

Treball de Final de Grau/Màster / Trabajo de Final de Grado/Máster

TÍTOL/ TÍTULO

**Revisión sobre el empleo como factor clave en la
recuperación de las personas con Trastorno Mental
Grave**

Autor/a / Autor/a: Eneko Parra Zabalegui

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Emilio López Navarro

Data de lectura / Fecha de lectura:



Resum / Resumen: El acceso a un puesto de empleo remunerado, se percibe como uno de los principales objetivos de alcanzar en las personas con trastorno mental grave, ya que garantiza que la persona se sienta parte activa de la sociedad. El objetivo de este trabajo es, realizar una revisión literaria exhaustiva sobre el papel que desempeña el empleo en el proceso de recuperación del TMG, y, además, hacer reflexionar al lector sobre a dónde se dirige. La metodología llevada a cabo ha consistido en una revisión bibliográfica sobre las personas con TMG y el empleo, desde su contexto legislativo a la evolución histórica, pasando por la situación empresarial actual del País Vasco. Por otro lado, los resultados demuestran que son cada vez más las instituciones sociales involucradas en fomentar la participación laboral del colectivo, así como la importancia de seguir impulsando estrategias de apoyo individualizado para lograr una integración en la sociedad plena.

Paraules clau / Palabras clave: Empleo, recuperación, rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, salud.

Summary: Access to a paid job is perceived as one of the main objectives to be achieved in people with severe mental disorder, as it ensures that the person feels an active part of society. The aim of this paper is to conduct a comprehensive literature review on the role of employment in the SMD recovery process, and also to make the reader reflect on where he or she is headed. The methodology used consisted of a bibliographical review of people with SMD and employment, from its legislative context to historical evolution, including the current business situation in the Basque Country. On the other hand, the results show that more and more social institutions are involved in promoting the labour participation of the group, as well as the importance of continuing to promote individualised support strategies to achieve full integration into society.

Key words: Employment, recovery, psychosocial rehabilitation, serious mental disorder, health.

Índice

1.	Introducción	4
	1.1. Salud y trastorno mental	5
	1.2. Recuperación vs Exclusión	7
	1.3. Evolución histórica de la legislación	16
	1.4. Organizaciones involucradas en la Comunidad Autónoma Vasca	18
2.	Objetivos	21
3.	Metodología	22
4.	Resultados	23
5.	Discusión	29
	5.1. Conclusiones	30
	5.2. Propuestas	31
6.	Referencias bibliográficas	36

1. INTRODUCCIÓN

El interés del tema escogido proviene de la sensación que se tiene de que a las personas que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG), se las excluye del mercado laboral. Es una realidad que, se les carga de prejuicios y estereotipos relacionados con la falta de competencia en este ámbito de la vida, y no exclusivamente. Por ello, es responsabilidad del Trabajo Social luchar y denunciar las injusticias sociales que existen en la actual sociedad y de que todos puedan ejercer el derecho a ocupar un puesto de trabajo. Es evidente que, con el paso del tiempo y la llegada de los tiempos modernos, la desinstitucionalización y la creación de centros dirigidos hacia la rehabilitación comunitaria, han favorecido la inclusión de las personas con TMG en la sociedad, pero todavía existen barreras físicas y sociales que no terminan de permitir a este colectivo desarrollar su vida laboral con cierta normalidad.

Aunque como se decía, ha habido un desarrollo exponencial en el fomento de instituciones dirigidas a la empleabilidad y formación para el mundo laboral, aún queda mucho por hacer, y conviene ser inconformistas en este sentido. El Trabajo Social se posiciona en un escalón parejo a cualquier ciudadano, independientemente de su condición de raza, sexo o situación, y abarca contextos afectados por la vulnerabilidad a la que están expuestas estas personas. El empleo es algo fundamental en el proceso de autorrealización de cualquiera, porque además de recibir una remuneración económica por lo que aporta con su esfuerzo, ofrece garantías de crecimiento personal.

Por ello, este trabajo fin de máster tiene como finalidad, hacer una revisión sobre la situación del empleo dirigido a las personas con TMG, e invitar a la reflexión sobre a dónde se dirige.

1.1 Salud y Trastorno Mental

Cuando se trabaja desde el ámbito sociosanitario, el cual atiende a personas que padecen diferentes problemas de salud y presta especial atención al entorno social, resulta fundamental comprender a la persona como un todo. Si tan solo se atiende el problema sanitario en cuestión, ya sea este físico o mental, se ignoran otros muchos factores que componen a una persona, y que indudablemente influyen.

La Organización Mundial de la Salud recoge en su definición de esta manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 1948).

Otros autores como Briceño (2000), van más allá de la definición que ofrece la OMS y trata de darle una dimensión superior: “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15)

En esa línea, Ata también trata de dar una definición más extensa y específica, y para ello incluye la variable de que la sociedad debe ser un factor importante en la promoción de la salud y en tratar de lograr la excelencia sanitaria para unas mejores prestaciones a los ciudadanos:

La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (Ata, 1978)

Pero, sin embargo, no hay una clara unanimidad en una definición conjunta y autores como Navarro (1998: p. 49) discrepan de la generalización que se hace sobre el concepto de la

salud y añade que lo que propone la OMS es una definición “ahistórica” y “apolítica” dando a entender que “se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual” (en López, V 2016).

Así, y siguiendo la línea crítica de la definición generalizada de la salud, San Martín y Pastor (1989) están de acuerdo afirman que hablar de un bienestar total es demasiado subjetivo, ya que no es sencilla la tarea de su medición ni la producción de indicadores socioeconómicos para dicha representación (en Alcántara, G 2008).

Por todo ello, no se debe ignorar que los problemas de salud mental se deben incluir también en lo que se entiende como salud global.

Conejo (2014) hace referencia al concepto de Trastorno Mental Grave como “trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad”.

Sin embargo, al igual que en otras definiciones y conceptos, hay discrepancias entre autores, y están quienes diferencian el trastorno mental de la enfermedad mental. Es el ejemplo de Caballero (2007), quien dice lo siguiente:

El término "trastorno mental" es más amplio que el de "enfermedad mental" y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad. Las dos nosotaxias psiquiátricas más utilizadas en la actualidad son la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association.

Por otra parte, la Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES 2019) afirma:

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. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Con todo, queda claro que la salud, además de entenderse como un bienestar biopsicosocial general y la ausencia de enfermedades, varios autores no están completamente de acuerdo y entienden que se requiere actualizar el concepto ya que se aplica a toda la población por igual, independientemente de su condición, situación o el momento histórico.

Además, gozar de una buena salud permite tener más opciones de ser partícipe de la actividad de una sociedad, interactuar con las personas que la conforman y tener el sentimiento de pertenencia a un grupo, algo fundamental como seres humanos. En este sentido, la salud elimina barreras de marginación y abre las puertas a la inclusión social.

1.2 Recuperación vs Exclusión

Como se viene diciendo, la recuperación de las personas diagnosticadas de TMG, es un concepto que ha ido modificándose durante la historia, pasando desde la más absoluta exclusión y abandono, al exponencial incremento de proyectos y conciencia social de tratar que vuelvan a ser parte de la sociedad.

Pero evidentemente hay obstáculos que dificultan esa recuperación e inclusión en la sociedad. Uno de los más difíciles de sortear es el estigma y Garay, Pousa y Pérez (2014) afirman lo siguiente al respecto:

Entre los factores que inciden en la recuperación personal se encuentra el estigma, tanto en su vertiente social como en su flanco más subjetivo, esto es, el estigma internalizado o autoestigma, aspecto este sobre el que en los últimos años ha aflorado un creciente interés. Se considera al estigma uno de los mayores obstáculos para la recuperación, dado que las consecuencias del autoestigma generan una pérdida de autoestima y autoeficacia que redundan finalmente en reticencias a la interacción.

Asimismo, un estudio realizado por Livingston y Boyd concluye que factores sociodemográficos como sexo, edad, educación, empleo, estado civil, ingresos económicos o grupo étnico no mantienen una relación clara con el estigma interno, mientras que variables psicosociales como apoyo social, autoestima, esperanza, o calidad de vida, sí que lo hacen. (en Garay, Pousa y Pérez 2014).

Entonces, se entiende que, por diferentes motivos, estas personas sufren en muchas ocasiones la más severa exclusión social, y esto, como se mencionaba previamente, no es algo nuevo de la sociedad moderna si no que se remonta en la historia.

En este sentido, Jones (1984) aclara lo siguiente:

Por ejemplo, durante la Edad Media se consideraba que los enfermos mentales eran personas débiles. La creencia popular más común era que la enfermedad era un fallo moral totalmente achacable a la falta de voluntad del individuo. Por esta razón, los enfermos mentales eran encarcelados como criminales e incluso en algunas ocasiones condenados a muerte. (en Magallanes, A 2011).

En esta línea sobre la exclusión, Stuart (2006) hace una distinción de dos tipos en lo que se refiere a la exclusión y discriminación de las personas con trastorno mental en el mundo laboral. La primera forma de discriminación sería “directa”, atribuida a los comportamientos

prejuiciosos de los demás empleados, y, por otro lado, de forma “indirecta”, consecuencia de la tendencia histórica de exclusión sobre este colectivo. (en Magallanes, A 2011).

Además, Putman (2008) afirma que todo ello influye de forma clara en la capacidad de los empleados afectados por un trastorno mental para hablar con sus superiores de cómo se sienten, y es que, “cuando el trastorno mental se hace público, los trabajadores reciben poco apoyo y comentarios negativos por ello y en general se les exige más que al resto de compañeros ya que se entiende que deben esforzarse más para compensar el hecho de que tengan una enfermedad” (en Magallanes, A 2011).

Siendo una evidencia que, a medida que han ido pasando los años y con los avances que se han hecho a nivel general en salud, sanidad y atención a las personas, es inevitable y a la vez necesaria la participación de los pacientes en la toma de decisiones respecto a su salud. Desde una perspectiva donde el profesional era quien determinaba qué, cómo y cuándo, la figura del paciente activo ha ido adquiriendo protagonismo, y eso sin duda alguna, significa una toma de responsabilidad y empoderamiento personal.

Partiendo de ahí, Díaz afirma que en los últimos tiempos existe un concepto que ha ido creciendo y cogiendo cada vez más significado, debido en gran parte, a las desigualdades e injusticias de nuestra sociedad moderna. El empoderamiento tiene su origen en la educación popular, siendo el autor brasileño Freire su mayor exponente en los años sesenta y parte de la premisa de que “la educación no cambia el mundo, cambia a las personas”.

En este sentido, Freire desarrolla el concepto y su aplicación: “El término se aplica a todos los grupos vulnerables en un proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, tienen visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven. (en Fillol 2018).

Si se parte de esta concepción, Domene (2015) dice que es posible hacer una distinción entre dos formas de empoderamiento: individual y comunitario.

El empoderamiento individual implica que la persona obtenga y haga crecer su confianza, autoestima y capacidad de respuesta a las necesidades propias, es decir, lograr un mayor control sobre sus vidas. Por otra parte, el empoderamiento comunitario o grupal centra sus esfuerzos en lograr un mayor impacto y control en aspectos sanitarios y de calidad de vida.

Otros autores como Fischer y Hotchkiss, tienen una visión similar a la que definía Paulo Freire en sus inicios y dicen así: “empoderando al individuo, este mejorará su independencia y aumentará su autoestima, llevando al individuo a comportamientos saludables y productivos lo cual aumentará el bienestar y el sentimiento de autorrealización”. (en Domene 2015).

Por lo tanto, queda claro que empoderar tiene que ver con que el individuo obtenga el control de su propia vida. Pero no se puede ignorar el hecho de que el empoderamiento es un proceso que lleva tiempo y que no se consigue de la noche a la mañana. Para llegar a autorrealizarse, como afirman Fischer y Hotchkiss, es fundamental cubrir las necesidades básicas y específicas previas. La pirámide de Maslow representa perfectamente este proceso de empoderamiento.



Figura 1. Pirámide de Maslow. Teoría de las necesidades humanas 1943.

Es evidente que, el empoderamiento supone un largo proceso vital. Las personas con trastornos mentales a las que se atiende desde diferentes disciplinas, también son capaces de llegar al pico de la pirámide, pero antes, deben satisfacer otras necesidades básicas como son la fisiología, seguridad, afiliación y el reconocimiento para llegar a autorrealizarse. De esta forma, una persona que se siente autorrealizada y satisfecha con ella misma, tendrá más posibilidades de, en este caso, lograr acceder a un empleo.

Así pues, Borredat (2019) asegura que los equipos de trabajo empoderados sienten una mayor capacidad a la hora de tomar decisiones individuales y adquirir responsabilidades, ya que eso es parte fundamental de un equipo bien compenetrado. En esa línea, los jefes deben tener la capacidad de escuchar a sus trabajadores y fomentar la comunicación bidireccional.

Aunque como se analiza más tarde, las personas que sufren un trastorno mental grave, suelen ser discriminadas y tratadas de diferente manera por esa condición.

Otro concepto interesante y que ha ido cogiendo fuerza en los últimos tiempos es el del Insight. Aunque no es un término en absoluto desconocido, resulta fundamental interiorizar y

comprender en qué consiste. Cuando se trabaja con un colectivo vulnerable, en este caso las personas con TMG, es vital que durante el proceso de recuperación adquieran el insight de su trastorno y situación, ya que de lo contrario jamás podrán alcanzar el empoderamiento definido previamente.

Castillero (2015) define de esta manera el concepto:

Esta vivencia o fenómeno se corresponde con la idea de darse cuenta de algo, apareciendo una comprensión repentina vivida como una especie de revelación tras haber estado (por lo general) intentando comprender o solucionar la situación en cuestión. Supone la aparición de una solución, la generación de estrategias para llegar a ella o la visión de la situación o problema diferente y nueva en comparación con la perspectiva inmediatamente anterior, obteniendo una visión global de la situación.

Con todo, aunque una persona diagnosticada de Trastorno Mental Grave tenga una buena comprensión de su situación y logre empoderarse y acceder a un empleo, otras se quedan a mitad de camino. Estas personas que no logran completar satisfactoriamente el proceso, quedan apartadas y muchas veces sufren la más severa exclusión social. Desde el Trabajo Social, se trabaja diariamente con estas personas que viven en sus carnes el rechazo de la sociedad y las desigualdades o injusticias que sufren las va dejando más y más atrás del resto.

En este sentido, Subirats (2004) describe la exclusión así: “una situación concreta, resultado de un proceso creciente de desconexión, de pérdida de vínculos personales y sociales, que hacen que sea muy difícil a una persona o a un colectivo el acceso a las oportunidades y recursos de que dispone la propia sociedad” (en Camacho 2014). Pero delimitar quien está “fuera” y quien está “dentro” no es tarea sencilla ya que está marcado por unas barreras sociales invisibles. En esa línea, Laparra y Pérez (2008) afirman que es un proceso dinámico que gira

alrededor de un eje de inclusión-exclusión donde los límites no están muy definidos, y entre ellos, se encuentra la zona de vulnerabilidad.

Así pues, Hernández (2011) define la vulnerabilidad de la siguiente manera:

Es un proceso de malestar producido por la combinación de múltiples dimensiones de desventaja, en el que toda esperanza de movilidad social ascendente, de superación de su condición social de exclusión o próxima a ella, es contemplada como extremadamente difícil de alcanzar. Por el contrario, conlleva una percepción de inseguridad y miedo a la posibilidad de una movilidad social descendente, de empeoramiento de sus actuales condiciones de vida.

La siguiente tabla es una representación, de la imagen social que se tiene de las personas con TMG desde distintos ámbitos que conforman su vida, y que indudablemente, la percepción de cada una se ve alterada.

Tabla 1. Discriminación a las personas con trastornos mentales (adaptados de Putman, 2008).

Contexto	Relaciones	Contexto	<i>Mass media</i>
laboral	personales	sanitario	
Falta de oportunidades de empleo	Culpabilización	Pagar el tratamiento	Unión con violencia
Actitud condescendiente por parte de los compañeros	Tema difícil para hablar sobre él	Entrar en el tratamiento	Representación negativa

Se sienten muy controlados y supervisados	Excesiva presión para que se recuperen	Actitudes negativas del personal sanitario	Palabras estereotípicas para hablar de ellos.
No se les dan responsabilidades	Se les percibe como una carga, como personas débiles y carentes de autocontrol		
Malos entendidos porque se atribuye todo a la enfermedad	No merecen compasión		
Comentarios negativos y sarcásticos	Asociados a la agresividad y violencia		

Lo que esta tabla refleja, es la concepción de las personas con TMG desde diferentes variables, sea, contexto laboral, relaciones personales, contexto sanitario y *mass media*.

Si se observa desde una perspectiva puramente laboral, se aprecia que por lo general existe una clara falta de oportunidades de empleo para estas personas. Además, cuando logran acceder a un puesto de empleo, la actitud de sus compañeros hacia ellos suele ser condescendiente y se sienten más supervisados y controlados que el resto de trabajadores. Asimismo, la asunción de responsabilidades respecto al resto es inferior y suelen sufrir ciertos

comentarios de connotación negativa combinados de malos entendidos “justificados” por su enfermedad.

La información contenida en la tabla de Putman (2008) pone de manifiesto cómo desde diferentes perspectivas se discrimina y carga de estereotipos a las personas que sufren un trastorno mental. Desde una perspectiva social, se puede esperar que debido a la falta de conciencia social y sensibilidad con colectivos vulnerables se cargue hacia ellos haciéndoles víctimas de una exclusión severa. Pero sorprende que desde el ámbito sanitario todavía haya gente sin conciencia, y seguramente sin demasiado sentido moral, que descalifica y carga contra estas personas. En este sentido, es inconcebible pensar que hasta el propio personal sanitario descalifica y agrede verbalmente a las personas con TMG, por lo que hace falta todavía mucha preparación profesional dirigida a crear conciencia y sensibilidad.

Por otro lado, y desde el ámbito en el que se basa este estudio, las dificultades laborales que se topan en el camino a las personas con TMG son enormes. Si ya todo el proceso de recuperación no es tarea sencilla, una vez involucrados en buscar empleo, las complicaciones siguen emergiendo. Muchas empresas tachan directamente el currículum de estas personas al conocer que tienen una enfermedad mental, pese a estar recuperados, lo que genera más rechazo y frustración. Si esto no fuera poco, aunque es cierto que en algunas ocasiones los compañeros de trabajo faciliten la integración en el puesto, en otros no son bien recibidos y se les somete a una constante vigilancia y evaluación.

1.3 Revisión legislativa y repaso histórico

No conviene caer en errores de sensacionalismo y populismo cuando se habla de derechos humanos, y es que resulta importante conocer qué dice la Ley de nuestro país sobre la salud mental y sobre la atención que se les debe prestar a los afectados por un trastorno mental. En tiempos donde se dispone del más fácil acceso a la información, y donde los derechos humanos debieran ser universales, parece que todavía hay colectivos como el TMG que “deben” estar por debajo del resto en cuanto a la legalidad y la pirámide social. Por ello, la legislación garantiza el igual cumplimiento de derechos y obligaciones para todas las personas, en este caso de España.

La Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad dice así en el artículo 20: “plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”. Además, el primer punto añade: “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario”.

Apoyando lo anterior, López y Laviana (2007) hacen un paralelismo entre la atención comunitaria y las nuevas tecnologías, ensalzando su importancia como herramienta moderna que favorece y brinda nuevas oportunidades de cara a la atención y prestación de servicios más especializados. Además, comenta que las tres dimensiones, ciencia, tecnología y sociedad, conforman el núcleo de la atención basada en la evidencia y que se debe tomar cierta “distancia crítica”.

En este instante, resulta interesante hacer una pequeña revisión histórica sobre la visión inicial que se tenía desde los pioneros en la atención psiquiátrica, y conviene entender cómo ha evolucionado hasta ahora en todos los sentidos.

Cala (2015) afirma que la primera persona en preocuparse por las personas que presentaban problemas mentales fue un fraile llamado Juan Gilabert Jofré a principios del siglo XV, y de ahí nació el primer “Hospital para Inocentes”. Además, se debe entender que hasta prácticamente el siglo XX, las personas que llegaban a este tipo de hospitales, conocidos como manicomios, “cuando mostraban un comportamiento rebelde, se les azotaba, se les encadenaba o se les metía en jaulas”.

Así pues, Cala sigue la evolución histórica refiriendo que, no fue hasta el primer cuarto del siglo XIX, en 1926 concretamente, cuando se creó “la primera escuela de Psiquiatría para el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales”, y pese al gran avance en la atención de las personas afectadas, afirma que se seguían utilizando el electroshock, la lobotomía o la insulina para tratar a los enfermos. Finalmente, no fue hasta los años ochenta cuando el Ministerio de Sanidad puso en marcha la plena atención e integración de estas personas. “En los hospitales públicos quedarían plantas dedicadas a psiquiatría, aunque los avances en la medicina y, sobre todo, la importancia de la labor familiar en el entorno de estos enfermos, hizo que el problema de los antiguos manicomios haya desaparecido” (Ares en Cala 2015).

En este sentido, Mesa hace una reflexión y pone de manifiesto que España todavía está algunos pasos por detrás en cuanto a servicios y profesionales especializados se refiere: “La salud mental en España precisa más inversión económica y también necesita personal especializado y centros adecuados para desterrar prácticas propias de épocas pasadas y ya superadas en otros países” (Mesa, 2020).

Otros autores como Chacón, además de estar de acuerdo con lo expresado por Mesa, añade un factor más:

La situación actual es grave no, muy grave. Después de la crisis no se ha hecho ningún esfuerzo por revertir lo que se recortó en sanidad. Todo revela una profunda

injusticia social: quien tiene recursos para un tratamiento continuado para trastornos como la ansiedad o depresión, se lo paga en el privado. Quien no los tiene, no. Teniendo en cuenta, además, que muchos problemas de salud mental están relacionados con aspectos socioeconómicos. (Chacón en Remacha 2019).

Este punto, inevitablemente, crea situaciones de diferencia social entre quienes gozan de una estabilidad económica y quiénes no. Así pues, se forman colectivos excluidos e incluidos dentro del mismo tejido social, aunque cada vez son más las instituciones interesadas en fomentar la igualdad y la creación de oportunidades laborales.

1.4. Organizaciones involucradas en la Comunidad Autónoma Vasca

Desde la Comunidad Autónoma Vasca se ha impulsado la construcción de organizaciones dirigidas a la empleabilidad del colectivo de personas con TMG. Si bien es cierto que, como mencionan previamente algunos autores, la mayoría de estas personas se encuentran excluidas del mercado laboral, hay empresas que se presentan como garantía de empleo e inclusión.

Es el caso de EHLABE, que representa la Asociación vasca de entidades no lucrativas, que promueven la inclusión sociolaboral de las personas con discapacidad. De esta manera, ofrece servicios de empleabilidad como distintas vías de empleo mediante la coordinación y colaboración con otras administraciones públicas dedicadas a ello (EHLABE 2018). Además, los datos avalan un incremento en las oportunidades de empleo, ya que se experimentó un aumento en el empleo del colectivo de un 2,21% llegando hasta 7.966 trabajadores, cifra más alta hasta la fecha. “Ello supone que más de la mitad de las plantillas de las entidades de EHLABE, -el 56% (4.471 trabajadores)- sean ya trabajadores con especial necesidad de apoyo a la inserción laboral”. (EHLABE 2019).

Una de las organizaciones con más peso en este sentido es RAEP S.L. (Rehabilitación Alavesa de Enfermos Psíquicos, Sociedad Limitada). Nació el 4 de abril de 1992, y tiene como objetivo primordial colocarse como una garantía en el empleo productivo y remunerado para las personas con TMG que se encuentran sin oportunidades laborales. Para ello, ofrece diferentes actividades laborales profesionales, así como: limpieza, jardinería, repoblación forestal, artesanía, producción agrícola y montajes mecánicos y electrónicos.

Pero si se pone en contexto a las organizaciones más importantes de la Comunidad Autónoma Vasca, GUREAK debe tener su lugar. Es un grupo empresarial vasco que crea y gestiona oportunidades laborales duraderas en el tiempo, remuneradas y adaptadas a personas con discapacidad intelectual en Guipúzcoa. Además, la presencia de GUREAK en la comunidad es enorme, y es que se expande hasta a sectores como la industria, el marketing y servicios desde su fundación en 1975. De esta manera, la organización compite en mercados altamente profesionales, e incluso en contra de lo habitual, dando prioridad al desarrollo y evolución laboral de las personas que trabajan en la organización. Así, GUREAK es reconocida como un ejemplo en la inclusión socio-laboral y se considera una de las referentes a nivel Europeo. (Gureak 2018)

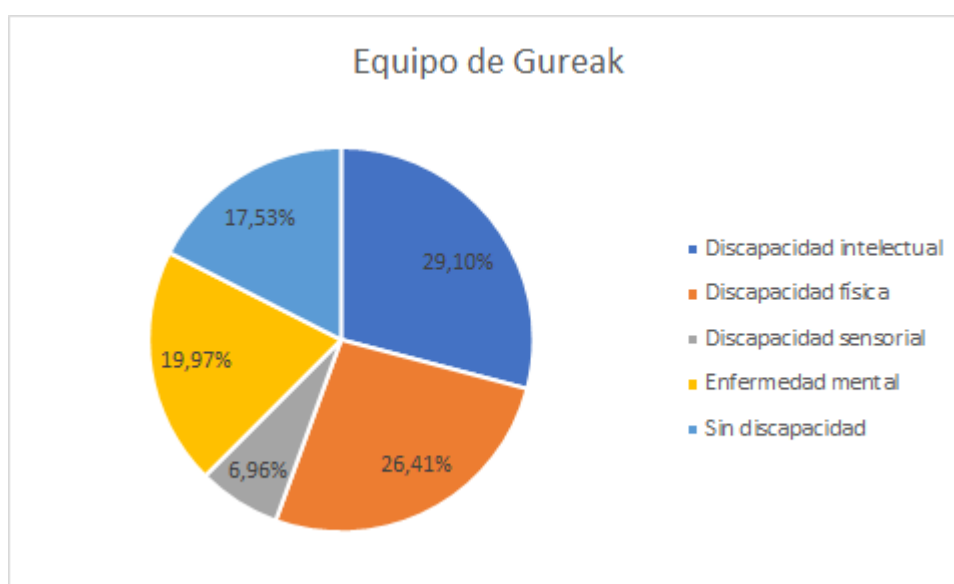


Figura 2. Composición del equipo de Gureak. Fuente: Gureak 2018.

Para terminar de contextualizar las organizaciones con más nombre en la Comunidad Autónoma Vasca, se debe destacar a Avifes. Se define como una entidad sin ánimo de lucro y de utilidad pública, que nace en 1986 a raíz del empuje y la lucha de grupos familiares que exigían, una mayor inversión de recursos en el ámbito de la Salud Mental y la erradicación del estigma hacia este colectivo.

En esta línea la organización tiene una clara misión:

La misión de Avifes es facilitar apoyos personalizados a lo largo de toda la vida a las personas con enfermedad mental de Vizcaya y a sus familias para alcanzar autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad, asegurando su condición de ciudadano y ciudadana de pleno derecho. (Avifes 2019).

Así, la organización ha ido creciendo mucho desde su fundación, y con ello el abanico de servicios y programas que ofrece. Cuenta por ejemplo con Centros de Día repartidos por toda Vizcaya, un programa de pisos tutelados, área exclusiva de atención a la mujer, servicios de vida independiente o agrupaciones deportivas.

2. OBJETIVOS

General:

Realizar una revisión literaria exhaustiva sobre la relevancia del empleo en la recuperación del TMG.

Específicos:

- Estudiar la variable laboral como factor de protección social.
- Recopilar información sobre las iniciativas orientadas a favorecer la inclusión laboral por parte de las principales organizaciones vascas.
- Analizar la función del trabajador social en los procesos de recuperación en personas con TMG, a través del apoyo laboral.

3. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado un estudio exhaustivo de la literatura contrastada y actual sobre las personas con Trastorno Mental Grave y el empleo como indicador de recuperación.

Dada la importancia de aportar datos de fuentes seguras, se ha recurrido a bases de información mediante una estrategia de búsqueda muy específica que garantiza obtener información fiable: Dialnet, Proquest, Deustoceano, Pubmed, INE y GuiaSalud han sido las fuentes consultadas.

El criterio temporal de los estudios seleccionados ha sido desde el 2013 hasta el 2019 tratando de aportar actualidad. Los estudios incluidos estaban tanto en castellano como en inglés, y la búsqueda se llevó a cabo entre los meses de abril a junio de 2020.

Así, para buscar dichos estudios sobre las personas con TMG y el empleo, se han consultado las bases de datos previamente mencionadas, introduciendo en ellas palabras clave que llevasen directamente a los estudios realizados. En este sentido, las palabras fueron: Empleo, recuperación, trastorno mental grave, rehabilitación y salud mental. *Employment, recovery, severe mental disorder, psychosocial rehabilitation, mental health*. Se han introducido datos específicos de nombres de autores, nombres de la publicación o la fecha de estudio, pero también se ha realizado una búsqueda menos específica mediante operadores lógicos como AND, OR buscando un amplio rango de estudios.

4. RESULTADOS

La búsqueda en las bases de datos mencionadas dio como resultado 871 artículos: dialnet 8, Proquest 213, Deustoceano 97, Pubmed 538, INE 1 y GuiaSalud 15. Se hizo una primera ronda de descarte de los artículos que por el título no responden al objetivo de la búsqueda de esta revisión, es decir, no tenían que ver con las personas con Trastorno Mental Grave. En una segunda ronda, se descartaron aquellos artículos que no era posible su acceso debido a la obligación de hacer una suscripción y un pago posterior, y los que tampoco aportaba suficientes datos. Finalmente, se incluyeron 5 artículos que se muestran en la tabla 3.

A continuación, se muestra una tabla-resumen de los estudios encontrados y seleccionados.

Tabla 2. Resultados seleccionados. Elaboración propia.

Estudio	Autor/es	Año	Diseño	Resumen
Los centros de rehabilitación laboral y el TMG	Naranjo, R et al	2017	Estudio observacional	A mayor preparación en CRL, más posibilidades de empleo
Empleo de las personas con discapacidad	Estadística, I.N.	2019	Informe estadístico	Aumento en el número de personas con discapacidad empleadas.

Apoyo individualizado al empleo para personas con TMG	Rodríguez, F et. al	2018	Estudio analítico	IPS mejores resultados que la forma estándar
Las empresas sociales como medio de recuperación vocacional para personas con enfermedades mentales	Gilbert, E	2013	Estudio transversal	Mayor involucro de empresas sociales en Reino Unido.
Efecto del empleo con apoyo basado en la evidencia versus el trabajo de transición en	Davis, L et.al	2018	Ensayo clínico	Mejores resultados en empleo con apoyo que en trabajos de transición

el logro del trabajo estable entre los veteranos con TEPT				
---	--	--	--	--

En el estudio transversal observacional sobre la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid (Naranjo et al. 2017), el objetivo que se persigue es realizar una descripción de la situación laboral de algunos ex usuarios del CRL. Concretamente, la muestra total es de 70 personas, dividiendo el estudio en quienes, tras la salida encontraron una actividad laboral (24) y quienes no encontraron empleo (46). En lo que se refiere al aspecto clínico, el diagnóstico de los participantes era principalmente Psicosis (57,1%), y con un grado de discapacidad sobre el 65% pero con apenas consumo de sustancias (20%). Para llevar a cabo la recogida de datos, se empleó un cuestionario semi-estructurado y dividido en diferentes apartados de la vida de los usuarios implicados, así como: datos sociodemográficos y clínicos al ingreso, datos asistenciales durante la estancia en el CRL, situación laboral tras salida de CRL y uso de recursos y satisfacción personal tras salida del CRL. Durante la estancia en el CRL, recibieron diferentes formaciones, distribuidas de forma que: talleres prelaborales (75,7%), orientación vocacional (60,3%) y preparación de CV y entrevista (58,2%). Así pues, los resultados reflejan que el 34,28% de los usuarios estuvieron ocupados laboralmente en los próximos años tras la salida del CRL.

El estudio anual de Empleo en las Personas con Discapacidad del Instituto Nacional de Estadísticas (Estadística, I.N. 2018) es una operación que tiene como objetivo recoger datos

contrastados sobre el trabajo, distinguiendo ocupados y parados, y los que se encuentran fuera del mercado laboral, del colectivo de personas reconocidas con discapacidad en un rango de edad entre los 16 y 64 años. La operación es fruto de un convenio de colaboración entre INE, el IMSERSO, la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Fundación ONCE. Para su realización, se recaba información proveniente de la Encuesta de población activa (EPA) con los datos correspondientes registrados en Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD). En el año 2018, 1.899.800 eran las personas con discapacidad en edad de trabajar (de 16 a 64 años), lo que supuso el 6,3% de la población total en edad laboral. De todas ellas, 654.600 eran activas, representando el 53,5% a los hombres y el 46,5% a las mujeres. Asimismo, si se comparan los datos estadísticos de las diferentes comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla encabezan la lista con un 53,7% de personas activas, mientras que el País Vasco se sitúa en mitad de tabla con un 34,9% y Canarias cierra el gráfico con la tasa más baja, siendo esta un 27,4%. Además, cabe destacar que la tasa de empleo en personas con discapacidad ha ido aumentando exponencialmente desde el año 2014.

Respecto al estudio sobre la efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastorno mental grave, tiene como objetivo comprobar si la IPS es efectiva. Dicho estudio, se lleva a cabo en la Isla de Tenerife con pacientes de los Servicios de Salud Mental, y se compone de dos grupos de forma aleatorizada. Los criterios de inclusión fueron principalmente, tener un diagnóstico de enfermedad mental grave, estar en edad de 18 a 65 años, tener reconocida una incapacidad y deseo manifiesto de trabajar.

En un grupo de 124 personas se aplicó la estrategia IPS, mientras que el otro grupo control de 75 personas, se les asesoró de forma habitual en la búsqueda de un puesto de trabajo. Se realizó un seguimiento de 3 y 4 años, poniendo en perspectiva aspectos como: al menos un

día de trabajo, tiempo trabajado, salario, número de contratos y número de ingresos hospitalarios.

Así pues, los resultados muestran que los participantes en el grupo IPS, el 99% al menos trabajó un día frente al 75% del grupo control. Trabajaron de media 30,1 semanas/año en contra del 7,4%. El salario a fin de mes fue de 777,9 euros vs 599,9. el número de contratos por persona fue de 3,89 vs. 4,85, y finalmente los ingresos hospitalarios 0,19 vs. 2,1,

Continuando, el estudio referido a las empresas sociales como medio de recuperación vocacional para las personas con enfermedades mentales, dentro del Reino Unido. Es una realidad que el empleo se asocia con una mejora en la calidad de vida y bienestar general, y que el desempleo es visto como parte central de la exclusión social. Por ello, las empresas sociales ofrecen un empleo remunerado a personas con enfermedades mentales, aunque su investigación debe desarrollarse más.

El objetivo que persigue este estudio, es comprender la oferta de oportunidades que las empresas sociales ofrecen y conocer el alcance de las mismas. Para ello, se lleva a cabo un cuestionario específico del estudio que cubre las áreas de la propia naturaleza de la empresa y sobre los empleados que trabajan en ellas. 149 empresas sociales participaron en el proyecto ofreciendo estas empleo para 692 personas con enfermedad mental, El 40% de las empresas sociales se encontraban en el sur de Inglaterra, el 24% en el norte y el Midlands, el 18% en Escocia y el 18% en Gales. Las actividades centraron principalmente a la fabricación, la industria de servicios, la horticultura, el reciclaje y la restauración.

Los resultados obtenidos de 145 empleadores que respondieron (el 97%) afirmaron que al menos 86 emplean a personas con enfermedad mental. El número de empleados con enfermedades mentales que trabajaban en las empresas sociales y otras empresas sociales / negocios apoyados fue pequeño, con una media de 3 y 6,5, respectivamente. 17 empresas

sociales y 13 empresas / empresas sociales apoyadas no proporcionaron datos sobre el número total de empleados. Asimismo, el 52% de los empleados con antecedentes de enfermedades mentales que trabajaban en las empresas sociales llevaban allí más de dos años. En las empresas sociales y las empresas apoyadas, esta cifra aumentó al 84,1%. Además, A la mayoría de los empleados de ambos tipos de negocios se les pagaba por encima del salario mínimo del Reino Unido, con el 30% de los empleados de las empresas sociales a un salario mínimo del Reino Unido más hasta £ 5.00 por hora en comparación con el 9.3% de los empleados en empresas apoyadas / Empresas sociales.

El último estudio, sobre el efecto del empleo con apoyo versus el trabajo de transición (Davis et.al 2018), es un ensayo clínico prospectivo que incluye a 541 veteranos desempleados con TEPT (trastorno de estrés postraumático) de forma aleatorizada, y se lleva a cabo durante el 23 de diciembre de 2013 al 03 de mayo de 2017. Tiene como objetivo principal demostrar si la colocación individual y el apoyo del empleo (IPS) se muestra más efectivo que la rehabilitación vocacional escalonada en el camino por lograr un empleo estable y duradero.

Para ello, los 541 participantes de 12 centros médicos de Asuntos de Veteranos fueron asignados al azar, abarcando un rango de edad media de los 42,2 años. Los resultados analizados al cabo de 18 meses demuestran que, los pacientes que se incluyeron en el programa IPS (105) lograron un empleo más estable que los participantes del grupo de trabajo de transición (63), y obtuvieron mayores ganancias económicas que diferían entre 7290 dólares en IPS vs 1886 dólares en trabajo de transición. Finalmente, de los veteranos diagnosticados de TEPT e incluidos en IPS, el 38,7% se convirtieron en trabajadores estables, mientras que la muestra de veteranos en trabajos de transición fue de 23,3%, estando la mayor diferencia en el tiempo de búsqueda de trabajo más inmediato en los primeros.

5. DISCUSIÓN

5.1 Conclusiones

A la luz de la literatura revisada en el apartado anterior, el empleo es un objetivo primordial dentro del plan individualizado de cada usuario que fomenta una línea de evolución favorable en su recuperación. Igualmente, a pesar del descenso en las tasas de desempleo, al menos hasta la aparición del Covid 19, la realidad es que el colectivo de personas con TMG todavía es excluido y marginado del mercado laboral.

El estudio transversal observacional llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, aporta luz y esperanza en cuanto a la efectividad de los Centros de Rehabilitación Laboral. Se demostró que, ofrecer preparación para afrontar situaciones reales de cara a una futura búsqueda de empleo, como orientación, hacer el CV o entrevistas, aumenta las probabilidades de lograr un empleo competente y duradero ya que el 34,28% estuvieron ocupados tras su salida, sin duda, números que invitan a la esperanza. Además, medir el grado de satisfacción de los participantes ofrece la posibilidad de evaluar la eficacia del programa, y es que, aquellos que lograron un puesto de trabajo se mostraron más satisfechos que los usuarios que no lo habían logrado.

Respecto al estudio realizado por el INE, cabe destacar que desde el año 2014, el número de las personas con discapacidad en situación laboral ha crecido mucho, situándose en 2018 en 1.899.800 personas en situación de trabajar. Esto se debe también a las crecientes mejoras de los centros de rehabilitación laboral que ofrecen una preparación mejor y más adaptada, aunque de esa cifra estuvieron activas 654.600. Entonces, queda claro que, pese a que los datos ofrecen mejoras objetivas en los números, aún queda mucha gente que no se ha incorporado al mercado laboral, por lo que hace visible la necesidad de seguir mejorando y creciendo de cara a un aumento en los números. Asimismo, el País Vasco se sitúa en mitad de

tabla en este aspecto, y es que, aunque es cierto que es una de las Comunidades Autónomas con mayor esperanza de vida, no se refleja la misma situación sanitaria-laboral en las personas con discapacidad.

Continuando con el estudio que mide la efectividad de la aplicación de un programa IPS vs forma estándar, se concluye que, al menos en la zona de aplicación, la isla de Tenerife, parece tener mejores resultados la IPS. Los datos demuestran una mayor empleabilidad de los participantes IPS, más horas trabajadas y un mejor salario frente al grupo participante asesorado de forma habitual. Entonces, parece estar claro que, cuanto más individualizada sea la atención, se logra una mayor efectividad en la intervención, ya que conocer mejor y más a la persona ofrece la posibilidad de adaptar y ajustar más eficazmente la intervención. Pero, la IPS tiene un inconveniente, y es que es más costosa que la aplicación estándar, por lo que supone y requiere más atención de los profesionales y un equipo mayor.

Con todo, el estudio que compara los efectos del empleo con apoyo vs trabajo de transición en personas con Trastorno de Estrés Postraumático demuestra también que es más efectivo el primero. Los participantes del programa IPS obtuvieron, otra vez, mejores resultados que los participantes en trabajos de transición, en ámbitos como estabilidad laboral o ingresos económicos a final de mes. Además, se demuestra que los primeros tienen más posibilidad de conservar su trabajo a la larga, por lo que reafirma la idea de seguir creciendo y mejorando los programas IPS.

Por último, el estudio llevado a cabo en el Reino Unido sobre las empresas sociales, queda clara una cosa; cada vez son más las empresas que emplean a personas con enfermedad mental. Los equipos de las empresas sociales tienen cada vez más personas empleadas llegando hasta el 97% de los participantes en el Reino Unido. Evidentemente, son datos que invitan a seguir esa línea de trabajo, de seguir creando oportunidades y, además, ser competentes en el

mercado laboral. En este sentido, previamente se han destacado tres empresas sociales en la Comunidad Autónoma Vasca, por lo que estas medidas no se están llevando a cabo solo en el extranjero, sino que también en nuestro país.

5.2 Propuestas

Finalmente, se considera oportuno exponer algunas propuestas personales a favor de sobrellevar de la mejor forma posible el día a día de las personas que sufren TMG, y reivindicar el importante papel que juega el Trabajo Social en el proceso.

Evidentemente, es fundamental que cada persona siga estrictamente el plan individual establecido, ya que eso hará crecer las posibilidades de recuperación. Pero, personalmente, considero importante introducir un complemento que favorece la salud y el bienestar general, el deporte. La actividad física, además de prepararnos físicamente, nos ofrece otros beneficios como el bienestar con uno mismo después de haberlo practicado. Se considera que, la satisfacción personal de superarse día a día practicando deporte aporta también beneficios de autoconocimiento y sacrificio, que van de la mano del proceso de recuperación del TMG.

Para apoyar lo anterior, (Soundy et al. 2015) afirman que: “La salud física de los individuos con esquizofrenia es considerablemente peor si lo comparamos con la población que no padece ningún trastorno de estas características”. En este sentido, (Pardo 2014, p.1) añade que la actividad deportiva puede mejorar algunos síntomas como la apatía, la falta de autoestima, la falta de iniciativa, los trastornos del sueño o el aislamiento social en aquellas personas que sufren un TMG. (en Galán, Castillo y García 2019).

Por otro lado, desde AVIFES se presta especial interés a la práctica deportiva de los usuarios, y comentan que aporta grandes beneficios en lo referente a la salud mental, reduciendo síntomas de la depresión, la ansiedad, el envejecimiento, y mejora la salud emocional, el manejo de las habilidades sociales y el nivel de autoestima (en Ceballos y Casanova 2017).

Por ello, se plantea una sencilla rutina dividida en tres días, repartiendo los días más exigentes en una línea ascendente y después descendente.

Tabla 3: Rutina de ejercicio semanal. Elaboración propia

DÍA	LUGAR	TIEMPO	EJERCICIO
LUNES	PLAYA/PARQUE	1:30H	CAMINAR
MIÉRCOLES	GIMNASIO	2H	ZUMBA
VIERNES	GIMNASIO	30 MINUTOS	NATACIÓN

Los lunes, se plantea la posibilidad de caminar por la playa o el parque durante una hora y media. San Sebastián ofrece la posibilidad de disfrutar de tres playas (Ondarreta, Concha y Zurriola), y recorrerlas lleva una duración aproximada a la planteada. De esta manera, además de disfrutar de un paseo agradable, se logra ejercitar las piernas y la resistencia.

Los miércoles, es el día que más tiempo requiere. Aunque la actividad zumba genera cierto cansancio, es una buena manera de liberar la tensión del día, soltar energía negativa y sentirse pleno. Se considera un ejercicio adecuado, ya que combina la actividad física con el baile, y ofrece la posibilidad de conocer a más gente en las clases.

Finalmente, los viernes se reduce la intensidad deportiva mediante la práctica de natación durante 30 minutos. Esta se podría llevar a cabo en cualquiera de las tres playas mencionadas, pero por lo general, suele practicarse en los polideportivos. La natación no debe ser un ejercicio demasiado exigente, sino que tiene que cumplir su función deportiva pero también de relajación y liberadora.

Dicho esto, se cree oportuno incorporar la actividad física a cualquier plan individual, dentro de las posibilidades de cada uno, ya que aporta mayores beneficios que perjuicios, y por lo general, no es algo que se aplique en las evaluaciones continuas.

Pero, además de llevar una vida saludable deportivamente hablando, es fundamental realizar una búsqueda activa de empleo. Para ello, es importante mantenerse informado de las ofertas de trabajo que salen, consultar páginas webs que facilitan la búsqueda, dejar el currículum en las empresas etc. Para acceder a un puesto de empleo, hay que salir a por él ya que difícilmente se va a dar una situación contraria, lo que requiere una mentalidad positiva y activa en la búsqueda, sin caer en la desesperanza.

No quisiera concluir el presente trabajo sin hacer una pequeña reivindicación del papel que juega el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, aunque ya se viene hablando de él. Como profesional de esta disciplina, me veo en la obligación de ofrecer un espacio al devenir de mi profesión en un ámbito en el que parece que aún no ha encontrado del todo su lugar.

Siendo cierto que ha crecido mucho socialmente y que su aceptación es cada vez mayor, en estos tiempos, aún genera cierta incertidumbre definir el papel exacto que juega el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Resulta igual de importante la parte estrictamente sanitaria como la social, porque una vez los usuarios del recurso en cuestión, finalizan su etapa ahí, deben tener la capacidad de interactuar con la sociedad conocerla y convivir en ella. No es fácil adaptarse a una vida diferente, por lo que ofrecer medios y conocimientos que la hagan más simple, es una de las tareas del trabajador social, y se tiene la sensación de que todavía no se ha reconocido ese papel.

Además, es la profesión encargada de informar y orientar a la ciudadanía de los diferentes recursos y servicios de los que pueden beneficiarse, pero aún hoy en día, existe un gran rechazo al ir a los Servicios Sociales por el “qué dirán si lo hago” o “creerán que soy pobre”. Esta paradoja se antoja complicada de cambiar porque son falsas creencias muy arraigadas en la sociedad moderna, lo que hace que el profesional del trabajo social sea vista como una metáfora de la desesperanza.

Más allá de la realidad, el Trabajo Social debe posicionarse como una profesión clave en la recuperación social de las personas que atiende, y dotarlas de las herramientas necesarias para que sean ellas mismas quienes tomen las riendas de la completa recuperación, que no acaba simplemente con la remisión de los síntomas.

Para cerrar, resulta fundamental ser crítico y realista comprendiendo las limitaciones del presente trabajo.

Por un lado, se ofrece una aproximación a la composición de las organizaciones más importantes, exclusivamente a nivel del País Vasco, lo que deja claramente a otras muchas comunidades fuera del mapa. Y, aunque es cierto que la idea que se pretende exponer se ve reducida a un territorio, esto ofrece al mismo tiempo un mayor nivel de comprensión por la especificidad de la muestra analizada, y garantiza una visión más exhaustiva del País Vasco.

Por otro lado, se ha introducido el concepto de la exclusión social como una de las consecuencias más terribles que una persona puede sufrir. Y es que, es imposible comprender una absoluta recuperación e inserción social, si no acompañan durante el proceso una preparación y búsqueda de empleo que les garantice sentirse parte activa de la sociedad, porque al estar permanentemente bajo la lupa de la misma, el trabajo es la mejor forma que tienen de demostrar su valía. Por ello, ofrecer una alternativa a la idea de que el trabajo y la recuperación pueden ser independientes, y posiblemente daría para hacer un trabajo final nuevo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara, G (2008): La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 1, 93-107. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

- Ata, A (septiembre,1978): Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Trabajo presentado durante el congreso los días 6-12 de septiembre. (Fecha de consulta el 11 de febrero de 2020). Recuperado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- Avifes (2019): Página web oficial. (Fecha de consulta el 16 de mayo de 2020) Recuperado en [http s://avifes.org/etxebest-vida-independiente/](http://s://avifes.org/etxebest-vida-independiente/) **PAGINA WEB**

- Balaga, C (2009): Visibilización del Trabajo Social en Salud Mental: modificando la imagen del otro y afianzando la autoimagen. Revista de trabajo y acción social N°. 45, 39-47. (Fecha de consulta el 15 de abril de 2020) Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288163>

- Briceño-León (2000) en, Alcántara Moreno, Gustavo (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. 93-107 (Fecha de consulta el 24 de enero de 2020). ISSN: 1317-5815. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

- Borredat, L (2019). ¿En qué consiste el empoderamiento en el trabajo? (Fecha de consulta el 31 de marzo de 2020) Disponible en <https://www.modelocurriculum.net/blog/en-que-consiste-el-empoderamiento-en-el-trabajo>.

- Caballero, L (2007): Concepto de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. N°. 84, 5389-5395. (Fecha de consulta el 20 de marzo de 2020). Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>

- Cala, C (2015): Manicomios: una historia de dolor, abandono e incomprensión. Cadena Ser. (Fecha de consulta el 07 de febrero de 2020). Recuperado en: https://cadenaser.com/programa/2015/10/10/hora_14_fin_de_semana/1444442081_777173.html

- Camacho, J (2014): Exclusión social. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad. N°. 7, 208-214. (Fecha de consulta el 03 de abril de 2020) Recuperado en <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/viewFile/2242/1178>

- Cantero, M et. al (2014): Deporte, actividad física y salud de los trabajadores. Su importancia para la productividad en la Universidad de las Ciencias Informáticas. Revista digital de educación física. 1988-8304. (Fecha de consulta el 17

de mayo de 2020) Recuperado en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4746712> WEB

- Castellero, O (2015). Insight: qué es y cuáles son sus fases. (Fecha de consulta el 31 de marzo de 2020) Recuperado en:
<https://psicologiaymente.com/psicologia/insight>

- Ceballos Villahoz, Itziar; Casanova Martín, Resu (2017). “La función y el valor del deporte en AVIFES”. Educació Social. Revista d’Intervenció Socioeducativa, 65, 124-140. (Fecha de consulta el 29 de junio de 2020) Disponible en:
<file:///C:/Users/Eneko/Downloads/320390-Text%20de%20'article-461140-1-10-20170612.pdf>

- Conejo Cerón, S. et al (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. Vol.37, n.2. pp.223-233 (Fecha de consulta el 20 de marzo de 2020) Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200005

- Davis et al. (2018). Colocación individual de veteranos y Apoyo a los investigadores de recuperación avanzada. Efecto del empleo con apoyo basado en la evidencia versus el trabajo de transición en el logro del trabajo estable entre los veteranos con trastorno de estrés postraumático: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA psiquiatría, 75, 316–324. (Fecha de consulta el 14 de mayo de 2020) Recuperado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875356/>

- Domene, G (2015). Empoderamiento, terapia ocupacional y salud mental. N°. 22. (Fecha de consulta el 31 de marzo de 2020) Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5308788>.

- EHLABE (2018): Inclusión Sociolaboral en la Asociación vasca de entidades no lucrativas. (Fecha de consulta el 04 de mayo de 2020). Recuperado en <https://www.ehlabe.org/es/ehlabe-1/>

- EHLABE (2019): El empleo de las personas discapacitadas en las entidades de EHLABE aumenta. (Fecha de consulta el 05 de mayo de 2020) Recuperado en <http://oves-geeb.eus/es/el-empleo-de-las-personas-con-discapacidad-en-las-entidades-de-ehlabe-aumenta-un-5-en-2016-hasta-los-7472-trabajadores-965/>

- Estadística, I.N (2018): El empleo de las personas con discapacidad. (Fecha de consulta del 03 de mayo de 2020) Disponible en https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

- Fillol, J (2018). Qué significa “empoderamiento”. Origen, historia y significado político. (Fecha de consulta el 31 de marzo de 2020) Recuperado en: <https://www.jessicafillol.es/2018/09/que-significa-empoderamiento-origen-historia-y-significado/>

- Galán, C et al. (2019): Deporte e inclusión social en personas con Trastorno Mental Grave. *Psychology, Society, & Education*, 2020. Vol. 12(1), pp. 71-83. (Fecha de consulta el 29 de junio de 2020) Recuperado en: <file:///C:/DialnetDeporteElInclusionSocialEnPersonasConTrastornoMenta-7286929.pdf>

- Garay, M & Pousa, V & Pérez, L (2014): La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiqu.* Vol34 no.123 Madrid. (Fecha de consulta el 09 de marzo de 2020) Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352014000300002&script=sci_arttext&lng=pt

- Gilbert, E et al. (2013): Las empresas sociales como medio de recuperación vocacional para personas con enfermedades mentales: una encuesta del Reino Unido. (Fecha de consulta el 03 de mayo de 2020) Recuperado en <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764019846171>.

- Gureak (2018). Página web oficial. (Fecha de consulta el 16 de mayo de 2020) Disponible en <https://www.gureak.com/es/> .

- Ley 24/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. Capítulo III de la salud mental. Artículo 20. (Fecha de consulta el 24 de enero de 2020). Recuperado en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

- López, M y Laviana, M (2007): Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol27 no.1 Madrid mar. 2007. (fecha de consulta el 03 de marzo de 2020). Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016

- López Ruiz, V (2016): La salud desclasada: voces desde las trincheras. Viento Sur núm. 149. Recuperado en: https://www.vientosur.info/IMG/pdf/vs149_v_lopez_ruiz_la_salud_desclasada_voces_desde_las_trincheras.pdf

- Magallanes, A (2011): El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. Quaderns de psicologia. *International journal of psychology*. Vol. 13, n.º 2, pp. 7-17. (Recuperado el 09 de marzo de 2020). Recuperado en <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/248830>

- Mesa, S (2020): Conocimiento del infierno. (fecha de consulta el 03 de marzo de 2020) Recuperado en: https://elpais.com/elpais/2020/02/26/opinion/1582720858_796101.html

- Naranjo-Valentín, R., Cobo-Martínez, F., Rebolleda-Gil, C., González-Fraile, E. y CRL-LRHP, G. (2018). Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid. *Psychosocial Intervention*, 27, 65-71. (Fecha de consulta el 02 de mayo de 2020). Recuperado en <https://journals.copmadrid.org/pi/art/pi2018a2>

- OMS (1948): Cómo define la OMS la salud. (fecha de consulta el 24 de enero de 2020) Recuperado en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- Ortega, F (2016): El trabajador social en salud mental. (Fecha de consulta el 15 de abril de 2020) Recuperado en: https://www.eldiario.es/clm/palabras-clave/trabajador-social-salud-mental_6_570502951.html .
- Putman, S (2008). *Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 684- 693. (Fecha de consulta 09 de marzo de 2020). Recuperado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18803744/>
- Remacha, B (2019): La asistencia a la salud mental se perpetúa como lujo en España ante los escasos recursos del sistema público. (fecha de consulta el 03 de marzo de 2020). Recuperado en: https://www.eldiario.es/sociedad/Salud-mental-escasez-recursos_0_879812639.html
- Rodríguez, F et al. (2017): Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. Vol. 32, Nº. 6, 2018, 513-518. (Fecha de consulta el 03 de mayo de 2020) Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=663264>

- Ruiz-Juan, F y Zarauz, A (septiembre, 2011): Beneficios de las actividades físico deportivas para la salud. Trabajo presentado en el IX Congreso Internacional sobre la Enseñanza de la Educación Física y el Deporte Escolar. 8-11 de septiembre de 2011. (Fecha de consulta el 03 de abril de 2020) Recuperado en: <http://altorendimiento.com/beneficios-de-las-actividades-fisico-deportivas-para-la-salud/>

