



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Educación y Trabajo Social**

**Grado en Educación Social**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**SALUD MENTAL E INCLUSIÓN LABORAL: UNA  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
SOCIOEDUCATIVA.**

Autor: Virginia Sainz Pérez

Tutor académico: Vicente Matia Portilla

Junio 2017

## **RESUMEN**

El empleo es un pilar fundamental en la vida de las personas ya que es necesario para poder alcanzar una vida plena, autónoma e independiente. En el caso de las personas con problemas de salud mental, el empleo también supone un paso hacia la recuperación, la normalización y en definitiva, hacia la integración social. Sin embargo, sigue siendo la segunda discapacidad con mayor tasa de desempleo, lo cual supone una de las principales barreras para lograr su integración social y recuperación.

Para eliminar o minimizar estas barreras, en nuestro país contamos con diversidad de recursos. Sin embargo, que existan dichos recursos no significa que estén bien empleados. Por ello, la siguiente propuesta va dirigida hacia la creación de alternativas que puedan lograr la eliminación de los prejuicios y estereotipos que marcan las barreras discapacitantes existentes y lograr la verdadera inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental.

**Palabras clave:** salud mental, enfermedad mental, inclusión laboral, sensibilización.

## **ABSTRACT**

Employment is a fundamental pillar in people's life as it is necessary to achieve a full, autonomous and independent life. In the case of people with mental health problems, obtaining a job is also a step towards recovery, normalization and, ultimately, towards social integration.

However, it remains the second highest unemployment rate disability, which is one of the main barriers to achieving social integration and recovery.

Fortunately, we have several and diverse resources in order to eliminate or minimize these barriers. Nevertheless, the existence of such resources does not mean that they are well employed.

Therefore, the following proposal is aimed at creating alternatives that can lead to the elimination of prejudices and stereotypes that mark the existing disabling barriers and achieve the true labor inclusion of people with mental health problems.

**Keywords:** mental health, mental illness, labour inclusion, awareness.

# ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	6
2.	OBJETIVOS .....	7
3.	JUSTIFICACIÓN.....	7
3.1.	RELACIÓN DEL TEMA ELEGIDO CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO DE EDUCACIÓN SOCIAL.....	9
4.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	12
4.1.	SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.....	12
4.1.1.	Qué entendemos por salud mental.....	12
4.1.2.	Que entendemos por problemas de salud mental o enfermedad mental.....	13
4.1.3.	Que tipos de enfermedad o trastorno mental hay .....	14
4.1.4.	Enfermedad mental y discapacidad.....	15
4.1.5.	Incidencia .....	16
4.1.6.	Derechos de las personas con discapacidad y enfermedad mental.....	17
4.2.	INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL O DISCAPACIDAD.....	20
4.2.1.	Definición y contexto .....	20
4.2.2.	Planes, programas y medidas legales de integración laboral .....	22
5.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	25
5.1.	JUSTIFICACIÓN.....	25
5.2.	CONTEXTUALIZACIÓN/DESTINATARIOS .....	27
5.3.	OBJETIVOS .....	29
5.3.1.	Objetivo general .....	29
5.3.2.	Objetivos específicos.....	29
5.4.	METODOLOGÍA .....	29
5.5.	TEMPORALIZACIÓN .....	30
5.6.	RECURSOS .....	31
5.7.	DISEÑO DE INTERVENCIÓN .....	32
5.7.1.	Jornadas salud mental e inclusión laboral .....	32
5.7.2.	Convenio de prácticas profesionales .....	37

5.8. EVALUACIÓN.....	37
6. CONCLUSIONES Y VIABILIDAD .....	39
7. BIBLIOGRAFÍA.....	41
8. ANEXOS.....	44
8.1. ANEXO 1.....	44
8.2. ANEXO 2 .....	46

## 1. INTRODUCCIÓN

El empleo es fundamental para que todas las personas puedan alcanzar una vida plena, autónoma e independiente y en el caso de las personas con problemas de salud mental supone, además, un cambio hacia la normalización. Sin embargo, continúa siendo la segunda discapacidad con menor tasa de actividad, por detrás de la discapacidad intelectual.

Según el último informe de la Base Estatal de Personas con Discapacidad que publica el Instituto Nacional de Estadística (serie 2014-2015), un 5.9% de la población española (1.774.800 millones de personas) en edad laboral (entre 16 y 64 años) son personas con discapacidad. De ellos, el 20% padecen un problema de salud mental. En cuanto a su situación laboral, el 31% del total de personas con discapacidad está desempleado, tasa casi 10 puntos superior a la de población sin discapacidad (21,9%). De ese 31% un 15,9% son personas con trastorno mental.

Según la Confederación Salud Mental España, un problema de salud mental no tendría por qué ser un impedimento para poder obtener un empleo. Sin embargo, la baja inserción laboral de estas personas es una de las principales barreras para lograr su integración social y recuperación. Estas barreras son, en gran medida, fruto de los prejuicios de muchos empleadores y administraciones públicas. (Salud Mental España, 2016)

La Convención de los Derechos Humanos define estos actos discriminatorios y los prohíbe, estableciendo así la definición de discriminación cómo: “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos políticos, económicos, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables”. (Heras, 2016)

Es por todo ello fundamental lograr la sensibilización de la sociedad en general y del tejido empresarial en particular, ante dicha discriminación para así poder mejorar la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental.

## **2. OBJETIVOS**

- Estar al corriente de la situación laboral actual de las personas con problemas de salud mental.
- Comprender los derechos y libertades de las personas con discapacidad así como los planes y programas de inserción laboral destinados a las mismas.
- Conocer el nivel de implicación de las empresas con la inserción laboral de personas con discapacidad y problemas de salud mental.
- Elaborar propuestas que fomenten la sensibilización del tejido empresarial sobre la importancia de la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental.

## **3. JUSTIFICACIÓN**

Es un hecho que el anhelo de una vida plena y la necesidad de realización personal, mueve a todas las personas, pero esas aspiraciones no pueden ser satisfechas si los derechos a la libertad, la igualdad y la dignidad, se hallan restringidos. Esta es la situación en que se encuentran aún hoy mujeres y hombres con discapacidad por problemas de salud mental, quienes se enfrentan a impedimentos que les privan del pleno ejercicio de sus derechos llevándoles a una situación de exclusión social.

En este sentido, estas personas encuentran constantemente barreras que comportan la restricción de sus derechos básicos y libertades, condicionando así su desarrollo personal y el disfrute de los recursos y servicios disponibles, además de la posibilidad de contribuir al progreso de la sociedad. Entre dichas barreras, nos vamos a centrar en aquellas referentes al acceso al empleo ya que es fundamental para lograr una independencia económica y por tanto una inclusión y visibilizarían en la sociedad. Dichas barrera pueden ser: el menor nivel formativo (un 15'1% tiene estudios superiores); los prejuicios; la falta de accesibilidad de los entornos y/o comunicación; y la imposibilidad de acceder a créditos para la constitución de un negocio propio. (OMS y Banco Mundial, 2011)

Para eliminar o minimizar estas barreras, en nuestro país contamos con diversidad de recursos.

En primer lugar, mencionar la Confederación Salud Mental España, una entidad de interés social y sin ánimo de lucro. Actualmente, cuenta con 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, entre las que se encuentra la de Castilla y León. Su misión principal es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo. Para lograrlo cuenta con diversidad de programas, entre los que se encuentra el de **Formación para el Empleo**. A través de dicho programa se ofrece la oportunidad de ampliar conocimientos y enfatizar en diferentes habilidades y conocimientos prácticos, todo ello con la finalidad de fomentar la empleabilidad de las personas con enfermedad mental.

Además, a nivel regional, la federación cuenta con el programa de **Itinerarios Personalizados de Apoyo al Empleo**, que se basa en las capacidades de las personas para ajustar su perfil profesional y conseguir un mayor éxito en la inserción laboral. Para ello realizan acciones formativas y de capacitación profesional dirigidas a personas con discapacidad igual o superior al 33%, a través de las cuales ofrecen orientación laboral, formación para el empleo, prácticas formativas en entornos reales de trabajo, acompañamiento e intermediación en el proceso de incorporación al trabajo, gestión de ofertas de empleo y bolsa de empleo y visitas a empresas. Además también cuentan con acciones dirigidas a las empresas como la prospección y capacitación, asesoramiento e información sobre ayudas y subvenciones, descripción de las ofertas recibidas y los procesos de intermediación y selección, ofertas gestionadas y convenios de colaboración para la realización de prácticas.

Por otro lado, a nivel nacional existen varias medidas legales sobre distintos tipos de contratación y ayudas destinadas a la inserción laboral de personas con discapacidad como son la integración de trabajadores con discapacidad en el sistema ordinario de trabajo y el empleo con apoyo entendido como, acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, prestadas por preparadores laborales especializados, con objeto de facilitar la adaptación social y laboral de trabajadores con discapacidad con especiales dificultades de inserción laboral. (Servicio Público de Empleo Estatal, 2016)

También debemos tener en cuenta la existencia de la **Responsabilidad Social Corporativa**, definida por el Foro de Expertos de Responsabilidad Social de la



Empresas como, “no solo el cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes, sino también, la integración voluntaria en su gobierno y gestión, en su estrategia, políticas y procedimiento, de las preocupaciones sociales, laborales, medio ambientales y de respeto a los derechos humanos que surgen en la relación y el diálogo transparentes con sus grupos de interés, responsabilizándose así de las consecuencias y los impactos que se derivan de sus acciones” (Foro de Expertos de Responsabilidad Social de las Empresas, 2007:7).

Sin embargo, que tengamos a nuestro alcance tal diversidad de recursos, no significa que estén bien empleados ya que si así fuese, la tasa de desempleo de personas con problemas de salud mental sería mucho menor. Por lo tanto, si las medidas existentes no son suficientes, no debemos dejar de trabajar en ello, fomentando no solo su implantación sino también, su mejora. Es decir, crear alternativas que finalmente logren eliminar los prejuicios y estereotipos que marcan las barreras discapacitantes existentes y lograr una verdadera integración laboral de las personas con enfermedad mental ya que, como dijo Marcos Gómez <sup>1</sup> en el XIX Congreso FEAFES, “el empleo es el mejor tratamiento, el más terapéutico”, recursos como el Centro Especial de Empleo, ha dicho, “actúa como elemento recuperador de las habilidades deterioradas por la enfermedad mental”. (Salud Mental España, 2015)

### **3.1. RELACIÓN DEL TEMA ELEGIDO CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO DE EDUCACIÓN SOCIAL**

La Memoria Verificada del Título de Grado en Educación Social de la Universidad de Valladolid define las competencias, tanto generales como específicas, que deben adquirir estos profesionales. Muchas de éstas guardan una estrecha vinculación con la temática y elaboración de este Trabajo de Fin de Grado. Entre otras, las siguientes:

Competencias Generales:

- G1. Capacidad de análisis y síntesis: consiste en unir elementos distintos en un todo significativo.

---

1 técnico de FEAFES Soria ASOVICA

- G2. Planificación y organización: capacidad de determinar fines, metas, objetivos y prioridades de las tareas organizando las actividades, plazos y recursos necesarios.
- G3. Comunicación oral y escrita en la/s lengua/s materna/s: capacidad de transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no.
- G6. Gestión de la información: capacidad para buscar, seleccionar, ordenar, relacionar, evaluar o valorar información proveniente de distintas fuentes.
- G8. Capacidad crítica y autocrítica: capacidad de examinar y enjuiciar algo con criterios internos y externos.
- G10. Reconocimiento y respeto a la diversidad y multiculturalidad: capacidad de aceptar la diversidad social y cultural como componente enriquecedor, con el fin de desarrollar la convivencia entre las personas sin incurrir en distinciones.
- G13. Autonomía en el aprendizaje: capacidad de orientar su estudio y aprendizaje de modo cada vez más independiente, desarrollando iniciativa y responsabilidad de su propio aprendizaje.
- G15. Creatividad: capacidad para modificar las cosas o pensarlas desde diferentes perspectivas, ofreciendo soluciones nuevas y diferentes ante problemas y situaciones convencionales.
- G16. Liderazgo: capacidad de influir sobre los individuos y/grupos anticipándose al futuro y contribuyendo a su desarrollo personal y profesional.
- G17. Iniciativa y espíritu emprendedor: predisposición a actuar de forma proactiva, poniendo en acción las ideas en forma de actividades y proyectos con el fin de explotar las oportunidades al máximo asumiendo los riesgos necesarios.
- G19. Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional: capacidad para reconocerse y valorarse como profesional que ejerce un servicio a la comunidad y se preocupa por su actuación, respetando y apoyándose en los valores éticos y profesionales.

Competencias específicas:

- E2. Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional.

- E4. Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas.
- E5. Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos en las modalidades presenciales y virtuales.
- E13. Diseñar e implementar procesos de evaluación de programas y estrategias de intervención socioeducativa en diversos contextos.
- E18. Elaborar e interpretar informes técnicos, de investigación y evaluación de acciones, procesos y resultados socioeducativos.
- E19. Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que le permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social.
- E20. Conocer el marco de la educación social y los modelos desarrollados en otros países con especial atención a las iniciativas de la Unión Europea.
- E22. Conocer las políticas de bienestar social y la legislación que sustentan los procesos de intervención socioeducativa.
- E23. Conocer los factores biológicos y ambientales que afectan a los procesos socioeducativos.
- E24. Conocer las características fundamentales de los entornos sociales y laborales de intervención.
- E26. Conocer la teoría y la metodología para la evaluación en intervención socioeducativa.
- E27. Diseñar, utilizar y evaluar los medios didácticos en la intervención socioeducativa.
- E32. Organizar y gestionar proyectos y servicios socioeducativos (culturales, de animación y tiempo libre, de intervención comunitaria, de ocio...).
- E33. Diseñar, aplicar programas y estrategias de intervención socioeducativa en los diversos ámbitos de trabajo.
- E34. Evaluar programas y estrategias de intervención socioeducativa en los diversos ámbitos de trabajo.
- E37. Producir medios y recursos para la intervención socioeducativa.
- E40. Utilizar y evaluar las nuevas tecnologías con fines formativos.

- E43. Diseñar y llevar a cabo proyectos de iniciación a la investigación sobre el medio social e institucional donde se realiza la intervención.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 4.1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Actualmente no existe un acuerdo entre especialistas sobre cómo definir estos términos ya que el límite entre ambos no está claro ni bien definido y los criterios para definir a una persona como enferma o sana varían constantemente, a lo largo del tiempo y en función de los distintos enfoques teóricos. Esto se debe al hecho de que aún no se han demostrado las causas que producen los problemas de salud mental ya que hay que tener en cuenta diversidad de factores, no solo biológicos, genéticos o emocionales, sino también sociales, culturales, vivenciales, etc.

Además, hay estudios que consideran que no se puede definir salud sin enfermedad, y viceversa, ya que hacen referencia a un continuo en el que se dan diferentes grados de bienestar o deterioro.

#### 4.1.1. Qué entendemos por salud mental

Según la Real Academia Española en la 23ª edición del “Diccionario de la Lengua Española”, la salud es “un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y “conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.

Por otro lado, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el concepto de *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Asamblea Organización Mundial de la Salud, 2005). Con esta definición se destaca la dimensión positiva de la salud mental, entendida por la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones

normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

#### **4.1.2. Que entendemos por problemas de salud mental o enfermedad mental**

En primer lugar, la Real Academia Española en la 23ª edición del “Diccionario de la Lengua Española” define un trastorno como una “acción y efecto de trastornar”, una “alteración leve de la salud” o una “enajenación mental”. Además, define un trastorno mental como “una perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento”.

Según la Confederación Salud Mental España (antes FEAFES), podemos definir la *enfermedad mental* como, “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo” (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2008).

Por otro lado, el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) ha propuesto diversas definiciones de “*trastorno mental*” a lo largo de sus cinco revisiones, sin llegar a un acuerdo final. En primer lugar, se entendía un “trastorno” como un patrón que ocurre en un individuo y que se asocia a malestar o discapacidad, el cual refleja una disfunción psicológica o biológica. Tras dos revisiones, se entiende un “trastorno” como un patrón clínico generado por una alteración genético-estructural-cognitiva, modulada por factores del entorno. Ya en la cuarta revisión se define el “trastorno mental” de diversos modos: distrés, disfunción, descontrol, desventaja, discapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sincrónico, etiología y desviación estadística. Dichas denominaciones pueden ser un indicador útil para determinado “trastorno mental”, pero ninguna es el equivalente al concepto de “trastorno”. Finalmente, el DSM V expone que los trastornos mentales no pueden conceptualizarse como categorías, sino como dimensiones (J.Artigas-Pallarés, 2011).

### 4.1.3. Que tipos de enfermedad o trastorno mental hay

Actualmente, sigue habiendo algunos desacuerdos sobre la categorización de las enfermedades mentales. Sin embargo, está aceptado el sistema de diagnóstico psiquiátrico propuesto por la American Psychiatric Association (DSM IVR), según la cual existen diversos tipos de enfermedades mentales, entre las que distingue trastornos: del estado de ánimo, psicóticos, de ansiedad, sexuales, de la personalidad, del sueño, de la conducta alimentaria y trastornos cognoscitivos (J.Artigas-Pallarés, 2011):

- ✓ Del estado de ánimo: unipolares, como el trastorno depresivo mayor o la distimia y bipolares, como el trastorno bipolar o la ciclotimia. Son aquellos que afectan al estado de ánimo entendiendo éste como una emoción generalizada y persistente que da sentido a la percepción del mundo y que junto con la conducta y los pensamientos, conforma a una persona.
- ✓ Psicóticos, como la esquizofrenia: son trastornos mentales graves que se caracterizan por un amplio conjunto de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Pueden incluir delirios y alucinaciones, habla y comportamientos desorganizados, así como emociones inapropiadas.
- ✓ De ansiedad: trastorno de pánico, fobias, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de estrés postraumático. Son un conjunto de alteraciones que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, y que se manifiestan con diversas respuestas fisiológicas (aparecen de forma automática en el organismo), motoras (paralización) y cognitivas (expectativas del miedo superiores a la realidad):
- ✓ Sexuales: parafilias, se caracterizan por la atracción o activación sexual ante objetos y situaciones poco o nada habituales para los demás y que pueden interferir y dificultar la capacidad para realizar actividades sexuales recíprocas y afectivas; y disfunciones sexuales, que se caracterizan por la falta de inhibición del deseo sexual.
- ✓ De la personalidad: son rasgos permanentes y desadaptativos de la experiencia interna (percepciones y pensamientos de emociones y comportamientos) que se manifiestan en una amplia gama de contextos (social, laboral, escolar) de forma

similar y supone un deterioro funcional o malestar significativo en la persona que lo padece y en las que lo rodean.

- ✓ Del sueño: alteraciones de la cantidad, calidad o duración del sueño debido a falta o exceso del mismo, a trastornos episódicos durante el sueño (sonambulismo).
- ✓ De la conducta alimentaria: anorexia o bulimia. Son restricciones de la ingesta de alimentos o atracones y/o purgas, por miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- ✓ Cognoscitivos: Alteraciones de las funciones cognitivas, principalmente, la memoria, la percepción y la resolución de problemas. Los principales trastornos cognitivos son las demencias, entendidas como síndromes debidos a enfermedades, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits (cognitivos, motores, sociales y de la personalidad) que repercuten en la actividad cotidiana de la persona que lo presenta.

Dicha clasificación guarda similitud con la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, conocida como CIE-10, la cual propone un marco conceptual basado en los motivos o causas (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

#### **4.1.4. Enfermedad mental y discapacidad**

La discapacidad es entendida como un conjunto de deficiencias o restricciones, no solo en las funciones y estructuras corporales, sino también en la participación social del ciudadano. Es por ello, que la enfermedad mental puede ser considerada una discapacidad puesto que afecta al funcionamiento<sup>2</sup> de las personas en cuanto a su percepción, estado de ánimo o comportamientos que puedan impedir realizar ciertas acciones. Sin embargo, estos efectos pueden variar en función del control del trastorno, la situación o el contexto en el que se encuentre la persona afectada.

---

<sup>2</sup> Proceso complejo de interacción y evolución entre el estado de salud de una persona y determinados factores contextuales.

Además, la enfermedad mental está incluida en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, como una posible causa de la discapacidad. Sin embargo, es posible que estas personas no presenten una situación de elevada dependencia sí disponen de un tratamiento adecuado que les permita mantener sus capacidades y autonomía personal.

#### **4.1.5. Incidencia**

Según la base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, elaborada por el IMSERSO, 2.998.639 personas en España tiene reconocido un grado igual o superior al 33% de discapacidad de las cuales 1.492.946 son hombres y 1.505.645 son mujeres. En Castilla y León el porcentaje asciende a un 6,05% de la población, siendo mayor el índice en hombres (6,30%), que en mujeres (5,81%). (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, 2016).

Además, centrándonos en el tipo de deficiencia, en España hay un total de 481.544 personas con problemas de salud mental, lo cual supone un 16,06% de la población. Esta cifra se divide en 240.948 hombres (16,14%) y 240.590 mujeres (15,98%). Además, teniendo en cuenta la edad, la mayor incidencia se da entre 0 y 17 años (27,41%). (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, 2016).

Por otra parte, según lo que expone la Confederación Salud Mental España en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en nuestro país las enfermedades predominantes son la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En estos casos, los tratamientos, aun siendo necesarios, o no se reciben o se hace de forma inadecuada. Además, el 88% de los cuidadores de este colectivo son informales lo que significa que la familia asume la mayor responsabilidad. (Beneyto, 2011)

Finalmente a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que el 25% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. (Organización Mundial de la Salud, 2005)



#### **4.1.6. Derechos de las personas con discapacidad y enfermedad mental**

En el *Título preliminar* de la *Constitución Española*, se expone que en España como Estado social y democrático de Derecho, se promulgan valores como la libertad y la igualdad, entre otros, y que es obligación de los poderes públicos promover las condiciones necesarias para que esos valores sean reales y efectivos, facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (Constitución Española, 1978)

Además, el *Artículo 10.1* abre el *Título I de los Derechos y Deberes Fundamentales*, y establece que “*la dignidad de las personas, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social*”. (Constitución Española, 1978)

Finalmente es el *Artículo 49*, el dedicado a la regulación de los derechos de las personas con discapacidad. Dicho artículo establece que “*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos*”. (Constitución Española, 1978).

Este artículo recoge además, dos perspectivas que muestran la consideración de las personas con discapacidad, en primer lugar, como ciudadanos de pleno derecho y, al mismo tiempo, como colectivo con necesidades especiales. Las perspectivas son las siguientes:

- Persona titular de derechos fundamentales reconocidos a todas las personas.
- Miembro de un colectivo especialmente protegido.

También reconoce un plus de dificultades de las personas con discapacidad para el ejercicio de los derechos, el cual debe compensarse con la regulación de ciertas medidas legales integradas en el mismo concepto constitucional de derecho fundamental. Por lo tanto, pasaría a ser un colectivo de pleno derecho como el resto de ciudadanos, dejando de ser un grupo de especial protección.

Por otro lado, debemos tener en cuenta el *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Esta norma define los ámbitos de igualdad y no discriminación; hace un recorrido por los derechos de las personas con discapacidad y establece el régimen de infracciones y sanciones.

Esta ley tiene por objeto garantizar la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos en igualdad de condiciones, a través de la promoción de la autonomía personal, la accesibilidad universal, el acceso al empleo, la inclusión en la comunidad y la vida independiente y la erradicación de la discriminación en todas sus vertientes. También establece el régimen de infracciones y sanciones que garantizan condiciones básicas en materia de igualdad, no discriminación y accesibilidad (Art.1).

En este sentido, la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)*, fue la primera aprobada en España destinada a la atención y los apoyos a las personas con discapacidad y sus familias. Sus principios generales se inspiran en los derechos que se establecen en el artículo 49 de la Constitución. Derecho a la dignidad de los disminuidos para lograr su completa realización personal e integración social, así como el derecho a la tutela o asistencia necesaria (Art. 1). Es por ello que los poderes públicos deben prestar los recursos necesarios, de tal forma que fomenten el ejercicio de los derechos establecidos en el artículo 1 (Art. 3). Además, es labor de las Administración del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, amparar las iniciativas privadas sin ánimo de lucro, sobre todo aquellas dirigidas por los propios usuarios y sus familiares (Art.4). Finalmente, los poderes públicos deben promover la información necesaria para sensibilizar al sector escolar y profesional y a la sociedad en general, sobre el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (Art.5).

Según esta ley, se entiende por minusválido, todas aquellas personas cuyas posibilidades de integración se vean reducidas debido a una deficiencia en sus capacidades físicas, psíquicas y sensoriales (Art.7). En este caso, todos aquellos que sean mayores de edad y con un grado de discapacidad superior al establecido por ley, que les incapacite para obtener un empleo, tendrán derecho a un subsidio de garantía de ingresos mínimos (Art.14).

Además, en el artículo 18 de la LISMI se establece el derecho a la rehabilitación, entendida ésta como la adquisición, por parte de los minusválidos, de su máximo desarrollo personal y su integración en la vida social, sobre todo a través de un empleo adecuado. En este sentido hay varios procesos de rehabilitación: médico-funcional; tratamiento y orientación psicológica; educación general y especial; y recuperación profesional (Art.18).

Posteriormente, la *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*, preveía el establecimiento de un régimen de infracciones y sanciones que hizo realidad con la aprobación de la *Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*.

Finalmente, es imprescindible hacer referencia a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, aprobada el 13 de diciembre de 2006 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Es un tratado internacional de derechos humanos que forma parte de nuestro ordenamiento jurídico y cuya finalidad es asegurar la igualdad plena y efectiva de los derechos de las personas con discapacidad. En este sentido la Convención considera a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo.

En definitiva, el objetivo de la ley es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos en igualdad de condiciones, a través de la promoción de la autonomía personal, la accesibilidad universal, el acceso al empleo, la inclusión en la comunidad y la vida independiente y la erradicación de la discriminación (conforme a los artículos 9.2, 10 14 y 49 de la Constitución Española y la Convención Internacional y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España). Además, pretende establecer el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

## **4.2. INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL O DISCAPACIDAD**

En nuestra sociedad occidental y postindustrial, el trabajo es un elemento de gran valor social que configura la vida de las personas (Castel, 1997). Es por ello que, el trabajo es nuestro gran aliado para mejorar la calidad de vida de las personas, ya que supone mucho más que la autosuficiencia económica o la independencia social. En este sentido, tener un empleo implica también el fomento de hábitos de conducta; facilita la creación de relaciones y redes sociales así como la integración en un grupo social; mejora por tanto la satisfacción personal, la calidad de vida y la autonomía personal; y además, organiza el tiempo vital.

En definitiva, el trabajo es un mecanismo de inclusión, fundamental en la participación social, ya que facilita el desarrollo de relaciones y redes sociales, así como la participación en el ejercicio de los derechos de ciudadanía. Por tanto, la falta de inclusión social puede suponer riesgo de exclusión, el cual está relacionado con la pérdida de participación social, debido a factores personales, sociales, económicos, de salud, etc. Todo ello daría lugar a la pérdida de autonomía, de relaciones sociales, al aislamiento y la desvinculación de la comunidad.

Así, los problemas de salud mental son un factor de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, y a su vez, la exclusión social es un factor de riesgo para la salud mental. Es por ello, que la intervención laboral es un objetivo fundamental en los procesos de rehabilitación psicosocial y en las políticas activas de ocupación de las personas con problemas de salud mental.

### **4.2.1. Definición y contexto**

La integración laboral se puede definir como un proceso de inserción y adaptación del individuo a una organización (Shein, 1968) (Nicolas Fernández Losa, 2007). Más adelante, Everson (1992) hace una definición, más completa, de integración laboral según la cual se entiende como *“la incorporación de una persona con discapacidad a un puesto de trabajo real en una empresa ordinaria, pública o privada, donde el trabajador interactúe frecuentemente con otros trabajadores sin discapacidad,*

*diferente del personal de los servicios de apoyo.* (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1999)

Es por tanto fundamental, en el momento de incorporación de nuevos empleados, una correcta atención y programación por parte de la empresa, de tal forma que puedan verse así reducidas las tasas de abandono y rotación, lo cual supondría la disminución de los costes de selección, formación, etc. Del mismo modo, una adecuada integración puede considerarse como factor motivador y gratificante para el trabajador (Palací y Perió, 1995).

En este sentido, las demandas de la organización pueden percibirse, por el nuevo miembro, como desafíos estimulantes que debe ser capaz de abordar adecuando las circunstancias a las necesidades individuales (Bandura, 1986). De esta manera, es más probable que desarrolle estrategias activas y actitudes consecuentes que favorezcan el ajuste y la integración, como pueden ser el bajo nivel de estrés, la alta satisfacción laboral, el compromiso con las metas de la organización o el deseo de permanecer en ella. (Vega y Garrido, 1998).

En cuanto a las personas con problemas de salud mental o discapacidad, encuentran infinidad de dificultades a la hora de acceder a un empleo. Es por ello que, como colectivo vulnerable, debe ser una prioridad en las actuaciones de la Administración Pública y las políticas de empleo. Es por tanto necesaria la implantación de medidas legales dirigidas a lograr la plena integración laboral de dicho colectivo. En este sentido, también es importante la orientación laboral, ya que necesitan apoyo y acompañamiento para así mejorar sus competencias tanto personales como profesionales y lograr así su autonomía en la búsqueda de empleo. (Junta de Castilla y León, 2011)

Teniendo en cuenta las actuaciones a lo largo de los cuatro planes de empleo existentes, es necesaria una transformación de las actuaciones dirigidas específicamente a colectivos, territorios o sectores económicos cuyos incentivos puedan actuar de forma más eficaz sobre el mercado de trabajo.

En definitiva y con la finalidad de dar respuesta a las dificultades de integración laboral de las personas con discapacidad y/o enfermedad mental, se ponen en marcha diversas actuaciones para mejorar la empleabilidad de dicho colectivo y promover así su integración en el mercado de trabajo.

#### **4.2.2. Planes, programas y medidas legales de integración laboral**

Como ya sabemos, la integración de las personas con discapacidad es uno de los principales objetivos de la Junta de Castilla y León. Es por ello que se precisa de la implantación de una serie de medidas, por parte de las Administraciones Públicas, que faciliten y garanticen el acceso al mercado laboral de las personas más vulnerables. Para lograr dicho objetivo se llevan a cabo medidas legales y programas tales como el *empleo con apoyo* y las ayudas para la *ocupación en empresas ordinarias de empleo*. Además, otra medida fundamental en nuestro país son las cuotas de reserva, por la cuales las empresas públicas y privadas con un número de trabajadores que exceda de 50 están obligadas a emplear un número de trabajadores con discapacidad no inferior al 2%, salvo convenio colectivo o voluntad del empresario, en cuyo caso debería implantar medidas alternativas. Asimismo, en las ofertas de empleo público se debe reservar un cupo no inferior al 7% de las vacantes para ser cubiertas por personas con discapacidad.

En cuanto al **empleo con apoyo**, se trata de una intermediación laboral entre la persona, el empleo y el entorno, más allá de la orientación y la formación, dirigido a aquellas personas con dificultades para acceder de forma autónoma al mercado laboral. Dicha situación es evidente sobretodo en personas con problemas de salud mental.

Podemos entender por empleo con apoyo “el empleo integrado en la comunidad dentro de empresas normalizadas, para personas con discapacidad que tradicionalmente no han tenido posibilidad de acceso al mercado laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posible en trabajo y sueldo a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa” (Alonso, F.B. Jordán de Urríes Vega y M.A. Verdugo, 2003).

El objetivo de esta medida es lograr una mayor cohesión social eliminando barreras discriminatorias en el acceso al mercado de trabajo. Para ello, se emplean mecanismos que incentiven la contratación de personas con discapacidad.

En este empeño, la Comunidad de Castilla y León, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y a través de la Gerencia de los Servicios Sociales, pone en marcha el acuerdo 72/2016, *del 10 de noviembre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Autonómico de inserción sociolaboral para fomentar la empleabilidad y el acceso al mercado laboral de las personas más vulnerables 2016/2020*.

Este plan centra su actuación no solo sobre la persona, fijando objetivos para mejorar su empleabilidad y acceso al mercado, sino también sobre el entorno, mejorando la intervención de los profesionales y buscando un cambio social en la percepción de la inclusión social y laboral. Para lograrlo cuenta con una importante participación social, agentes económicos y entidades del tercer sector. Todo ello financiado por los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

El objetivo principal de este plan es la integración social y laboral de las personas en situación de riesgo o exclusión social y para ello es imprescindible lograr la inserción a través del empleo. Por ello, impulsando este plan se garantiza, no solo la protección de estas personas a través de una atención integral de trabajo en red, sino también facilitar su acceso al mercado laboral.

Por otro lado, la Comunidad de Castilla y León, desde la Consejería de Economía y Hacienda pone en marcha el acuerdo 66/2016, *de 27 de octubre, de la Junta de CyL., por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental*. Dicho acuerdo, es el único destinado íntegramente a los problemas de salud mental y su principal objetivo es lograr la inclusión, de las personas con discapacidad por enfermedad mental, en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Para ello establece diferentes medidas, entre las que se encuentra el Proyecto de Vida entendido como la proyección que de acuerdo con sus elecciones y posibilidades realiza cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social.

Además, incluye un Plan de Apoyo Integrado por el que se planifican y organizan los apoyos que sean necesarios para que esa persona pueda vivir de acuerdo a sus valores, deseos y preferencias abordando así su propia vida.

En cuanto a **la contratación de personas con discapacidad en empresas ordinarias** tiene por objeto la integración laboral de trabajadores con discapacidad en empresas cuyo ambiente de trabajo es normalizado, según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de la Integración Social de los Minusválidos. En este caso, hay dos grandes bloques de medidas. Por un lado, las medidas legales, fiscales y de política laboral que se establecen con el objetivo de favorecer el acceso al mercado laboral ordinario a través de ayudas, bonificaciones y subvenciones, todas ellas variables en función del tipo de contrato laboral. Y por otro lado, la creación de puestos de trabajo adaptados o específicos para personas con discapacidad, como lo son: la venta de cupones de la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE); los centros ocupacionales cuyo carácter no es laboral; y por último, los centros especiales de empleo.

Finalmente, no debemos olvidar la existencia de la **responsabilidad social corporativa** (en adelante RSC), la cual consiste en integrar los intereses de los individuos en las políticas y acciones de las organizaciones. En concreto, la Comisión Europea (2011) establece como expresiones de RSC el conjunto de políticas relacionadas con los derechos humanos, las prácticas de trabajo y de empleo, las cuestiones medioambientales y la lucha contra el fraude y la corrupción, la participación de las comunidades locales y su desarrollo, la integración de personas con discapacidad y los intereses de los consumidores y la divulgación de información no financiera y el voluntariado entre los trabajadores. Sin embargo, y aunque existen algunos ejemplos de buenas prácticas en relación a la inclusión de personas con discapacidad, en nuestro país se plantean importantes limitaciones ya que:

“no hay planes globales de acción en discapacidad dentro de las políticas de RSC de las empresas, ni a medio ni a largo plazo, por lo que los proyectos que se desarrollan son esporádicos, es decir, no presentan una continuidad en el tiempo” (Cortés Ortiz, 2011:102)



Además, los estudios desarrollados indican que las acciones puestas en marcha no están alineadas con la estrategia de la organización, por lo que no permiten corregir los errores de determinadas intervenciones y tampoco dotar a los responsables de RRHH y de RSC de las herramientas necesarias para la realización del diagnóstico de las políticas de integración, ni de las pautas para la intervención (Romero, M. et al, 2016).

Por todo ello, con la siguiente propuesta se pretende fomentar la implantación de la RSC en las empresas, dotando de las herramientas y pautas necesarias para ello, con el fin último de mejorar la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental.

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

Teniendo en cuenta la información citada hasta el momento, mi propuesta de intervención se basará en la concienciación de los empleadores sobre la importancia de la inclusión e integración laboral de personas con problemas de salud mental, para poder mejorar así la empleabilidad de estos últimos. Es por ello que la intervención debe ir destinada a ambos colectivos conjuntamente. Por un lado, a las personas con discapacidad por enfermedad mental, ofreciéndoles la oportunidad de demostrar sus capacidades y competencias en un puesto de trabajo a través de la práctica; y por otro, a los empresarios, sensibilizándoles ante dicha situación para así erradicar los prejuicios y estereotipos que existen sobre la enfermedad mental.

### **5.1. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, según la base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad, elaborada por el IMSERSO, en la comunidad autónoma de Castilla y León hay un 6.05% de personas con discapacidad y en la provincia de Burgos el porcentaje asciende al 5.66%. (Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, 2016).

Como ya he dicho anteriormente, desde la Confederación Salud Mental España y en particular, desde la Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Aranda de Duero, Salud Mental Aranda, todos los programas y servicios relacionados con la inserción e inclusión laboral, como son la Formación para el Empleo o los Itinerarios de Empleo, están destinados únicamente a los usuarios con discapacidad. En este sentido, Salud Mental Aranda desde su Programa de Itinerarios Personalizados de Inserción Sociolaboral para Personas con Discapacidad, busca la inserción laboral de dichas personas a través de la orientación, el asesoramiento laboral a los usuarios, la orientación a las empresas y la intermediación laboral entre los usuarios y las empresas. Aunque parte de su trabajo esté destinado al asesoramiento y la sensibilización de las empresas, su objetivo principal se centra en mejorar la vida de las personas con discapacidad. Para ello se planifican junto con los usuarios, las acciones a realizar en función de sus circunstancias, necesidades e intereses.

En cuanto a la legislación vigente, todas las leyes y acuerdos citados<sup>3</sup> tienen por objeto la mejora de la empleabilidad y la autonomía de las personas con discapacidad. Para lograrlo, establecen medidas de obligado cumplimiento para las empresas, basadas en bonificaciones y adaptaciones de los puestos de trabajo. Sin embargo ninguna de ellas destina la intervención directamente al tejido empresarial de tal forma que sea éste, el sujeto y objeto de la acción. Únicamente el Acuerdo 72/2016, de 10 de noviembre, de la JCyL, por el que se aprueba el Plan Autonómico de inserción sociolaboral para fomentar la empleabilidad y el acceso al mercado laboral de las personas más vulnerables 2016/2020, en su 4º eje de actuación tiene como objetivo, “impulsar que las empresas, Administraciones públicas y entidades del tercer sector, dispongan de información suficiente que permita involucrarse en proyectos de inserción sociolaboral de personas vulnerables”. Sin embargo, aunque dicho objetivo está destinado a la participación de las empresas como agentes de cambio, sigue siendo demasiado general y por tanto, insuficiente.

---

<sup>3</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos; RD 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; Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, de la JCyL, por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental

Finalmente, es importante tener en cuenta que, tal y como dice el Libro Verde de la Comisión Europea (2001), en las empresas con mayor implantación y desarrollo de políticas de Responsabilidad Social Corporativa, “se pueden derivar resultados positivos directos de, por ejemplo, un mejor entorno de trabajo – que genere un mayor compromiso de los trabajadores e incremente su productividad – o de una utilización eficaz de los recursos naturales. Además, se logran efectos indirectos a través del aumento de la atención que presentan a la empresa consumidores e inversores, que ampliará sus posibilidades en el mercado” (Comisión Europea, 2001: 8).

Es por todo ello que se hace necesario el desarrollo de la presente propuesta de intervención cuyo objetivo principal es la sensibilización y concienciación del tejido empresarial de Aranda de Duero, para así mejorar la empleabilidad de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

## **5.2. CONTEXTUALIZACIÓN/DESTINATARIOS**

Esta propuesta se realizará teniendo en cuenta la situación laboral de las personas que acuden al Programa de Itinerarios Personalizados de Inserción Sociolaboral para Personas con Discapacidad de Salud Mental Aranda.

Actualmente, el programa cuenta con 16 usuarios cuyos diagnósticos más comunes son el trastorno Bipolar (38%) y la esquizofrenia (25%). Aunque todos ellos tienen formación reglada, la mayoría únicamente cuenta con la primaria (31%). Sin embargo, muchos tienen la E.S.O (25%) y formación superior (25%). Además el 50% de los usuarios tienen alguna formación complementaria relacionada con sus intereses profesionales o su experiencia laboral.

En este sentido, el 87% de los usuarios tienen experiencia laboral, frente a un 13 % que nunca ha trabajado. Dentro de los usuarios con experiencia, el sector de empleabilidad más común es la industria ya que el 57% de los usuarios ha trabajado como operarios en líneas de producción. El 43% restante se divide entre el resto de sectores, desde servicios hasta puestos más relevantes en el ámbito social.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los intereses de los usuarios, en el 50% de los casos, están relacionados con su formación o experiencia laboral, mientras que el 50% restante se divide entre el interés de seguir formándose (37%) o la falta total de intereses debido a su inestabilidad emocional (13%).

Además, debemos tener en cuenta para la realización de esta propuesta, las dificultades que encuentran los usuarios a la hora de buscar empleo, ya sean dificultades personales o externas. En cuanto a las dificultades personales, las más comunes son la edad, la situación personal, el sexo, las responsabilidades familiares, la inestabilidad emocional, la falta de formación y experiencia laboral, las condiciones laborales incompatibles con su enfermedad y las limitaciones geográficas. Por otra parte, las dificultades externas están relacionadas con el miedo de los empleadores a las bajas recurrentes, a la incapacidad para cumplir con su trabajo o a tener que adaptar el puesto de trabajo a sus necesidades y que aun así no sea suficiente.

Por otra parte, también debemos tener en cuenta el punto de vista de los empresarios. Para ello se ha realizado una entrevista a 10 empresas de Aranda de Duero, el 90% de ellas con más de 100 empleados. Tras analizar los resultados, se concluye que 8 de ellas tiene contratadas personas con discapacidad en función del mínimo exigido por ley (2%). Sólo dos de ellas tienen más de 5 personas con discapacidad entre sus empleados, y ninguna de las discapacidades es por enfermedad mental. En este sentido, se puede ver que todas cumplen con la normativa vigente, sin embargo en ningún caso tienen intención de aumentar ese porcentaje de empleados con discapacidad, aún que afirman de no tener problemas a la hora de adaptar los puestos de trabajo.

En cuanto a las políticas de Responsabilidad Social Corporativa, todas las empresas conocían el término, pero no estaban familiarizados con él. En la mayoría de los casos, se limitan a cumplir la ley, en todos los sentidos de la responsabilidad social, pero no cuentan con programas de mejora.

Por todo ello, la presente propuesta va dirigida a todas esas empresas que únicamente cumplen la ley pero no mejoran la situación.

### **5.3. OBJETIVOS**

#### **5.3.1. Objetivo general**

- ✓ Sensibilizar a las empresas sobre la importancia de la inclusión social de personas con discapacidad por enfermedad mental.

#### **5.3.2. Objetivos específicos**

- ✓ Conocer los problemas de salud mental, su significado, tipología e incidencia.
- ✓ Concienciar ante los mitos, prejuicios y estereotipos existentes sobre el malestar mental en el ámbito sociolaboral.
- ✓ Comprender los derechos y obligaciones de las personas con problemas de salud mental como ciudadanos.
- ✓ Entender la diferencia entre los términos, inclusión e integración sociolaboral, así como las barreras que impiden lograrla.
- ✓ Fomentar la implicación de las empresas en la consecución de los planes, programas y proyectos vigentes actualmente en materia de integración laboral.
- ✓ Motivar ante la importancia de implantar las políticas de Responsabilidad Social Corporativa en las empresas.
- ✓ Dar la oportunidad a los usuarios del Programa de Empleo de demostrar sus competencias en un puesto de trabajo.

### **5.4. METODOLOGÍA**

En primer lugar, la metodología empleada en la presente intervención será socializadora ya que tiene como base la intervención en un problema social como es la exclusión laboral de las personas con discapacidad por problemas de salud mental. En este sentido, se trabajara para lograr la eliminación de estereotipos y prejuicios existentes a cerca de los problemas de salud mental, así como las consecuencias de los mismos.

Además, seguirá una metodología activa-participativa por la que, tanto usuarios de Programa de Itinerarios como representantes de las empresas serán sujetos activos de la intervención. Con dicha participación pretendemos acercar a ambos colectivos y así dar a conocer las distintas realidades de una misma situación. Todo ello centrando la atención en un entorno concreto, por lo que se seguirá una metodología contextualizada.

Es importante tener en cuenta que cuando se trabaja con personas es necesario adaptar la intervención a sus intereses, necesidades y ritmos, por lo que la metodología a seguir será flexible e integradora, de tal forma que todos los participantes se verán implicados en la realización de las distintas actividades y por tanto en la consecución de los objetivos.

Finalmente, con la intervención dual entre empresa y usuario como posible empleado, se sigue una metodología transformadora a través de la cual se favorecen las interacciones grupales e individuales promoviendo así un compromiso y un cambio social.

### 5.5. TEMPORALIZACIÓN

Las Campañas de Sensibilización se realizarán una vez al año. Su duración será de 2 horas al día, de 11:00 a 13:00, todos los martes y jueves durante 6 semanas, haciendo así un total de 10 días. Se realizará todos los años en los meses de febrero y marzo, siempre y cuando no haya inconveniente por ninguna de las dos partes (empresas y asociación), en cuyo caso se podrá acordar la temporalización de acuerdo a las necesidades de ambas.

FEBRERO						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

MARZO						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Por otra parte, se realizará un convenio de prácticas por el cual los usuarios de Programa de Empleo de Salud Mental Aranda podrán trabajar en empresas ordinarias durante 300 horas en jornadas acordadas con las empresas. El convenio será anual, renovable de forma automática cada año si no hubiera inconveniente por ninguna de las dos partes.

## 5.6. RECURSOS

- **Recursos materiales:**
  - Materiales fungibles: material de oficina.
  - Materiales no fungibles: sala de reuniones, ordenador, proyector, sillas y mesas.
- **Recursos humanos:**
  - Representantes de las empresas, como pueden ser responsables de Recursos Humanos o gerentes.
  - Usuarios del Programa de Itinerarios Personalizados de Inserción Sociolaboral para Personas con Discapacidad de Salud Mental Aranda.
  - Educador/a Social y ponente experto en Responsabilidad Social Corporativa.

## **5.7. DISEÑO DE INTERVENCIÓN**

### **5.7.1. Jornadas salud mental e inclusión laboral**

Se trata de un conjunto de acciones en materia de concienciación, sensibilización y asesoramiento cuya finalidad es fomentar un cambio positivo de conocimientos, actitudes y prácticas respecto al tema de inclusión laboral y salud mental. Dichas líneas de acción estarán orientadas a favorecer el ejercicio de los derechos, libertades e igualdad de oportunidades de las personas con problemas de salud mental. Para ello las jornadas constarán de diez sesiones a través de las cuales se tratarán los tres temas principales de las mismas: salud y enfermedad mental, inclusión laboral y Responsabilidad Social Corporativa.

**Duración:** 20 horas

**Participantes:** 10 responsables de RRHH o gerentes de las empresas y 16 usuarios del Programa de Empleo de Salud Mental Aranda.

#### ***4.7.1.1 Desarrollo de la actividad:***

##### **Sesión 1: Presentación (2horas)**

Se convoca a los responsables de recursos humanos y gerentes de las empresas, junto con los usuarios del Programa de Empleo, para que acudan a un almuerzo empresarial que tendrá lugar en las instalaciones de Salud Mental Aranda.

Durante el almuerzo, se realizará una breve presentación de las jornadas exponiendo la metodología, temporalización y objetivos de las mismas. A continuación se llevará a cabo una dinámica de presentación para crear un clima de mayor confianza entre los participantes.

La dinámica comenzará con la realización de parejas, estando éstas siempre compuestas por un representante empresarial y un usuario de Salud Mental. Entre ambos miembros se presentarán, de forma que sean capaces de presentar al otro frente al resto del grupo.



Una vez finalizada la dinámica, comenzará la exposición sobre los diferentes modelos de atención a la salud mental a lo largo de la historia ([anexo 1](#)), para poder conocer cómo ha evolucionado la forma de entender y tratar los problemas de salud mental desde la edad antigua hasta la actualidad.

Finalmente, se realizará una actividad para que los participantes interioricen los conocimientos expuestos: se divide al grupo en 4 más pequeños. Se da a cada grupo un modelo de atención de los explicados anteriormente. Cada grupo deberá explicar al resto cómo consideran que serían tratados y recibidos, en el ámbito laboral, las personas con problemas de salud mental durante el modelo que les corresponda. Durante las explicaciones el resto de participantes podrá exponer sus opiniones y de esta forma abrir debate.

### Sesión 2: Conociendo los problemas de salud mental (2horas)

En primer lugar se realizará una exposición teórica sobre las diferentes tipologías de problemas de salud mental que conocemos, cuál es su incidencia a nivel nacional y regional y cómo afectan a la vida de las personas que las padecen.

Durante la exposición se admite la participación de todos los miembros del grupo siendo bienvenidas todas las opiniones, preguntas y respuestas que puedan surgir. Además se propiciará la participación lanzando preguntas abiertas al grupo.

Finalmente, y con objeto de abrir debate, se proyectarán unos minutos de los vídeos:

- ✓ “Toma estas alas rotas”, un documental sobre esquizofrenia.
- ✓ “Bellamente” una aproximación al modelo asistencial de salud mental en España.
- ✓ “No tengas depresión”, el testimonio de I’Hernan.

Con este último video repasaremos el tema tratado en la sesión anterior.

### Sesión 3: malestar mental y empleo (2 horas)

A lo largo de la tercera sesión se debatirá sobre los mitos, prejuicios y estereotipos que rodean a los problemas de salud mental en el ámbito sociolaboral.

Para ello se realizará una dinámica de cambio de roles que llamaremos “etiquetas”: cada representante empresarial recibirá una historia de vida real de uno de los usuarios del Salud Mental junto con una etiqueta en la que se especifica el nombre de la enfermedad que padece y otra en la que se enmarcan los prejuicios existentes sobre ella. Una vez equipado deberá presentarse ante al resto del grupo representando la historia correspondiente.

Para finalizar se abrirá debate sobre cómo se han sentido y si creen que es necesario que un problema de salud mental sea la carta de presentación de las personas que lo padecen.

### Sesión 4: ciudadanos de derechos (2 horas)

A lo largo de la sesión se expondrán de forma teórica los derechos de las personas con discapacidad y se debatirá sobre su conocimiento y cumplimiento, siempre dejando espacio a las opiniones, preguntas y respuestas de los participantes.

Además se proyectaran partes del documental “Di-capacitados” un documental cuyos protagonistas son personas con problemas de salud mental en España.

### Sesión 5: inclusión / integración sociolaboral (2 horas)

Durante la sesión se realizará una exposición teórica sobre los términos de integración e inclusión haciendo hincapié en sus diferencias y lo que supone lograr dicha integración en el ámbito sociolaboral para las personas con problemas de salud mental.

Además se expondrán los índices de desempleo de las personas con discapacidad y enfermedad mental a nivel nacional y regional y las barreras discapacitantes que fomentan dichos índices.

Finalmente se realizará una dinámica de cambio de roles por la cual los representantes de las empresas deberán colocarse una vez más las etiquetas de la tercera sesión al cuello y representar, junto con el resto de participantes, un proceso de selección y una entrevista de trabajo.

Tras las representaciones se lanzarán preguntas al grupo, tales como:

- ¿Cuáles son los sentimientos predominantes?
- Tras vivir ese proceso de selección ¿cómo describirías la experiencia?
- ¿Cuál es la situación real más común en estos casos?

#### Sesión 6: inclusión labora como parte del proyecto de vida (2 horas)

A lo largo de la sexta sesión se efectuará una exposición teórica sobre la importancia del modelo de vida independiente ([anexo 2](#)) al cual alude la legislación vigente sobre el modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.

Para interiorizar los conocimientos y abrir debate se proyectara el vídeo “empleando a personas con algún problema de salud mental”, un anuncio de AFES Salud Mental en el cual los propios empleadores transmiten las ventajas de la contratación de dichas personas.

#### Sesión 7: Integración laboral y salud mental (2 horas)

Durante la sesión se realizará una exposición teórica sobre los diferentes planes, programas y proyectos de integración laboral vigentes en la actualidad:

- Empleo con apoyo
- Ocupación en empresas ordinarias de empleo
- Legislación correspondiente

A lo largo de la presentación se lanzarán preguntas al grupo para abrir debate y saber si los participantes conocían los planes y si consideran que son los recursos más apropiados y suficientes actualmente.

### Sesión 8: Responsabilidad Social Corporativa (2 horas)

En este caso, la sesión irá destinada únicamente a los representantes de las empresas.

Para la presentación del tema contaremos con el apoyo de un experto en RSC que explicará que significa y cuál es su finalidad a nivel general y más específicamente, en cuanto a la igualdad de oportunidades.

Durante toda la sesión se lanzarán preguntas al grupo y se abrirá debate para que todos los participantes puedan exponer sus dudas o inquietudes.

Finalmente, los empleadores nos explicarán que es lo más importante en un proceso de selección y qué criterios se siguen para descartar o seleccionar candidatos, todo ello con la finalidad de concluir si de esta forma están, o no, fomentando la inclusión laboral.

### Sesión 9: Implantar la RSC (2 horas)

Como continuación de la sesión anterior, contaremos con el experto en RSC que en esta ocasión, expondrá las herramientas necesarias para que los empleadores puedan integrar estas políticas y acciones en sus organizaciones.

Finalmente los participantes deberán realizar una lista con necesidades, objetivos y acciones de RSC que pondrían en marcha en sus empresas.

### Sesión 10: Cierre (2 horas)

Cómo última sesión de las jornadas, se realizara un desayuno para el que se convocara a los representantes de las empresas y los usuarios del Programa de Empleo.

Dicha sesión consistirá en una reunión informativa sobre el convenio de prácticas que se pretende poner en marcha en el próximo año. Por ello se expondrán, de forma breve, las ventajas del convenio para ambas partes y se explicarán las diferentes cláusulas del mismo.

Tras finalizar la exposición finalizamos las jornadas atendiendo las opiniones, comentarios y sugerencias de los participantes como parte de la evaluación de la actividad.

### **5.7.2. Convenio de prácticas profesionales**

Se realizara un acuerdo entre la asociación Salud Mental Aranda y las empresas de Aranda de Duero dispuestas a colaborar según el cual se da la posibilidad a los usuarios de Programa de Empleo a realizar prácticas profesionales en las distintas empresas. Dicho convenio establecerá que los usuarios podrán realizar prácticas no remuneradas durante 300 horas en las jornadas y horarios establecidos por las empresas.

Dicho convenio se renovará de forma automática cada año, siempre y cuando no exista inconveniente por ninguna de las partes. Sin embargo, los trabajadores no podrán hacer prácticas dos años consecutivos ya que no se percibe ningún tipo de remuneración por ello sino que la intencionalidad es dotarles de experiencia profesional que les sirva para acceder a un puesto de trabajo. Del mismo modo, se pretende que los representantes de las empresas conozcan, en primera instancia, las competencias de los trabajadores.

**Duración:** indefinido, hasta que una de las partes decida finalizarlo.

**Participantes:** 10 responsables de RRHH o gerentes de las empresas y 16 usuarios del Programa de Empleo de Salud Mental Aranda.

## **5.8. EVALUACIÓN**

Desde la perspectiva propuesta por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales de la UNESCO (SIEMPRO), la evaluación se concibe como un proceso permanente y continuo de indagación y valoración de la planificación, la ejecución y la finalización del programa que se inicia en el mismo momento de identificar el problema que da origen al programa y acompaña toda la vida del mismo hasta finalizar su ejecución (SIEMPRO, 1999:55).

En este sentido, la evaluación de esta propuesta consistirá en formular y contestar preguntas precisas con respecto a uno o varios aspectos determinados del programa relativos a su ejecución y finalización. Para ello se estructurará cada tipo de evaluación de acuerdo a cada fase de desarrollo.

Durante su ejecución se empleará la evaluación diagnóstica para valorar aspectos o problemas del programa relacionados con su planificación, ejecución y logro de resultados, desde la perspectiva institucional. Además se empleará la evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios para conocer así su visión y evaluar aspectos o problemas del programa desde la perspectiva de estos, incorporando su participación como aspecto central. Para ello, el educador que coordina la intervención realizará un seguimiento a través de la observación participante que le permite analizar las respuestas y puntos de vista de los participantes a lo largo de las diferentes sesiones. Se cumplimentará una hoja de observación en la cual se anotará el número de participantes, los acontecimientos que se den a lo largo de las sesiones y las interacciones que se observen; así como las vivencias, experiencias y sensaciones del propio observador.

Al finalizar la ejecución se realiza una evaluación de resultados finales, la cual se diseña durante la planificación de la intervención para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos al inicio. La finalidad es poder medir la efectividad, eficacia y eficiencia de la intervención. En este caso, el educador cumplimentará un cuestionario de consecución de objetivos a través del cual se podrá valorar el grado en el que se han cumplido (bastante, poco o nada). Para ello se basará en los siguientes indicadores:

- ✓ Diferenciación entre las diferentes tipologías de enfermedad mental así como de los términos integración e inclusión.
- ✓ Forma en la que los empleadores se relacionan y tratan a los usuarios del programa de empleo.
- ✓ Argumentar los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental en el ámbito laboral.
- ✓ Implicación de los empleadores con el cumplimiento de los planes, programas y proyectos vigentes en materia de integración laboral.
- ✓ Implantación de las políticas de RSC en las empresas.
- ✓ Aumento de la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental en la región.

Por último se realiza una evaluación de impacto, la cual también se diseña durante la planificación y se realiza un tiempo después de finaliza la ejecución. Dicha evaluación nos permitirá identificar y explicar la modificación de los indicadores del problema que dio origen a la propuesta. Para ello se realizará un seguimiento de la vida laboral de los participantes del Programa de Empleo de Salud Mental Aranda, así como la puesta en marcha de las políticas de RSC de las empresas participantes.

## **6. CONCLUSIONES Y VIABILIDAD**

En primer lugar hablamos de la terminología de la salud y la enfermedad mental. En este sentido, el significado de ambas se ha transformado y ha evolucionado a lo largo del tiempo, sobre todo la definición de enfermedad mental. En este caso, hemos pasado de entender la enfermedad como un malestar ocasionado por voluntades sobrenaturales o espíritus malignos, pasando por el entendimiento de la enfermedad como parte orgánica y parte divina durante la edad antigua, hasta un significado religioso en la edad media, y finalizando con la definición actual. Sin embargo aún no se tiene una definición estática de la enfermedad mental, ni de la terminología que hay que emplear para referirse a ella. Todo ello supone que este tema sea aún muy confuso para la mayoría de la población que no llegan a comprender de que hablamos cuando nos referimos a trastorno, enfermedad o malestar mental.

Del mismo modo, hay mucho desconocimiento ante las diversas tipologías de problemas de salud mental, siendo las más conocidas y por ende las más prejuiciadas y estereotipadas, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Así mismo se desconoce si la enfermedad mental supone una discapacidad o no. Tras la presente investigación se entiende que un problema de salud mental no tiene por qué conllevar una discapacidad aunque en muchas ocasiones si lo haga. Para saberlo se valora el grado de discapacidad que le supone a la persona padecer dicho problema de salud mental, entendiendo discapacidad como afección del funcionamiento de las personas en cuanto a su percepción, estado de ánimo o comportamiento que pueda impedir realizar ciertas acciones.

Todo esto destaca aún más si tenemos en cuenta que el 16% de la población de nuestro país tiene reconocido el grado de discapacidad por enfermedad mental y que la mayor incidencia se encuentra en hombres menores de 17 años. Sin embargo, la mayoría de ellos no reciben tratamiento o lo reciben de forma inadecuada debido al desconocimiento de la problemática y de los recursos existentes en la comunidad o la inexistencia de los mismos.

En este sentido existe un marco legislativo destinado a definir los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad que defiende y reivindica la libertad y la igualdad de oportunidades y trato para todos los ciudadanos. Es aquí donde se enmarcan los diversos recursos existentes para lograr la integración e inclusión de las personas con discapacidad. En este caso, y centrándonos en el ámbito laboral, los recursos existentes son numerosos pero no siempre eficaces ya que el porcentaje de desempleo de personas con discapacidad por problemas de salud mental sigue siendo muy elevado (15,9% del total de personas con discapacidad en situación de desempleo).

Teniendo en cuenta estos datos, podemos decir que los recursos actuales buscan la integración de las personas pero no su inclusión, es decir logran un empoderamiento y crecimiento de estas personas pero no una igualdad real por parte del resto de la sociedad. En este sentido, se sigue trabajando, y mi propuesta va dirigida a ello, para lograr un modelo de intervención por el cual las personas con enfermedad mental puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible permaneciendo en el entorno en el que se desarrolla su vida. Para lograrlo, la persona ha de poder tomar sus propias decisiones y la sociedad ha de facilitarla los recursos necesarios para ello.

Finalmente, y como ya he mencionado, mi propuesta está destinada a lograr, no solo la integración sino también la inclusión de las personas con problemas de salud mental en el ámbito laboral. Sin embargo no será fácil ya que aún seguimos conviviendo con un modelo social y laboral en el que prima la necesidad de personas productivas y eficientes en el menor tiempo posible y sin márgenes de error, por lo que las empresas no consideran que haya un problema en este sentido, sino simplemente el incumplimiento de requisitos necesarios para poder acceder a un puesto de trabajo determinado.



No obstante, y teniendo como referencia el trabajo de la Asociación Salud Mental Aranda, las empresas a las que se destina la propuesta participan activamente en el Programa de Empleo de tal forma que las contrataciones en el mismo están aumentando paulatinamente.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

*ACUERDO 72/2016, de 10 de noviembre por el que se aprueba el Plan Autonómico de inserción sociolaboral para fomentar la empleabilidad y el acceso al mercado laboral de las personas más vulnerables 2016/2020.* Boletín Oficial de Castilla y León, núm 219, de 14 de noviembre de 2016.

*ACUERDO 66/2016, de 27 de octubre por el que se aprueban las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental.* Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 210, de 31 de octubre de 2016.

Alonso, F.B. Jordán de Urrés Vega y M.A. Verdugo. (2003). *El empleo con apoyo en España. Análisis de variables que determina la obtención y mejora de resultados en el desarrollo de servicios.* Madrid: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca.

Asamblea Organización Mundial de la Salud. (2005). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Nueva York: OMS.

Beneyto, M. G. (2011). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2008). *SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN Guía de Estilo.* Madrid: FEAFES.

Constitución Española. 1978.

- Heras, L. L. (2016). *La discapacidad en el espejo y en el cristal: De rechos humanos, discapacidad y toma de conciencia, artículo 8 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, un camino previo por recorrer*. Madrid: Cinca.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (1999). Empleo con apoyo. Guía de buenas prácticas. En *Serie Experiencias Innovadoras y Buenas Prácticas* (pág. 1). Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Ine.es. (2017). *INEbase / Mercado laboral / Actividad, ocupación y paro / El empleo de las personas con discapacidad / Últimos datos*. [online] Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595) [Accedido 12 Jun. 2017].
- J.Artigas-Pallarés. (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev Neurol*, S59-69.
- Junta de Castilla y León. (2011). *Plan Regional de Empleo*. Disponible en: <file:///C:/Users/Virgi/Downloads/ANEXO+I++PLAN+REGIONAL+DE+EMPLEO.pdf> [Accedido 15 May. 2017].
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos*. Boletín Oficial del Estado, núm. 103, de 30 de abril de 1982.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia..* Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad..* Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 03 de diciembre de 2003.
- Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad..* Boletín Oficial del Estado, núm. 310, de 27 de diciembre de 2007.

- Nicolas Fernández Losa. (2007). Integración laboral: estrategias organizacionales y enfoque de contenidos. En U. d. Rioja, *El comportamiento de la empresa ante entornos dinámicos. XIX Congreso anual y XV Congreso Hispano Francés de AEDEM* (pág. 1). Vitoria: Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).
- OMS y Banco Mundial. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhague: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud. (diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 26 de marzo de 2017, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Trastornos mentales y del comportamiento. En O. S. Organización Panamericana de la Salud, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Vol 1.* (págs. 295-375). Washington, D.C: Publicación Científica No. 554.
- 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*. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.
- Romero, M. et al. (2016). Modelo DIL-D ©: diagnosticando las acciones de responsabilidad social corporativa centradas en la integración laboral de personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (I): 119-133.
- Salud Mental España. (15 de junio de 2015). *Confederación Salud Mental España*. Recuperado el 23 de marzo de 2017, de XIX Congreso FEAFES: El empleo y la vivienda como herramientas para la autonomía y contra la exclusión. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/xix-congreso-feafes-empleo-vivienda-autonomia-contr-exclusion-23410/> [Accedido el 20 Abr. 2017].

Salud Mental España. (23 de 12 de 2016). *consaludmental.org*. Recuperado el 23 de 03 de 2017, de <https://consaludmental.org/general/salud-mental-espana-preocupacion-desempleo-personas-con-problemas-de-salud-mental-30532/>

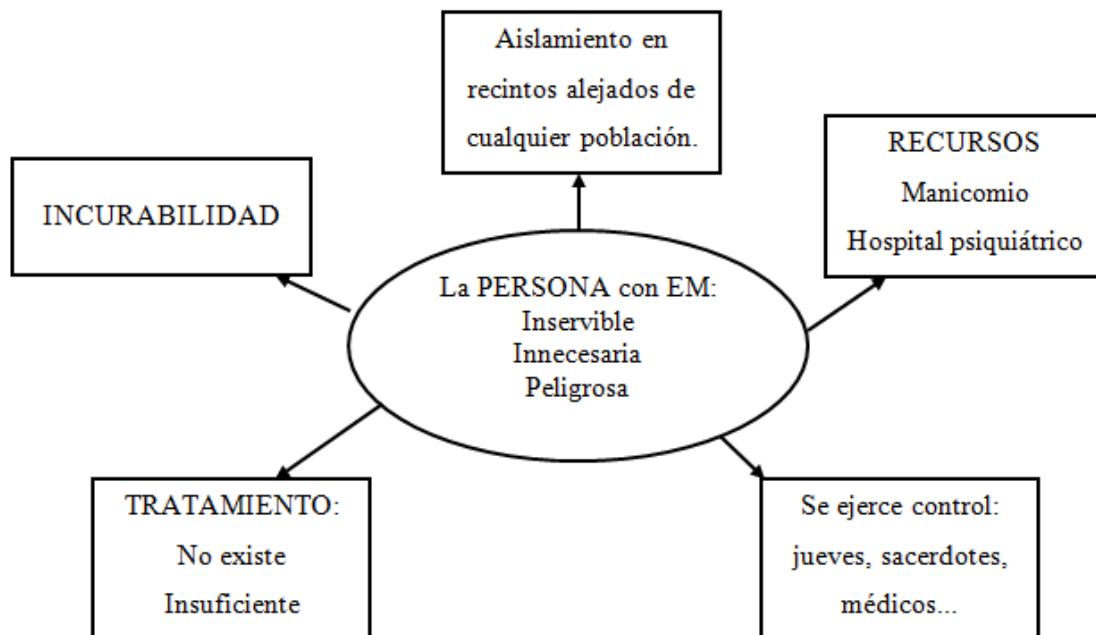
Servicio Público de Empleo Estatal. (2016). *Integración laboral de las personas con discapacidad*. Madrid: SEPE.

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. (2016). *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

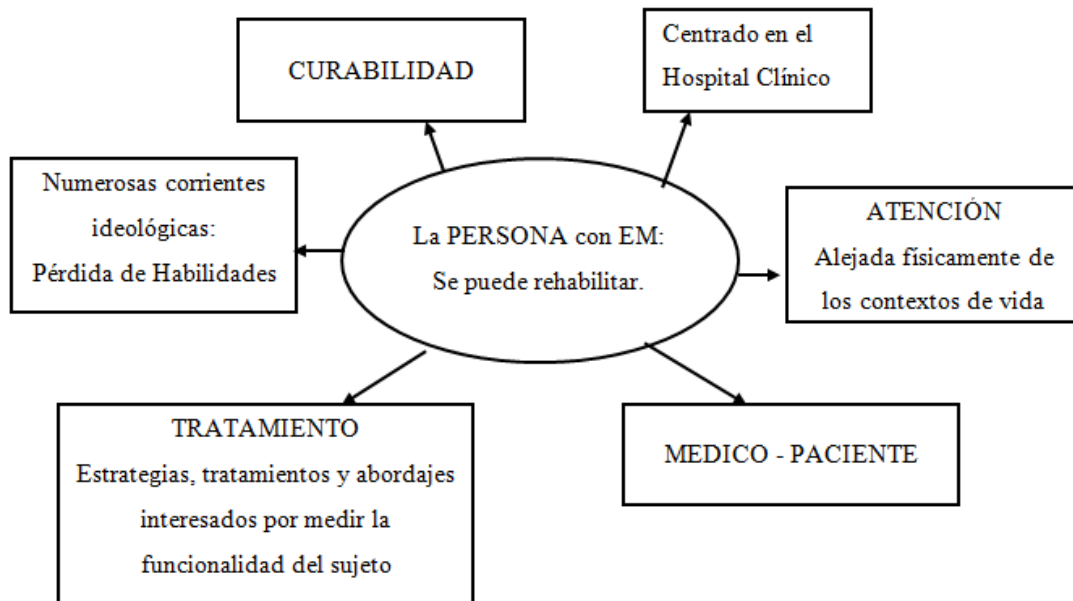
## 8. ANEXOS

### 8.1. ANEXO 1

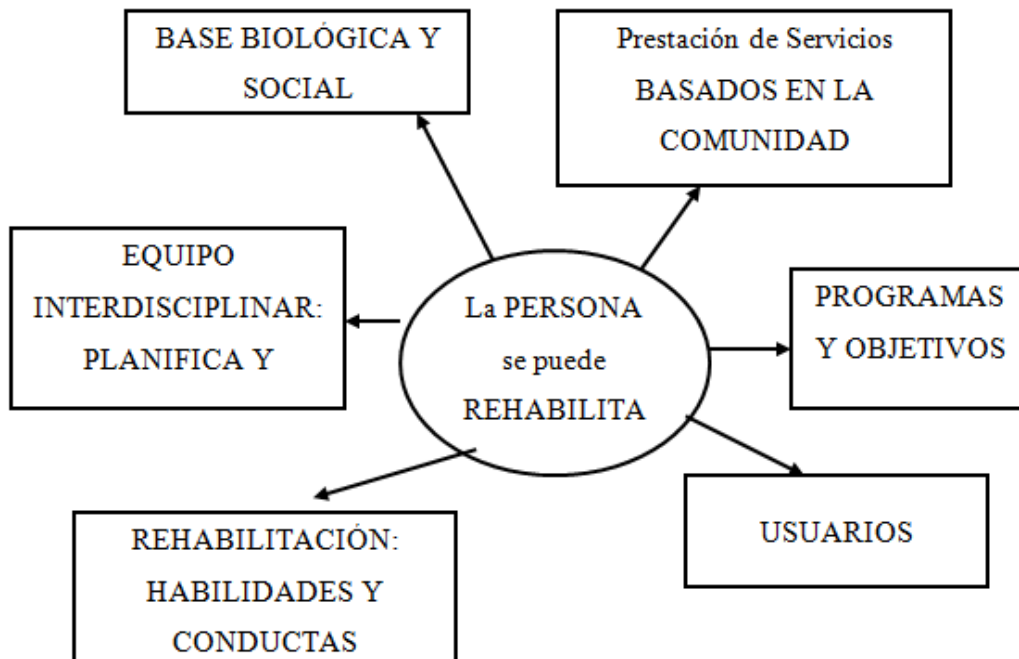
#### MODELO CUSTODIAL



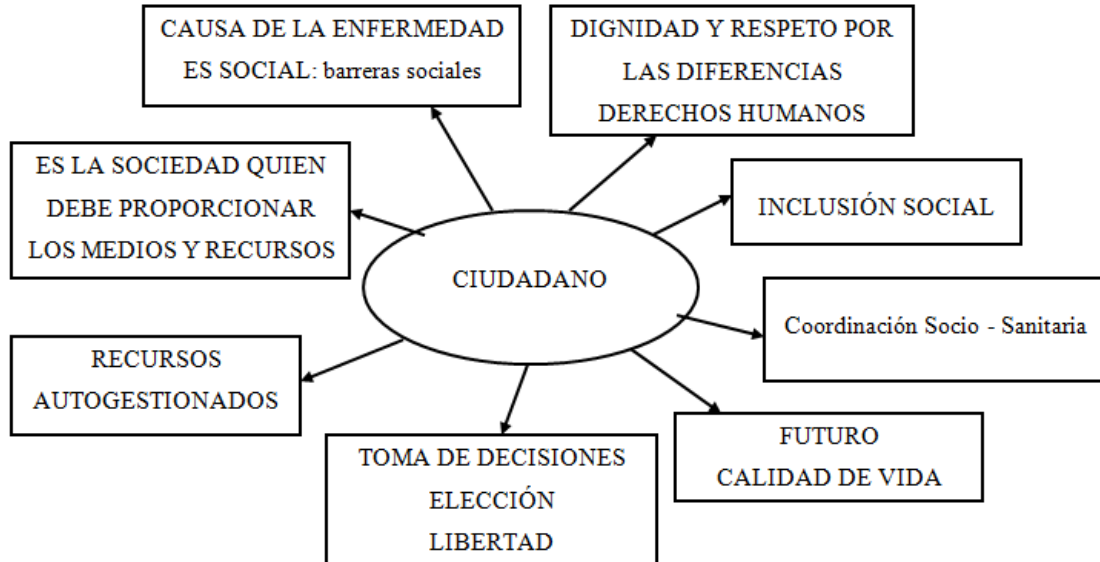
### MODELO CLÍNICO – BIOLÓGICO



### MODELO REHABILITADOR



## MODELO ASERTIVO / COMUNITARIO



### 8.2. ANEXO 2

#### **Fundamentos de la vida independiente<sup>7</sup>**

##### **¿Para qué?**

Vivir de forma independiente, desarrollar un proyecto de vida y elegir cómo hacerlo, es una aspiración a la que las personas con discapacidad tienen derecho, pero para que sea posible muchas de ellas precisan recibir los apoyos necesarios.

##### **¿Qué es la vida independiente?**

Los que nos desplazamos de forma distinta, los que reciben las sensaciones de otra forma o los que interpretan el mundo de forma muy diferente, no tenemos por qué estar enfermos, podemos ser felices, podemos amar y ser amados, podemos aportar cosas, además tomar iniciativas y ser útiles. Nació lo que se conoce como Vida Independiente (Manuel Lobato)

Vida independiente es un paradigma, un modelo desde el que la persona con diversidad ejerce su plena capacidad de elección como ser humano y ciudadano de plenitud de condiciones, en libertad. De modo individual, controlando todos y cada uno de los aspectos de su vida para acceder al mismo rango de igualdad de derechos y deberes que sus conciudadanos sin diversidad.

### **Bases de la filosofía de Movimiento de Vida Independiente**

El MVI nació en EEUU, durante los años 60, en el contexto de la lucha social. Se luchaba por los derechos civiles de la población afro-americana, surgía el movimiento de consumidores, los grupos de autoayuda y los colectivos que abogaban por la desmedicalización, como procesos de reclamación de derechos y de transformación política, social y jurídica (DeJong, 1979)

En los años 60 y 70 un número relevante de personas con discapacidad iniciaron la reclamación de derechos de autonomía y autodeterminación, enfrentándose también a los estigmas sociales y a las prácticas sociales e institucionales que imponían su aislamiento y la vivencia de su existencia como personas que debían quedar bajo el cuidado de sus familias.

Su objetivo era que las personas discriminadas por su diversidad funcional pudieran salir de los hospitales e instituciones e incluso de sus casas, en donde se hallaban recluidas, para que pudieran vivir y participar en la comunidad.

A esta nueva filosofía se vincula un análisis y una crítica a los modelos hegemónicos en el tratamiento de las personas con diversidad funcional centrados en el estudio y en el rechazo de los procesos de institucionalización, medicalización, reducción y, en no pocas ocasiones, eliminación de la autodeterminación de las personas.

Y, en consecuencia, al eliminarse o dificultarse la posibilidad de autodeterminación se elimina o dificulta la autorresponsabilización de la persona sobre su propia vida. El lema elegido por este movimiento es una buena expresión de esta idea.

“¡NADA SOBRE NOSOTROS/AS SIN NOSOTROS/AS!”

### **Principios universales en la filosofía del MVI**

- Los Derechos Humanos y civiles
- La autodeterminación
- La ayuda y apoyo mutuo.
- La emancipación
- La integración en la comunidad
- La responsabilidad sobre la propia vida y acciones
- Los derechos a asumir riesgos.

### **Pilares del MVI**

- Toda vida humana tiene el mismo valor
- Todo el mundo, sea cual sea su diferencia funcional, es capaz de realizar elecciones
- Las personas con diversidad funcional lo son por la respuesta de la sociedad a la diferencia física, intelectual y sensorial y, tienen derecho a ejercer el control sobre sus vidas
- Las personas con diversidad funcional tienen derecho a la plena participación en la sociedad.