *¿Qué relación hay entre el alcohol y las enfermedades mentales?* Crhoy Digital. Disponible en: <https://www.crhoy.com/nacionales/que-relacion-hay-entre-alcohol-y-enfermedades-mentales/>

-Serrano Soriano, A. (2018, Noviembre). *El alcohol. ¿Enfermedad o droga legal?* Aepsal Digital. Disponible en: <https://www.aepsal.com/alcohol-enfermedad-o-droga-legal/>

-Confederación Regional empresarial Extremeña: Alcoholismo en el entorno laboral (2016, Octubre) Disponible en: <https://www.creex.es/3.X/sala-de-prensa/prevencion-de-riesgos-laborales/3190-alcoholismo-en-el-entorno-laboral>

- Elizondo López, JA. (2005, Abril) *El alcoholismo: enfermedad cerebral y discapacitante*. Fundación de investigaciones sociales. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/saborsaber.cfm?articulo=108>

-Gómez–Talegón, MT. Álvarez González, FJ. *Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento*.

-Gómez–Talegón, MT. Álvarez González, FJ. *Alcohol y prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito laboral*. Med Segur Trab 2005; 198: 65–72.

-Confederación salud mental España. (2020, Mayo) *La baja tasa de empleo de las personas con trastorno mental pone en riesgo su autonomía y el respeto a sus derechos fundamentales*. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/tasa-empleo-autonomia-derechos-fundamentales/>

Valmorisco Pizarro, S. (2015) *Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave*. Tesis doctoral Universidad Carlos III, Madrid. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/20652/valmorisco-segundo-tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Díaz, M. García Ramírez, C. (2004) *La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente*. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>

-El Puente Salud mental Valladolid. Disponible en: <http://elpuentesaludmental.org/>

- CERMI. *Misión, Visión y valores*. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/cermi/mision>

-Alcohólicos Anónimos España. *¿Qué es A.A?* Disponible en: http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp

-BOCYL nº 52/2007, de 14 de marzo de 2007. Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=14/03/2007>

-Asociación de alcohólicos rehabilitados de Valladolid. *Inicio, quienes somos*. Disponible en: <https://www.arva.es/>

-SEPE. *Empleo para personas con discapacidad. Centros especiales de empleo*. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/Personas/encontrar-trabajo/empleo-para-personas-con-discapacidad/centros-especiales-empleo.html>

-Federación empresarial Española de asociaciones de centros especiales de empleo. *Centros Especiales de empleo*. Disponible en: <http://www.feacem.es/>

-Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. *Comunidad de Castilla y León*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-9365-consolidado.pdf>

- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. *Plan nacional sobre drogas*.

Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. (BOE N° 289) *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>

- Jefatura del Estado. (BOE N°289) *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>

- Cortes Generales. *Constitución Española*. Art49. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

-Fondo Social Europeo. *Empleo, Asuntos sociales e inclusión*. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=325&langId=es>

-Ministerio de sanidad, Ministerio de Consumo. *Alcohol en Jóvenes*. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/alcoholJovenes/home.htm>

-Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014) *Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales. (Madrid)* Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION ESTRATEGIA SALUD MENTAL\(accesibilidad\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION ESTRATEGIA SALUD MENTAL(accesibilidad).pdf)

-Instituto Nacional de Estadística. *Tasa de Paro, Tasa de Actividad*. Disponible en: www.ine.es.

10. GLOSARIO

Enfermedad mental: *“Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o 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”*

Alcoholismo: *“Enfermedad crónica por la que una persona siente deseo de tomar bebidas alcohólicas y no puede controlar ese deseo. Una persona con esta enfermedad también necesita beber mayores cantidades para conseguir el mismo efecto y tiene síntomas de abstinencia después de interrumpir el consumo de alcohol”*

Depresión: *“Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”*

Esquizofrenia: *“Trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.”*

Discriminación: *“Trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, entre otros”*

El estigma. Si acudimos a la RAE observamos 7 pequeñas definiciones. La mayoría de ellas tienen en común referencias a huellas, marcas o señales de carácter negativo o despectivo.

-El estigma en la sociología y el mundo laboral:

Los sociólogos profundizan y recalcan la importancia del estigma a lo largo de los tiempos. Existen bastantes estudios sociológicos sobre el estigma y las enfermedades

mentales pero es importante mencionar que la mayoría de las investigaciones y estudios no son nacionales sino que se han elaborado en el extranjero.

En términos sociológicos me gustaría utilizar la definición de (Goffman 1963) como punto de partida:

“El estigma social es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores”.

Además va a reconocer tres formas de estigma:

-El Cuerdismo o Mentalismo por la imposición de un diagnóstico médico de trastorno mental.

-Una forma de deformidad o una diferenciación no deseada.

-La asociación a una determinada raza, creencia o religión.

Una de las consideraciones éticas que tiene en cuenta este sociólogo es que *“Enfatiza el hecho de que la relación de estigma se establece entre un individuo y un grupo con un conjunto de expectativas”.*

Siguiendo en esta misma línea y para tratar de interiorizar más este concepto hay que tener en cuenta el ejemplo que aporta en su obra *“Estigma: Notas sobre el manejo de la identidad deteriorada”* (1963) Aquí da como ejemplo que en algunos trabajos que suponen la ausencia de un nivel educativo alto, las personas que sí lo tienen lo esconden para no parecer fuera de lugar, por no estar en el trabajo más adecuado a su formación o a los ojos del grupo como personas diferentes.