



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

PERFILES DE LOS USUARIOS
DE SALUD MENTAL DEL
CENTRO DE INSERCIÓN
LABORAL QUE CONSIGUEN
EMPLEO Y DE LOS QUE SE
ENCUENTRAN EN
BUSQUEDA DE EMPLEO

*PRÁCTICUM DE
INVESTIGACION*

ALUMNO: MILLÁN DE VAL,
JORGE

PROFESOR: SIURANA LÓPEZ,
SERGIO

*UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
CURSO 2020/2021*

ÍNDICE

INTRODUCCION:	3
PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	5
METODOLOGIA	7
MARCO TEÓRICO.....	9
Salud mental.....	9
Trastorno mental grave.	12
Integración laboral para personas con TMG, el trabajo como factor determinante para la recuperación.	16
Papel e importancia de los Centros de Inserción Laboral en personas con TMG.....	18
Transición del concepto de rehabilitación al modelo de recuperación (rehabilitación Psicosocial)..	21
LEGISLACION.	24
CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y NORMATIVO.	27
PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN.	28
RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA.....	30
PRESENTACIÓN DE DATOS: SU ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.	33
ANÁLISIS E INTERPRETACION.	33
SITUACION LABORAL.	33
FORMACION.....	35
EXPERIENCIA LABORAL.....	36
BUSQUEDA DE EMPLEO.....	38
FUTURO TRABAJO.....	41
SITUACION SOCIOFAMILIAR.	43
SALUD.	43
REFLEXIONES DE LOS USUARIOS.....	44
OBSERVACIONES.	44
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS.....	45
BIBLIOGRAFÍA.	48
ANEXOS	51
CATEGORIAS Y ETIQUETAS UTILIZADAS.....	51
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....	53
ENTREVISTA DE VALORACION Y PERFIL PROFESIONAL	54
Datos personales.	54
Situación laboral.	55
Formación.	56
Experiencia laboral	58

Búsqueda de empleo.	59
Futuro trabajo.	62
Situación sociofamiliar.	64
Salud.	65
Observaciones.	66
Comportamiento en la entrevista (observacional).	66

INTRODUCCION:

Ante la situación de Pandemia y crisis económica en la que nos vemos inmersos, conseguir un empleo es difícil para todo el mundo, pero en el caso de personas con enfermedad mental, las dificultades para acceder a un empleo son mucho mayores y sus posibilidades, en ocasiones, se ven disminuidas.

Esta circunstancia contribuye a generar aún más su exclusión social, ya que la escasez de empleo o el desempleo continuado afecta a diferentes ámbitos de la vida, especialmente, en la vida de las personas con TMG.

Por esto, me gustaría poner en valor el empleo como instrumento de mejora de la situación clínica y psicosocial de las personas con enfermedad mental.

“El trabajo es un mecanismo de inclusión, ya que facilita el desarrollo de las relaciones y redes sociales, así como la participación en muchos otros aspectos que involucran el ejercicio de derechos de ciudadanía” (Hilarión, 2012).

He podido ser consciente en estos meses de prácticas, como la actividad laboral en los usuarios no solo mejoraba su situación económica, sino que también mejoraba en la organización de sus actividades cotidianas, en la creación de rutinas, en sus habilidades psicosociales, la autoestima, en ocasiones una reducción de sintomatología, y, en definitiva, una mejora de la calidad de vida del usuario que trabaja.

Mi experiencia adquirida durante el Prácticum de Intervención, al lado de usuarios de salud mental, pone en manifiesto la necesidad e importancia del Programa de Rehabilitación Sociolaboral que se lleva a cabo en el centro de Cogullada.

Los destinatarios del Programa de Rehabilitación Laboral son personas con trastorno mental y déficit de integración laboral. Estos usuarios, son derivados por el Equipo de Salud mental, el centro de Rehabilitación Psicosocial o el Club de Ocio a través de un informe de derivación que justifica la necesidad de un proceso de rehabilitación y apoyo a la inserción sociolaboral.

Desde mi punto de vista, creo que tenemos la necesidad, como trabajadores sociales, de suavizar el estigma presente en el medio laboral, y de dar confianza en las probabilidades de integración laboral de los usuarios de salud mental.

Además, como iré desarrollando posteriormente, las personas con enfermedad mental tienen, de la misma forma que el resto de ciudadanos, derecho al trabajo y capacidades suficientes para ser útiles para la sociedad, pero el desempleo en este colectivo alcanza cifras muy significativas, en torno al 87% de personas con este perfil se encuentran en situación de desempleo. (INE, 2019).

Una de mis principales motivaciones para la elaboración del TFG ha sido la realización de las Prácticas de Intervención del curso 2020-2021 en el Centro Multi-Actividad de Cogullada de la Fundación Ramón Rey Ardid, más concretamente en el taller ocupacional para personas con enfermedad mental que se ubica en estas instalaciones.

Durante los meses de octubre a enero de 2021, he colaborado en el centro estando en contacto directo con los usuarios con enfermedad mental que allí trabajaban.

Además de formarme sobre las funciones que realizaba la trabajadora social en el programa de rehabilitación sociolaboral y de conocer el funcionamiento del taller ocupacional para personas con enfermedad mental, he podido tener una experiencia determinante en mi acercamiento con los usuarios del centro y conocer, un poco mejor, las barreras a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental.

Estos usuarios, en su totalidad, son personas vulnerables y con un elevado riesgo de exclusión social que forman un colectivo cada día más visible en el que quiero profundizar con la dedicación de mi TFG sobre “El perfil de las personas con enfermedad mental que acceden al mercado laboral”.

Con este trabajo, se pretende conocer el perfil de las personas con enfermedad mental que a través de un programa de rehabilitación laboral puede acceder a un empleo y poder mantenerlo.

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible la realización de esta investigación.

En primer lugar, al tutor del trabajo de final de grado, Sergio Siurana López, por sus apoyo, sugerencias, orientaciones y disponibilidad en la realización de las diferentes tutorías, desde el comienzo de la investigación hasta su finalización.

En segundo lugar, a todos aquellos participantes de la investigación, tanto a las personas con trastorno mental como a los técnicos de inserción laboral del taller ocupacional que lo componen.

A la trabajadora social del centro multiactividad, Carmen Adell Montañés, por sus orientaciones y apoyo tanto en la realización de las prácticas como en la elaboración del TFG.

Agradecerles su disponibilidad, sus aportaciones y su implicación en el proyecto, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

Finalmente, agradecer a mis amigos y familia por apoyarme en todo momento.

A todos ellos, muchas gracias.

PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo final de este trabajo es conocer el perfil de los usuarios de salud mental que acuden al centro de inserción laboral de Rey Ardid, Cogullada, durante el año 2020-2021, para así poder conocer en qué aspectos, tanto personales como estructurales, hay que poner más énfasis y trabajo para poder ayudar a estas personas en su reinserción sociolaboral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Dar voz al colectivo y trasladar esta información a la administración pública de la comunidad autónoma de Aragón.
- Conocer las dificultades con las que se encuentran los usuarios de salud mental a la hora de la búsqueda de empleo.
- Identificar las diferencias entre los que acceden al empleo y los que se encuentran en búsqueda de empleo.
- Indagar sobre las dificultades que se les presentan provocadas por los síntomas en sus jornadas de trabajo.
- Conocer cómo ha mejorado su situación tras la participación en un programa de búsqueda de empleo.
- Conocer cómo se sienten tras ser aceptados o rechazados para ciertas tareas u ofertas de empleo.

DETERMINACION Y DEFINICIONES OPERATIVAS DE LAS VARIABLES.

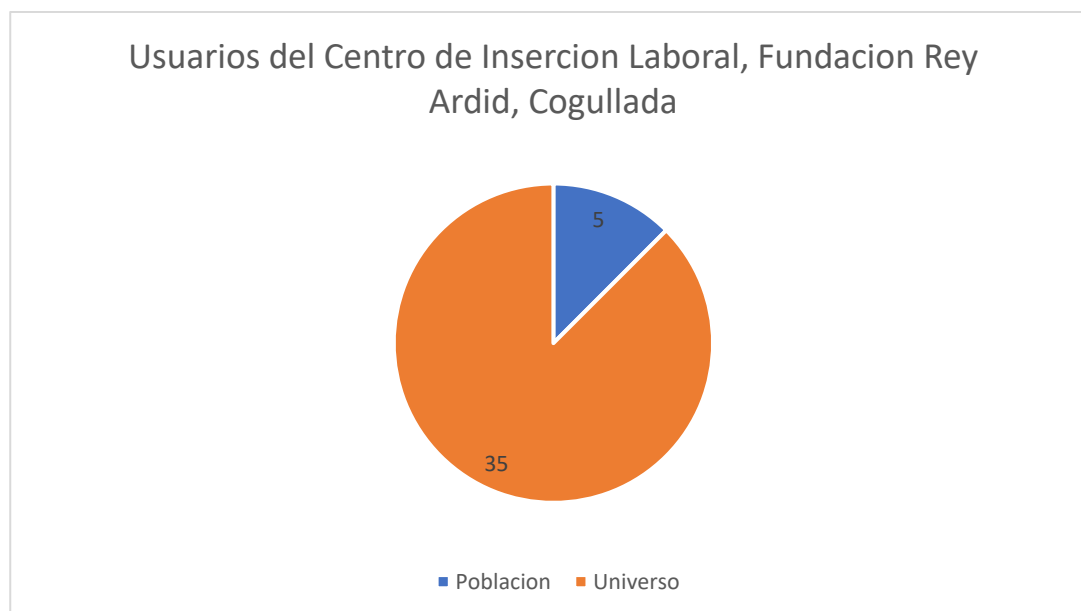
Las variables que me dispongo a conocer mediante la investigación son algunas como:

- Derivación: (centro de salud mental de su zona – familiares - iniciativa propia).
- Situación laboral: (En paro - trabajando)
- Tipo de prestación que reciben.
- Se encuentran o no en búsqueda de empleo.
- Formación de la que disponen.
- Interés formativo.
- Manejo de idiomas.
- Nivel de informática: (básico – medio – alto – sin conocimiento informático)
- Experiencia laboral.
- Adquisición de conocimientos y habilidades.
- Motivos que los alientan a la búsqueda de empleo.
- Prioridades laborales.
- Acuden o no anteriormente a otros servicios de orientación laboral.
- Percepción del usuario sobre la utilidad de acudir a un servicio de orientación laboral.
- Métodos utilizados a la hora de buscar trabajo.
- Dificultades a la hora de encontrar trabajo.
- Disponibilidad para la búsqueda de empleo.
- Futuro trabajo (dispuesto o no a trabajar en una ocupación distinta a la actual).

- Situación sociofamiliar.
- Salud.

POBLACION Y UNIVERSO.

En este apartado se indica a quien va dirigida la investigación y los usuarios que han participado o colaborado en ella.



ÁMBITO GEOGRAFICO Y TEMPORAL.

Como he mencionado anteriormente en los objetivos, el ámbito geográfico de la investigación se encuadra en el Centro de Inserción Laboral de la Fundación Rey Ardid, Cogullada, Zaragoza.

La investigación se ha preparado durante los meses de febrero y marzo, y se ha llevado a cabo en el mes de abril y mayo.

DIAGRAMA DE GANTT.

	TIEMPO			
ACTIVIDAD	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Investigación				
Definición de los objetivos del proyecto				
Creación entrevistas				
Realización entrevistas				
Análisis				

Resultados y conclusiones				
---------------------------	--	--	--	--

METODOLOGIA

Para hacer efectivo este proyecto, se establece la siguiente metodología.

Me he basado en una investigación y análisis de los datos de tipo mixto.

Comencé con la obtención de información a partir de la revisión de diversas fuentes secundarias que me permitieron elaborar un marco teórico para introducirme en el tema.

Posteriormente, seleccione la muestra de mi investigación. Quería enfocarme en dos perfiles concretos: usuarios de salud mental que consiguen trabajo y usuarios de salud mental que se encuentran en búsqueda de empleo.

Teniendo en cuenta las posibles características de estos dos perfiles, elabore los guiones pertinentes que me iban a servir para realizar las entrevistas. En mi caso, contaba con algunos guiones como base para su realización y lo fui formando con la ayuda de distintas guías, pero las entrevistas serían abiertas, pudiendo introducirse algunos cambios a lo largo de las mismas.

A partir de aquí, me puse en contacto con la trabajadora social del Centro de Inserción Laboral de la Fundación Rey Ardid para ver si podía ayudarme a encontrar personas que estuvieran dispuestos a colaborar en mi proyecto.

También hablé con una compañera que trabaja para la Fundación, para ver si conocía algún usuario que quisiese formar parte de la investigación y que se adecuase a los perfiles que yo buscaba.

Una vez finalicé las entrevistas, procedí a analizarlas. Para ello, creé un Documento Excel compuesto por distintas hojas y un listado de temas y subtemas a cada cual asigné una etiqueta en forma de abreviatura. En la primera hoja, puse todas las entrevistas y clasifiqué cada respuesta con su correspondiente etiqueta para que me sirviese como referencia para hacer una posterior búsqueda de información por temáticas. De este modo, creé una hoja por etiqueta para tener un acceso rápido y directo a cada uno de los temas que quería analizar.

Hoy en día, en el campo de la investigación social se ha dado una gran importancia al problema de la ética. La responsabilidad que asume el investigador con las personas que participan en su investigación es innegable, debiendo este a comprometerse a la protección de su bienestar físico, social y psicológico, así como su derecho a la vida privada y su dignidad (López y Deslauriers, 2011).

Por ello, en lo que se refiere a la ética metodológica, he respetado en todo momento el anonimato y la privacidad de los entrevistados, así les transmití su derecho a conocer el uso que se le iba a dar a la información que pusieran en mi disposición.

De este modo, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, lo primero que hice antes de iniciar la entrevista, fue solicitar el consentimiento de los usuarios para poder usar estos datos posteriormente, así como hacerles conocedores de sus derechos tales como el derecho de acceso o el derecho de oposición.

En primer lugar, les informé sobre el objetivo de las entrevistas. Luego, les aseguré su anonimato; les recordé el carácter voluntario de la entrevista, así como su libertad para responder solo a lo que quieran; les pedí autorización para poder grabarla y, por último, les comenté la posibilidad de enviarles el audio de la entrevista si así lo deseaban. De esta forma, una vez obtuve su consentimiento de forma escrita, procedí con las preguntas.

MARCO TEÓRICO

Salud mental.

Para tener una percepción más clara y concreta de a que nos referimos con Salud mental, voy a hacer un pequeño resumen en este apartado de lo que se ha entendido y entiende por Salud mental a lo largo de la historia y de cómo el concepto ha ido adquiriendo distintos matices.

Con el paso de los años se ha ido formando una definición de salud mental que explicase de la forma más completa posible en que consiste. A continuación, voy a exponer algunas definiciones que se contemplaron en distintas décadas, y aunque parezcan muy similares, se puede ver una clara evolución entre estas.

En el Congreso Internacional de Salud mental de 1948, como explica Bertolote (2008), se consideraba salud mental como *“una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con otros individuos”*.

Durante este periodo, podemos decir que no se tenían prácticamente en cuenta otros factores como podían ser aquellos ajenos o externos al individuo, obviando ciertos determinantes que podían afectar directamente en la salud de las personas y centrándose plenamente en factores internos. Si bien es cierto que la biología humana y los estilos de vida impactan de lleno en la salud de los individuos, también hay otros factores externos que pueden contribuir en la salud de las personas como son los factores socioeconómicos, culturales, geográficos, demográficos, políticos y sanitarios.

En el Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020, se define salud mental como *“un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”* (OMS, 2013)

Gracias a estos pequeños avances terminológicos se empezó a contemplar al individuo con problemas de salud mental de forma más completa, y se ha podido incidir en aquellos aspectos que era más necesario poner el punto de mira para tener un correcto diagnóstico de los individuos, sus pródromos y sus capacidades.

Al ser la salud mental un tema prioritario de salud pública, y tener impacto a nivel familiar, comunitario y social, siempre ha existido la necesidad de integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y la política social.

Es más apropiado hablar de inversión en salud y no de gasto en salud, ya que invertir en salud tiene consecuencias positivas para la población, incluidas las económicas.

De acuerdo con Restrepo (2012), atendiendo al momento histórico, a las características sociales, económicas y políticas, se desarrollaron 3 enfoques en cuanto a la salud mental; el enfoque biomédico, el enfoque comportamental y el enfoque socioeconómico:

Enfoque biomédico

Lo mental se reducía a procesos biológicos; en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas (Restrepo, 2012).

Una vez más, desde este enfoque solo se tienen en cuenta factores internos al individuo, poniendo el acento en los procesos biológicos e ignorando aquellos factores externos que también puede desembocar en algún problema de salud mental en los individuos.

Enfoque comportamental

En cuanto al enfoque comportamental, cabe destacar que para Restrepo (2012), la salud se relacionaba con hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entendía como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo.

A este enfoque le surgía un claro problema: tenía una perspectiva limitada puesto que responsabilizaba al sujeto de su salud o enfermedad.

Ante esto, aparece una doble concepción; conductual y cognitiva.

Enfoque socioeconómico

Durante este periodo, Restrepo (2012) afirma que la mente se conceptualizaba como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia.

El “modo de vida” se relacionaba directamente con los procesos de salud, entendiéndose como riesgos autoimpuestos elementos como el tabaco, la dieta, el ejercicio físico, la integración social, el uso de sustancias tóxicas y la ingesta de alcohol.

La falta de salud mental impide ser a los individuos lo que quieran ser (Rondón, 2006), por lo que es crucial, darle a la salud mental la importancia que merece, si queremos contribuir a tener, poco a poco, una sociedad mentalmente sana.

Brundtland (2000) explica que mediante instrumentos como los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) podemos analizar aspectos como la forma de vivir de las personas.

Gracias a los AVAD, se ha identificado que las enfermedades mentales pueden no ser mortales, pero provocan una discapacidad prolongada en el tiempo.

A través de estos instrumentos, se ha llegado a la conclusión de que las enfermedades mentales han adquirido una mayor dimensión y cada vez son más frecuentes en la sociedad por diversos motivos (Brundtland, 2000):

- El aumento de la esperanza de vida nos desvela que el cuerpo aguanta el paso de los años mejor que lo aguanta la mente, con esto se interpreta que la mente se deteriora con el tiempo a un ritmo más acelerado de lo que se deteriora nuestro organismo.

- Ha crecido la problemática social y muchos de los familiares que ofrecían apoyo, tiene que atender a otros frentes, por lo que no pueden colaborar de forma tan plena con integrantes de la familia que padecen algún tipo de enfermedad mental.
- Situaciones de guerra, la pandemia... agravan y ponen en auge los problemas de salud mental, por ejemplo, a raíz de la COVID-19 se han disparado los casos de personas que sufren alguna sintomatología relacionada con la salud mental.

Atendiendo al Boletín de la Organización Mundial de la salud (2000), se ha detectado que los trastornos mentales equivalen al 12% de todos los AVAD durante el año 1998.

Mientras que el porcentaje es mayor en países con ingresos altos, el porcentaje decae ligeramente en países con los ingresos medios o bajos.

Brundtland (2000) afirma que, a nivel mundial, cinco de las diez causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastorno bipolar, consumo de alcohol y trastorno obsesivo compulsivo) son problemas de salud mental.

Además, la salud mental se ha enfrentado a una serie de problemas (Brundtland, 2000) que deberían de ser solventados:

- Baja prioridad dada a la salud mental.
- Centralización tradicional de los servicios de salud mental en grandes instituciones psiquiátricas.
- Escasa aplicación de estrategias de reconocida eficacia.
- Estigma asociado a las enfermedades mentales (en ocasiones puede provocar que el usuario no busque tratamiento).

Por último, me gustaría añadir que la salud mental depende en líneas generales de la justicia social y que las enfermedades mentales deben de tratarse a nivel primario si queremos frenar y controlar esta amenaza para la salud del siglo XXI.

Trastorno mental grave.

Es importante conocer a que hace referencia el término de trastorno mental grave, ya que el foco del trabajo y la población seleccionada para esta investigación son usuarios de salud mental de la Fundación Ramón Rey Ardid que acuden al Centro de Inserción Laboral (CIL), para mejorar tanto sus habilidades laborales como sociales, y la gran mayoría de los usuarios sufren de TMG.

De la misma manera que el concepto de salud mental ha ido evolucionando con el tiempo, la definición de trastorno mental grave también ha ido consolidándose conforme se iban incluyendo características más precisas para la acepción.

La junta de Andalucía, definió a los pacientes con TMG como:

"Aquellas personas que presentan una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que generan problemas de captación y comprensión de la realidad; distorsionan la relación con los otros y supone o puede suponer riesgo para su vida. Además, esta sintomatología debe tener repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal y presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa" (Consejería de Salud, 2008)

Para comprender un poco mejor el concepto, voy a hacer referencia a distintos autores especializados en salud mental y que querían darle una mayor perspectiva al concepto de TMG; Conejo (2014), explica que el Instituto Nacional de Salud Mental americano, incluye dentro de la definición de trastorno mental grave **tres dimensiones**:

1) Diagnóstico.

Los tres principales grupos de diagnósticos asociados con el TMG, según Espinosa (2017), son:

- Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos. Una gran parte de los usuarios que acuden al CIL han sido diagnosticados de esquizofrenia combinada con otras patologías.
- Trastorno bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores. Aunque haya un menor número de usuarios bajo este diagnóstico, la necesidad de tratamiento es igual de importante que los mencionados anteriormente.
- Otros trastornos, como el trastorno de personalidad.

2) Duración de la enfermedad y del tratamiento considerado a un tiempo superior a dos años.

"Aunque los tratamientos farmacológicos controlan y reducen la sintomatología en los TMGD, en muchas ocasiones estos tratamientos de larga duración medicalizados, pueden convertir los trastornos graves y episódicos en trastornos crónicos" (Espinosa, 2017).

3) Presencia de discapacidad referida a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa.

Las escalas para valorar el funcionamiento de la persona incluyen aspectos como el autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (Espinosa, 2017).

Por último, atendiendo a la definición redactada con fines clínicos de trastorno mental que nos ofrece el DSM-V (2014), un trastorno mental es:

“Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014:20).

Algunas de las necesidades y demandas de las personas con TMG giran en torno a los recursos, la atención en crisis, el tratamiento, la inserción socio-laboral, la atención a familiares y la desinformación.

Mediante los estudios realizados por SESCAM (2012), a través del Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla-La Mancha (PAISM), se ha observado que en lo que hace referencia a la inserción socio-laboral, objeto de estudio de este proyecto, dichas necesidades giran en torno a:

- Mas oportunidades de inserción socio-laboral.
- Mayores facilidades de acceso a vivienda, FP y mercado laboral.
- Potenciar empresas de Empleo protegido, cooperativas y empleo normalizado.
- Estrategias para eliminar la discriminación.
- Incremento de protección de los derechos de los usuarios de salud mental.
- Mas viviendas tuteladas
- Apoyo para incrementar las relaciones sociales y disminuir la dependencia familiar.
- Mas actividades lúdicas y deportivas.

También es importante contemplar las 5 áreas existentes de evaluación del trastorno mental grave, de acuerdo con el PAISM (2012):

- Evaluación clínica (información de carácter general y valoración clínica, funcionamiento cognitivo, tratamiento y conciencia de enfermedad).
- Evaluación social (red de apoyo social, red familiar y situación social).
- Evaluación funcional (AVD básicas y AVD complejas o instrumentales).
- Afrontamiento social y personal.
- Evaluación ocupacional y laboral.

Otro componente a tener en cuenta, haciendo referencia a la revista de la asociación española de neuropsiquiatría (2004); existen varios programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos.

Algunos autores definen dicho seguimiento como:

"Intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social". (Hernández, 2000).

El acompañamiento es fundamental a la hora de una completa integración social del usuario, pero hay que permitirle que sea él mismo quien intente superar las barreras que se le presentan en la vida, manteniendo cierta distancia que le permita ir mejorando en su toma de decisiones y afrontar dichas dificultades personalmente, haciéndose responsable de sus propios actos.

Alonso (2004) clasifica en seis los modelos de programas de seguimiento y cuidado de enfermos mentales graves y crónicos, los cuales es importante conocer para tener una visión más completa y global de las distintas formas de llevar a cabo dicho seguimiento:

- Modelo de agencia de servicios: consistía en asegurar que los usuarios podían acceder a recursos y tratamientos adecuados, y de que estos a su vez tuvieran cierta continuidad de cuidados una vez eran dados de alta en el hospital (Mueser, 1998). Garantizar la continuidad asistencial es una de las premisas de la calidad asistencial del ámbito sanitario.
- Modelo clínico: considera necesaria la formación y experiencia clínica para ser capaces de generar una relación terapéutica con los usuarios. La formación continuada del personal de los servicios sanitarios son criterios de calidad consolidados a nivel internacional para fomentar la equidad en los sistemas sanitarios.
- Modelo intensivo: se centra en necesidades más complejas que los dos modelos anteriores no pueden focalizar.
- Modelo de tratamiento asertivo comunitario: el vínculo del usuario con el programa se basa en múltiples lazos con distintos miembros del equipo multidisciplinar. Al ser multidisciplinar, sus funciones y responsabilidades son compartidas entre los distintos profesionales en muchas situaciones para una correcta gestión y vinculación del usuario con el programa.
- Modelo de competencias: interpreta que los usuarios con trastorno mental grave tienen competencias con las que pueden aprender, crecer y cambiar. No debemos de olvidarnos que las personas son las mejores conocedoras de su propia enfermedad ya que son quienes conviven con ella a diario y ven reflejados los prodromos en su propia piel.

- Modelo rehabilitador: Mueser (1998) explica que se caracteriza por poner énfasis en el entrenamiento en habilidades instrumentales y sociales necesarias para la vida autónoma en la comunidad.

Integración laboral para personas con TMG, el trabajo como factor determinante para la recuperación.

El objetivo del centro de inserción laboral de la Fundación rey ardid es permitir que los usuarios de salud mental alcancen competencias y habilidades laborales que combinadas con otras sociales permitan que sean capaces de conseguir un trabajo y mantenerlo independientemente de las patologías que sufran.

Un gran número autores coinciden en que el trabajo es un elemento de gran valor social que configura la vida de las personas (Castel, 1997) y es beneficioso para el usuario por diversos aspectos:

- Ayuda en la organización del tiempo vital.
- Fomenta determinados hábitos de conducta.
- Dota de identidad e integra personas en un grupo social determinado.
- Facilita el desarrollo de relaciones y redes sociales (Subirats, 2004).
- Favorece la autosuficiencia económica y la independencia social.
- Mejora la satisfacción personal.
- Mejora calidad de vida.
- Mejora la autonomía.

El trabajo incide de manera directa en la inclusión y recuperación de los usuarios. Por ejemplo, esto se vería respaldado en la guía para la integración laboral de personas con trastorno mental que afirma lo siguiente:

“El trabajo es un mecanismo de inclusión, ya que facilita el desarrollo de las relaciones y redes sociales, así como la participación en muchos otros aspectos que involucran el ejercicio de derechos de ciudadanía” (Hilarión, 2012).

A su vez, el trabajo beneficia y coopera en el empoderamiento del usuario, permitiendo que sean ellos mismos los que luchan por sus derechos, como puede ser el derecho al trabajo, el derecho a la participación y elaboración de políticas y el derecho a condiciones laborales justas y favorables.

“Las personas con trastorno mental pueden trabajar y esto además es beneficioso para su salud mental y favorece su empoderamiento” (Grove, 2005).

En lo que refiere a la inserción laboral como precursora de la inclusión social, autores como Hilarión (2012) hacen referencia a que el trabajo es un derecho universal pero no todo el mundo tiene las mismas oportunidades ya que existen barreras que pueden generar vulnerabilidad y exclusión social.

Subirats (2004) explica que estas barreras funcionan como ejes de la desigualdad social; factores que inciden en la inserción laboral, como, por ejemplo:

- El género: *“generador de inequidades sociales en relación con la participación diferenciada de hombres y mujeres en el mercado laboral”* (Torns, 2007).
 - o Características (Hilarión, 2012):
 - Alta tasa de inactividad por dedicarse a labores domésticas y familiares.
 - Mayor índice de desempleo.
 - Trabajos temporales e inestables.

- Segregación vertical.
 - Discriminación directa e indirecta.
 - Desigualdad retributiva.
 - Acoso sexual en el trabajo.
- La diversidad cultural: *“Cada grupo cultural presenta características específicas en cuanto a códigos de comportamiento social y actitudes frente a las personas y tareas”* (Hilarión, 2012). Esto implica barreras a superar en relación a la discriminación social.

En ocasiones, el proceso migratorio puede ocasionar problemas de salud mental; *“este fenómeno se caracteriza por situaciones conflictivas y de crisis psicosociales que se asemejan a un proceso de duelo”*. (Beirutí, 2003).

- La edad: Hilarión (2012), haciendo referencia a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, explica que las personas jóvenes y los mayores de 45 años tienen los índices de desempleo más elevados.
Este tipo de desempleo, por razón de la edad, *“parece tener un impacto directo sobre la salud mental de las personas”* (Artazcoz, 2004).
- La salud: *“las situaciones de enfermedad mental o discapacidad también tienen una alta relevancia en relación con la vulnerabilidad y la exclusión social en el sentido de limitar la autonomía individual de las personas que las padecen”* (Subirats, 2004).

A estos factores, se les suman otros como el estigma social que hay hacia los distintos tipos de trastorno mental y que repercute directamente sobre la inserción sociolaboral de estos perfiles.

“La discriminación y el estigma de personas con trastorno mental obstaculizan el desarrollo de un proyecto vital de plena autonomía y en igualdad de oportunidades con el resto de la sociedad” (Hilarión, 2012)

Esta autora, a su vez, nos hace reflexionar y pone énfasis en que estos factores fomentan la discriminación, aislamiento y la pobreza para este colectivo.

Por todo esto, como he explicado con anterioridad, algunas de las áreas vitales están directamente relacionadas con el trabajo, y a su vez, el trabajo puede llevar a la mejora de otras áreas vitales como puede ser el área social y de ocupación de tiempo libre. De esta manera, el trabajo es un factor determinante a la hora de la recuperación de los usuarios. Incluso, me atrevería a decir que el trabajo afecta de manera sistémica en el resto de áreas vitales del individuo, mejorando cada una de estas.

Papel e importancia de los Centros de Inserción Laboral en personas con TMG.

Domene (2015), afirma que los centros de inserción laboral contribuyen en el usuario *“tratando de maximizar la independencia del individuo, de manera que puedan aprovechar su capacidad, rehabilitar sus disfunciones, compensando sus ocupaciones y adaptando su entorno para intentar la mayor autonomía posible”*.

Para acceder a dichos centros de inserción tanto laboral como psicosocial, los usuarios deben de cumplir unos requisitos (Domene, 2015):

- Presentar una enfermedad mental grave o con deterioro en su función psicosocial.
- Estar siendo atendido por la Unidad de Salud Mental de referencia.
- Tener entre 18-65 años.
- Vivir dentro del territorio delimitado del área de salud.
- Situación fisiopatológica estabilizada.
- Ausencia de conductas peligrosas.
- No presentar procesos orgánicos cerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.

La dificultad para acceder al mundo laboral y de mantener un empleo de las personas con trastorno mental grave hace que el papel de los Centros de Inserción Laboral sea crucial para muchas personas con el perfil mencionado, ya que en estos lugares pueden pulir tanto sus destrezas laborales como sociales de cara a una plena integración social.

Algunos de estos aspectos a mejorar tienen que ver con sus actitudes, producción, aprendizaje y adaptación, habilidades comunicativas y sociales y, por último, de higiene y seguridad.

En lo que hace referencia a las **actitudes** de los usuarios, aspectos a mejorar son aquellos como: trabajar de una manera constante en una misma tarea, mantener ordenado el lugar de trabajo, mostrar interés por aprender tareas nuevas, encargarse de nuevas tareas una vez finalizadas las encargadas, faltar al trabajo solo por causa justificada, llegar puntualmente al trabajo, acudir directamente a su sitio de trabajo al llegar, reincorporarse puntualmente al trabajo después de los descansos o bajas, etc.

En cuanto a la **producción** pueden ser algunos como: terminar los trabajos según las órdenes recibidas, aceptar las instrucciones del jefe para mejorar el trabajo, supervisar por uno mismo la calidad del trabajo realizado, realizar el trabajo sin necesidad de control y aumentar el ritmo de trabajo, con la práctica.

Entre otros, en lo que respecta al **aprendizaje y la adaptación** del usuario podemos destacar: asimilar una tarea en poco tiempo, asimilar las instrucciones de las tareas con varias etapas, aprender a realizar una tarea sin correcciones del superior, preguntar lo que no se comprende, continuar con el trabajo a pesar del ruido en el espacio de trabajo, recordar una tarea del trabajo después de un tiempo sin hacerla, ser capaz de aplicar los conocimientos adquiridos en nuevas situaciones, adaptarse a los cambios rutinarios en el trabajo y ser capaz de razonar las tareas aprendidas.

Algunas de las **habilidades comunicativas y sociales** en las que se trabaja son la escucha activa, la aceptación de críticas, la asertividad y la empatía.

Por último, los aspectos en relación con la **higiene y la seguridad** del usuario trabajados son algunos como seguir las normas de seguridad, anticiparse a los momentos de riesgo, llevar ropa adecuada al trabajo que se realiza y tener un aseo corporal adecuado.

Además, algunas de las áreas de intervención que se trabajan en los centros de inserción psicosocial y laboral, como nos explica Domene (2015) pueden ser:

- Rehabilitación psicosocial: autocuidados, AVD, psicomotricidad, psicoeducación, autocontrol y afrontamiento del estrés, habilidades sociales, integración comunitaria, apoyo a la integración.
- Rehabilitación laboral: evaluación funcional vocacional-laboral, orientación vocacional, entrenamiento en hábitos prelaborales, apoyo a la formación ocupacional profesional, habilidades de búsqueda de empleo, apoyo a la búsqueda activa de empleo.
- Actividades de apoyo y soporte social.
- Seguimiento y apoyo comunitario.
- Apoyo a las familias.
- Contacto y coordinación con el entorno social y laboral.
- Coordinación y apoyo a otros recursos.

Una de las formas más eficaces a la hora de seguir un proceso de rehabilitación con el usuario y llegar a una completa recuperación, es mediante la elaboración de un PIR o Plan Individualizado de Rehabilitación.

Con esto, se pretende establecer unos objetivos para que tanto los distintos profesionales del equipo multidisciplinar como el usuario sean capaces de tener un enfoque más claro sobre los puntos que hay que intervenir e incidir.

Diversos autores coinciden en cuales son los aspectos principales cuando se trata de la elaboración de un PIR y lo definen como:

“Una programación metódica del trabajo, centrada básicamente en la ordenación reglada de objetivos a conseguir, formatos desde los que intervenir y estrategias psicosociales de intervención que permitan alcanzar los objetivos planteados”. (Fernández, 2009).

Fernández (2009), enumera algunas de las características básicas a las que debe atender un PIR siguiendo la guía de Evaluación en rehabilitación psicosocial:

- Ha de fundamentarse en la evaluación.
- Ha de ser sistemático.
- Ha de organizarse de modo secuencial.
- Ha de ser individualizado.
- Ha de ser dinámico y flexible.
- Ha de estar contextualizado.
- Ha de ser consensuado.

- Ha de estar abierto a objetivos y sugerencias del usuario y la familia.

Mediante el uso de esta herramienta, se pueden focalizar los esfuerzos, en intentar mejorar tanto la demanda manifiesta como la demanda latente del usuario, y a su vez, se puede llevar un seguimiento de los objetivos más exhaustivo, de forma que tanto el usuario como el profesional, conozcan las cualidades y necesidades del usuario de forma óptima.

En los talleres ocupacionales, a través del equipo multidisciplinar, pueden ir motivando e incentivando al usuario a que mejore, poco a poco, en pulir aquellos aspectos que se hayan determinado previamente o incluso que se vaya identificando en el usuario al ver cómo se comporta en distintas áreas o ámbitos del taller, tanto a lo que refiere a sus habilidades laborales como psicosociales.

Transición del concepto de rehabilitación al modelo de recuperación (rehabilitación Psicosocial)

Con el paso de los años, se ha intentado dar un enfoque en positivo a la rehabilitación de los usuarios, aislándose cada vez más de la terminología en negativo que se utilizaba en distintos periodos para hacer referencia a la rehabilitación y evolucionando o transformando algunos de los aspectos para focalizarse en la recuperación.

Haciendo referencia al documento de la Fundación INTRAS llamado “del concepto de rehabilitación al modelo de recuperación” habría que realizar una previa diferenciación entre el concepto de rehabilitación y el de recuperación; la rehabilitación psicosocial se define como:

“Conjunto de estrategias no farmacológicas dirigidas a que las personas con TMG, adquieran o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma acompañado con un descenso de la intensidad de los síntomas” (Mueser y cols., 2001).

En resumidas cuentas, *“Se trata en definitiva de que el paciente tenga control sobre su vida a través de mejorar las capacidades de las personas y del entorno en el que vive” (Anthony y Liberman, 1986).*

En la rehabilitación psicosocial las variables que afectan a la recuperación de los usuarios van más allá del diagnóstico, la gravedad de los síntomas y la adherencia al fármaco (Navarro, 2009).

Atendiendo a la guía de Evaluación en rehabilitación psicosocial, Fernández (2009) diferencia 6 áreas vitales que hay que tener en cuenta si se busca la rehabilitación psicosocial completa del individuo:

- Área de autonomía económica.
- Área social y de ocupación del tiempo libre.
- Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.
- Área de autonomía doméstica.
- Área de autonomía en el entorno comunitario.
- Área de salud.

Hilarion (2012), en la “Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental”, identifica una serie de barreras contextuales que sumadas a unos factores personales también influyen en la rehabilitación psicosocial como pueden ser:

- Oportunidades presentadas.
- Idoneidad de las ayudas disponibles.
- Estigma.
- Accesibilidad y calidad de tratamientos.
- Pertenencia a determinados grupos sociales.
- Cultura y estilo de vida condicionado por el entorno.
- Factores políticos, legislativos, demográficos, geográficos y naturales.

Algunos de los factores personales que Hilarion (2012) menciona son el género y la edad, las circunstancias de salud o existencia de otras enfermedades, el estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad, la situación social, educación, profesión y experiencias pasadas.

En el proceso de rehabilitación se pueden diferenciar 3 fases como indica Gil (2020) en sus estudios:

- Evaluación: recogida y análisis de datos para la realización del PIR.
- Planificación: cada persona ha de tener su plan concreto con objetivos individuales.
- Intervención: desarrollo de las habilidades personales del usuario y posteriormente seguimiento de los objetivos.

Por otro lado, la recuperación es entendida como:

“proceso o viaje hacia un nuevo y valorado sentido de identidad, de rol, y de propósito fuera de los parámetros de la enfermedad mental y al margen de las limitaciones resultado de la enfermedad, sus tratamientos y las condiciones personales y ambientales” (Gil, 2020).

El IMSERSO (2007), plantea el objetivo de la rehabilitación psicosocial como la recuperación de un proyecto de vida una vez que han aparecido las consecuencias de la enfermedad.

Podemos resaltar cuatro componentes en el proceso de la recuperación (Andresen y cols, 2003):

1. Encontrar esperanza y mantenerla.
2. Re-establecimiento de una identidad positiva.
3. Construir una vida con sentido.
4. Asumir responsabilidad y control.

Además, tal y como encontramos en los textos de Andresen (2006), se han establecido cinco etapas en el proceso de recuperación:

1. Moratoria: periodo de sensación de pérdida y falta de esperanza.
2. Concienciación: “todo no está perdido”.
3. Preparación: fortalezas y debilidades.
4. Reconstrucción: fijar metas, asumir el pleno control de la propia vida.
5. Crecimiento: autogestión de la enfermedad, fuerza moral y sentido positivo.

Volviendo a hacer referencia a la Fundación INTRAS, Gil (2020), nos da a conocer los distintos programas de intervención que se llevan a cabo en rehabilitación psicosocial: programa de actividades de la vida diaria (AVD), programa de rehabilitación de funciones cognitivas, programa de habilidades sociales, programa de autocontrol emocional, programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad, programa de psicomotricidad, programa de asesoramiento y apoyo familiar, programa de ocio y tiempo libre, programa de integración comunitaria y programa de rehabilitación laboral.

Mediante el uso de estos programas, se busca, crear en el usuario, una serie de habilidades que en algunas ocasiones se habían desaprendido y en otras se tienen que aprender, para que sea él mismo quien asuma la responsabilidad y control sobre su vida, de la forma más efectiva posible, al margen de las limitaciones fruto de la enfermedad.

LEGISLACION.

Es importante conocer algunas de las principales leyes y con más relevancia en lo relativo a la salud mental por lo que me dispongo a hacer una breve referenciación de estas.

Ley General de Sanidad.

En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad se establece la creación de un Sistema Nacional de Salud con el fin de poder hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, Título Preliminar, Capítulo I.

En el Capítulo I del Título I, de los principios generales, cabe destacar que se pretende extender la asistencia sanitaria para toda la población, facilitando el acceso y prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, intentando superar los desequilibrios territoriales y sociales guiándose con el principio de igualdad, donde las diferencias físicas o estereotípicas no produzcan discriminación en las actuaciones sanitarias.

Con su Capítulo III del Título I, dedicado a la salud mental, tema que nos ocupa, se plantea la integración de las actuaciones relativas a la salud mental en un sistema sanitario general, así como la total equiparación del enfermo mental a las demás personas y la reducción de la necesidad de hospitalización. A su vez, la atención a la salud mental del usuario se realizará en el ámbito comunitario, considerando especialmente el ámbito de la psiquiatría infantil y psicogeriatría. La hospitalización se llevará a cabo en unidades psiquiátricas de los hospitales generales. En lo referente a la atención integral del usuario, se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social.

Por último, los aspectos de prevención primaria y los problemas psicosociales que participen en la pérdida de salud en general, serán cubiertos por los servicios de salud mental, por la atención psiquiátrica del sistema sanitario general y por los servicios sociales, Capítulo III.

Plan de Salud Mental de Aragón.

El Plan de Salud Mental de Aragón, del 2017-2021, surge ante la necesidad de invertir en recursos de prevención, promoción y asistencia a la salud mental, que mejoren y actualicen la oferta existente de servicios y programas. Podemos encontrar proyectos, nuevas propuestas y acciones que se consideran necesarias.

En el año 2002, se elaboró el Plan de Salud Mental para el periodo 2002-2010 para asentar las bases de la atención a la salud mental en Aragón y evolucionar hacia un modelo de atención comunitaria.

Algunas de las líneas estratégicas que se desarrollan en el Plan de Salud Mental de Aragón (2017-2021) son:

- Línea estratégica 1: actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención de la salud mental.
- Línea estratégica 2: Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria.
- Línea estratégica 3: Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la autonomía y los derechos del paciente.

- Línea estratégica 4: Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un sistema de información fiable y útil.
- Línea estratégica 5: facilitar un entorno que favorezca el desarrollo; autonomía y responsabilidad de los profesionales.

Ley de Salud de Aragón.

Mediante la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, se establece como objeto la regulación de las actuaciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43.

En su Art. 53 de la atención a la salud mental, se considera que la atención a los problemas de salud mental se realizara en el ámbito de la comunidad, potenciando recursos asistenciales, los sistemas de hospitalización y la atención a domicilio, para reducir al máximo la hospitalización.

También hace referencia a que las hospitalizaciones psiquiátricas se realizaran en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, art. 53, y que se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social para darle una atención integral al usuario de salud mental, mediante la coordinación de los servicios sociales y sociosanitarios.

Constitución Española.

En el Capítulo III, del título I, de los principios rectores de la política social y económica, podemos encontrar algunos derechos fundamentales que hacen referencia al sector de la salud mental;

En el Art. 43, de protección a la salud, se reconoce el derecho a la protección de la salud, y a su vez se indica que los poderes públicos serán quienes organicen y tutelen la salud publica mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios.

“los poderes públicos realizaran una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestaran la atención especializada que requieran y los ampararan especialmente para el disfrute de los derechos otorgados a todos los ciudadanos” (Art. 49).

Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

En 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, encontramos en su Capítulo II, Derecho a la protección de la salud, que *“las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva” (Art. 10).*

Integración laboral para personas con discapacidad.

La Ley de integración social de personas con discapacidad, ley 13/1982, 7 de abril, regula la obligación de las empresas con 50 o más trabajadores de reservar el 2% de su plantilla para personas con discapacidad.

El art. 3, apartado 1, establece el derecho a la integración laboral de las personas con discapacidad.

En el art. 37, título VII, se fija como objetivo principal de la política de empleo de trabajadores y trabajadoras con discapacidad funcional su integración en el sistema ordinario de trabajo o su inserción al mercado laboral mediante el trabajo protegido.

CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO Y NORMATIVO.

En lo relativo al contexto social, la salud es un bien social, por lo que podríamos considerar la salud mental como un problema del estado. Mediante la intervención social con individuos, somos capaces de crear intervenciones orientadas a la atención, prevención, seguimiento y coordinación del usuario y del núcleo familiar.

Algunos de los aspectos tratados mediante la intervención social son la valoración social de la persona usuaria de salud mental, la información y asesoramiento sobre la enfermedad mental a nivel individual y familiar, informar sobre derechos y deberes de los usuarios, valorar la demanda manifiesta y latente y elaboración de un diagnóstico social.

Para llevar esto a cabo hace falta que diseñemos un plan de intervención social y posteriormente lo desarrollemos.

Asesorar, orientar y reforzar las capacidades personales también está entre uno de los objetivos de la intervención social.

No solo se abordan los problemas mediante la intervención social con los individuos, además, nos apoyamos mediante la intervención familiar, las familias tienen necesidades específicas, requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y tratamiento para poder colaborar con la recuperación del usuario.

Algunas de estas necesidades comunes para este colectivo son algunas como; la necesidad de encontrar empleo, la vivienda, las relaciones sociales, las barreras propias de los usuarios y las barreras estructurales.

Ante la necesidad de encontrar empleo, los usuarios de salud mental entran en una especie de dilema donde surgen choques de intereses para ellos. Por un lado, la necesidad de encontrar un empleo que les permita tener una economía estable se enfrentaba a el factor de dejar de cobrar la prestación que les corresponde; podría decirse que las personas que cobran algún tipo de pensión o prestación tienen menos probabilidad de incorporarse a un empleo ordinario. Para las personas de este perfil es complicado dar el paso y arriesgarse a entrar al mundo laboral ordinario.

El miedo y la falta de información o alternativas no favorece a los usuarios a la hora de alcanzar su objetivo o fin último del Centro de Inserción Laboral.

Encontrar una vivienda e independizarse en un futuro es también una de las necesidades de los usuarios de salud mental. El problema que se les presenta a los usuarios gira en torno al factor de la vinculación con su familia. Si bien es cierto que les gustaría en un futuro poder tener su propia vivienda, priorizan aspectos como cuidar de sus familiares.

También, como he mencionado con anterioridad, se les presentan una serie de barreras estructurales como puede ser el bajo número de plazas destinadas a personas con discapacidad en las empresas ordinarias y distintos puestos de trabajo. Este factor estructural no favorece a los usuarios de salud mental ya que es sumar más barreras, aparte de las propias de cada persona a la hora de encontrar un trabajo que les guste o donde se sientan cómodos realizándolo.

PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD DE REFERENCIA EN LA INVESTIGACIÓN.

Voy a hacer una breve introducción de la Fundación Ramón Rey Ardid y de 3 de sus recursos en la provincia de Zaragoza.

FUNDACION RAMON REY ARDID.

Ámbitos de actuación:

- Salud mental.
- Mayores.
- Menores.
- Formación.
- Integración y empleo.
- Empresas sociales.

Objetivos:

- Favorecer la rehabilitación y la reinserción sociolaboral de las personas con discapacidad.
- Aprovechar las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías (I+D+i) para acercar a los servicios al entorno de las personas.
- Formación a nivel de competencias profesionales.
- Evaluar el impacto social de las iniciativas y proyectos sociales.
- Promoción de la autonomía personas y la igualdad de oportunidades en la participación social y el ejercicio de la ciudadanía.
- Nuevas tecnologías avanzadas y adaptadas a los procedimientos de gestión para mejorar la eficiencia y sostenibilidad de los proyectos.

Misión:

Desarrollar actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables.

Promover de la autonomía personal de los usuarios.

Gestión eficiente de los recursos disponibles, situando a la persona en el centro de todas sus actuaciones.

Visión:

Ser referente en diseño y prestación de programas y servicios innovadores y favorecer la inclusión de personas vulnerables.

Recursos:

- **Centro de inserción laboral.**
 - o Objetivo: explorar nuevos nichos de mercado y crear oportunidades laborales para personas en riesgo de exclusión.
 - o Funcionamiento: 3 tipos de derivaciones; por parte del Salud, del IASS y derivación privada.

- Acogida, explicación del funcionamiento del centro y de sus instalaciones, trabajo en el centro, ingreso en una empresa como fin último una vez el usuario se encuentra preparado para ello.
 - Actividades: lavandería industrial, call center, arte floral, manipulados industriales y formación mediante el centro de inserción laboral.
 - Recursos profesionales: monitor y responsable de taller, trabajadora social y director.
 - Modelo teórico: modelo conductual, cognitivo y centrado en la tarea.
- **Centro de rehabilitación y apoyo psicosocial (CRAP)**
 - Centro de día para personas con Trastorno mental grave. Autonomía personal de las ABVD.
 - Objetivo: rehabilitación.
 - Servicios: tratamiento psicoterapéutico, rehabilitación psicosocial, formación, actividades de ocio y tiempo libre, atención a familias, sensibilización, psicoeducación y acompañamiento.
 - Funcionamiento: derivación psiquiátrica, acogida, valoración y evaluación, realización de un PIR e ingreso en el CRAP.
 - Actividades: en función de cada área (TS: el VAR, GAM, Zaragozeando, Rol y Agenda de empleo).
 - Recursos profesionales: 3 psicólogos, 2 trabajadores sociales, 2 trabajadores ocupacionales, 3 monitores, 2 enfermeros, 1 administrativo y dirección.
 - Modelo teórico: sistémico, intervenciones a nivel individual y familiar.
- **Equipo de apoyo social comunitario (EASC)**
 - Objetivo: terapéutico con el usuario.
 - Funcionamiento: acogida, vinculación, evaluación, intervención seguimiento y alta.
 - Vínculo, tarea como herramienta.
 - Recursos profesionales: psicóloga, trabajadora social, educadora y monitora.
 - Modelo teórico: modelo psicoanalítico.

RECURSOS SOCIALES EXISTENTES RELACIONADOS CON LA REALIDAD SOCIAL INVESTIGADA.

En este apartado voy a nombrar los distintos recursos de salud mental de la provincia de Zaragoza.

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS.

- USM ACTUR SUR.
- USM REBOLERÍA.
- USM CASABLANCA.
- USM SAGASTA-RUISEÑORES.
- USM LAS FUENTES.
- USM SAN JOSE.
- USM TORRERO - LA PAZ.
- USM HOSPITAL CLINICO.
- USM DELICIAS.
- USM CINCO VILLAS.
- USM TARAGOZA.
- USM CALATAYUD.

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL.

- USMIJ ACTUR OESTE.
- USMIJ HOSPITAL INFANTIL.
- USMIJ SAGASTA.
- USMIJ HOSPITAL CLINICO.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA Y URGENCIAS HOSPITALARIAS.

- UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA.
- UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
- UCE HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA INFANTOJUVENIL.

- UCEIJ HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ.

UNIDAD ESPECIFICA INFANTOJUVENIL TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

- UTCA IJ HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ.

CENTRO DE DIA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL.

- CD INFANTOJUVENIL “MOVERA”.

UNIDAD DE PSICOSOMÁTICA.

- UP HOSPITAL ROYO VILLANOVA.
- UP HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
- UP HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION ESPECIFICA TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

- UTCA HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA.
- UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA.

HOSPITAL DE DIA.

- HD HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
- HD HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDIA ESTANCIA.

- UME FUNDACION REY ARDID.
- UME CRP NTRA. SRA. DEL PILAR.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE LARGA ESTANCIA.

- ULE CRP NTRA. SRA. DEL PILAR.
- ULE EJEÁ SOCIEDAD COOPERATIVA.
- ULE NEUROPSIQUIATRICO NTRA. SRA. DEL CARMEN.

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSICOGERIATRIA.

- PG CRP NTRA. SRA. DEL PILAR.

UNIDAD DE ATENCION Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES.

- UASA “RAMON Y CAJAL”.
- UASA CRUZ ROJA.
- UASA FUNDACION CENTRO DE SOLIDARIDAD.
- UASA CINCO VILLAS.
- UASA TARAZONA.

CENTRO DE DIA.

- CD “PROFESOR RAMON REY ARDID”.

- CD "TORRERO"- ADUNARE.
- CD "SAN CARLOS"- CARITAS.
- CD ASAPME ZARAGOZA.
- CD "ROMAREDA".
- CD EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA.
- CD MONCAYO.
- CD EL ENCUENTRO. FUND. LA CARIDAD.
- CD FUNDACION REY ARDID CALATAYUD.

CENTRO DE INSERCIÓN LABORAL.

- CIL FUNDACION REY ARDID ZARAGOZA.
- CIL ADUNARE TORRERO.
- CIL ASAPME ZARAGOZA.
- CIL EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA.
- CIL APIP- ACAN EL PILAR.

EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIA.

- EASC REY ARDID.
- EASC PUNTO DE APOYO Y REHABILITACION PSICOSOCIAL.
- EASC 2 AVIA.
- EASC EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA.

PISOS SUPERVISADOS.

- PISOS FUNDACION "PROFESOR REY ARDID".
- PISOS 2AVIA.
- PISOS EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA.
- PISOS EL ENCUENTRO - FUNDACION LA CARIDAD.

COMUNIDAD TERAPEUTICA PARA DESHABITUACION DE ADICCIONES.

- COMUNIDAD TERAPÉUTICA PROYECTO HOMBRE.

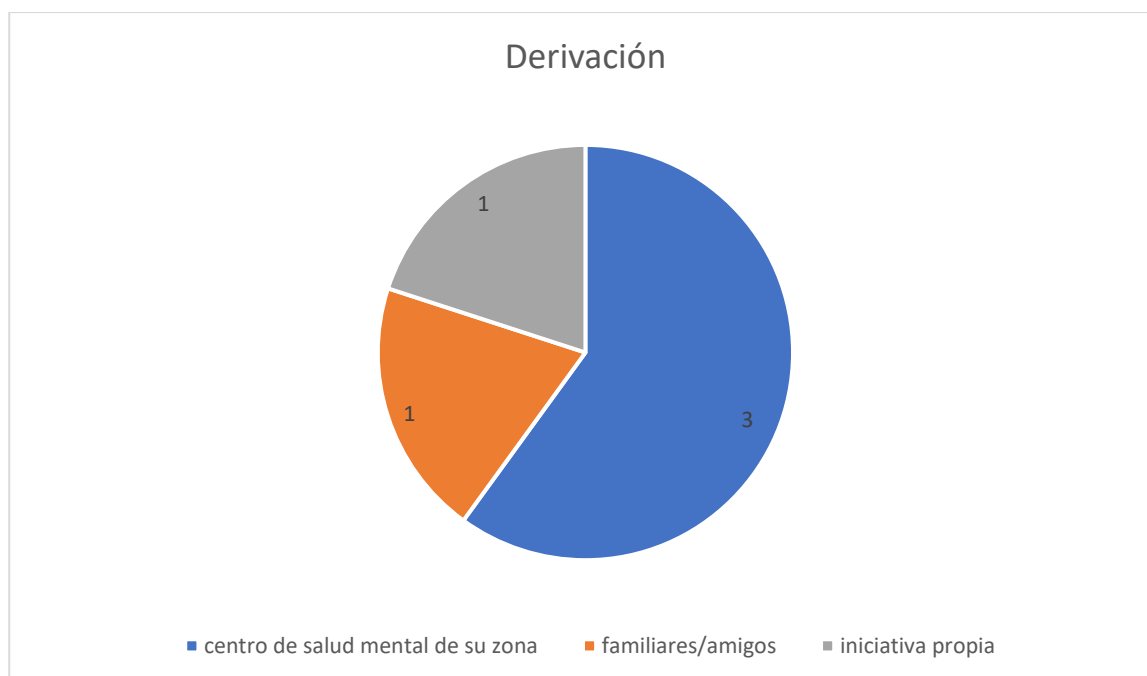
PRESENTACIÓN DE DATOS: SU ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En cuanto a la procedencia de los usuarios sobre los que se ha realizado la investigación, tres de ellos han sido derivados al centro de inserción laboral a través del centro de salud mental de su zona, uno acudió gracias a familiares y amigos, y otro por iniciativa propia.

Uno de los usuarios me explica que un familiar le recomendó que acudiese a la Fundación Rey Ardid a hacerse unas pruebas para ver si le podían ayudar con su situación de buscar un empleo.

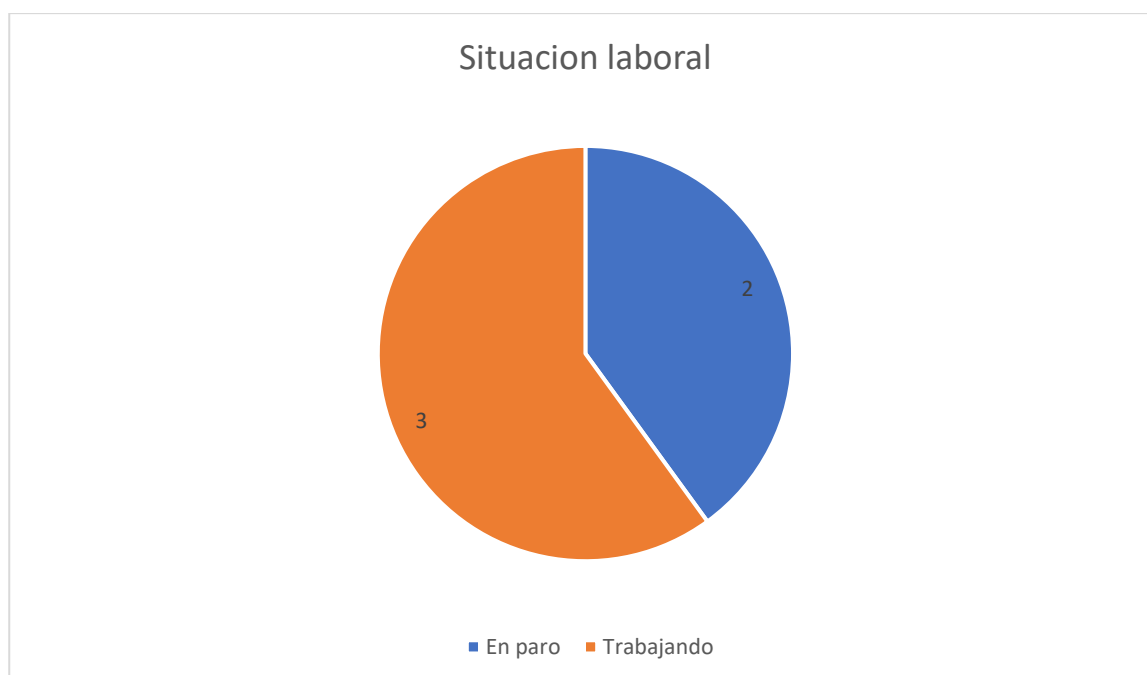
“mi tío me propuso venir aquí a que me realizaran unas pruebas y después de las pruebas me dejaron que viniese aquí para poder aprender distintos trabajos”. (E4)



SITUACIÓN LABORAL.

En lo que hace referencia a la situación laboral de los usuarios, dos de ellos se encuentran en paro, acuden al centro de inserción laboral para poder seguir aprendiendo los procesos que se realizan en los distintos puestos de trabajo de la cadena de montaje y mejorar sus habilidades, tanto laborales como sociales, para cuando tengan la oportunidad de acceder a un empleo ordinario y siempre con una gran ilusión por poder cotizar algún día.

Por otro lado, tres de los usuarios entrevistados, han conseguido acceder a empleo protegido, realizando trabajos como limpiadora del centro de inserción laboral, trabajos de jardinería e incluso usuarios que trabajan en el mismo centro especial de empleo porque se les ha presentado la oportunidad de acceder a un contrato por su evolución y mejora continuada en el CIL.



El tipo de prestaciones que cobran es de distintos tipos, dos de las familias de los usuarios cobran una prestación por hijo a cargo y tres una pensión no contributiva, todos tienen reconocida una discapacidad superior al 65%.



Los usuarios entrevistados que se encuentran trabajando no buscan empleo de forma continuada pero no descartan que cuando se les acabe el contrato vuelvan a la búsqueda de empleo porque el trabajo, consideran, que les da mucha libertad.

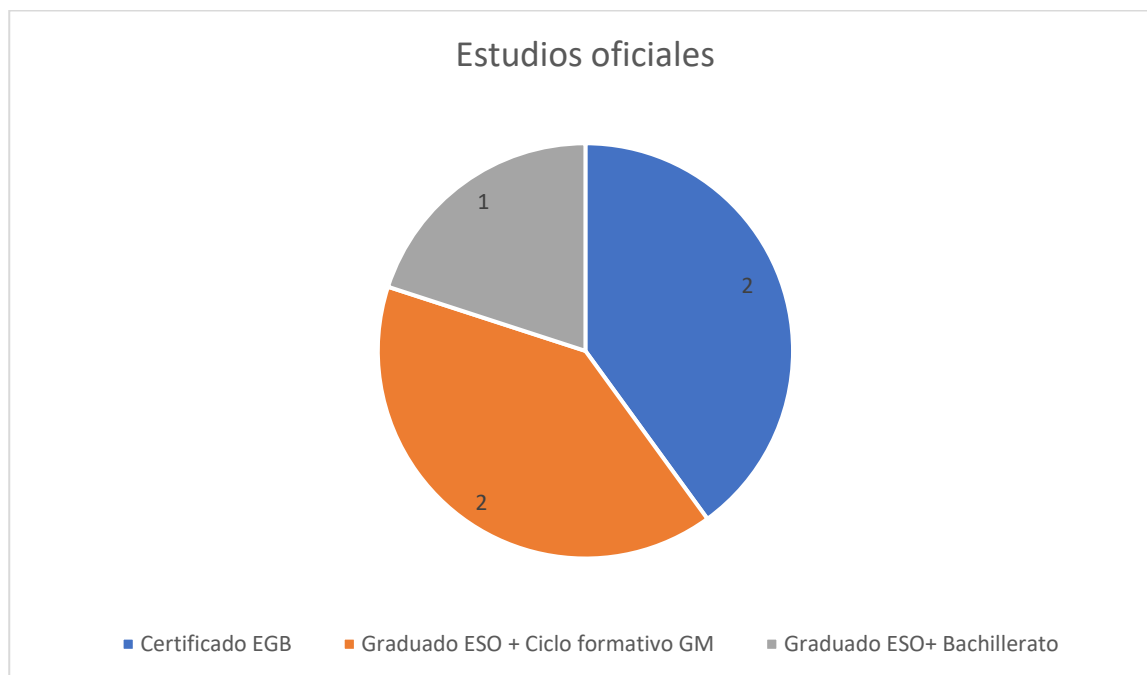
“no busco trabajo porque ahora mismo me encuentro trabajando”. (E3)

En cuanto a los que se encuentran buscando trabajo, afirman que llevan varios años esperando a que salga algo que pueda adaptarse a sus capacidades. Aunque también, uno de ellos ha desarrollado su propio plan de búsqueda de trabajo, el cual le pueda abrir más puertas de cara al futuro.

“estudio una oposición porque es la mejor forma de acceder a un trabajo, ahora mismo estoy ahorrando para poder realizar mis viajes cuando se pueda y comprarme algún capricho. Aunque esté trabajando en la Fundación, pienso que el trabajo en la administración es una categoría superior, no quiero estar siempre con las chapas, las traspaletas, llevando pales... este trabajo es como una ayuda, pero quiero ser administrativo de la DGA u oficial de museos”. (E2)

FORMACION.

De los perfiles entrevistados, todos ellos terminaron la ESO o la EGB y uno de ellos, incluso, terminó el bachillerato y realizó estudios complementarios, posteriormente, como ciclos formativos de grado medio y grado superior en distintas áreas.



También han realizado y terminado distintos cursos de formación en áreas como la limpieza de superficies y mobiliario, jardinería, campo, enfermería, celador, unidad de cuidados intensivos, talleres en Guillen de Castro, en rey ardid y en empresas como LOGISIT y FORTEC.

Todos ellos, a su vez, estarían interesados en poder realizar algún tipo de formación que les ayude a encontrar trabajo más fácilmente o incluso a ampliar sus conocimientos.

Los cursos mencionados han sido: aprender a utilizar distinta maquinaria y herramientas de jardinería, la desbrozadora, el cortacésped, prácticas en lavandería, formación informática, sanitario, algo relacionado con el deporte y saber más cosas en general.

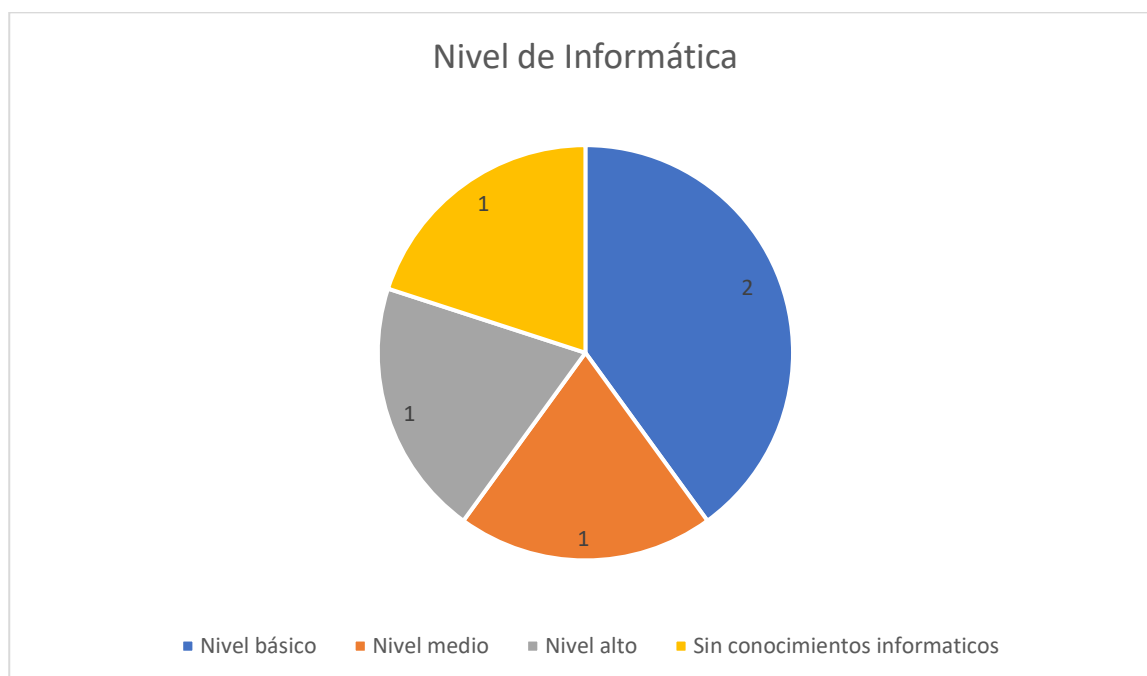
En lo que hace referencia al manejo de idiomas, los cinco usuarios hablan, entienden, leen y escriben el castellano y además 1 de ellos ha intentado aprender inglés porque dicen que para conseguir empleo en muchos sitios lo piden.

“ahora en muchos trabajos piden que tengas nociones mínimas de inglés”. (E5)

Además, otro de los usuarios ha intentado aprender alemán e italiano de forma autodidacta ya que les gustaría mucho poderse ir a trabajar a Alemania o Italia.

En cuanto al nivel de informática, dos de los usuarios tienen un nivel básico, chatean, usan internet y disponen de nociones mínimas de ordenador al haber realizado cursos de informática básica y cursos de internet para la búsqueda de empleo.

También encontramos a un usuario con nivel medio, con conocimiento de programas de office, otro usuario que no dispone ni de móvil ni de conexión a internet en su domicilio por lo que prácticamente nunca ha usado un ordenador y un último usuario que tiene un nivel alto, utiliza el ordenador habitualmente y con habilidad, maneja programas de office y tiene conocimientos sobre periféricos.



EXPERIENCIA LABORAL.

La experiencia laboral de los perfiles entrevistados es muy variada, han trabajado en lugares como Inditex, Fundación Rey Ardid Cogullada, Tamodi, jardinería, trabajos de campo, coger verdura y fruta, farmacia, talleres de coches, lavandería, heraldo de Aragón y puerta fría. Realizando todo tipo de actividades como limpieza de baños, sala y despacho, quitar y poner precios con una PDA, conteo de prendas, empaquetado de prendas, cableado, reciclado de materiales, cavar y plantar. Por lo que podemos decir que se adaptan a prácticamente todos los ámbitos a los que acceden laboralmente.

Aunque, uno de los usuarios reconoce que la experiencia laboral no le ha ayudado a la hora de búsqueda de empleo al haber estado poco tiempo trabajando en esos sectores, siempre le piden tener experiencia en ámbitos en los que no han trabajado nunca.

“en todos los sitios me piden experiencia mínima de uno a tres años, ¿cómo voy a trabajar sí, aunque yo haya trabajado en otros oficios no tengo experiencia en los sectores que encuentro trabajo ahora?”. (E5)

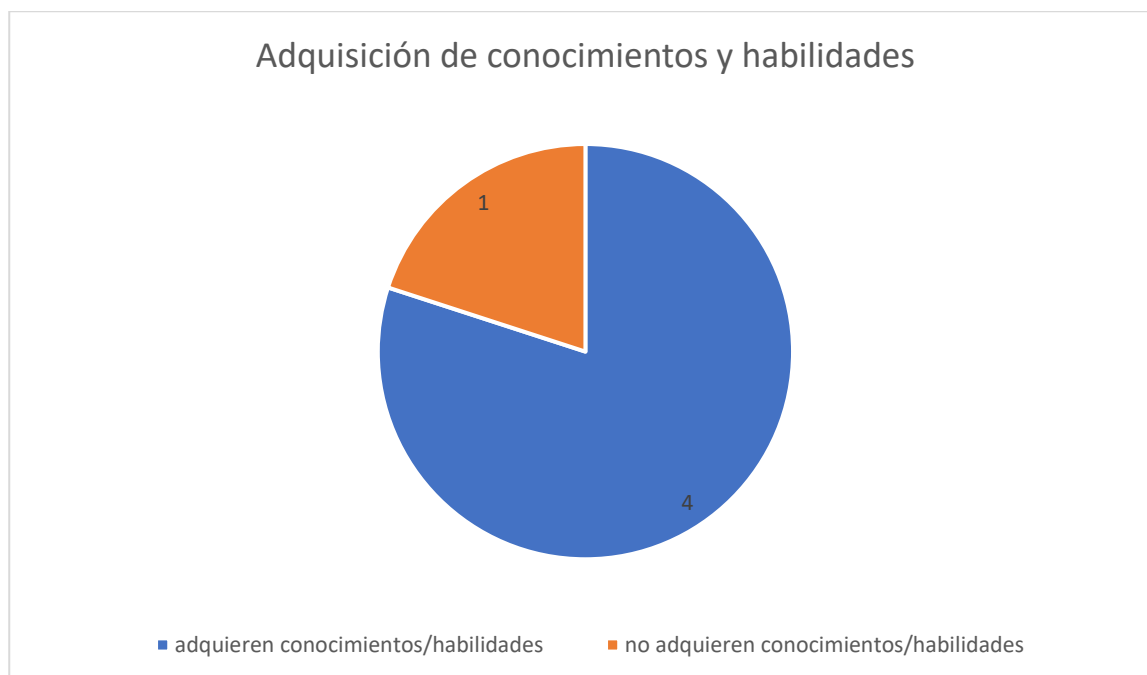
Todos reconocen haber trabajado a lo largo de su trayectoria laboral en trabajos que a ellos les gustaban y no se sentían limitados a la hora de realizar sus tareas. Cuando ellos son conscientes de que no están desempeñando bien su trabajo se agobian y puede ser peor para ellos, por lo que dicen que tienen que estar bien seguros a la hora de aceptar un trabajo.

“cuando me dan un contrato en una entrevista de trabajo puedo estar 1 hora y media leyéndomelo hasta la letra pequeña para estar bien seguro de lo que voy a tener que hacer y de lo que no”. (E5)

Cuatro de los usuarios, afirman haber adquirido conocimientos y habilidades en los trabajos que han realizado a lo largo de su trayectoria laboral, algunos aspectos que destacan son: aprender a organizarse, a hacer conteo, distintos procesos de una cadena de trabajo, manejar distintos aparatos o herramientas, ser constantes y puntuales y sobre todo llevar a la práctica lo que han aprendido previamente.

Uno de ellos nos explica que, aunque haya aprendido cosas en relación al trabajo, con una experiencia laboral de más de 20 años, no sabe hacer prácticamente nada de las tareas del hogar.

“para el trabajo sí, pero en mi casa no se hacer prácticamente nada”. (E3)



Por lo que podemos interpretar que este usuario demanda tener un poco más de formación en cuanto a tareas que puede desempeñar en su domicilio y actividades de la vida cotidiana como hacer la comida, poner la lavadora, hacer la compra el solo, etc.

BUSQUEDA DE EMPLEO.

Los principales motivos que los alientan a la hora de buscar trabajo son algunos como, alcanzar un nivel de ingresos económico que les permite vivir bien y tener una economía estable, obtener un mejor desarrollo profesional al poder aprender las herramientas y habilidades necesarias para poder desempeñar un trabajo e ir adquiriendo experiencia y poder tener cierta autonomía personal que estando en situación de desempleo no podrían desarrollar ya que se verían muy atados y dependientes económicamente de su familia.

“soy la única que trabaja en casa y con lo que cobra mi padre no nos llega”. (E1)

“quiero un trabajo que me asegure la vida”. (E2)

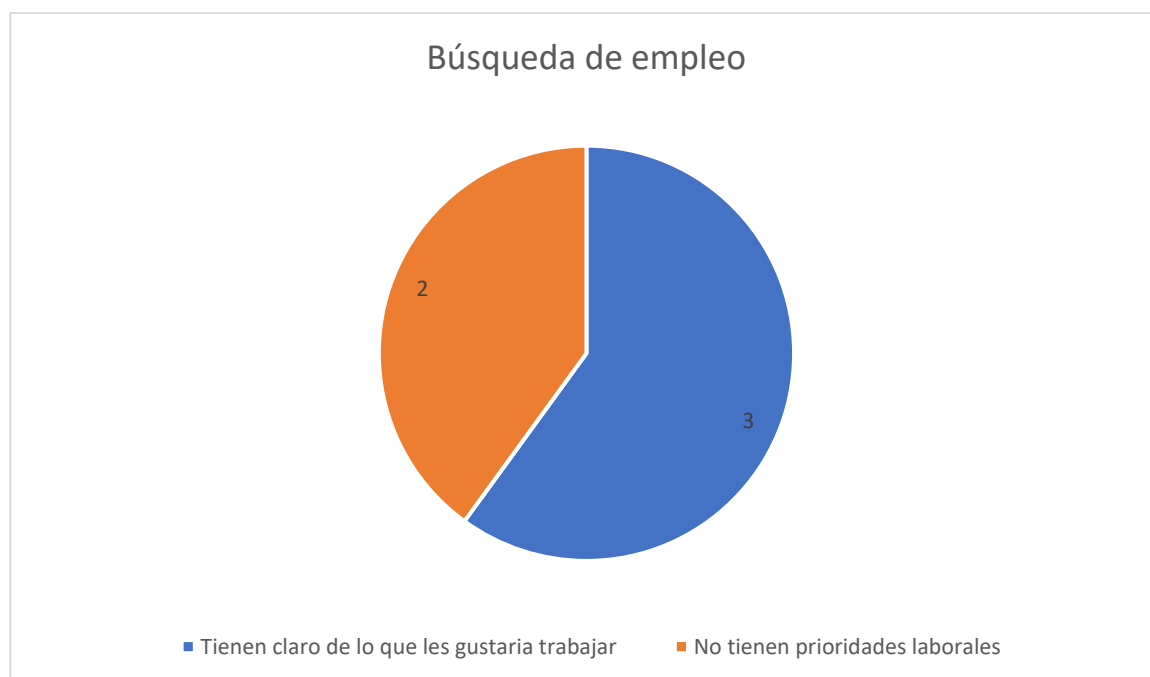
En cuanto a sus prioridades laborales, tres de los usuarios tienen muy claro en que les gustaría trabajar, los oficios mencionados han sido, profesor de inglés, dependiente de ropa, cocinero en un restaurante, trabajos administrativos, trabajos de oficina.

“mira, mi opción es ser administrativo de la DGA u oficial de museos, el problema es que convocan pocas plazas y solo hay una para discapacitados en museos”. (E2)

Dos de los usuarios, en cambio, no tienen ninguna prioridad y accederían a cualquier tipo de trabajo.

“no tengo ningún problema en realizar ningún tipo de trabajo, en el taller hago todo tipo de tareas, un día estoy en una cosa y otro en otro, me muevo todo el rato y no me gusta estar parado porque es cuando puedo caerme por mi problema con la epilepsia”. (E5)

“de lo que saliera, pero lo que más me gusta es la limpieza y la lavandería por lo que estaría muy bien que tuviera que ver con esos temas”. (E1)



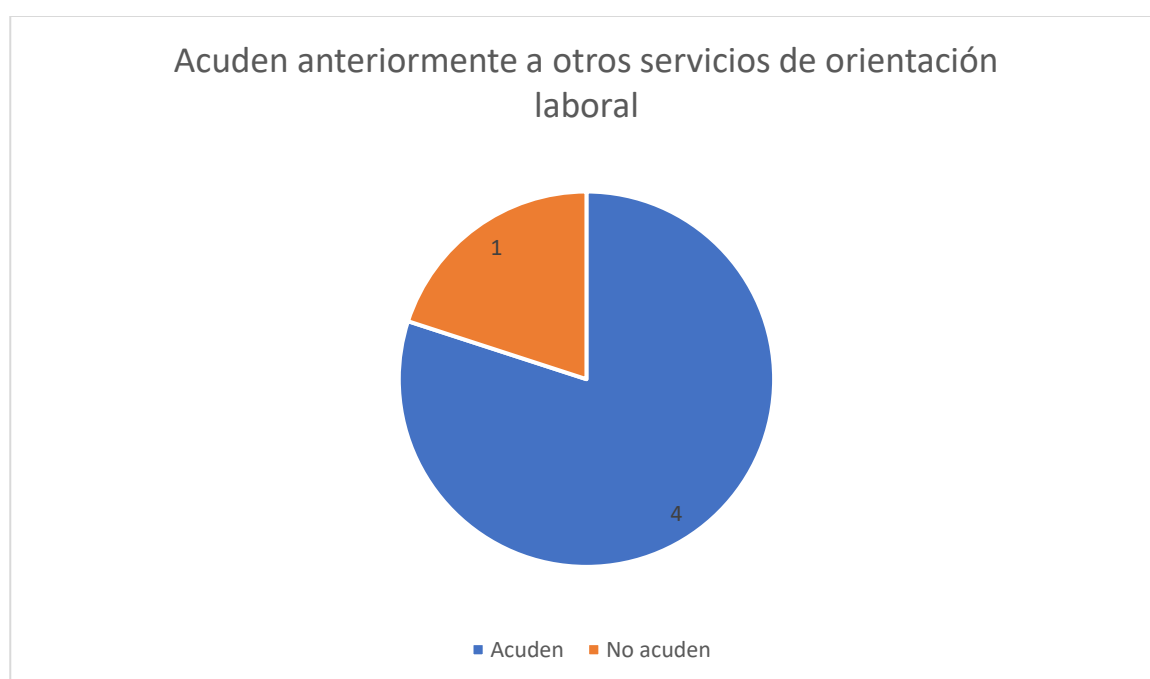
En lo referente a trabajos que saben que no les gustaría realizar va un poco de la mano con sus capacidades y en algunos casos de sus condiciones físicas.

“no me gustaría de moza de almacén porque no puedo hacer esfuerzos físicos, aunque haya trabajado anteriormente en esto”. (E1)

“no me gustaría en trabajos que tenga que estar en zonas altas porque tengo vértigo, no podría ser albañil, ni trabajar en andamios”. (E3)

Todos menos uno de los usuarios entrevistados había acudido anteriormente a otros servicios de orientación laboral; SERPI, Fundación Picarral, ONCE e INSERTA. La persona que no había acudido previamente a otro servicio de orientación laboral afirma que no conocía de la existencia de estos servicios.

“no había ido a ninguno porque no conocía de la existencia de otros servicios de orientación laboral”. (E4)



Coinciden en que sería bueno que se informase mejor a personas de su perfil sobre las alternativas o lugares a los que pueden acudir a la hora de pensar en su futuro laboral.

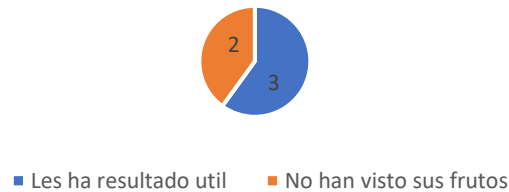
Tres de los usuarios explican que les ha resultado de utilidad acudir a dicho servicio, ya que han podido aprender cosas nuevas como a tener constancia, buena actitud, acudir siempre, ser puntual y respetar a los compañeros.

Por otro lado, dos de los usuarios no ven aun los frutos de acudir a este tipo de servicio ya que dicen que aún no han conseguido trabajo.

“no me ha sido útil porque no sale trabajo, pero no pierdo la esperanza”. (E5)

“por un lado sí, pero por otro lado creo que si me hubieran hecho un contrato antes me habría ayudado a tener algún ahorro y ser más independiente. Porque ahora tengo otra mentalidad, tener ahorros me da mucha vida, te puedes ir de bares, puedes tener más relación con las chicas, echarle más morro para presentarte... en paro y con sueldos flojos no te puedes permitir nada”. (E2)

Percepción del usuario sobre la utilidad de acudir a un servicio de orientación laboral



Entre los métodos más utilizados y destacados a la hora de buscar trabajo, los más utilizados por los usuarios han sido la búsqueda mediante ofertas de internet, ofertas en tiendas y locales comerciales de su zona, amistades, conocidos, familiares y contactos, enviando currículums a distintas empresas, ofertas oficina de empleo, ofertas ETT, asociaciones como asociación asperger y trabajadores sociales.

Las dificultades más comunes que les han surgido en esta búsqueda han sido circunstancias personales como la edad o su enfermedad, falta de información y orientación, falta de actualización profesional, falta de experiencia laboral, falta de formación y conocimientos específicos.

Sobre todo, ponen énfasis en que los requisitos de experiencia laboral son desorbitados, es muy complicado que una persona que acaba de terminar su formación o que no ha trabajado antes, acceda al mundo laboral, ya que en la mayoría de ocasiones piden experiencia mínima de 1 a 3 años.

Las personas entrevistadas que se encontraban trabajando coincidieron en que no buscaban trabajo actualmente, preferían centrarse en lo que estaban haciendo ahora. Mientras que las personas que están en situación de desempleo invierten solo algunas horas al día en búsqueda de empleo, algunos días sueltos al mes, pero no de forma continua, les resulta difícil mantener una constancia en la búsqueda.

La disponibilidad para la búsqueda de empleo de los usuarios que se encuentran en paro suele ser a lo largo del día, cuando no tienen otras ocupaciones que hacer, ya que al acudir al centro de inserción laboral todos los días por la mañana hay tardes que no tienen ganas de ponerse a buscar empleo o lo acaban dejando pasar en algunos casos.

Por lo que resultaría interesante que existieran más cursos que ayudaran a los usuarios de salud mental a formarse en la búsqueda de empleo de forma óptima o acercasen a las personas a la búsqueda en el mundo laboral.

Por último, a ninguno de los usuarios les supone ninguna dificultad acudir al centro de inserción laboral, ni venir, ni desplazarse.

“no me supone ningún problema desplazarme, acudo encantando todos los días, menos cuando hay alguna serie que me gusta por la noche y me cuesta un poco más despertarme”. (E4)

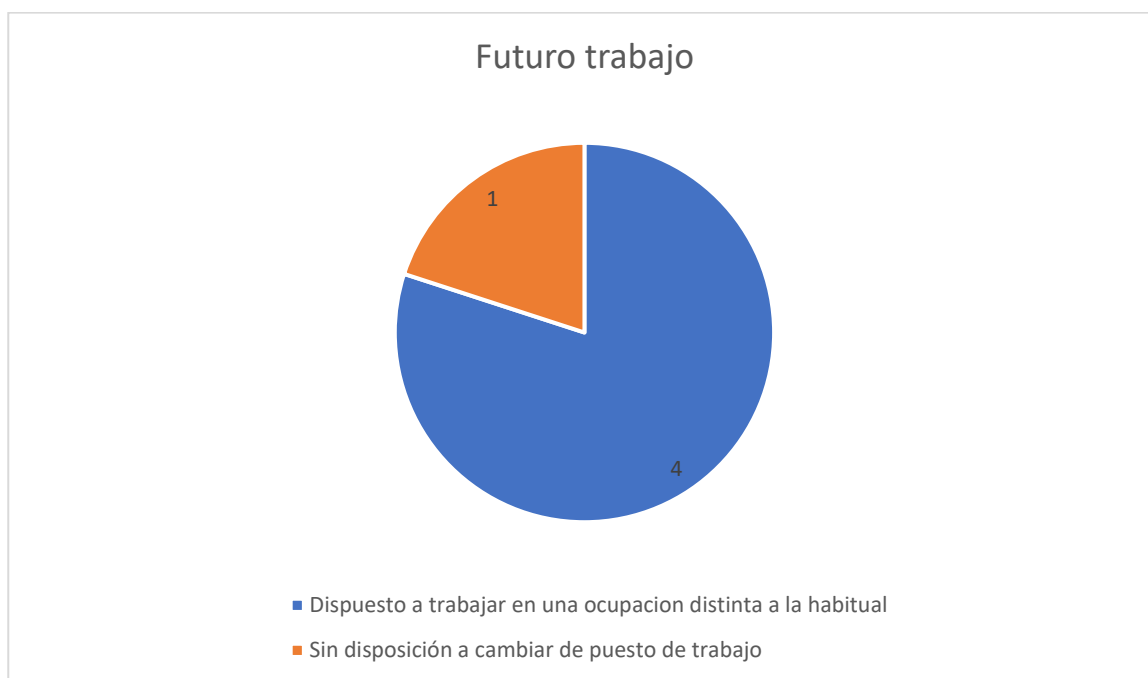
FUTURO TRABAJO.

Todos menos uno de los usuarios de salud mental que han participado en la investigación estarían dispuestos a trabajar en alguna ocupación distinta a la profesión habitual o su experiencia laboral previa, por ejemplo; de funcionario cuando apruebe las oposiciones, de sanitario y de dependiente de ropa.

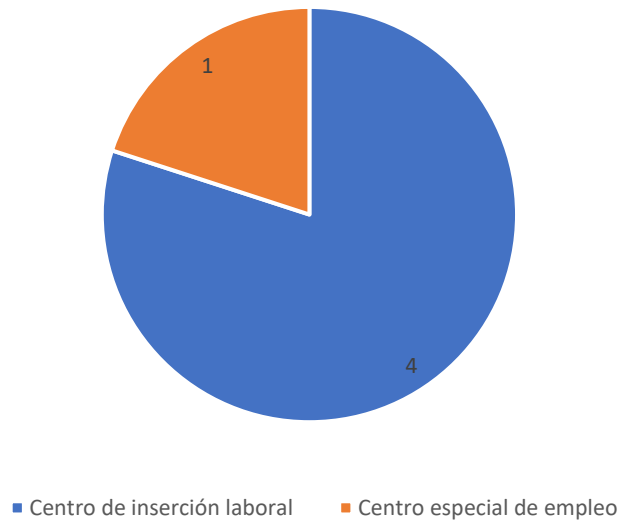
“me gustaría trabajar en cualquier cosa, no me negaría a nada, mientras pueda empezar a cotizar”
(E4)

La persona que no estaría dispuesta a cambiar de trabajo es la misma persona que lleva más de 20 años trabajando en jardinería, por lo que considera que igual no sabría desempeñar otras tareas que no sean las que hace ahora, es comprensible que, si está a gusto con su trabajo y lleva toda la vida desempeñándolo, no piense en la posibilidad de cambiar.

“No me gustaría trabajar en otra cosa, la jardinería me gusta mucho y lo otro no se si sabría hacerlo”.
(E3)



Centro Inserción Laboral Vs. Centro especial de empleo



Haciendo referencia al tipo de jornada que prefieren los usuarios todos prefieren trabajar de mañanas o de tardes, pero no durante la noche, ya que la medicación que toman por las noches no les dejaría realizar el trabajo en condiciones.

El salario mensual mínimo por el que estarían puesto a trabajar coincide con el salario mínimo interprofesional mensual en España, en torno a los 1000 euros mensuales.

La proximidad geográfica sí que es un tema difícil para cuatro de los entrevistados ya que preferirían que fuese dentro de la provincia y no tenerse que mudar fuera o desplazarse a lugares lejanos, preferirían que su lugar de trabajo se encontrase como mucho a 30/60 minutos de su hogar.

Respecto a las horas a la semana que desearían trabajar, uno de los usuarios explica que no podría trabajar más de 4 horas al día porque no aguantaría el ritmo de trabajo ahora mismo, al resto de los entrevistados no les importaría trabajar más o menos horas siempre y cuando tuvieran un contrato y se encontrasen a gusto en el puesto de trabajo.

Ninguno de los perfiles entrevistados dispone de carnet de conducir ni de vehículo propio y tampoco tienen otros carnets por diversos aspectos personales como puede ser la enfermedad, como, por ejemplo, la epilepsia.

Además, se ven muy receptivos a la hora de tener que usar varios medios de transporte para desplazarse al lugar de trabajo, como por ejemplo el autobús o el tranvía.

“Al fin y al cabo lo importante es trabajar así que lo que haga falta”. (E1)

En cuanto a si estarían dispuestos a aceptar un trabajo eventual, tres de ellos coinciden en que solamente aceptarían un contrato indefinido, pero a dos de ellos, no les importaría la duración del contrato como tal sino poder iniciarse en el mundo laboral ordinario.

Los mensajes que les gustaría lanzar a los usuarios para que las empresas contraten a más personas usuarias de salud mental han sido algunos como:

“que tengan en cuenta que nosotros valemos y que somos capaces de hacer cosas útiles para el mundo laboral”. (E1)

“somos personas con discapacidad, pero servimos igual que los demás para trabajar en un ámbito laboral”. (E4)

“aunque tengamos un problema, si hacemos el esfuerzo, aprendemos rápido y somos capaces igual que el resto, nos puede costar más o menos pero luego lo hacemos perfectamente”. (E5)

“somos capaces, hay que enseñarnos para que aprendamos, lo que pienso yo es que nos tienen que dar las herramientas y el conocimiento necesario para hacer lo que hay que hacer bien hecho”. (E2)

SITUACION SOCIOFAMILIAR.

Aunque tres de los usuarios entrevistados tienen hermanos, los cuales ya se encuentran independizados en estos casos concretos, todos viven con al menos uno de los padres o con su padre y su madre y no disponen de responsabilidades familiares como puede ser tener que cuidar a sus padres.

Por un lado, les gustaría independizarse como lo han hecho sus hermanos, pero cuando les pregunto que si pudieran hacerlo lo harían me dicen que seguramente se llevarían a sus padres con ellos, parece que tienen un gran vínculo familiar y se sienten apoyados por la familia.

“en el futuro, cuando tenga dinero, me gustaría llevarme a mi madre a otro sitio”. (E2)

SALUD.

En los últimos años, los usuarios entrevistados parece que han tenido alguna enfermedad que impidiese que realizasen su ocupación, como, por ejemplo, depresión. Uno de los usuarios explica que ser asperger le ha puesto alguna barrera a la hora de tener que realizar sus tareas, pero ha sabido aprender a controlar sus emociones y acciones con el paso del tiempo para poder ser uno más e integrarse con el grupo de trabajo.

Otro usuario afirma no haber tenido ningún tipo de enfermedad que les afectase en su profesión, pero alguna actitud de los compañeros sí que les hacia su jornada un poco más difícil.

“enfermedad no, pero en el taller que estaba antes me daba un poco de cosa que un compañero me dejara encerrado”. (E4)

Haciendo referencia a las sintomatologías que han podido dificultar sus actividades profesionales las más comunes han sido la ansiedad y los nervios.

“estoy un poco nervioso, pero nada más, no me impide hacer las cosas, nervioso y desanimado porque la pandemia me está limitando la vida, viajar es mi vida y al no poder viajar me encuentro un poco desmotivado”. (E2)

A pesar de tener alguna sintomatología, parece que saben afrontar y conocen bien como poder aliviar o calmar dichos síntomas.

“hago respiraciones, no puedo permitirme dejar el trabajo por estar nervioso o tener depresión” (E2)

REFLEXIONES DE LOS USUARIOS.

Las razones por las que los usuarios consideran que no tienen trabajo son algunas como la poca constancia a la hora de buscar empleo, la falta de experiencia o conocimientos y su propia enfermedad.

“principalmente porque no busco tanto como debería y cuando voy me piden experiencia, y como en todos los lados piden más de 1 año, pues es imposible, encima por mi problema con la epilepsia me caigo, me ven en la entrevista con el casco, les explico lo de la epilepsia, que me puedo caer... me he presentado en sitios de atención al cliente... telefonista de atención al cliente... pero como me piden de vez en cuando puerta fría no puedo hacer eso, ¡imagina que me caigo por las escaleras!”. (E5)

“porque soy un poco incapacitado para hacer algunas cosas y no sé si valgo o necesito tener más madurez o conocimiento de las cosas, por eso quiero que me enseñen para poder hacer las cosas bien, me gustaría poder hacer algo en el ordenador y que me enseñaran a utilizarlo”. (E4)

Por otro lado, las razones más comunes por las que consideran que tiene trabajo son las contrarias a los que se encuentran en situación de desempleo; la constancia, las ganas, ser puntual...

“porque estoy centrado en lo que hay que hacer, he cumplido las cosas cuando no tenía contrato, venía todos los días, siempre puntual, me lo tomaba en serio, no hacía otra cosa más que trabajar”. (E2)

OBSERVACIONES.

Algunos aspectos que me gustaría destacar sobre la actitud de los participantes en las entrevistas es que tenían muchas ganas de que les realizara las entrevistas, tenían mucha iniciativa y ganas de ayudarme con el proyecto, siendo muy sinceros, manteniéndose tranquilos y respondiendo a las cosas que les preguntaba pensando antes.

En cambio, uno de los usuarios se encontraba un poco intranquilo, a mitad de la entrevista se empezó a quedar dormido y me pregunto que si se podía quedar de pie mientras terminábamos la entrevista porque la medicación le había dejado un poco dormido.

El comportamiento de los usuarios en las entrevistas fue bastante notable, tanto el aspecto personal, como la comunicación verbal y no verbal, la colaboración, los buenos modales, y la buena actitud.

Por lo que estoy eternamente agradecido con los usuarios que han participado y por su sinceridad.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS.

- **Objetivo específico 1. Dar voz al colectivo y trasladar esta información a la administración pública de la comunidad autónoma de Aragón.** Gracias a poder realizar este tipo de investigación con entrevistas directas de los usuarios y conocer su punto de vista somos capaces de dar a conocer un poquito más en profundidad la situación en la que se encuentran las personas de este colectivo a la hora de encontrar empleo y las barreras que se les presentan.
- **Objetivo específico 2. Conocer las dificultades con las que se encuentran los usuarios de salud mental a la hora de la búsqueda de empleo.** Conocer las dificultades a las que se enfrentaban los usuarios no ha sido tarea fácil, ya que algunos de ellos no se habían parado a pensar con anterioridad que era aquello que podía frenarlos a la hora del salto al mundo laboral, pero les ha sido de gran utilidad poder reflexionar respecto a esto durante las entrevistas y ¿Quién sabe?, igual les ha servido para poder seguir luchando por su objetivo.
- **Objetivo específico 3. Identificar las diferencias entre los que acceden al empleo y los que se encuentran en búsqueda de empleo.** Al identificar las diferencias entre los que acceden al empleo y de los que se encuentran en búsqueda de empleo, me he dado cuenta de que no son tan abismales como yo pensaba personalmente antes de realizar la investigación, y suelen girar en torno a factores que podrían ser mejorados con el tiempo, acudiendo al CIL de forma continuada y mediante sus planes individualizados de rehabilitación, siempre y cuando ellos estén dispuestos y se comprometan a mejorar los aspectos dichos aspectos.
- **Objetivo específico 4. Indagar sobre las dificultades que se les presentan provocadas por los síntomas en sus jornadas de trabajo.** Al indagar sobre las dificultades que se les presentaban a la hora de encontrar empleo, algunas eran provocadas por la propia enfermedad, por lo que podríamos decir que se escapan al alcance de ellos mismos para modificarlas, ya que son efectos con los que han de vivir toda su vida; como por ejemplo la epilepsia y el vértigo. Pero pueden adaptarse sin problema a trabajos donde su enfermedad no pueda crear un peligro para la realización integral del trabajo y seguridad del usuario.
- **Objetivo específico 5. Conocer cómo ha mejorado su situación tras la participación en un programa de búsqueda de empleo.** Podríamos decir que, en su totalidad, la participación en un programa de búsqueda de empleo ha sido útil y eficaz a la hora de alcanzar sus objetivos. Todos tienen muy buenas sensaciones y están agradecidos por poder formar parte del CIL y mejorar tanto sus habilidades sociales como laborales de cara a dar el salto al mundo laboral ordinario, sienten que están siendo preparados para ello, aunque sea un proceso largo.
- **Objetivo específico 6. Conocer cómo se sienten tras ser aceptados o rechazados para ciertas tareas u ofertas de empleo.** En ocasiones, los usuarios pueden sentir cierta frustración cuando tras una entrevista de trabajo se dan cuenta de que la enfermedad que padecen les puede crear barreras a la hora de poder realizar las tareas, responsabilidades y obligaciones que el trabajo compete. Consideran que muchas de estas barreras se escapan de sus manos.
El estigma de la enfermedad mental también puede suponer un hándicap en su búsqueda de empleo, y el punto de vista del entrevistador sumado al conocimiento que tenga este de la enfermedad que padece el usuario tienen un papel importante y determinante que a veces no favorecen al usuario a la hora de formar parte de una empresa o trabajo.

La persona que acude al Centro de Inserción Laboral de la Fundación Rey Ardid suele responder al perfil de Varón, con una edad comprendida entre los 30 y los 50 años, que presenta una enfermedad mental grave o con deterioro en su función psicosocial, que está siendo atendido por la Unidad de Salud Mental del área de salud de su zona y que ha realizado algún curso de formación previa y en la mayoría de los casos han tenido cierta experiencia laboral en diversos sectores, pero no han sido capaces de mantener su trabajo durante un periodo de tiempo prologando por lo que se encuentran en el CIL para pulir los aspectos que no han permitido o contribuido en su continuidad y responsabilidad laboral.

Si bien es cierto que también encontramos mujeres en el CIL, es un número bastante más reducido, y algunas de ellas han podido dar el paso a trabajar en una Empresa Social como puede ser la lavandería que se encuentra en las mismas instalaciones. Es posible que tengan más facilidad a la hora de acceder al empleo que los varones porque hayan desarrollado de forma más satisfactoria sus habilidades laborales y por lo tanto que haya menos mujeres que tengan que acudir al CIL.

Los usuarios con formación previa y experiencia laboral en algún ámbito tienen más facilidad a la hora de encontrar empleo, la experiencia es un factor de gran importancia a la hora de que sean contratados por otras empresas, ya que da cierta seguridad al contratante o a la empresa de que al menos han realizado ocupaciones similares con anterioridad. Además, se encuentran más motivados en la búsqueda de empleo y aunque tengan prioridades laborales, explican que podrían ser capaces de trabajar en cualquier cosa, siempre y cuando su enfermedad se lo permita. Simplemente el hecho de tener un trabajo ordinario y cotizar para el día de mañana tener cierta seguridad económica es un motivo que los alienta en todos los aspectos laborales.

Acudir anteriormente a otros servicios de orientación laboral ha podido mejorar en la integración y correcto desarrollo de tareas en el CIL, son conscientes de que se les está brindando una gran oportunidad al poder estar mejorando continuamente sus habilidades sociolaborales y poder aprender herramientas para poderlas poner en práctica el día de mañana en un oficio.

Los usuarios que han participado en la investigación y habían realizado trabajos en el pasado serían capaces de llevar a cabo jornadas laborales más largas o de una duración mayor que los que no han trabajado anteriormente.

Como se ha mencionado anteriormente durante el análisis de las entrevistas, algunos de los usuarios demandan mayor apoyo y formación a la hora de buscar empleo de forma óptima, muchas veces no saben dónde recurrir o de qué forma hacerlo.

Sería interesante para los usuarios que pudiéramos prepararlos para afrontar una entrevista de trabajo por ellos mismos o que existiesen más programas de apoyo a la búsqueda de empleo, los nervios nos juegan a todos malas pasadas y el perfil de los usuarios del que estamos hablando tiende a sufrir de nervios de forma corriente por lo que sería conveniente que mediante cierta formación se pudiese orientar a los usuarios para que supieran superar estas situaciones en cualquier momento.

Por otro lado, aunque sea un aspecto a abordar desde las políticas sociosanitarias y empresariales, considero que deberían de aumentar el número de plazas en empresas ordinarias para personas en situación de discapacidad, el porcentaje es muy bajo para el número de personas que se encuentran bajo esta situación y están en búsqueda de empleo.

Reducir los años de experiencia requeridos para ciertos grupos de edad sería un aspecto a mejorar, es muy difícil que una persona que acaba de terminar el bachillerato, por ejemplo, y quiera incorporarse al mercado laboral, tenga algún tipo de experiencia. Este problema no solo afecta a los usuarios de salud mental sino a todos los jóvenes que se encuentran en búsqueda de empleo a edades tempranas. Nos piden mínimos que no podemos alcanzar. Si en todos los trabajos pidieran experiencia mínima, nadie podría incorporarse al trabajo. Todo el mundo tiene que empezar a trabajar alguna vez. Y en estos casos, el trabajo es una forma de mejorar su salud física y mental y reducir los síntomas.

Cada vez son más las personas que sufren de algún tipo de neuroatipicidad, por lo que deberíamos de mirar al futuro y consolidar un plan más eficaz e integral para el acceso al empleo de estas personas.

Gracias a la colaboración y sinceridad de los usuarios hemos podido conocer un poquito mejor cuales son los aspectos tanto personales como estructurales que interfieren en la búsqueda de empleo y la inserción socio-laboral de las personas que acuden al CIL.

Por último, uno de los aspectos que me gustaría abordar a modo de propuesta o aportación desde el trabajo social, es la promoción de la autonomía del usuario a la hora de buscar empleo, la búsqueda de empleo a través del CIL es de gran utilidad para el usuario, pero sería interesante que fueran ellos mismos los que pudieran tomar las riendas en la búsqueda de empleo, siendo formados mediante algún tipo de grupo de formación para la búsqueda activa de empleo, un entorno donde fueran ellos los que pusieran en práctica las herramientas adquiridas previamente y así, poder alcanzar a largo plazo un nivel de autonomía personal más elevado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alonso, M (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*. (92): 25-51.
- Anthony, W. A (1986). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. *Am Psychol*. (5): 537-538
- Artazcoz, L. (2004). Unemployment and mental Health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. (1) 82-88.
- Beirutí, N. (2003). Salud mental: el proceso de adaptación al hecho migratorio y problemas de salud derivados. *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes* (5): 61-70.
- Bertolote, JM (2008). Raíces del concepto de salud mental. *Políticas de salud mental*, 6 (2): 114
- Brundtland, G. (2000). La salud mental en el siglo XXI. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 91.
- Castaño Garrido, C.M. & Quecedo Lecanda, M.R. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*. (14): 5-40.
- Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Buenos aires: Paidós.
- Conejo, C (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (37):223-233).
- Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave. Sevilla, 2008.
- Constitución Española. Boletín oficial del estado, 29 de diciembre de 1978.
- Del concepto de rehabilitación al modelo de recuperación, Susana Gil Martínez, fundación intras
- Domene, G (2015). Empoderamiento, terapia ocupacional y salud mental. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, (22): 8-9.
- Espinosa, L (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *Revista de psicología y psicopedagogía*, (16): 8-9.
- Evaluación en Rehabilitación psicosocial. (físico)
- Fernández, J. (2009). El Plan individualizado de rehabilitación, su evaluación y reformulación. Evaluación en rehabilitación psicosocial. (3): 39-46.

Grove, B. (2005). Sheep and Goats: New thinking about employability, *New thinking about Mental Health and Employment Oxford: Radcliffe Press*.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014). En línea, recuperado el 7 de febrero de 2021 de: https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf

Hernández, M (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización y ¿algo más? *La Psicosis en la Comunidad*. (92): 26-51.

Hilarión, P (2012). Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental, obra social la Caixa. 32-33. (la tengo en físico)

Instituto nacional de estadística (2019). En línea, recuperado el 15 de febrero de 2021 de: <https://www.ine.es/>

Integración laboral para personas con discapacidad, ley 13/1982, 7 de abril.

Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.

Ley General de sanidad 14/1986, de 25 de abril.

Ley de Salud de Aragón, ley 6/2002, de 15 de abril.

López Estrada, R.E. & Deslauriers, J-P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. (61): 1-19.

Mueser, KT (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management". *Schizophrenia Bulletin*. 24(1): 37-74.

Mueser, K. T. (2001). Schizophrenia. *Lancet*, (363): 2063-2072.

Navarro, D (2009). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Investigaciones aplicadas*. (17): 321-336

Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020). En línea, recuperado el 3 de febrero de 2021 de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=9FFB620CC9918DAA59F3869B73E1705E?sequence=1

Plan de Salud Mental de Aragón, del 2017-2021.

Promoción de la salud mental, OMS ginebra (2004). En línea, recuperado el 1 de febrero de 2021 de: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Restrepo, D (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*. 30 (2): 203-209.

Rondón, M (2006). Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*. 23 (4).

Sescam (2012). Proceso Asistencia integrado de salud mental de Castilla-La Mancha (PAISM). *Trastorno mental grave*. 19-58.

Subirats, J (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección estudios sociales (16). Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Torns, T. (2007). Cultura de la precariedad: conceptualización, pautas y dimensiones: Una aproximación desde la perspectiva de género. *Sociedad y utopía: revista de ciencias sociales*. (29): 139-156.

ANEXOS.

CATEGORIAS Y ETIQUETAS UTILIZADAS.

<u>CATEGORIA ETIQUETAS</u>
- PROCEDENCIA O DERIVACION
- SITUACION LABORAL
- FORMACION
- EXPERIENCIA LABORAL
- BUSQUEDA DE EMPLEO
- FUTURO TRABAJO
- SITUACION SOCIOFAMILIAR
- SALUD
- REFLEXIONES DE LOS USUARIOS

<u>CÓDIGO</u>	<u>COMENTARIO</u>
PRO.der	PROCEDENCIA O DERIVACION
	SITUACION LABORAL
SIT.par	PARO- TRABAJO
SIT.pre	PRESTACIONES
SIT.bus	¿BUSCANDO EMPLEO ACTUALMENTE?
	FORMACION
FOR.ado	CURSADO
FOR.sos	CURSOS
FOR.int	INTERESES FORMATIVOS
FOR.idi	IDIOMAS
FOR.inf	INFORMATICA
	EXPERIENCIA LABORAL
EXP.sec	SECTOR/EMPRESA
EXP.tip	TIPOS DE TRABAJO REALIZADOS
EXP.con	CONOCIMIENTOS/HABILIDADES ADQUIR.
	BUSQUEDA DE EMPLEO
BUS.mot	MOTIVOS
BUS.gus	GUSTOS LABORALES
BUS.tra	TRABAJOS QUE NO DESEA REALIZAR
BUS.otr	OTROS SERVICIOS DE ORIENT. LABORAL.
BUS.uti	UTILIDAD
BUS.med	MEDIOS BUSQUEDA DE TRABAJO
BUS.dif	DIFICULTADES BUSQUEDA DE TRABAJO
BUS.tie	TIEMPO DEDICADO A BUSQUEDA
BUS.dis	DISPONIBILIDAD

BUS.cil	DIFICULTADES PARA ACUDIR AL CIL
	FUTURO TRABAJO
FUT.nue	NUEVO PUESTO- DISTINTA PROFESION
FUT.jor	JORNADA
FUT.pro	PROXIMIDAD GEOGRAFICA
FUT.sal	SALARIO MENSUAL MINIMO DESEADO
FUT.hor	HORAS A LA SEMANA DESEADAS
FUT.esf	ESFUERZO FISICO
FUT.car	CARNET DE CONDUCIR
FUT.des	DESPLAZAMIENTO LUGAR TRABAJO
FUT.var	VARIOS MEDIOS DE TRANSPORTE
FUT.tra	TRABAJO EVENTUAL
FUT.men	MENSAJE USUARIOS A EMPRESAS
	SITUACION SOCIOFAMILIAR
SOC.gru	GRUPO DE CONVIVENCIA
	SALUD
SAD.enf	ENFERMEDAD ULTIMOS AÑOS
SAD.tra	TRATAMIENTO
SAD.sin	SINTOMATOLOGIA DIFICULTE ACTIVIDADES
SAD.afr	COMO LA AFRONTAN
	REFLEXIONES USUARIOS
REF.opi	OPINION

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Documento de consentimiento del interesado o interesada para la participación en el estudio sobre “el perfil de los usuarios de salud mental que acceden al empleo”, llevado a cabo bajo la dirección del profesor Sergio Siurana, para la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Zaragoza.

Antes de confirmar su participación en el mismo, es importante que Usted sea debidamente informado de los objetivos de este estudio y de las condiciones de su participación. Por favor, pregunte todas las dudas que le puedan surgir.

El objetivo de este estudio es conocer el perfil de los usuarios de salud mental que pueden acceder al mercado laboral desde el Programa de Rehabilitación Laboral de la Fundación Rey Ardid y conseguir su inclusión social.

Para el cumplimiento del objeto del estudio, se realizará una entrevista en la que se recogerán datos en relación a variables que han podido influir en su proceso de Inserción Laboral.

Las opiniones serán recopiladas mediante la transcripción de los datos y grabación en audio de la información que aporte.

Su colaboración es anónima y su nombre no aparecerá en ninguna base de datos posterior.

La participación en este estudio es voluntaria. No tiene que contestar a todas las preguntas si no desea hacerlo e incluso si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Sus respuestas y opiniones tendrán un carácter totalmente confidencial.

Si tiene alguna pregunta antes, durante o al finalizar la sesión, puede consultármelo.

Si está de acuerdo en participar en este estudio y, por tanto, realizar la entrevista, deberá firmar la siguiente autorización en el espacio reservado para ello.

Yo, _____

He leído este documento de información que se me ha entregado, he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo por parte del equipo investigador. Asimismo, acepto las condiciones expuestas en este documento sobre mi participación en este estudio y para el tratamiento de mis datos que en él se realicen.

ENTREVISTA DE VALORACION Y PERFIL PROFESIONAL

Técnico:

Fecha:/...../.....

Datos personales.

Fecha de nacimiento:/...../.....

Sexo:

- ☐ Hombre.
- ☐ Mujer.

Estado civil:

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Pareja de hecho
- ☐ Viudo/a
- ☐ Divorciado/da- Separado/a.

Procedencia:

- ☐ Servicio Público de Empleo.
- ☐ Atención a la ciudadanía.
- ☐ Servicios sociales.
- ☐ Familiares, amigos/as...
- ☐ Centro de salud mental.
- ☐ Centro de atención socio-sanitaria.
- ☐ Iniciativa propia.
- ☐ Otros.....

Responsabilidades familiares:

- ☐ No

- ☐ Si
- ☐ Hijos/as
- ☐ Padre/Madre.
- ☐ Personas con discapacidad
- ☐ Otros.....

Certificado de discapacidad:

- ☐ No
- ☐ Si.....%
- ☐ Tipo.....

Situación laboral.

- ☐ **En paro**
Inscrito/a en el Servicio Público de Empleo con fecha:/...../.....
- ☐ **Trabajo**
 - ☐ Centro Especial de Empleo.
 - ☐ Empresa ordinaria.
 - ☐ Empresa de inserción.
 - ☐ Autónomo/a.
 - ☐ Otros:

Tiempo transcurrido desde la finalización del último trabajo:

¿Cobra prestaciones?

- ☐ NO
- ☐ SI

Tipo.....

Fecha de finalización:/...../.....

¿Busca trabajo?

- ☐ NO
- ☐ SI ¿Desde cuándo?.....

Formación.

- ☐ Sin estudios.
- ☐ Estudios primarios sin finalizar
- ☐ Certificado de estudios primarios.
- ☐ Certificado EGB.
- ☐ Certificado ESO.
- ☐ Graduado ESO.
- ☐ Ciclo formativo GM/FP1.
- ☐ Ciclo formativo GS/FP2.
- ☐ BUP/COU.
- ☐ Bachillerato.
- ☐ Diplomatura/Licenciatura.
- ☐ Doctorado.

Cursos de formación realizados:

Especialidad/Área	Finalizado
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Te interesaría realizar algún tipo de formación que te ayude a encontrar trabajo más fácilmente?; ¿Cuál?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Idiomas:

Lengua Materna:

Otros idiomas	Entiende	Habla	Lee	Escribe

*Valorar para cada idioma, si entiende, habla, lee y escribe, según lo haga con un nivel bajo, medio o alto.

Informática:

Nivel básico (chatear, nociones mínimas de ordenador, internet).	
Nivel medio (conocimientos de algunos programas: Office...).	
Nivel alto (utiliza el ordenador habitualmente y con habilidad).	

Experiencia laboral

- Sin experiencia laboral.

Sector /empresa:	
Descripción de las tareas y funciones realizadas:	
Tipo de jornada/horas:	Fechas. Inicio y fin:
Motivo de finalización:	

Sector /empresa:	
Descripción de las tareas y funciones realizadas:	
Tipo de jornada/horas:	Fechas. Inicio y fin:
Motivo de finalización:	

Sector /empresa:	
Descripción de las tareas y funciones realizadas:	
Tipo de jornada/horas:	Fechas. Inicio y fin:
Motivo de finalización:	

Sector /empresa:	
Descripción de las tareas y funciones realizadas:	
Tipo de jornada/horas:	Fechas. Inicio y fin:
Motivo de finalización:	

Sector /empresa:	
Descripción de las tareas y funciones realizadas:	
Tipo de jornada/horas:	Fechas. Inicio y fin:
Motivo de finalización:	

A lo largo de tu trayectoria laboral, ¿Qué tipo de trabajos has realizado, en general?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Qué conocimientos o habilidades has adquirido a lo largo de tu vida?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Búsqueda de empleo.

¿Por qué buscas trabajo? Motivos:

- Ingresos económicos.
- Desarrollo profesional.
- Autonomía personal.
- Otros:

.....

.....
....

¿De qué te gustaría trabajar? ¿Tienes un oficio o profesión ¿Cuál?

.....
.....
.....
.....
.....

¿Qué tipo de trabajo sabes que NO deseas realizar?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Has acudido anteriormente a otro servicio de orientación laboral?

- SI ¿Cuál?
- NO ¿Por qué?

¿Te ha resultado útil?

- SI ¿Por qué?
- NO ¿Por qué?

Habitualmente, ¿Qué haces para buscar trabajo? ¿Qué medios utilizas?

- Acaba de comenzar la búsqueda.

- Ofertas de internet.
- Ofertas en tiendas y locales comerciales.
- Amistades, conocidos, familiares, contactos.
- Enviar curriculum a empresas.
- Ofertas oficina de empleo.
- Ofertas de ETT.
- Prensa.
- Asociaciones y otras entidades.
- Autocandidaturas.
- Otros

.....

.....

¿Qué dificultades crees que te puedes encontrar en la búsqueda de trabajo?

- Circunstancias personales (edad, sexo, responsabilidades familiares, enfermedades).
- Falta de información y orientación.
- Falta de actualización profesional.
- Falta de experiencia laboral.
- Falta de formación y conocimientos específicos.
- Condiciones laborales: salario, tipo de jornada...
- Desconocimientos de las técnicas y canales de búsqueda de empleo.
- Ocupación sin salida laboral.
- Limitaciones de disponibilidad geográfica y/o horaria.
- Otros

¿Cuánto tiempo dedicas o dedicabas a buscar trabajo?

- El tiempo libre que me dejan otras ocupaciones.
- Algunos días al mes, pero no de forma continuada.
- Todos los días.
- Me resulta difícil mantener una constancia en la búsqueda.

- ☐ No busco actualmente.

¿Qué disponibilidad tienes para buscar trabajo?

- ☐ Solamente unas horas por la mañana.
- ☐ Solamente algunas mañanas a la semana.
- ☐ Solamente algunas tardes.
- ☐ A lo largo del día.
- ☐ Otros:

¿Tienes alguna dificultad para acudir a este servicio de inserción laboral?

- ☐ Queda lejos de mi vivienda o lugar de residencia.
- ☐ Tengo otras gestiones que realizar y no se cuáles serán mis tiempos para venir periódicamente.
- ☐ Tengo dificultades para pagar el transporte.
- ☐ No me supone ningún problema desplazarme.
- ☐ Otros:

Futuro trabajo.

¿Estarías dispuesto a trabajar en alguna ocupación distinta a tu profesión habitual o experiencia laboral previa?

(Nuevo puesto con distinta ocupación)

- ☐ SI.

¿En

qué?

- ☐ Solo si en mi profesión resultara muy difícil.
- ☐ NO.

Jornada	Proximidad Geográfica	Otros
<input type="radio"/> Indiferente <input type="radio"/> Mañanas <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> Fines de semana	<input type="radio"/> Población de residencia. <input type="radio"/> Poblaciones cercanas. <input type="radio"/> Toda la comarca. <input type="radio"/> Toda la provincia. <input type="radio"/> Toda la comunidad autónoma. <input type="radio"/> Resto de España.	Esfuerzo físico <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Carnet de conducir <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Vehículo propio <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Otros carnets:
Salario mensual mínimo neto:	Horas a la semana:	

Desplazamiento al lugar de trabajo:

- ☐ Menos de 30 minutos.
- ☐ Entre 30 y 60 minutos.
- ☐ Mas de 60 minutos.

¿Estarías dispuesto a utilizar varios medios de transporte?

.....

.....

.....

¿Estarías dispuesto a aceptar un trabajo eventual de...?

- ☐ 1 mes.
- ☐ 3 meses.

- 6 meses.
- Solamente un contrato indefinido

¿Qué mensaje lanzarías a las empresas para que contraten a más personas usuarias de salud mental?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

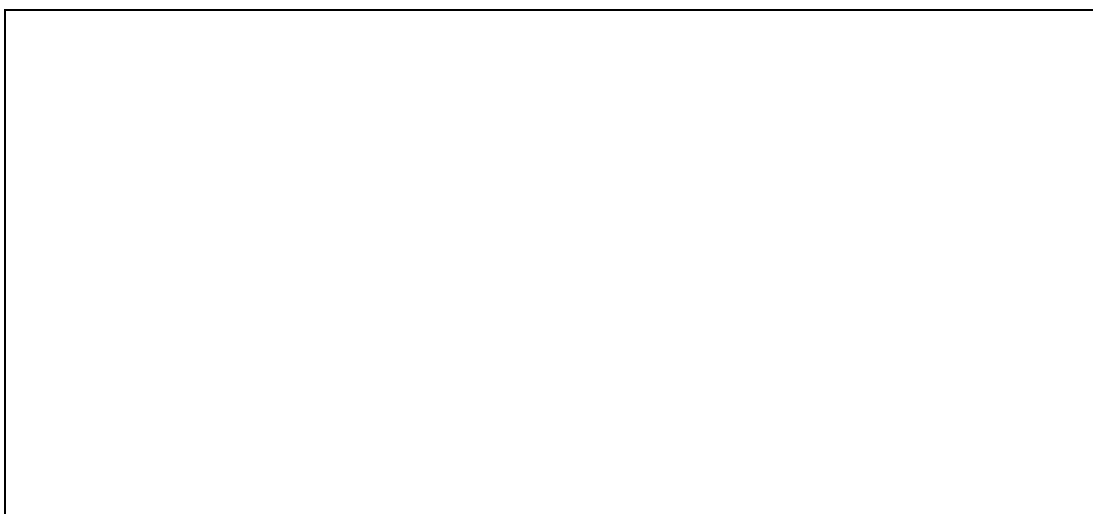
.....

.....

.....

Situación sociofamiliar.

Grupo de convivencia, responsabilidades familiares, trabajos de los integrantes de la familia e ingresos familiares... (genograma).



Salud.

¿Has tenido alguna enfermedad grave o de importancia, en los últimos años, que te impida realizar una profesión u ocupación?

☐ SI

¿Cuál?
.....
.....

☐ NO

¿Sigues algún tipo de tratamiento?

☐ SI

¿Cuál?
.....
.....

☐ NO

¿Tienes alguna sintomatología que dificulte realizar alguna actividad?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Cómo lo afrontas?
.....

.....

.....

.....

.....

Observaciones.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comportamiento en la entrevista (observacional).

Características	Observaciones
Aspecto personal: Presencia/imagen Higiene corporal	
Comunicación: Expresión oral Comprensión oral Argumentación Coherencia del discurso Contacto visual Escucha activa: atención	

Comunicación no verbal: Lenguaje corporal (movimientos, ritmos, posiciones, actitudes...)	
Otros aspectos: Colaboración Modales Actitud Puntualidad/normativa	