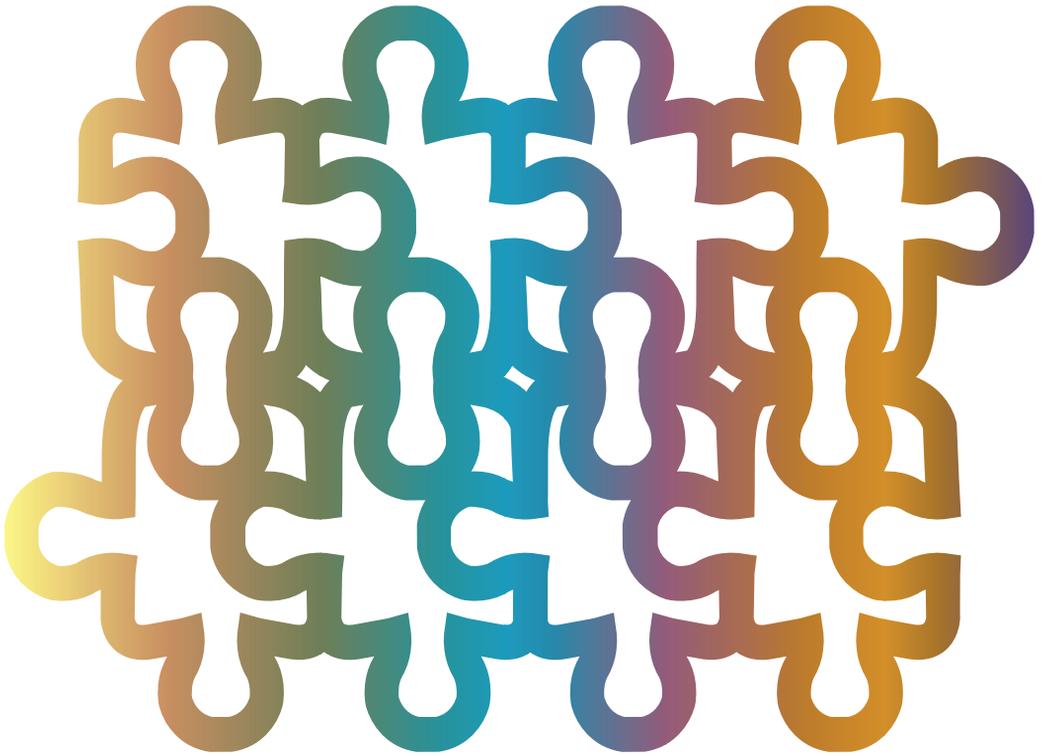


**Inclusión laboral de personas con  
sufrimiento mental grave:**  
Una aproximación a la implementación



**30**

**AÑOSUISEK**  
COLECCIÓN DE LIBROS

GABRIELA A. LLANOS ROMÁN



## **Inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave:**

Una aproximación a la implementación

## **Comité Editorial Universidad Internacional SEK Ecuador**

### **PhD. Raimon Salazar Bonet**

Rector Universidad Internacional SEK

### **PhD. Esteban Andrade Rodas**

Vicerrector Universidad Internacional SEK

### **PhD. Juan Carlos Navarro Castro**

Director de Investigación e Innovación

### **PhD. Carmen Amelia Coral Guerrero**

Presidenta

### **PhD. Violeta Rangel**

Secretaria

### **PhD. Damaris Intriago**

Vocal

### **Téc. María Fernanda Flor Avilés**

Asistente

### **Libro Inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave:**

Una aproximación a la implementación

### **Gabriela Andrea Llanos Román**

Autora

ISBN-978-9942-808-34-9

# **Inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave:**

Una aproximación a la  
implementación



---

PERSONALIZACIÓN EN SERIO

Gabriela Andrea Llanos Román

*“No se puede trabajar sin rehabilitación y no hay rehabilitación sin trabajo”*

Tommaso Mola, 2013.

La inclusión social y laboral en salud mental:  
buenas prácticas, investigación empírica de la  
experiencia innovativa.

## **Agradecimientos**

*A todas las personas que están experimentando un sufrimiento mental grave, para que sigan luchando por la inclusión social, laboral y una vida digna y justa.*

## ÍNDICE

<b>Presentación</b>	<b>11</b>
<hr/>	
<b>Capítulo 1</b>	<b>13</b>
<b>Inclusión laboral</b>	<b>14</b>
1.1. Datos sobre discapacidad y trabajo	14
1.2. Normativas internacionales sobre discapacidad y trabajo	16
1.3. Salud mental y trabajo	17
1.4. Barreras para la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental	20
1.5. El proceso de inserción laboral de las personas con sufrimiento mental.	20
1.6. Estrategias de apoyo al empleo de personas con sufrimiento mental grave	21
1.7. Promoción de la salud mental en el trabajo	23
1.8. Legislación sobre inclusión laboral	25
1.9. Satisfacción laboral	28
<hr/>	
<b>Capítulo 2</b>	<b>31</b>
2.1. Aspectos metodológicos de la investigación	32
2.1.1. Introducción	33
2.1.2. Descripción de la muestra	35
2.1.3. Instrumentos y procedimientos	38
2.2. Metodología de análisis	43
2.2.1. Proceso de análisis cualitativo en la teoría fundamentada	43
2.2.2. Programa computacional para el análisis de datos cualitativo	44
<hr/>	
<b>Capítulo 3</b>	<b>45</b>
<b>Resultados</b>	<b>46</b>
3.1. Resultados Ecuador	46
3.2. Resultados Valencia	55
3.3. Resultados Italia	64
<hr/>	
<b>Capítulo 4</b>	<b>71</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>72</b>
4.1. Características generales	72
4.2. Comparación entre los países de estudio	88
4.3. Propuestas y recomendaciones	91
<b>Reflexiones finales</b>	<b>95</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO	18
<b>TABLA 2.</b> DIFICULTADES PARA LA INSERCIÓN LABORAL	21
<b>TABLA 3.</b> PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN LABORAL	21
<b>TABLA 4.</b> TIPOS DE EMPLEO ESPECIAL	22
<b>TABLA 5.</b> ESTRATEGIAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL	23
<b>TABLA 6.</b> MEDIDAS COLECTIVAS PARA PREVENIR EL ESTRÉS 2	24
<b>TABLA 7.</b> TIPOS DE APOYO EN EL TRABAJO	25
<b>TABLA 8.</b> FUNCIONES POSITIVAS DEL TRABAJO	29
<b>TABLA 9.</b> CANTIDAD DE MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	37
<b>TABLA 10.</b> CANTIDAD DE RECURSOS DE META-ANÁLISIS DEL ESTUDIO	37
<b>TABLA 11.</b> ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	40
<b>TABLA 12.</b> MUESTRA POR TIPO Y SEXO EN ECUADOR	46
<b>TABLA 13.</b> PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL - ECUADOR	47
<b>TABLA 14.</b> PORCENTAJE DE USUARIOS QUE TRABAJAN POR SEXO - ECUADOR	47
<b>TABLA 15.</b> PROPORCIÓN ABSOLUTA DE USUARIOS/AS, TRABAJAN Y SEXO - ECUADOR	48
<b>TABLA 16.</b> SUBCATEGORÍA INCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - ECUADOR	49
<b>TABLA 17.</b> SUBCATEGORÍA EXCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - ECUADOR	54
<b>TABLA 18.</b> MUESTRA POR TIPO Y SEXO EN VALENCIA	55
<b>TABLA 19.</b> PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL - VALENCIA	56
<b>TABLA 20.</b> PORCENTAJE DE USUARIOS/AS, TRABAJO Y SEXO - VALENCIA	56
<b>TABLA 21.</b> PROPORCIÓN ABSOLUTA DE USUARIOS/AS, TRABAJO Y SEXO - VALENCIA	57
<b>TABLA 22.</b> SUBCATEGORÍA INCLUSIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	58
<b>TABLA 23.</b> SUBCATEGORÍA EXCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - VALENCIA	63
<b>TABLA 24.</b> MUESTRA POR TIPO DE PUBLICACIÓN – ITALIA	65
<b>TABLA 25.</b> PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL - ITALIA	66



## Presentación

Este libro presenta un estudio realizado sobre la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave, uno de los colectivos con discapacidad que mayores barreras enfrenta en el acceso al mundo del trabajo y, sitúa su objetivo en el análisis de su inserción laboral en tres países, dos europeos y uno latinoamericano: Italia, España y Ecuador, desde un enfoque integral de promoción de la salud, orientación considerada relevante para lograr una mayor equidad en dicho rubro.

El grado de dificultades para la inclusión laboral varía entre países acorde al mayor o menor tiempo de introducción de políticas inclusivas en las normativas pertinentes y al mayor o menor tiempo de implementación de un modelo de salud mental comunitario, por ello, el estudio aborda diversas realidades.

Cabe además señalar, que la salud y el trabajo son derechos humanos fundamentales amparados en instrumentos supranacionales que los países firmantes están obligados a respetar, proteger y cumplir, tal es el caso de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo de las Naciones Unidas (CNUDPD, 2006) y el de otros instrumentos relacionados con los derechos humanos. Por ello, la CNUDPD reafirma la necesidad de que los Estados garanticen la participación en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida (ONU, 2008; Parra-Dussan, 2010; OMS, 2011).

No obstante, desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se reconoce que la legislación sobre discapacidad y la formulación de políticas públicas no son homogéneas, y presentan grandes divergencias en la definición de discapacidad, no solo entre países, sino también entre programas dentro de un mismo país, en consecuencia, la información que se dispone acerca de su situación laboral suele ser incompleta (O'Reilly-OIT, 2007).

Igualmente, en el proceso de investigación se incorporan enfoques transversales (Hernández et al., 2007) que proporcionan coherencia y orientan el estudio como son: a) Enfoque de derechos que promueve la no discriminación y la equidad en salud, b) Enfoque intercultural que permite que toda actividad sea validada y aceptada por los usuarios/as, c) Enfoque participativo que precisa el empoderamiento de usuarios/as y familiares para su reconocimiento social y valoración en la comunidad, d) Enfoque territorial que concibe a la comunidad en sus

áreas económica, social y cultural e implica una visión integral del territorio, e) Enfoque de género que remite a la justicia en el tratamiento de hombres y mujeres, según sus necesidades respectivas y situaciones de desventaja.

Las personas con sufrimiento mental históricamente se han visto excluidas del empleo formal. El trabajo es un derecho fundamental, y desde este punto de vista, se entiende que el colectivo de personas con problemas de salud mental requiere una protección adecuada para poder ejercerlo (PE, 2017, OMS, 2010<sup>a</sup>, Pieró et al., 2007, et al., 1996).

En este contexto adquiere significancia conocer experiencias de inclusión laboral de personas con sufrimiento mental desde la perspectiva de la promoción de la salud, e indagar en la percepción que tienen los actores que están insertos en la problemática, como son: usuarios/as y sus familias, profesionales de salud y directivos/as de las instituciones con las que los usuarios/as se relacionan en diferentes situaciones y procesos de aplicación del modelo comunitario en salud mental.

Para abordar este tema se ha optado por presentarlo en una secuencia compuesta por cuatro capítulos. El primero se centra en la situación de la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental graves. El segundo capítulo abarca el proceso investigativo in situ, y expone los aspectos metodológicos del proceso con base en la Teoría Fundamentada, cuya característica distintiva radica en la generación sistemática de modelos conceptuales a partir de datos cualitativos y la metodología desarrollada a los casos de los países seleccionados. El tercer capítulo expone los resultados agrupados por país, con la finalidad de describir cada uno y luego compararlos. En el cuarto capítulo se presentan las conclusiones, comparación, propuestas y recomendaciones, terminando con algunas reflexiones finales.

# CAPÍTULO 1

## INCLUSIÓN LABORAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue constituida en 1919, al finalizar la Primera Guerra Mundial, con el propósito de promover la justicia social, contribuir a la paz, la prosperidad y el progreso mediante la creación de oportunidades de empleo decente. Para el cumplimiento de esta misión es fundamental promover la plena inclusión social de personas con discapacidad, definidas como sujetos a quienes sus posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo se ven reducidas por una deficiencia física o mental reconocida, por lo cual se les debe garantizar educación, formación y empleo (OIT, 2007, 2009, 2015, 2017).

### 1.1. Datos sobre discapacidad y trabajo

Se estima que alrededor de 470 millones de personas en edad de trabajar presentan alguna discapacidad. Sin embargo, estas personas enfrentan una serie de barreras y desventajas en su cotidianidad laboral. Las que cuentan con un empleo remunerado, por lo general, ***ganan menos en comparación con sus homólogos no discapacitados*** y están más expuestas a tener empleos precarios, y un alto porcentaje se encuentra desempleada (O'Reilly-OIT, 2007).

Ciertamente, la tasa de empleo dentro del colectivo de personas con discapacidad varía de forma significativa acorde al tipo de discapacidad, siendo las ***personas con problemas de salud mental quienes presentan la menor tasa de participación laboral*** (OIT, 2007). Por ejemplo, resultados de una encuesta en España reflejan que el 87% de las personas encuestadas piensa que quienes presentan problemas mentales tienen menos posibilidades de encontrar un empleo que las personas con discapacidad física (OEPSS, 2007), situación que en muchas ocasiones les obliga a ocultar su discapacidad (Lobato, et al., 2006; Martínez, 2013).

También se evidencia que ***a mayor grado de discapacidad la tasa de empleo disminuye de manera considerable*** (OIT, 2007), así la tasa de empleo de personas con una discapacidad grave es menor (22%) respecto a la de las personas con discapacidad moderada (43%). Igualmente, la tasa de empleo de las personas

con discapacidad presenta variaciones significativas entre países, por ejemplo, en Alemania es de un 54% y en España de 13% (OEPS, 2007).

La inequidad de género se visibiliza en la discriminación múltiple que presentan las mujeres con discapacidad en el mundo laboral y se refleja en índices de desempleo mayores y salarios inferiores respecto al colectivo de hombres con discapacidad (O'Reilly-OIT, 2007). El concepto de discriminación múltiple plantea que existe una suma factorial de variables discriminatorias que aumentan la exposición a riesgos de forma exponencial de las mujeres con discapacidad, pues además de la discriminación por ser mujeres, convergen otras variables como origen étnico, clase social, edad, nivel de estudios, ocupación, grado de severidad de la discapacidad, entre otras (Pascual, 2014). Así, los **hombres** con discapacidad presentan el doble de probabilidad (42%) de conseguir trabajo en comparación con las mujeres (24%) en igual situación; y, las mujeres con discapacidad ganan en promedio sólo un 56% de lo que ganan los hombres en las mismas condiciones. Esta apreciación es válida en la medida en que la mayoría de países mantienen programas de inclusión a la discapacidad, pero no suele considerarse que las mujeres constituyen un grupo más vulnerable que necesita un apoyo especial. (O'Reilly-OIT, 2007).

Una preparación desigual para el mercado laboral (marginación en la educación y la formación) acrecientan también las disparidades de empleo. El análisis de una encuesta realizada a personas con discapacidad revela que el 90% manifiesta la existencia de **barreras para acceder a un empleo adecuado**, motivos como el autoestigma 57%, soporte insuficiente para encontrar y retener empleo 54%, no contar con la cualificación o experiencia requerida 33%, limitaciones para realizar actividades básicas 29% y actitudes negativas de jefes o falta de flexibilidad en el empleo 15%, son los más argumentados (ODISMET, 2017).

En consecuencia, como colectivo las personas con discapacidad presentan **tasas más altas de pobreza y desempleo**, pero a su vez, la relación entre discapacidad y pobreza difiere de forma reveladora entre contextos de bajos y altos ingresos (OIT, 2007). Así, los datos indican que el 82% de las personas con discapacidades de los países denominados 'en desarrollo' (países de bajos y medianos ingresos) vive por debajo del umbral de pobreza (O'Reilly-OIT, 2007).

## 1.2. Normativas internacionales sobre discapacidad y trabajo

Entre los documentos (OIT, 2007; O'Reilly-OIT, 2007) para promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el trabajo se destacan:

- **Recomendación núm. 99, 1955 Adaptación y la readaptación profesional de los inválidos, OIT:** propone la participación en la orientación profesional y colocación.
- **Convenio núm. 111, 1958 Discriminación, empleo y ocupación, OIT:** describe medidas de protección.
- **Convenio núm. 159, 1983 Readaptación profesional y el empleo (Personas inválidas), OIT:** exige formular política nacional sobre readaptación profesional.
- **Asamblea General de 1993 del Consejo Económico y Social:** describe normas para la cooperación técnica.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las personas con discapacidad, 1994.** Resalta la necesidad de velar por sus derechos.
- **Carta Social Europea sobre los derechos económicos y sociales, 1996.** Derecho a la independencia e integración.
- **Directiva de la UE sobre discriminación en el empleo, 2000.** Prohíbe la discriminación directa e indirecta.
- **Conferencia Internacional del Trabajo, 2000.** Subraya la educación y la formación como esenciales.
- **Recomendaciones prácticas sobre la Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo, OIT, 2001.** Presenta normas para la promoción del empleo.
- **Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa, 2008, OIT.** Promueve el trabajo decente para la protección y diálogo social.

### 1.3. Salud mental y trabajo

Los problemas mentales graves y del comportamiento se encuentran reconocidos como enfermedades profesionales por la OIT. La lista, actualizada en el 2010, incluye el estrés postraumático y reconoce el origen profesional de otras problemáticas en salud mental, cuando existe un vínculo directo entre los factores de riesgo y la enfermedad contraída (OIT, 2016). Este organismo también señala que los problemas mentales no solo incluyen las patologías graves, sino también los problemas de salud mental comunes como la depresión, ansiedad y estrés, que pueden ser tratados de forma adecuada si son manejados correctamente (OIT, 2014b).

Desde esta forma, *las problemáticas relacionadas con la salud mental en el ámbito laboral son*: a. **Salud mental en el puesto de trabajo**, atañe al control de los riesgos psicosociales y refiere a tres componentes: salud y seguridad laboral; promoción de la salud mental; y, rehabilitación-reintegración. b. **La inserción laboral de un colectivo específico de personas con discapacidad**, comprende los apoyos necesarios y ajustes razonables para la plena participación de las personas con sufrimiento mental grave en edad de trabajar por primera vez y las que se integran al mundo laboral.

#### a. Salud mental en el puesto de trabajo

El componente de **seguridad y salud laboral** es la única práctica de salud en el puesto de trabajo respecto a la cual existe normativa nacional e internacional. Los valores fundamentales reflejados en las normas describen tres principios para prevenir riesgos ocupacionales: el trabajo se debe realizar en un medio ambiente seguro y saludable; las condiciones de trabajo deben ser coherentes con el bienestar y la dignidad humana; y, se debe ofrecer posibilidades reales para el logro personal, la autorrealización y el servicio a la sociedad (OIT, 2016).

La **exposición de riesgos psicosociales** en el puesto de trabajo, el estrés laboral y los resultantes problemas mentales graves y del comportamiento tienen relación con las condiciones laborales, y otras variables como la edad, el sexo, la personalidad y las condiciones psicofísicas y sociales (OIT, 2016). El estrés laboral es conceptualizado como la consecuencia negativa de la relación entre el trabajador/a y las cargas del entorno de trabajo (mental y física, organización del trabajo, relaciones sociales), siendo el miedo a perder el empleo el factor más importante de estrés en el trabajo (OIT, 2009b).

Otra consideración relacionada con la exposición en el trabajo refiere al hecho de que algunas personas pueden padecer problemas de salud mental con independencia del puesto que ocupen o antes de ocuparlo, otras pueden desarrollar estos problemas durante la vida laboral, con o sin influencia de las exigencias laborales que, a su vez, podrían constituir factores causales o agravantes (OIT, 2009b; 2016).

No obstante, y siguiendo el criterio de la OIT, los datos epidemiológicos disponibles indican que *existe una relación significativa entre los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y los problemas psicológicos crónicos*, por ejemplo, el 8% de la carga global de las enfermedades provenientes de la depresión es atribuida a los riesgos ocupacionales, y el riesgo de caer en depresión es cuatro veces mayor cuando se combina con condiciones de trabajo deficientes (Prüss-Ustün, et al, 2006; OIT, 2009b, 2016).

**Tabla 1. Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo**

<b>Categoría</b>	<b>Condiciones que definen el peligro</b>
CONTENIDO DEL TRABAJO	
<b>Medio ambiente de trabajo equipo de trabajo</b>	Problemas con la fiabilidad, disponibilidad, adecuación y mantenimiento o reparación del equipo y las instalaciones.
<b>Diseño de las tareas</b>	Trabajo fragmentado o carente de significado, infrautilización de las capacidades, incertidumbre elevada.
<b>Carga de trabajo/ritmo de trabajo</b>	Exceso o defecto de carga de trabajo, falta de control sobre el ritmo, niveles elevados de presión en relación con el tiempo exigido.
<b>Horario de trabajo</b>	Trabajo en turnos, horarios inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o que no permiten tener vida social.
CONTEXTO DEL TRABAJO	
<b>Función y culturas organizativas</b>	Comunicación pobre, bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y falta de definición en los objetivos organizativos.
<b>Función en la organización</b>	Ambigüedad y conflicto de funciones, responsabilidad por otras personas.
<b>Desarrollo profesional</b>	Estancamiento profesional e inseguridad, promoción insuficiente, salario bajo, escaso valor social del trabajo.
<b>Autonomía en toma de decisiones</b>	Baja participación en la toma de decisiones y control sobre el trabajo.
<b>Relaciones interpersonales en el trabajo</b>	Aislamiento social y físico, escasa relación con pares y superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
<b>Interfaz casa-trabajo</b>	Exigencias en conflicto entre el trabajo y el hogar, escaso apoyo en el hogar, problemas profesionales duales.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016).

Cabe señalar que, los costos directos e indirectos relacionados a las enfermedades y el trabajo apenas comienzan a ser cuantificados. En Europa se estima que el costo de la depresión relacionada con el trabajo es de 617.000 millones de euros anuales, monto que incluye: el costo del absentismo para los empresarios (272.000 M/€), la pérdida de productividad (242.000 M/€), los costos para la sanidad pública (63.000 M/€) y los costos de indemnizaciones por discapacidad de la seguridad social (39.000 M/€) (OIT, 2016b).

### **b. Inserción y reinserción laboral de personas con sufrimiento mental grave**

La *rehabilitación-reintegración* son las situaciones que deben enfrentar las y los trabajadores que han permanecido ausentes de su puesto de trabajo durante un largo período de tiempo por enfermedades profesionales o lesiones (OEPSS, 2007). Sin embargo, si una persona padeció un problema de salud mental grave suele ser causal para el poco interés empresarial por su reincorporación (López, 2002; López & Laviana, 2007; OIT, 2011). No obstante, en la primera década del siglo 21, la problemática de la *reincorporación laboral* de personas que sufren problemas mentales viene cambiando los planteamientos políticos, porque está demostrado que la estigmatización y la exclusión social es menor cuando se cuenta con un trabajo remunerado, y por los altos costes de las pensiones a las cuales tienen derecho las personas en situación de discapacidad crónica (OEPSS, 2007).

La reincorporación laboral suele presentar las mismas barreras con las que se encuentran las personas de este colectivo cuando intentan conseguir un empleo por primera vez, por tanto, la inclusión social es un desafío para los sistemas de salud pública y de protección social siendo las *medidas adoptadas*: a) que el trabajo sea un componente de los programas de rehabilitación a través de la formación profesional; y, b) el empleo protegido como un medio para avanzar hacia una integración laboral normalizada (López, 2002, López & Laviana 2007).

La OIT subraya la *especial vulnerabilidad* en que se encuentra toda persona trabajadora que padece un problema mental grave y la necesidad de financiación de programas de rehabilitación laboral y discriminación positiva para mejorar el acceso al empleo normalizado (OIT, 2014b, 2018). Por lo mismo, las políticas, la expansión de las oportunidades educativas, capacitación en habilidades basadas en la demanda, servicios de rehabilitación y oportunidades de desarrollo profesional para este colectivo son de suma importancia (OIT, 2011).

#### 1.4. Barreras para la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental

Los **obstáculos** que deben enfrentar las personas con sufrimiento mental grave para conseguir un empleo se pueden clasificar en: los generados por el prejuicio social; los procedentes de la propia patología; y, los derivados de la situación del mercado de trabajo (Rodríguez et al., 2004). Debido a estas barreras, un alto porcentaje de personas con sufrimiento mental grave en edad de trabajar decide abandonar sus intentos de buscar un empleo remunerado (OIT, 2007, Vásquez-Morejón, 2017), en estos casos, es conveniente tener en cuenta que las dificultades para insertarse laboralmente afectan de forma significativa la **autoestima** de hombres y mujeres y que la autoestima se encuentra relacionada directamente con el bienestar físico, psicológico y social de una persona (Vásquez-Morejón, 2017; Michalak, et al, 2011, Orth, et al, 2014; Rodríguez et al., 2017).

Asimismo, existe suficiente base para sostener que las personas con sufrimiento mental grave cuando encuentran trabajos que corresponden a sus capacidades e intereses, se desempeñan de manera eficaz en las tareas encomendadas y realizan aportes importantes en el lugar de trabajo, desarrollando la **resiliencia** (capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse) (OIT, 2007, Suriá Martínez, 2016, ODISMET, 2017).

#### 1.5. El proceso de inserción laboral de las personas con sufrimiento mental

La **organización y cooperación** que se genera en el entorno de trabajo, es para las personas con sufrimiento mental un estímulo para su desarrollo cognitivo: les ayuda a estructurar y organizar la vida cotidiana, y a desarrollar y reforzar habilidades básicas; también funcionan como vehículo de relaciones sociales positivas dentro y fuera del ámbito laboral. En tanto **actividad redistributiva**, disponer de una fuente de ingresos les posibilita la independencia económica y la autonomía social necesaria para vivir en la comunidad y ejercer derechos ciudadanos. Como **actividad socialmente valorada**, el trabajo contribuye de forma significativa a aumentar la autoestima, a través del reconocimiento que el estar empleado implica (Kinn, et al, 2011). Existe además evidencia acumulada con respecto a la repercusión del empleo en determinados aspectos clínicos, como es la consecuencia positiva en el grado de satisfacción y la calidad de vida (FAISEM, 2008).

Sin embargo, el proceso de inserción laboral de las personas con sufrimiento mental grave presenta dificultades específicas (Hernández Wence, et al., 2010;

Ramírez Meca, 2010), que son el resultante de la articulación de diversos factores, los cuales se sintetizan en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Dificultades para la inserción laboral**

<b>Heterogeneidad</b>	Diversos diagnósticos y su evolución requieren de una intervención adaptada a las características, estado de salud, necesidades y capacidades de la persona. Se requiere la valoración de un especialista para la inserción laboral (estabilidad de la sintomatología, adherencia terapéutica, interés en el proceso de la persona y apoyo familiar).
<b>Contexto dinámico</b>	Los problemas de salud mental grave tienen distintas fases que requieren de intervenciones y ajustes a los planes de trabajo acorde a su estado de salud. Es necesaria una intervención personalizada e individual que prevea etapas para la progresiva integración en el mercado de trabajo sostenida en el tiempo.
<b>Mercado laboral</b>	Las personas con sufrimiento mental grave enfrentan las mismas barreras (de género, tipo de formación, edad, experiencia laboral, carga familiar y red de relaciones sociales) que las otras personas desempleadas, pero además se suma el estigma asociado a la patología mental.
<b>Entorno social</b>	La familia es un factor importante que puede actuar como barrera o, por el contrario, como refuerzo y soporte. Por ello, el primer paso para implicar a la familia es obtener el consentimiento del usuario/a para contactar con ella.

Fuente: *Elaboración propia. (Hernández Wence, 2010; Ramírez Meca, et al, 2010)*

## 1.6. Estrategias de apoyo al empleo de personas con sufrimiento mental grave

Si bien el fin último es conseguir un trabajo, los programas de apoyo al empleo para las personas con problemas de salud mental grave suelen distinguir dos subgrupos:

**a. Orientación y formación laboral:** dirigido a la recuperación y al desarrollo de habilidades personales y formativas. Se considera que si los problemas de salud mental aparecen a edades tempranas es difícil culminar los estudios (básicos y/o superiores) (OIT, 2015; López Alvarez, 2010; CSS, 2001), para lo cual se presentan tres tipos de programas:

**Tabla 3. Programas de Orientación y formación laboral**

<b>Creación de un ambiente socio-laboral rehabilitador</b>	Donde la persona pueda desarrollarse, actuar como un trabajador/a más y adquirir habilidades de adaptación. Muestra resultados positivos como eliminar y/o aminorar conductas inadecuadas, propiciar el autocontrol, generar nuevos hábitos, mejorar el afrontamiento personal y las relaciones sociales.
<b>Programas de rehabilitación vocacional</b>	Son prolongaciones de la rehabilitación psicossocial general, parten de la motivación, orientación y promover habilidades sociales. No obstante, este proceso ha sido criticado por retardar el paso al empleo normalizado, por presentar dificultades para garantizar su mantenimiento, así como dificultades para incluir mecanismos de seguimiento individualizados y de larga duración.
<b>Programas de readaptación profesional</b>	Posibilitan a las personas obtener y conservar un empleo adecuado, progresar en el mismo, y de que esta forma se promueva su integración social

Fuente: *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015; López Alvarez, 2010; CSS, 2001) Elaboración propia.*

**b. Apoyos para el empleo.** Los tratamientos médicos tienden a estabilizar a la persona y permitirle, después de una fase de crisis, emprender de forma paulatina actividades más complejas para ir incrementando el nivel de autonomía personal y de normalización en el ámbito laboral. Las iniciativas adoptadas (OIT, 2015; Pasillera et al., 2012; López Álvarez, 2010, FAISEM, 2008; Jordán, 2008; Lobato, et al, 2006; López Álvarez et al., 2004; Alonso et al., 2004, Bon et al., 2001) para la incorporación o reintegración en el mercado laboral se pueden clasificar en empleo protegido, empleo con apoyo y empresas sociales. Las particularidades de cada uno se anotan a continuación:

**Tabla 4. Tipos de empleo especial**

<b>Empleo protegido</b>	Han sido cuestionados por ser sobreprotectores, por no pagar un salario sino gratificaciones, y porque no siempre las tipologías de las labores que desempeñan se homologan con la de empleos formales. Además, porque las personas suelen realizar tareas repetitivas que les provocan estancamiento.
<b>Empleo con apoyo</b>	Es uno de los modelos con mejores resultados, considera al trabajo como un elemento relevante en la recuperación y no como consecuencia. Requiere una coordinación estrecha con los servicios de salud mental y precisa de un equipo técnico de soporte durante un tiempo ilimitado. Sus principales beneficios son, el tratarse de un trabajo real en ambiente normalizado y generar más ventajas sociales y psicológicas que el empleo protegido.
<b>Empresas sociales</b>	Consiste en empleo remunerado en un entorno protector que facilita la integración y disminuye las percepciones del estigma en las personas. Su estrategia se basa en los valores de las actividades económicas con objetivos sociales, desarrollo sostenible, igualdad de oportunidades e inclusión de personas vulnerables. Deben adaptarse a diversos contextos socio-laborales mediante distintas figuras legales y mecanismos de ayudas públicas. Su mayor beneficio es facilitar un empleo sostenido en el tiempo a personas con diversos tipos de discapacidad en ambientes donde se respetan las diferencias.

Fuente: *Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017* (OIT, 2015).  
Elaboración propia.

También las personas con sufrimiento mental grave pueden integrarse en **mercado de trabajo abierto**, pero para ello se requiere de soportes públicos y normativas inclusivas, ya que el índice de participación en el mercado laboral para este colectivo es el más bajo, situación que se agrava en contextos de crisis económicas (O’Reilly-OIT, 2007).

La OIT recomienda aumentar la visibilidad de las barreras y promover las buenas prácticas para la inclusión de personas con discapacidad en el mercado del trabajo (OIT, 2007). Existen varias estrategias (O’Reilly-OIT, 2007; OMS, 2012c; OIT, 2009; FAISEM, 2008) que contribuyen a la inclusión socio-laboral de las

personas con discapacidad y sufrimiento mental, entre las que se destacan las siguientes:

**Tabla 5. Estrategias para la inclusión socio-laboral**

Estrategias	Características
<b>Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC)</b>	Propuesta conjunta de la OIT, la UNESCO y la OMS, que promueve el trabajo en red y la participación de las familias, cuidadores, organizaciones y grupos de apoyo. Se orienta a que las personas tengan acceso al desarrollo de destrezas y oportunidades de aprendizaje permanente y empleo, a través de servicios de micro financiación para emprendimientos de autogestión, haciendo uso óptimo de los recursos locales, sobre todo en países de ingresos bajos y medios. Observa resultados positivos en fortalecer las comunidades, desarrollar destrezas personales, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de vida.
<b>Servicios de empleo</b>	El alcance y los tipos de servicios varían en cada país, pero pueden incluir orientación profesional y asesoramiento.
<b>Apoyos económicos</b>	Se trata de subvenciones salariales para los empleadores con la finalidad de compensar la productividad reducida y alentar la contratación de personas con discapacidad.
<b>Apoyos técnicos y personales</b>	Son esenciales, sobre todo durante la fase inicial de la formación y/o el empleo.
<b>Sistemas de cuotas</b>	Exigen que los empleadores contraten un porcentaje mínimo de trabajadores con discapacidad.
<b>Legislación anti-discriminatoria</b>	Cada vez más países han optado por promulgar leyes antidiscriminatorias siendo uno de los mayores avances en el ámbito laboral.
<b>Medidas disuasorias</b>	Medidas no obligatorias apoyadas en la persuasión y la autorregulación, con el propósito explícito de promover el empleo.
<b>Gestión de la discapacidad</b>	Ayuda que se entrega a las personas que adquieren una discapacidad durante su vida laboral para volver a un puesto de trabajo.
<b>Mecanismos de consulta</b>	Se debe consultar a las organizaciones representativas de trabajadores, empleadores y personas con discapacidad, sobre la implementación de la política nacional de empleo y readaptación profesional.

Fuente: *El derecho al trabajo decente en la discapacidad* (O'Reilly-OIT, 2007). Elaboración propia.

## 1.7. Promoción de la salud mental en el trabajo

Respecto al componente promoción de la salud mental, se trata de un enfoque relativamente nuevo para abordar los riesgos a la salud relacionadas con el puesto de trabajo, si bien es crucial para el bienestar de las personas con sufrimiento mental, beneficia al conjunto de trabajadores/as (OEPSS, 2007).

Investigaciones de la OIT indican que un alto porcentaje de directivos de empresas expresan preocupación por el estrés relacionado con el trabajo, pero solo un bajo porcentaje señalan aplicar medidas de prevención al respecto (OIT, 2016).

También es un obstáculo para la promoción de la salud mental el no contar con registros de enfermedades profesionales en el sector informal de la economía (OEPS, 2007; OMS, 2010b). Específicamente, algunas medidas que propone la OIT para prevenir el estrés en el trabajo se resumen a continuación:

**Tabla 6. Medidas colectivas para prevenir el estrés**

Categoría	Medidas
<b>Control</b>	-Garantizar la cantidad de personal adecuado. -Permitir las opiniones sobre cómo realizar el trabajo.
<b>Carga de trabajo</b>	-Evaluar regularmente los plazos de tiempo asignación de fechas límite razonables. -Asegurar horas de trabajo programadas y razonables.
<b>Apoyo social</b>	-Promover el contacto social entre trabajadores. -Mantener un entorno laboral libre de violencia física y psicológica. -Asegurar que existan relaciones de apoyo entre supervisores y trabajadores. -Ofrecer una infraestructura organizacional para que la supervisión asuma la responsabilidad sobre el personal a su cargo y que concurra un nivel apropiado de contacto. -Discutir los conflictos entre las exigencias del trabajo y la familia. -Reforzar la motivación destacando los aspectos positivos y útiles del trabajo.
<b>Adaptando el trabajo y el trabajador/a</b>	-Que el trabajo corresponda con las aptitudes físicas y psicológicas del trabajador/a. -Asignar tareas conforme a la experiencia y la competencia. -Garantizar la utilización adecuada de las aptitudes.
<b>Formación y Educación</b>	-Formar en adecuación de capacidades del trabajador/a y el empleo. -Educar en prevención de riesgos e informar para prevenir los riesgos psicosociales y el estrés.
<b>Transparencia y justicia</b>	-Asegurar que las tareas y los roles estén claramente definidos. -Ofrecer, en la medida de lo posible, empleos seguros. -Retribución adecuada por el trabajo desempeñado. -Garantizar transparencia y justicia en los procedimientos para atender las quejas.
<b>Ambiente físico de trabajo</b>	-Proporcionar iluminación y equipo adecuados, controlando la calidad del aire, y los niveles de ruido, evitando la exposición a agentes peligrosos. -Tomar en cuenta medidas ergonómicas para el diseño del puesto de trabajo.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016).

El **tipo de apoyo** según la OIT y las evidencias nacionales (OIT, 2016; OMS, 2012d, 2014; Borja Jordán, 2008; FAISEM, 2008; Secker & Membrey, 2003) que las personas con sufrimiento mental grave dicen necesitar en sus lugares de trabajo se resumen a continuación.

**Tabla 7. Tipos de apoyo en el trabajo**

Tipos	Características
<b>Entrenamiento y apoyo para aprender</b>	Tiene relación con la naturaleza del puesto de trabajo y las necesidades particulares de aprendizaje e involucra tres elementos claves: permitir que la persona aprenda a su propio ritmo; dividir las tareas en componentes manejables; y, asegurar que la persona de apoyo se encuentre disponible en caso de problemas.
<b>Relaciones sociales en el trabajo</b>	Es un factor invaluable para este colectivo, pues una buena relación interpersonal y un ambiente laboral positivo entre pares y superiores les proporciona seguridad y confianza para solicitar la ayuda necesaria.
<b>Cultura laboral</b>	Los aspectos más importantes son: un ambiente informal y relajado; aceptación de las diferencias; y, una real preocupación de la empresa por la salud y bienestar de sus trabajadores/as. La forma en que la empresa realiza los ajustes necesarios de las labores a las necesidades específicas de las personas pone de relieve su preocupación por el bienestar. Es positivo que las y los trabajadores sean valorados por sus fortalezas y no solo considerados por su patología.
<b>Enfoques para la gestión del personal</b>	Un enfoque útil son los estilos de gestión de apoyo que combina un interés genuino por el bienestar del personal, límites claros en relación al puesto de trabajo, y una crítica constructiva.

Fuente: *Estrés en el trabajo: un reto colectivo* (OIT, 2016). *Elaboración propia.*

## 1.8. Legislación sobre inclusión laboral

### a. Normativa de Ecuador sobre la Inclusión laboral

- **Ley Orgánica de Discapacidades** (ECU-LODis, 2012). Establece que el empleador público o privado que cuente con más de 25 trabajadores/as debe contratar de forma obligatoria un mínimo de 4% de personas con discapacidad. Indica que los empleadores podrán deducir el 150% adicional para el cálculo de la base imponible del impuesto a la renta respecto de las remuneraciones y beneficios sociales sobre los que se aporten a la Seguridad Social de cada empleado contratado con discapacidad. Incluye el derecho a permisos para tratamiento y/o rehabilitación en salud cada vez que la persona lo requiera. Norma que las personas que han trabajado y acrediten 25 años de aportaciones a la Seguridad Social, podrán acceder a una jubilación especial sin límite de edad, y para los casos de personas con discapacidad intelectual cuando tenga 20 años de aportaciones.

- **Acuerdo Ministerial núm. MRL-2013-0041 por el cual se expide el Reglamento para el registro de trabajadores sustitutos de personas con discapacidad.** Un trabajador/a sustituto es un familiar hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (cónyuge, pareja en unión de hecho legalmente constituida) o representante legal o que tengan bajo su responsabilidad o cuidado a una persona con discapacidad severa, o que sea padre/madre de niños o adolescentes con discapacidad, quienes podrán formar parte del porcentaje de cumplimiento de inclusión laboral por discapacidad (MRL-2013-0041).

### ***b. Normativa de España sobre la Inclusión laboral***

En la Unión Europea se establecen principios rectores que rigen las políticas de empleo para los países que la conforma, las cuales se incluyen en el marco normativo español:

- ***Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, Regula el empleo selectivo o las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos.*** Condiciones para reincorporar a personas con una incapacidad parcial (BOE-A-1983-1451).

- ***Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, Relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo (CEE).*** Regula a trabajadores con 33% de minusvalía (BOE-A-1985-1368).

- ***Orden de 16 de octubre de 1998. Bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de los minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo.*** Facilita la integración laboral en empresas ordinarias como en CEE (BOE-A-1998-279).

- ***Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, Medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.*** Se exime a las empresas siempre que se aplique alguna medida sustitutoria (BOE-A-2000-27).

- ***Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, Regulan los Enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.*** Nexo entre una empresa ordinaria y un CEE (BOE-A-2004-290).

- ***Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, Cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad.*** Regula que algunas empresas públicas y privadas queden exentas de la obligación de contratar personas con discapacidad (BOE-A-2005-364). Los motivos son: a. Que los servicios públicos de empleo competentes, o las agencias de colocación, no puedan atender la oferta de empleo requerida, porque no existen personas con discapacidad con la cualificación requerida o aun cuando estén capacitados no se interesen por las condiciones de trabajo ofrecidas; y, b. Cuando la empresa acredite mediante cartas de otras empresas reconocidas que el desempeño en cuestiones de carácter productivo, organizativo, técnico o económico, no pueden ser cubierto por una persona con discapacidad.

- ***Ley 43/2006, de 29 de diciembre, Mejora del crecimiento y del empleo.*** Regula las bonificaciones y reducciones de las cuotas a la Seguridad Social (BOE-A-2006-43).

- **Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, Programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.** Realiza acciones de orientación y acompañamiento en empresas del mercado ordinario (BOE-A-2007-870).

- **Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.** Establece una mayor bonificación mensual de la Seguridad Social en una contratación indefinida para trabajadores con parálisis, enfermedad mental e intelectual (BOE-A-2012-20).

- **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre. Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** (BOE-A-2013-1). Norma según tipo de empleo: a) Empleo ordinario en las empresas y administraciones públicas, se deben adoptar medidas para la adaptación del puesto de trabajo. Las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores deberán tener al menos el 2% de trabajadores con discapacidad; b) Empleo protegido: en los CEE el 70% de la plantilla deben ser personas con discapacidad, c) Empleo autónomo está dirigido al establecimiento y desarrollo de iniciativas económicas y profesionales por cuenta propia, o a través de entidades de la economía social.

- **Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.** Se consideran relaciones laborales de carácter personal las que incluyen a trabajadores con discapacidad en los CEE (BOE-A-2015-2).

### ***c. Normativa de Italia sobre la Inclusión laboral***

En Italia, posterior al cierre de los hospitales psiquiátricos, se crean las cooperativas de integración laboral para dar trabajo a las personas confinadas por años en los manicomios. Actualmente, existen 12.000 cooperativas sociales en funcionamiento, las cuales facturan aproximadamente 12.000 millones/euros, es decir, casi el 1% del PIB italiano, y ocupan alrededor de 300.000 trabajadores/as (Euricse, 2016).

El marco normativo que las respalda de describe a continuación:

- **Ley 381 de 1991 Relativo a la reglamentación de las Cooperativas Sociales** (GU-1991-381). Las cooperativas sociales son oportunidades de trabajo que incluyen a los colectivos en desventaja. Describe tres tipos de cooperativas: **Tipo A:** realizan un servicio a la persona en exclusión, por ejemplo, actúa y gestiona una estructura de acogida para personas con discapacidad; **Tipo B:** su objetivo es la

inserción laboral de personas en exclusión o en riesgo de ella, por lo tanto, al menos el 30% de su fuerza de trabajo deben cumplir esta condición, por ello, tienen un tratamiento fiscal más favorable; **Tipo C:** son los consorcios o agrupaciones de cooperativas, que nacen con el objetivo de dar más fuerza en el mercado de trabajo a las cooperativas a título particular, para la adquisición de contratos públicos y privados.

- **Ley n. 68 de 1999, Reglas para el derecho al trabajo para discapacitados** (GU-1999-68). Promueve la integración sociolaboral de personas con discapacidad (con una reducción de la capacidad de trabajo de más del 45%) a través de servicios específicos de apoyo y colocación. Los empleadores deben contratar como cuota a trabajadores con discapacidad en la siguiente medida: a) 7% de personas con discapacidad, si tiene más de 50 empleados; b) 2 trabajadores con discapacidad, si emplean de 36 a 50 empleados; c) 1 persona con discapacidad, si emplean de 15 a 35 empleados. Existen algunas exclusiones y exenciones, relacionadas con actividades específicas a desempeñar; de todas formas, los empleadores podrán quedar exentos parcialmente con la condición de pagar al Fondo Regional para el Empleo de Personas con Discapacidad.

- **Decreto Legislativo N° 276, de 10 de septiembre de 2003, se delegan en el Gobierno las facultades en materia de empleo y mercado de trabajo** (GU-2003-276). Indica las directrices comunitarias sobre empleo y formación continua.

- **Decreto del Presidente de la República N.º 171, de 27 de julio de 2011, Reglamento sobre la terminación de la relación laboral de los trabajadores y las entidades públicas en caso de incapacidad psicofísica permanente** (GU-2011-171). Regula el procedimiento, los efectos y el tratamiento legal y económico afines a la evaluación de la incapacidad psicofísica permanente.

## 1.9. Satisfacción laboral

El *trabajo* puede definirse como un proceso en el cual la persona transforma lo que le rodea, pero en esta acción no solo cambia su entorno, sino que se transforma a sí misma, por ello es una actividad inherente y exclusiva del ser humano. También es entendido como una manifestación de la libertad humana porque satisface nuestras necesidades, por lo tanto, se trata de una actividad productiva y vital (Marx, 1867). Desde un *enfoque psicosocial*, el trabajo puede entenderse como una actividad con un significado (aspecto subjetivo) y como un fenómeno social (lo que socialmente significa) (Pieró et al., 1996).

Actualmente, el desarrollo de tecnologías, los cambios en la organización social de producción y la globalización económica han ido modificando las formas de trabajar, en este escenario la **Psicología del Trabajo** estudia las conductas y experiencias cambiantes desde una perspectiva individual, social y grupal con el objeto de comprender y explicar los fenómenos que ocurren en el mundo del trabajo, así como prevenir y solucionar los problemas que se presentan en la vida laboral (Pieró et al., 2007).

### **a. Función psicosocial del trabajo**

Si las personas trabajan porque el trabajo tiene un significado para ellas (Pieró et al., 1996), hay funciones positivas que promueven el trabajo en los individuos.

**Tabla 8. Funciones positivas del trabajo**

<b>Integrativa o significativa</b>	Es una actividad que da sentido a la vida, permite el desarrollo humano, por tanto, aumenta los grados de autonomía y de realización personal.
<b>Proporcionar estatus y prestigio social</b>	Es generador de autorrespeto y reconocimiento por parte de los otros.
<b>Identidad personal</b>	El salario permite mantener una independencia y el control de la vida en la medida que la persona puede satisfacer sus necesidades.
<b>Económica</b>	Forma como somos y como nos ven los otros, lo que genera lazos de solidaridad social.
<b>Interacción y contactos sociales</b>	Posibilita el interactuar con otras personas fuera del grupo familiar, por tanto, crea interacción social y comunicación.
<b>Estructurar el tiempo</b>	Estructura el día a día y diversos ámbitos de la vida en función de los tiempos de trabajo (ocio, vacaciones, etc.)
<b>Mantener una actividad más o menos obligatoria</b>	Es un marco de referencia útil, regular, obligatorio y con un propósito.
<b>Desarrollar habilidades y destrezas</b>	Son acciones en las que la persona puede auto expresarse, mejorar y aprender.
<b>Transmitir normas y expectativas sociales</b>	Tiene un rol socializador importante, y se relacionan con otros ámbitos de la vida como la familia, tiempo libre, política, etc
<b>Proporcionar poder y control</b>	Sobre personas, cosas, datos o procesos. Comodidad Si se tienen buenas condiciones ambientales, seguridad en el empleo, buen horario de trabajo.

Fuente: Aspectos psicosociales del trabajo (Pieró et al., 1996). *Elaboración propia.*

El trabajo deja de cumplir su función psicosocial cuando se prioriza lo mercantil sobre los derechos humanos (con base en las ganancias para el empleador por sobreexplotación de la fuerza de trabajo) (Marx, 1867). En este contexto, la persona tiene menos tiempo para otras actividades como el descanso y la recreación, lo que afecta su salud. Cuanto más se vuelca el trabajador/a en su trabajo se

distancia en relación consigo mismo, es decir, se enajena y pierde la capacidad para reconocerse a sí mismo en el mundo (Marx, 1844), situación que se profundiza cuando el trabajo se siente como una obligación (Pieró et al., 1996).

### ***b. Condiciones de trabajo y clima laboral***

Las condiciones de trabajo son todos los ***factores que están alrededor del trabajo*** e incluye la carga física y mental, los aspectos organizacionales, las condiciones de seguridad y de prevención, y los factores de riesgo de una empresa o actividad (Pieró et al., 2007).

El conjunto de estos elementos aporta al ***clima laboral***, que es la percepción subjetiva que tienen las personas del ambiente laboral, el mismo que es evaluado como positivo cuando hay distribución de los roles, cohesión de los equipos, visualización de logros, es decir, un clima agradable, motivador y de diálogo que aporta a una buena ***calidad de vida laboral***, pues responde a las expectativas, deseos y necesidades de las personas y de la empresa (OIT, 2016, Pieró et al., 1996). Por el contrario, un ***mal clima laboral*** puede enfermar a las personas y afectar el rendimiento y desempeño de la organización en su totalidad. Por ello, el ***abandono laboral*** ha sido relacionado esencialmente con factores organizacionales (forma de contratación, de pago y horario), socioeconómicos (nivel salarial/tasa de desempleo), personales (edad, género) y factores del ambiente laboral (relaciones interpersonales, supervisión y liderazgo) (Pieró et al., 2007).

### ***c. Motivación y Satisfacción laboral***

***La motivación*** se define como un proceso psicológico relacionado con el impulso, dirección y persistencia de una conducta hacia una actividad. Se podría decir que la motivación y el desarrollo de la empresa tienen una dinámica de interacción, que puede convertirse en un círculo virtuoso, pues si los miembros de una empresa están motivados desarrollan una conducta propositiva (impulsada por planes, metas y objetivos) que contribuyen a los logros de la empresa y serán recompensados por ello motivándose aún más. La conducta motivada es resultado del proceso motivacional (Pieró et al., 2007).

Los aspectos motivadores del trabajo (Pieró et al., 2007) son dos principalmente:

- Motivadores del entorno laboral: remuneración, estabilidad del empleo, oportunidades de promoción, buenas condiciones de trabajo, posibilidades de participación, valoración del desempeño y ambiente social que mejore la autoestima.

- Motivadores del contenido del trabajo: características de interés, variedad, importancia e identificación de tareas; autonomía para la realización de la tarea; oportunidades de utilizar conocimientos, habilidades y destrezas; retroalimentación.

Por su parte, la **satisfacción laboral** es definida como el grado en que un sujeto siente que sus necesidades se satisfacen con el trabajo que realiza. También puede entenderse como la diferencia entre la cantidad de recompensas que reciben las/os trabajadoras y la cantidad que creen que deberían recibir (Robinson, 2001), por lo tanto, tiene consecuencias importantes tanto para la persona como para la organización.

Todo lo anterior implica identificar diversas dimensiones y grados de prioridad que se le otorga a diferentes aspectos de la satisfacción laboral de acuerdo al tipo de actividad que realicen y/o situaciones por las que atraviesen grupos y subgrupos de trabajadoras/as, sin embargo, para el conjunto de personas con problemas de salud mental graves, la satisfacción laboral es uno de los predictores más fuertes para permanecer en un empleo. Ciertamente la información sobre las percepciones y experiencias con respecto a la satisfacción laboral de este colectivo la vinculan con particularidades en el lugar de trabajo que para ellos/as son trascendentes, como un ambiente seguro donde se respeten las diferencias y se valore su desempeño.

## CAPÍTULO 2

## 2.1. Aspectos metodológicos de la investigación

### 2.1.1. Introducción

La presente investigación aporta conocimiento con base en la comparación y el análisis sobre la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave en tres países España, Ecuador e Italia y desarrolla un modelo explicativo de la problemática inserción laboral de este colectivo desde la perspectiva de la Salud Pública, específicamente desde un enfoque integral de promoción de la salud mental que considera al trabajo como el nivel máximo de rehabilitación. Partiendo de la Salud Pública y de la descripción y el análisis de los modelos de atención en salud mental en cada uno de los países por separado, el estudio se dirigió a identificar factores que se relacionan e inciden en la problemática.

Sustentado en el paradigma constructivista que concibe a la realidad como una construcción social, en el estudio se concibe a la inclusión laboral de personas que tienen graves problemas de salud mental desde una visión que requiere conocer sustancialmente las particularidades de situaciones contextuales de este colectivo, adquiriendo el análisis estadístico un plano secundario. En razón de ello, adopta el método *cuantitativo*, como proceso que implica la recolección de información, el análisis de contenidos y la profundización del fenómeno en estudio.

En salud el método cualitativo es valorado como uno de los principales instrumentos para realizar un *diagnóstico o análisis de una situación*. Puede ser usado tanto para explorar un contexto social, como para identificar las necesidades de una comunidad y determinar los tipos de intervenciones más adecuadas para cada realidad, así como para describir el funcionamiento de los servicios (OPS, 2009), donde lo propio de la promoción de la salud mental es la inclusión de la dimensión *subjetiva* como instancia fundamental de la constitución de la realidad humana y donde el abordaje desde los determinantes sociales en salud permite ubicar a la desigualdad como un problema central en las relaciones, sus causas y efectos en la vida cotidiana.

---

1. Es la explicación teórica sobre el fenómeno estudiado que ha surgido de todo el proceso y que justifica la investigación.

La ventaja de este tipo de enfoque es lograr una perspectiva más precisa del fenómeno desde la propia percepción de los participantes. Así, la multiplicidad de observaciones permite arrojar datos enriquecidos y variados; y, al tratarse de una problemática compleja, posibilita el indagar en las subjetividades de diversos actores en interacción con otros actores ampliando las dimensiones de la investigación (Hernández et al., 2007).

Durante el proceso investigativo se consideró importante incorporar enfoques transversales que son los que proporcionan coherencia a toda intervención con personas con sufrimiento mental grave y que son relevantes para facilitar un diálogo intercultural (cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras). Precisamente, la metodología propuesta se enmarca en los ***enfoques de derechos, intercultural, participativo, territorial y de género***.

Específicamente el ***enfoque de género*** en el proceso investigativo mantiene como premisas que las mujeres con este problema de salud se ubican a menudo en situaciones de mayor desventaja que los hombres que padecen un problema mental, por tanto, se encuentran con mayor frecuencia en riesgo de pobreza y exclusión social; y, que los cuidadores no profesionales de las personas con discapacidad mental en su mayoría son mujeres familiares del usuario/a. En razón de ello, se examina en la recopilación y análisis de la información las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres para identificar posibles desigualdades.

Acorde al procedimiento de la investigación cualitativa en el estudio se aplica la investigación ***documental y de campo*** (Hernández et al., 2007). En el contexto de la investigación documental se trabaja con materiales de tipo secundario para realizar un meta-análisis de datos sobre las cooperativas de trabajo; y, en la fase de investigación de campo se trabaja con fuentes primarias respecto a la implementación de servicios de salud y acciones de inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental graves, recogiendo información de los actores implicados a través de la técnica de entrevista en profundidad semiestructurada.

El estudio se enmarca también dentro de la ***investigación descriptiva*** (Hernández et al., 2007). ***Los documentos recopilados y la descripción sobre la percepción que tienen usuarios/as, familiares, profesionales de salud y bienestar, y directivos de dispositivos de salud mental*** respecto a situaciones problemáticas y sobre el significado que adquiere en la vida de las personas, es información necesaria para construir el proceso categorización y teorización. Asimismo, la investigación adquiere un carácter ***transversal*** (Hernández et al., 2007), al determinar e interpretar la percepción de los participantes en un momento específico en el tiempo, que es entre los años 2017-2018.

Para el **diseño del proceso de investigación se utiliza la Teoría Fundamentada**, cuya característica distintiva radica en la generación sistemática de modelos conceptuales a partir de datos cualitativos y de aplicabilidad a áreas específicas de estudio, como es el caso de la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental (Hernández et al., 2007).

### 2.1.2. Descripción de la muestra

El muestreo mantiene el criterio de **heterogeneidad** dado por entrevistas realizadas tanto a usuarios/as, sus familiares, profesionales de salud y bienestar y directivos de salud y, por el criterio de **economía** dado por la representatividad de la muestra, que incluye a los subgrupos que deben estar en el estudio para obtener información de las diferentes posiciones y opiniones sobre la inclusión laboral de las personas con sufrimiento mental grave. En consecuencia, la **muestra** se compone de los siguientes subgrupos:

-**Directivos** o encargados de los establecimientos socio-sanitarios en los que se implemente el modelo de salud mental.

-**Profesionales de salud mental y de bienestar** que trabajen con usuarios/as con sufrimiento mental grave en proceso de reinserción social y laboral.

-**Personas con sufrimiento mental grave** que participen en calidad de **usuarios/as** de un establecimiento de rehabilitación y que se encuentren en proceso de reinserción laboral.

-**Familiares** de personas con sufrimiento mental grave que estén en proceso de reinserción social y laboral.

La recolección de fuentes primarias se ejecuta mediante entrevistas y trata de mantener **una relación igualitaria desde el enfoque de derechos y género**, lo que se traduce en lograr un **equilibrio por sexo en las muestras**. El rango de edad de las y los participantes se centra en **adultos entre 18 y 65 años**, es decir, personas en edad de trabajar. **El proceso de muestreo** para las ciudades de Quito y Guayaquil en Ecuador y para la ciudad de Valencia en España fue el siguiente:

1. **Noción general de dónde y con quiénes comenzar.** Se utilizaron procedimientos de conveniencia y avalancha, al obtener un primer contacto con una institución de salud, luego los informantes claves de dicho lugar, refieren a otras personas y organismos que trabajan el tema de la inclusión laboral.

**2. Ajuste de la muestra sobre la marcha siguiendo el criterio de inclusión/exclusión.** Las nuevas conceptualizaciones ayudan a enfocar el proceso de muestreo, tanto de personas usuarias de dispositivos de salud y sociales, como de las que se encuentran trabajando o en búsqueda de un empleo. El **muestreo caso tipo** es el que se aplica para conocer, entre las personas con **sufrimiento mental grave**, quienes tienen un trabajo o pretenden una inclusión laboral. El muestro a expertos se aplica para recabar información de docente universitarios, quienes proporcionan una mirada específica al quehacer con personas con sufrimiento mental y su inclusión socio-laboral.

**3. Saturación teórica.** El proceso de muestreo continuó hasta que se alcanzó la **saturación teórica** de los datos.

Respecto del **meta-análisis**, también se utilizaron **criterios de elegibilidad** y exclusión para escoger las fuentes de información a revisar y estudiar, los cuales fueron:

1. Todos los recursos disponibles sobre la inclusión social, desinstitucionalización e inserción en cooperativas sociales de trabajo para personas con sufrimiento mental grave en Italia en las principales bases de datos generales y específicas en salud mental.

2. Distintos tipos de materiales como libros, investigaciones, artículos científicos, informes y guías de organismos internacionales sobre el modelo de salud mental e inserción en el empleo en Italia.

Por otro lado, los **criterios de exclusión** para esta parte de la investigación fueron:

1. *No relacionados con sufrimiento mental grave.*
2. *No relacionados con la implementación del modelo en salud mental.*
3. *Asociados a normativas puras.*
4. *Dirigidos a población infanto/juvenil o adultos mayores de 65 años.*
5. *De otros países (no Italia).*

#### **a. Tamaño de la muestra**

Las dos características para establecer el tamaño muestral en la metodología cualitativa son:

- No hay criterios ni reglas preestablecidas.
- El tamaño muestral se determina en base a las necesidades de informa-

ción, de esta forma la muestra se puede delimitar después de iniciar la etapa de recolección de datos, de hecho, se puede ajustar en cualquier momento del estudio en caso de ser requerido, hasta llegar a la  *saturación de datos* , esto es, hasta el punto en que no se obtiene nueva información (Hernández et al., 2007).

En números, la cantidad total de personas participantes en la investigación fueron 114, las cuales se describen por grupo muestral, por sexo y por país, en la siguiente tabla:

**Tabla 9. Cantidad de muestra total del estudio**

<b>País</b>	<b>Tipo</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>Valencia</b>	Usuario	11	14	25
	Familiar	3	3	6
	Profesional	8	4	12
	Directivo	4	8	12
	<b>Total Valencia</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>55</b>
<b>Ecuador</b>	Usuario	17	14	31
	Familiar	16	2	18
	Profesional	4	2	6
	Directivo	1	3	4
	<b>Total Ecuador</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>59</b>
<b>Total</b>	Usuario	28	28	56
	Familiar	19	5	24
	Profesional	12	6	18
	Directivo	5	11	15
	<b>General</b>	<b>64</b>	<b>50</b>	<b>114</b>

Respecto del meta-análisis, la búsqueda de recursos arrojó una gran cantidad de información, pero solo en tres bases de datos se encontró documentos que concordaban con los criterios de inclusión, como se observa a continuación:

**Tabla 10. Cantidad de recursos de meta-análisis del estudio**

<b>Base de datos</b>	<b>Referencias encontradas en la primera búsqueda</b>	<b>Artículos seleccionados</b>	<b>%</b>
<b>SciELO</b>	68	1	7
<b>JBI ConNECT</b>	50	0	0
<b>LILACS</b>	560	0	0
<b>APA</b>	676	0	0
<b>Google Académico</b>	24329	12	80
<b>Google</b>	290000	2	13
<b>TOTAL</b>	315683	15	100

### 2.1.3. Instrumentos y procedimiento

#### a. Procedimiento de recogida de datos

a) **Procedimiento para la recolección de información in situ.** El trabajo de campo se inicia en Ecuador (Quito y Guayaquil) y continúa en España (Valencia). La investigadora principal reside por un periodo aproximado de 10 meses en cada país para llevar a cabo la recolección de datos.

**Paso 1. Contacto con actores claves.** En este proceso se envió a cada institución pertinente una carta de presentación de la investigación, la misma incluía la aceptación del estudio por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, resumen del proyecto, diseño de la guía de preguntas para las entrevistas y el documento de consentimiento informado para proceder con la aplicación de entrevistas.

**Paso 2. Reuniones con directivos y aplicación del instrumento a expertos.** Se gestionó una reunión con el director/a de cada centro para explicar los objetivos de la investigación y aclarar los criterios de inclusión y exclusión. Una vez aprobada la solicitud, los profesionales de salud mental relacionados con la inclusión laboral fueron entrevistados.

**Paso 3. Profesionales de salud puerta de entrada hacia usuarios/as y sus familiares.** Los profesionales entrevistados provocan el acercamiento con los usuarios/as y sus familiares para luego proceder a sondear a quienes desean participar de forma voluntaria en el estudio.

**Paso 4. Aplicación del instrumento a usuarios/as y sus familiares.** Con quienes consintieron su participación voluntaria se agendaron fechas para la aplicación de las entrevistas de forma individual y/o grupal acorde a la disponibilidad de las personas y asegurando que los ambientes sean amigables y cotidianos (Hernández et al., 2007). En este caso fueron centros de salud, centros de rehabilitación, hospitales, lugares de trabajo y de vivienda.

**Paso 5. Análisis de la información recolectada.** Los primeros datos recogidos en Quito y Guayaquil, mostraron las diversas realidades en cuanto a la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental, siendo esta constatación el comienzo del análisis de la información recolectada. Posteriormente se procedió con la información de Valencia en España y finalmente con la información sobre el funcionamiento de las cooperativas sociales en Italia.

Cabe señalar que en España existieron algunas instituciones a las que fue difícil acceder, como el Centro Museos, el que requirió de la aprobación del Co-

mité de Ética del Hospital La Fe, a otras fue imposible el acceso, tal fue el caso de dos CRIS y un CEE de Valencia. Mientras que en Ecuador la mayor dificultad fue el largo tiempo de espera por trámites burocráticos para la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética (dos meses) y del Ministerio de Salud (6 meses), sumado a la negativa de participar del único Hospital Psiquiátrico público.

### **b. Procedimiento de recogida de datos respecto del meta-análisis.**

**Paso 1. *Indagación en bases de datos.*** Se realiza la búsqueda con las frases: “discapacidad mental y trabajo”, “inclusiones laborales graves de trastorno mental grave Italia”, “grave trastorno mental”, “inclusión laboral trastorno mental grave Italia (en español)”, “severe mental disorder and work”, “trastorno mental grave trabajo”, las cuales arrojan una gran cantidad de datos, sin embargo, esta cifra se redujo al filtrar por fecha y país (Italia).

**Paso 2. *Selección y clasificación.*** Los recursos escogidos se ordenan según la siguiente información general: nombre, año de publicación, idioma (castellano, inglés o italiano) y formato (libro, artículo de revista o informe de organismo internacional o nacional).

**Paso 3. *Análisis MaxQDA.*** Todos los recursos que cumplen con los criterios de inclusión se ingresan en el programa MaxQDA y se analizan exhaustivamente con base a las categorías y subcategorías derivadas del estudio de las entrevistas.

**Paso 4. *Análisis descriptivo de los recursos arrojados.*** Una vez examinadas las características de cada recurso, estos se reagrupan según las categorías encontradas para proceder con el análisis cualitativo descriptivo de categorías. Este análisis se encuentra en el apartado de resultados correspondiente al país Italia.

### **c. Entidades participantes**

El objetivo del proceso de muestreo es obtener los argumentos discursivos de la mayor cantidad de entidades participantes que conforman la Red de Salud Mental, tanto en España como Ecuador, la misma no está totalmente circunscrita por las dificultades de acceso antes descritas, sin embargo, se alcanza un resultado bastante sustancioso con las fuentes a las que se logró acceder, las cuales se presentan a continuación.

**Tabla 11. Entidades participantes en el estudio**

<b>Ecuador</b>	<b>España</b>
<b>Quito</b>	<b>Valencia</b>
Huertomanías- Lugar de trabajo	
Hospital General de Calderón	Hospital Clínico Área de Salud Laboral
Centro de Atención Ambulatoria Especializado en salud mental San Lázaro	Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave CREAP
Ministerio de Salud Pública	Consellería de Sanidad
<b>Guayaquil</b>	Unidad de Salud Mental Malvarrosa
Hospital Psiquiátrico de Neurociencias	Hospital de mediana estancia Bétera
	Centro de Rehabilitación Bio-Psicosocial Museo
	Vivienda tutelada AMBIT
	Agencia de colocación BONAGENT
	Asociación para la salud integral del Enfermo Mental ASIEM
	Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana FEAFES
	Ayuntamiento
	Universidad de Valencia
	Servicio de Medicina laboral

En Ecuador participaron entidades de la Red de Sanidad que atienden a personas con sufrimiento mental grave (la cual no cuenta con muchos dispositivos), el Ministerio de Salud y un centro de trabajo. Mientras que en Valencia se cuenta con la Red Sanitaria como Red de Bienestar Social, y otros organismos como la Federación de Salud Mental, el Ayuntamiento y la Universidad de Valencia. Las instituciones de la Red Sanitaria de ambos países han sido detalladas en el apartado de Servicio de Salud Mental razón por la que solo se describen las otras entidades participantes:

**Quito:**

- ***Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro:*** ofrece un servicio en salud mental de consulta externa, tratamientos grupales para trastornos afectivos y esquizofrénicos, grupos de autoayuda para familiares, y se realizan procedimientos específicos entre los que se utiliza todavía el electroshock (MSP, 2013b).

## **Valencia:**

- ***Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave CREAP***: ofrece una atención integral acorde a la variedad y complejidad de las necesidades que presentan las personas de este colectivo y sus familias mediante Centro de día, atención residencial e inserción sociolaboral. Además, funciona como centro de estudio e investigación sobre técnicas de intervención (CREAP, 2015).
- ***Agencia de colocación “Bonagent”***: es un servicio de taller de artes y oficios, orientación laboral, búsqueda de empleo, acompañamiento y asesoría a las empresas para la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave (Bonagent, 2016).
- ***Asociación para la Salud Integral del Enfermo Mental ASIEM***: realiza acciones de apoyo, asesoría, educación, formación e integración sociolaboral a personas con problemas de salud mental grave y sus familiares (ASIEM, 2016).
- ***Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana FEAFES***: es una organización social de segundo nivel (respecto de la Confederación Nacional) que agrupa a las asociaciones y organizaciones relacionadas con la salud mental. Tiene como finalidad velar por los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de las personas con problemas de salud mental y de sus familiares. Brinda asesoría en diversas temáticas incluida la legislación laboral para este colectivo (FEAFES, 2015).

## **d. Técnicas de recogida de datos**

Se utilizó en la investigación *entrevistas individuales y grupales* considerando importante conocer tanto lo que hay de común como lo que hay de específico en las experiencias de los participantes.

El supuesto teórico que justifica la utilización de la técnica de entrevista es que, si se quiere conocer algo sobre las personas, lo mejor, más directo y simple, es preguntarles (Hernández et al., 2007). Y un elemento relevante en la investigación se relaciona con la necesidad de que usuarios/as y sus familiares estén representados en la muestra.

Respecto al diseño de la entrevista se trata de *entrevista semiestructurada* donde se presenta el tema y se trabaja con una guía de interrogantes que se desarrolla y se profundiza acorde al argumento discursivo de los participantes hasta abordar todos los tópicos previstos.

La sensibilidad del tema a tratar fue una de las razones para la aplicación de *entrevistas individuales a personas con problemas de salud mental graves y sus*

*familiares*, ya que algunos participantes pueden sentirse coartados por la presencia del grupo o por la dominancia de algunos miembros y se requería que los participantes se sientan libres de expresarse respetando sus propios tiempos, además, porque la finalidad a la que se pretende llegar es a la valoración de necesidades, identificación de barreras, conocer sus experiencias y evaluar si las organizaciones y los ambientes son sensibles e inclusivos.

No obstante, teniendo en consideración que las actitudes y percepciones sobre una problemática determinada no se desarrollan aisladamente, sino en interacción con otras personas se escogió la técnica de *entrevista de grupo para ser aplicada a familiares y usuarios/as con sufrimiento mental grave que se encuentran en procesos de reinserción laboral*, ya que se trata de personas que se conocen entre sí y que cuentan con experiencias compartidas. Una ventaja de la entrevista grupal es que prevalece el punto de vista personal, de tal manera que se escucha en grupo, pero se habla como entrevistado singular, en este contexto, la escucha en grupo posibilita consensuar ideas que se relacionan con la oportunidad de generar propuestas del colectivo y permite observar la interacción entre los participantes.

La *entrevista individual se aplicó también a directivos y profesionales de la salud mental y de áreas de coordinación con los servicios sociales, así como a personas relacionadas con el ámbito laboral*, se optó por este método porque posibilitaba a la investigadora explorar aspectos concretos de cada área no contemplados con anterioridad o que se requieren profundizar y debido a que por aspectos logísticos y de costes resultaba más complejo el aplicar entrevistas grupales.

Con el consentimiento de los participantes se realizó una grabación en audio de las entrevistas, las cuales posteriormente fueron transcritas textualmente. También se efectuaron notas de campo en las que se recogieron observaciones respecto a expresiones y lenguaje no verbal utilizados por las y los participantes en el proceso de la entrevista.

En cuanto al *contenido de las entrevistas*, este se estructuró con base a los ámbitos de estudio del marco Vic Health para la promoción de la salud mental y el bienestar utilizado por la OMS, en el cual se define como determinantes claves a la inclusión social, la ausencia de la discriminación o violencia y la participación económica (OMS, 2004b). Los temas o patrones que se exploraron en las entrevistas se relacionan con:

**-Políticas de salud mental:** determinar su grado de implementación según el enfoque comunitario y si existen los recursos para ello; y, el apoyo socioeconómico que incluye evaluar a través del acceso de los usuarios/as al trabajo, educación, vivienda y financiación.

**-Organizaciones y ambientes:** evaluar si los espacios son sensibles e in-

clusivos, mediante la valoración de la ausencia de discriminación expresado en el nivel de respeto a la diversidad, la seguridad, la autodeterminación y control de la propia vida.

**-Percepción de las personas relativo a la autonomía, pertenencia y empoderamiento:** evaluar el grado de inclusión social con base en las relaciones de apoyo, la participación en actividades de grupo y la participación organizada de las personas con sufrimiento mental grave.

## 2.2. Metodología de análisis

En el método cualitativo, la recolección y el análisis ocurren en paralelo, se entrevista y a la par se realiza el análisis de los datos hasta alcanzar la saturación del campo discursivo, por tanto, se trata de un proceso ecléctico, sistemático, contextual, circular y en espiral (Hernández et al., 2007).

### 2.2.1. Proceso de análisis cualitativo en la teoría fundamentada

La Teoría Empíricamente Fundamentada (Grounded Theory), se formula al relacionarse los datos encontrados en el trabajo de campo, es decir, cuando se aplican las entrevistas, es un proceso circular e inductivo (Charmaz, 2014) con base a un diseño sistemático que contempla tres etapas de codificación de datos: abierta, axial y selectiva.

**1. Codificación Abierta:** se analiza línea por línea todos los elementos o segmentos que surgen de cada entrevista individual o grupal y se codifica el contenido del discurso otorgando nombres descriptivos. De esta forma, se estructuran categorías iniciales de significado y se crea evidencia para cada una de estas categorías con base en los datos recolectados. Las categorías, a su vez, son contenedoras de propiedades representadas en subcategorías previamente codificadas.

**2. Codificación Axial:** se describen las categorías que emergieron del primer nivel (conceptos, definiciones, significados) y al mismo tiempo, se agrupan las categorías por temas o patrones, se asocian dichas categorías y se ejemplifica.

La categoría considerada más importante se posiciona al centro del proceso (categoría central) y se examina como esta se vincula de forma diferenciada con otras categorías en distintas situaciones del proceso, casos como de causalidad (una afecta a otra), interacción (relación con otras), de consecuencia (el resultado de otra categoría), de estrategias (acciones que influyen), de condiciones contextuales (que forman parte del ambiente o situación) y de condiciones intervinientes (que median la interacción entre categorías).

El procedimiento permite ir examinando de forma sistemática la necesidad de profundizar en ciertas temáticas vinculadas a la inserción sanitaria y sociolaboral, hasta llegar a la saturación final y construir un modelo que explique la situación de inclusión laboral. En consecuencia, es un proceso inductivo (procede del texto, de lo que dice cada participante) y deductivo (conceptos hacia el texto, pues surgen categorías sobre la inclusión laboral y relaciones entre ellas).

Si algunas categorías solo se definen de forma parcial, es posible recopilar más datos o solicitar a otro investigador/a en el examen de estas categorías. Para este estudio se contó con la revisión de las categorías emergentes por parte de una profesional experta en problemas mentales graves.

**3.Codificación Selectiva:** la investigadora regresa a las unidades de análisis (elaboradas a partir de los objetivos del estudio) y las compara con su esquema emergente para fundamentarlo. El proceso comprende: revisar las relaciones entre las categorías sobre la inclusión laboral y obtener un sentido de entendimiento; redactar una narrativa acerca del fenómeno de la inserción socio-sanitaria-laboral; interpretar el significado de las categorías, y ejemplificar con segmentos de las entrevistas realizadas.

En esta etapa se generan teorías, hipótesis y explicaciones, al ser la codificación selectiva el nivel más alto de abstracción. Definida la Inclusión laboral (categoría central) y su relación con las otras categorías, se procede a la construcción de un sistema de clasificación, de temas y teorías sobre el fenómeno en estudio, especificando sus categorías principales (estas se describen de manera amplia en el apartado de resultados del estudio).

#### 2.2.2. Programa computacional para el análisis de datos cualitativo

El programa para el análisis de datos fue el *MaxQDA* creado por Udo Kuckartz en 1989 y se utilizó la última versión (año 2018). El programa posibilita con base en la Teoría Fundamentada, trabajar con ficheros de textos, audios, imágenes y videos. En este estudio solo se utilizaron grabaciones de audio.

El uso más focalizado que se efectuó con el programa fue la creación de códigos flexibles, los cuales fueron susceptibles de mover, reasignar y diferenciar por colores en la medida que se avanzaba en el análisis y se configuraban las categorías. Cabe destacar que, para la síntesis de la información resultante, el programa cuenta con un explorador interactivo de matriz de códigos, tablas de frecuencia y herramientas visuales de análisis muy versátiles viabilizando una visión integral de las categorías.

## CAPÍTULO 3

## RESULTADOS

Los resultados se agruparon por país con la finalidad de describir cada uno y luego compararlos según los objetivos investigativos. Se inicia con los resultados de Ecuador y consecutivamente España e Italia.

### 3.1. Resultados Ecuador

En Ecuador la muestra comprende las ciudades de Quito y Guayaquil y está constituida por: *Usuarios/as (U=53%), Familiares (F=31%), Profesionales (P=8%) y Directivos (D=8%)*. Más de la mitad de la muestra pertenece a *establecimientos públicos (63%)* y el resto (37%) a establecimientos privados (Hospital de Neurociencias y Huertomanías). Del total de entrevistados el *64% corresponde a mujeres* y el 36% a hombres. Al analizar al subgrupo Usuarios/as las *mujeres representan el 55%* y los hombres el 45%.

Tabla 12. Muestra por tipo y sexo en Ecuador

País Tipo		Mujeres	Hombres	Total
Ecuador:	Usuario	29	24	<b>53</b>
	Quito y Familiar	27	3	<b>31</b>
Guayaquil	Profesional	7	3	<b>10</b>
	Directivo	2	5	<b>7</b>
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

El rango de edad del total de entrevistados oscila desde los 22 a los 65 años. Algo muy similar ocurre si consideramos solo al subgrupo de Usuarios/as que muestra un rango que va de los *22 a los 62 años de edad* con un promedio de 43 años, es decir, en edad laboralmente activa.

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos, y se ejemplifica con citas textuales de las y los entrevistados clasificados por color de la siguiente forma:

Usuario/a
  Familiar
  Profesional
  Directivo

## 3.1.1. Categoría Laboral – Ecuador

Tabla 13. Porcentaje de la categoría Laboral - Ecuador

Categoría	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
<b>Laboral</b> (41%)		1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero. También se describe la cooperativa de trabajo Huertomanías.	<b>15</b>
		1.2. Formación y capacitación.	<b>1,2</b>
		1.3. Seguimiento a usuarios/as.	<b>1,9</b>
	<b>1.Inclusión</b> <b>31,9%</b>	1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.	<b>4,7</b>
		1.5. Satisfacción laboral y derecho al trabajo.	<b>3</b>
		1.6. El trabajo como terapia.	<b>6,2</b>
	<b>2.Exclusión</b> <b>9,2%</b>	2.1. Falta de oportunidades laborales.	<b>3,1</b>
		2.2. Autoestigma.	<b>1,6</b>
2.3. No manejo de síntomas		<b>1,2</b>	
2.4. Discriminación laboral		<b>3,3</b>	

Del total de usuarios/as entrevistados el 42% dice estar trabajando, sin embargo, se debe considerar que del total que manifiesta estar trabajando, el 62% pertenece a la cooperativa de trabajo Huertomanías o se encontraban empleados en el Hospital Psiquiátrico donde son atendidos. Estas dos situaciones salen de los parámetros de un trabajo normalizado por dos motivos: son empleados por su discapacidad y no se trataría de trabajadores asalariados, por tanto, no tienen derecho a seguridad social y otros beneficios de ley. En razón de lo expuesto, se excluye a estos dos casos atípicos y se obtiene que *de los usuarios/as el 74% se encuentran en desempleo.*

Tabla 14. Porcentaje de usuarios que trabajan por sexo - Ecuador

	No trabaja	Trabajando	%
<b>Hombre</b>	26	11	37
<b>Mujer</b>	47	16	63
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Si bien la información arroja que el número de mujeres que trabajan es mayor que el de los hombres, también es superior el número de mujeres que se encuentran desempleadas, por lo cual se analizan los datos en términos de proporción absoluta por sexos, observando que los que más acceden a un empleo son **los hombres con una proporción de 28%** (25% mujeres) y que la mayor proporción de **mujeres se encuentra cesante 75%** (71% hombres). En conclusión, los hombres acceden en mayor medida que las mujeres a un trabajo, aunque **no se aprecia gran diferencia entre sexos**.

**Tabla 15. Proporción absoluta de usuarios/as, trabajan y sexo - Ecuador**

Proporción	No trabaja	Trabajando	Total
<b>Hombre</b>	71	28	100
<b>Mujer</b>	75	25	100

En relación al **tipo de tareas** que ejecutan los usuarios/as, tanto los hombres como las mujeres se desempeñan en **actividades de baja cualificación**, pero con diferencias de género al interior de ellas:

Los **hombres** se desempeñan en actividades informales como la venta ambulante y labores administrativas, de mensajería y limpieza; algunos trabajos que ejercían con anterioridad a la patología dicen que es difícil de retomar por la medicación.

*“Yo soy chofer profesional, pero a partir de la enfermedad dejé de manejar” (U7, Hospital General).*

Las mujeres se desempeñan en actividades de costura y diseño, labores administrativas y de limpieza.

*“Yo antes trabajaba en costura, hacia diseño y estoy intentando hacerlo por mi cuenta” (U20, Centro Especializado)*

**Tabla 16. Subcategoría Inclusión laboral y contenidos - Ecuador**

	<b>Contenidos</b>
<b>1. Inclusión</b>	1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero. También se describe la cooperativa de trabajo Huertomanías.
	1.2. Formación y capacitación.
	1.3. Seguimiento a usuarios.
	1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.
	1.5. Satisfacción laboral y derecho al trabajo.

### Subcategoría 1. Inclusión laboral - Ecuador (78%)

**Contenido 1.1. Condiciones laborales -Ecuador (36%):** Son las características del trabajo definidas por la flexibilidad laboral, el horario y tiempo de trabajo, así como por el tipo de trabajo, las tareas que se realizan y la remuneración recibida.

**La Flexibilidad:** Refiere a la relevancia que adquiere para el usuario/a que el empleo se ajuste a las condiciones derivadas del problema de salud mental que padece o que requieren un abordaje especial en razón del mismo (incluyendo efectos secundarios de la medicación). El no poder cumplir con los requisitos laborales afecta emocionalmente al usuario/a e incluso puede descompensarlo, situación que también dificulta, en algunos casos, su permanencia en un empleo. Esta realidad no suele ser visibilizada en los puestos de trabajo normalizados generando serias dificultades en la inclusión laboral de los usuarios/as. Como ejemplo mostramos las siguientes aportaciones extraídas de las entrevistas realizadas:

*“El trabajo que yo tenga tiene que adaptarse a mí, era un poco más libre, siempre trabajé por mi cuenta y trataba de hacer las cosas en el momento en que yo me sentía bien” (U5, Hospital General).*

*“Las condiciones serían desde el enfoque médico de las características que tiene la enfermedad, muchas veces el paciente se descompensa seguidamente entonces debería tomar una pausa en un trabajo, que no haya presión” (P2, Centro Especializado).*

**Horario:** Se considera que los tiempos de trabajo no deberían ser de 8 horas diarias, pero si es importante para el usuario/a mantener una rutina de horario fijo, sin embargo, esto se define en algunos casos por la sintomatología que el usuario/a presente.

*“Es probable que empiece otro trabajo que es solo en la tarde y son las horas en las que yo siempre me siento bien, para mí sería muy difícil trabajar de mañana” (U5, Hospital General).*

**Tipo de trabajo:** Adquiere mayor valoración un trabajo autónomo e informal, y en menor medida un trabajo dependiente. Existen algunas oportunidades de empleo en empresas conocidas y/o creados por instituciones específicas como el mismo Centro de atención sanitaria.

*“No puedo tener un trabajo fijo porque de repente me empeoro, como un susto, como tristeza, me provoca arrancar de donde estoy, siempre trabajé por mi cuenta” (U6, Hospital General).*

*“Beneficia mucho el hecho de tener conocidos en las empresas, que hacen que quiera apostar porque va conociendo el trabajo que hacemos” (P4, Hospital Neurociencias).*

**Tareas:** Dependen del conocimiento y capacitación que tengan los usuarios/as, así como de sus habilidades y destrezas, sin embargo, la mayoría se insertan en tareas de baja cualificación como limpieza, costura, manualidades, venta ambulante, hostelería y labores administrativas.

*“Trabajo en diseño de páginas web, sola desde mi casa” (U6, Hospital General).*

**Dinero:** La remuneración recibida por el trabajo realizado es relevante para costearse las terapias y medicamentos, así como un medio para obtener autonomía económica necesaria para desempeñar un rol social activo.

*“El dinero ayuda a pagar las terapias y los medicamentos, los psicólogos, nos da esta ayuda” (U2, Huertomanías).*

*“Somos una sociedad capitalista, y hay que reconocer que se necesita dinero, es muy lindo el trueque y el amor, pero a nadie le van a truequear amor por pastillas” (D1, Huertomanías).*

Cooperativa de trabajo Huertomanías: Se trata de un huerto urbano creado por una psicóloga, el mismo funciona como una cooperativa de trabajo para personas con problemas de salud mental con dificultades de acceso a un empleo, quienes se integran en calidad de socios en la cooperativa, las decisiones se toman en asamblea con la participación de todos/as y se reparten de forma equitativa las ganancias de las ventas de los productos frescos y elaborados que la cooperativa produce.

*“Tenemos un sistema de democracia participativa, entonces decidimos todo en asamblea y están pudiendo decir lo que quieren y lo que no, están pudiendo ejercer el derecho a la voz y al voto” (D1, Huertomanías).*

*“En el huerto son autónomos en todo, nadie les ayuda a hacer nada, les enseñan y esa es su tarea y les toca mover la tierra, sembrar, cosechar, fumigar.” (F1, Huertomanías).*

**Contenido 1.2. Formación y capacitación - Ecuador (3%):** Es la necesidad de realizar un proceso de formación prelaboral; aunque algunos usuarios/as ya contaban con formación antes del inicio de la patología y otros han aprendido un oficio de forma autónoma.

*“A mi hermano le gusta la carpintería, pero necesitaría una capacitación para que pudiera ser autónomo, porque en este momento depende de la familia” (F17, Centro Especializado).*

**Contenido 1.3. Seguimiento a usuarios/as (5%):** Los profesionales de los centros especializados en salud mental y de la Cooperativa de trabajo Huertomanías realizan el seguimiento y brindan apoyo tanto a los usuarios/as que están insertos laboralmente como a las empresas.

*“La psicóloga lo que hace es llevarse con todos, decirles tú estás aquí, trabajando conmigo y yo te voy a ayudar; realmente ha salvado la vida de muchas personas que han sido curadas por tener un ingreso, una compañía con quien hablar, un trabajo” (U4, Huertomanías).*

**Contenido 1.4. Clima laboral positivo (11%):** Un entorno positivo se compone de varios elementos, entre ellos se destaca el tener relaciones sociales respetuosas y amables entre compañeros de trabajo.

**Relaciones con compañeros de trabajo:** Son importante las relaciones interpersonales al interior del trabajo, sin embargo, si no es posible compartir con los otros como iguales se generan sentimientos negativos e incluso puede ser este un motivo significativo para que la persona se sienta discriminada y abandone el trabajo.

*“Me ha ayudado bastante a dejar un poco la timidez, abrirme, ser espontánea, estar con ellos es como ser libre, te comprenden, no te discriminan, no te juzgan, además en contacto con la naturaleza, y conocer gente súper chévere (buena)” (U1, Huertomanías).*

*“Nadie sabe de mi enfermedad en los trabajos que he tenido, pero tuve un momento muy difícil en una crisis de manía y yo actuaba muy raro entonces las personas se alejaron de mí” (U6, Hospital General).*

**Clima laboral positivo:** Un elemento primordial para sentirse incluido en un trabajo es mantener un entorno laboral de respeto, amabilidad, cercanía y comprensión.

*“Mi trabajo ideal sería primero que haya respeto, paciencia y como tengo conocimiento de lo que estoy sufriendo y como mi trabajo es independiente les informo a mis clientas de que así estoy pasando para que me colaboren un poco” (U19, Centro Especializado).*

*“Ellos se quieren mucho y se respetan, se ayudan, o sea es muy bueno ese clima laboral para ellos. La directora no es la jefa, es la amiga, si fuera algo tenso o que nos les gustaría simplemente no irían” (F1, Huertomanías).*

**Contenido 1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo (7%):** Se relaciona con la inclusión en un trabajo valorado como satisfactorio por el usuario/a, y donde se reconozca el derecho a ejercer un trabajo de las personas con problemas de salud mental grave.

**Satisfacción laboral:** Es el sentirse parte de un grupo y que el trabajo sea incluyente, comprensivo y produzca complacencia, también el trabajo es visualizado como un grupo de personas, ya que la identificación con las tareas y metas compartidas influye en el comportamiento individual y colectivo.

*“Este es el paraíso de los trabajos, pero para locos, porque solo te dicen haz esto, pero no te dicen rápido, es más incluyente porque no nos juzgan, hay más libertad; ahora somos los locos del huerto más responsables porque es una forma de superarme y realizarme” (U3, Huertomanías).*

*“Es lo bonito de ver que por más de que la gente puede estar muy descompensada, pero el mismo trabajo organiza, contiene, el estar acompañado, el ser parte contiene, y eso no solo a los locos, nos pasa a todos, el estar en un rol de trabajador te organiza” (D1, Huertomanías).*

**Derecho al trabajo:** Es garantizar el trabajo como un derecho ciudadano básico y que muchas veces se ha negado a las personas con sufrimiento mental grave.

*“Yo creo que el trabajo en la empresa me da mayor autonomía, porque es un derecho que antes nosotros no teníamos y que se ha tratado millones de veces que se nos tomen en cuenta el Gobierno” (U4, Huertomanías).*

*“Somos militantes de los derechos humanos y sostenemos que si la vida lo vuelve loco entonces es la vida la que tiene que sanarle, entonces lo que hacemos es recuperar espacios de vida y ahí si vamos más allá del huerto” (D1, Huertomanías).*

**Contenido 1.6. El trabajo como terapia (15%):** El trabajo puede ser considerado como complemento de la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación). Un corpus creciente de evidencia empírica indica que las personas que trabajan refieren una mejoría de los síntomas propios de la enfermedad y que aumentan la autoestima al sentirse parte activa y productiva de la sociedad, con las ventajas que implica la autonomía.

*“En el huerto tengo amigos con quien conversar, compartir y es una terapia” (U4, Huertomanías).*

*“No solo es la medicación y el tratamiento psiquiátrico, es simplemente que ellos tienen que estar ocupados, el trabajo los sana; les libera de un montón de cosas, de las tensiones, entonces su mente ahora ocupada no tiene los síntomas mayores de la esquizofrenia” (F1-Familiar, Huertomanías).*

Como resumen de lo observado y como una reflexión más concreta de esta primera parte, en la que se han expuesto los elementos que hacen que las personas con sufrimiento mental grave sean incluidas en el ámbito laboral, es posible afirmar que se requiere de oportunidades laborales para este colectivo, las cuales deben cumplir con algunos requisitos sobre todo relacionado con el buen trato y el manejo del estrés, ya que pueden realizar una gama variada de actividades desde manuales a intelectuales, y que cuando las relaciones interpersonales de trabajo son positivas aportan a un buen clima y satisfacción laboral, por ello se debe garantizar el derecho al trabajo del colectivo. El trabajo es también percibido como una terapia y parte de su rehabilitación e inclusión sociolaboral.

**Tabla 17. Subcategoría Exclusión laboral y contenidos - Ecuador**

Subcategoría	Contenidos
<b>2.Exclusión</b>	2.1. Falta de oportunidades laborales
	2.2. Autoestigma.
	2.3. No manejo de síntomas
	2.4. Discriminación laboral

### Subcategoría 2. Exclusión Ecuador (22%)

**Contenido 2.1. Falta de oportunidades laborales (8%):** Descritas como la falta de opciones para insertarse laboralmente por padecer un problema mental, barreras presentes tanto en la empresa privada como en instituciones públicas.

*“Yo no creo que sea tanto por la enfermedad que no yo he podido conseguir trabajo, sino por la falta de oportunidades, yo soy profesional de tercer nivel, pero me dicen que no tengo experiencia” (U21, Centro Especializado).*

*“Es una de las limitaciones que tenemos porque ellos alcanzan un nivel de funcionalidad bastante bueno, se saben desempeñar muy bien, pero ya a nivel externo es más difícil conseguirles ese espacio laboral” (P5, Hospital Neurociencias).*

**Contenido 2.2. Autoestigma (4%):** Son los sentimientos de incapacidad que manifiestan las personas con sufrimiento mental grave, derivadas principalmente de experiencias y vivencias de exclusión laboral y social, que les conduce a ocultar la patología a familiares y empleadores por miedo al rechazo.

*“Un amigo me dijo que fuera a trabajar con él, pero yo tenía mucho miedo, me sentía tan incapaz, decía tal vez les caiga mal por mi enfermedad o yo no pueda razonar bien, o me van a decir tonta, pensaba que no me iban a aceptar, así como soy” (U1, Huertomanías).*

**Contenido 2.3. No manejo de síntomas (3%):** Se trata de la sintomatología que no les permite tener un desempeño ideal en el trabajo, algunas provienen de la propia patología y otras como efectos secundarios de la medicación.

*“Tengo que estar bien anímicamente, porque cuando estoy desanimada no puedo trabajar” (U7, Hospital General).*

**Contenido 2.4. Discriminación laboral (8%):** Se traduce en la dificultad para relacionarse con los otros en el entorno laboral por temor al rechazo; la discriminación explícita y/o implícita e injustificada hacia las personas con problemas mentales; y, la resistencia por parte de los empleadores de contratar a personas con discapacidad mental.

*“Las personas que son más abiertas o que tiene la necesidad de expresar que tienen algún trastorno mental, si llega a una entrevista de trabajo y se enteran, no le van a dar el trabajo.” (U7, Hospital General).*

*“La gente no tiene el conocimiento suficiente de que es una enfermedad mental, ellos tienen miedo, les creen que son agresivos y todas las puertas están cerradas, yo siento una discriminación totalmente” (F1, Huertománias).*

A modo de síntesis, vemos que los elementos negativos y que excluyen a las personas con sufrimiento mental grave de un empleo se relacionan principalmente con formas injustificadas de prejuicio y estigmatización de los problemas mentales, en consecuencia, los usuarios/as no cuentan con oportunidades laborales reales, situación que se agrava por el autoestigma o sentimiento de incapacidad y la dificultad para manejar sintomatologías.

### 3.2. Resultados Valencia

En Valencia la muestra está representada por: **Usuarios/as (U=45%), Familiares (F=11%), Profesionales (P=22%) y Directivos (D=22%)**. La muestra está constituida por **establecimientos públicos 54%** y privados 46%.

Del total de entrevistados el 47% son mujeres y el **53% hombres**. Al considerar al sub grupo de **Usuarios/as** las mujeres personifican el 44% y los **hombres el 56%**.

**Tabla 18. Muestra por tipo y sexo en Valencia**

	Mujeres	Hombres	Porcentaje
<b>Valencia</b>	Usuario	20	45
	Familiar	5	11
	Profesional	15	22
	Directivo	7	22
	<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>53</b>

El rango de edad del total de entrevistados va desde los 24 a los 69 años, muy similar si consideramos solo al subgrupo *Usuarios/as que circunscribe los 24 a 59 años de edad* con un promedio de 41 años, es decir, en edad laboralmente activa.

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos ejemplificados con citas textuales de las y los entrevistados en Valencia. La clasificación por color es la misma utilizada para el caso de Ecuador.

### 3.2.1. Categoría Laboral – Valencia

**Tabla 19. Porcentaje de la categoría Laboral - Valencia**

	<b>Subcategorías</b>	<b>Contenido</b>	<b>%</b>
<b>Laboral</b> <b>(36%)</b>	<b>1.Inclusión</b> <b>67%</b>	1.1. Condiciones laborales	32
		1.2. Formación y capacitación.	6
		1.3. Seguimiento a usuarios.	4
		1.4. Clima laboral positivo	6
		1.5. Satisfacción laboral y derecho al trabajo	11
		1.6. El trabajo como terapia.	8
	<b>2.Exclusión</b> <b>33%</b>	2.1. Falta de oportunidades laborales	6
		2.2. Autoestigma.	7
		2.3. No manejo de síntomas	5
		2.4. Discriminación laboral	14
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>100</b>

Del total de usuarios/as entrevistados, el **68% dice estar desempleado** y el 32% trabajando. El alto porcentaje de empleados/as se explica porque el estudio incluye en la muestra dispositivos que se dedican a la búsqueda de empleo para las personas con sufrimiento mental grave.

**Tabla 20. Porcentaje de usuarios/as, trabajo y sexo - Valencia**

	<b>No trabaja</b>	<b>Trabajando</b>	<b>%</b>
<b>Hombre</b>	36	16	52
<b>Mujer</b>	32	16	48
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Estadísticamente, el mismo porcentaje de mujeres y hombres se encuentran trabajando, no obstante, en el indicador ‘No trabaja’, el porcentaje es mayor para los hombres, por ello, se realiza un análisis en términos de proporción absoluta por sexos en porcentaje, observándose que la mayor proporción de hombres no se encuentra trabajando con un 69% frente a un 67% de las mujeres y que la mayor cantidad de personas que se encuentran trabajando son mujeres con un 33% (31% hombres), aunque porcentualmente la diferencia entre género no es significativa.

**Tabla 21. Proporción absoluta de usuarios/as, trabajo y sexo - Valencia**

Proporción	No trabaja	Trabajando	Total
Hombre	69	31	100
Mujer	67	33	100

Respecto al *tipo de tareas* que desempeñan no se identifican grandes diferencias, tanto hombres como mujeres se desempeñan en empleos con *bajos niveles de cualificación* que no suelen contener posibilidades de promoción y donde se carece de medios de negociación. Se presentan algunas diferencias en lo referente a los puestos de trabajo que acceden:

Así, los *hombres* se ubican como operarios del sector secundario de la economía: actividades de hostelería, vigilante de seguridad, reponedores y/o repetidores en supermercados.

*“Desde hace 8 años que llevo trabajando en seguridad se me da bien, ahora estoy en una nave de construcción y saneamiento, y me quedo ahí cuando se van los trabajadores los fines de semana y festivos cuidando” (U53, Creap).*

Las mujeres se desempeñan como operarias y en labores administrativas: dependientas, auxiliar administrativas, reponedoras en supermercados, distribuidoras de maquillaje y camareras de piso.

*“Trabajo en los cines de controladora de datos, también distribuyo maquillaje, me gustaría un trabajo cotizando asiduamente” (U33, Asiem).*

**Tabla 22. Subcategoría Inclusión y contenidos - Valencia**

	<b>Contenidos</b>
<b>1.Inclusión</b>	1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero.
	1.2. Formación y capacitación.
	1.3. Seguimiento a usuarios/as.
	1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.
	1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo.

### Subcategoría 1. Inclusión laboral - Valencia (67%)

**Contenido 1.1. Condiciones laborales (32%):** La visión de las y los entrevistados permite identificar factores que favorecen la inclusión laboral del colectivo. Se valora principalmente: la flexibilidad, el horario, el tipo de trabajo, el contenido de las tareas, grado de autonomía y control en la ejecución de tareas y el dinero a recibir.

**Flexibilidad:** Se percibe como la variabilidad de apoyos y adaptaciones que requiere la persona con sufrimiento mental grave para incluirse de forma efectiva y satisfactoria en el puesto de trabajo, entre los que se encuentran: horarios y turnos, nivel de exigencia, la rapidez que demanda versus cantidad de tareas asignadas y grado de demanda emocional que el trabajo implica.

*“Los requisitos de este tipo de trabajos, el nivel de estrés y las funciones a realizar también de estar cara al público, ciertas características como la rapidez y ciertas capacidades que no son las idóneas, por ejemplo, por los medicamentos puede estar adormecido y requieren una serie de capacidades que tal vez la medicación no se lo permite” (P15, CREAP).*

**Horario:** Se considera negativo para la persona con enfermedad mental grave enfrentar una carga horaria alta y turnos rotativos o nocturnos porque actúan como factores estresores, además, suelen ser contraproducente con la medicación y llegar a desestabilizar la patología.

*“En esta vida, pues he tenido pocas opciones por mi enfermedad, después porque en el trabajo que más estuve me trastornaban muchos los horarios de trabajo, era los tres turnos, dormía pocas horas, y eso a mí me ponía muy mal” (U45, Museo).*

Tipo de trabajo: Se indican diversos tipos de trabajos como los Centro Especiales de Empleo, aunque no todas las experiencias demuestran ser ventajosas para este colectivo. También se cuentan experiencias en el Empleo normalizado, muchas de ellas en empresas de conocidos o de familiares. Además, se mencionan las ventajas de las Cooperativas de trabajo, aunque en Valencia no se conoce de ninguna experiencia concreta. Para su ubicación en un puesto de trabajo, funciona una red de dispositivos de búsqueda de ofertas laborales, algunos proporcionan cursos de formación y/o realizan la adaptación en el puesto de trabajo en caso de ser necesario.

*“La suerte que yo tengo es que empecé a trabajar con 16 años en una pastelería, luego caí mal y estuve 5 años sin trabajar, pero he vuelto a trabajar a la misma empresa de antes” (U39, Asiem)*

*“Los Centros Especiales de Empleo que tenemos en Valencia, la gran mayoría debería mandarse a una inspección regular y algunos cerrarse porque de especiales no tienen nada, la gente está en cadenas de montaje haciendo turnos y jornadas igual que cualquier trabajador, lo que supone más estrés, y no tiene beneficio para los usuarios” (P6, Unidad de Salud Mental).*

**Tareas:** Una persona con problema de salud mental grave si cuenta con la capacitación puede desenvolverse en cualquier área laboral, sean estas actividades profesionales, técnicas, manuales y/o intelectuales. Sin embargo, en la práctica sucede que, aunque la persona tenga una licenciatura o hable varios idiomas, los trabajos a los que acceden son de baja cualificación desempeñándose como: operarios no calificados, operarios calificados, trabajadores de servicios, técnicos y auxiliares administrativos.

*“Me apunté a un curso de soldador y aprobé, hice las prácticas en la empresa donde no había mujeres, donde me decían que no me iban a coger, que eso era imposible, pero un día me llamaron, entré a trabajar y comencé mi profesión como soldadora, trabajé un año y medio” (U46, Museo).*

**Dinero:** Es el ingreso económico proveniente del trabajo que puede asegurarle el mantenimiento de la capacidad adquisitiva para desenvolverse en la vida cotidiana, como pagar el arriendo, servicios básicos, alimentación, etc., así como cumplir con sus responsabilidades y ganar autonomía. Al tratarse de empleos de baja cualificación el nivel de remuneración es bajo.

*“El trabajo es una actividad donde pones tu tiempo y tu servicio y es bastante importante, y también el sueldo porque tenemos que vivir y pagar un arriendo” (U40, Museo).*

**Contenido 1.2. Formación y capacitación (6%):** Disponen de una variedad de cursos, muchas veces buscados por los propios usuarios/as u ofertados por los centros de rehabilitación con la finalidad de formar a las que, en su mayoría, presentaron una enfermedad grave en los primeros años de la adultez y no cuentan con los recursos personales en términos de estudios. Tratándose en este último caso de cursos para capacitarse como: auxiliar administrativo, celador, soldador, operario de hostelería, jardinería, carpintería, informática, idiomas, cocina, auxiliar de comercio, contabilidad, electricidad, mecánica automotriz, ventas y servicio. Sin embargo, realizar una capacitación no siempre se relaciona positivamente con una posterior inclusión laboral.

*“Hicieron el curso de celadores pero no tenían donde hacer las prácticas en sanidad pública, y eso es un ejemplo de la falta de apoyo, pero de todas formas se van a quedar hasta las prácticas y títulos, luego para trabajar de verdad no hay nada” (P6, Unidad de Salud Mental).*

**Contenido 1.3. Seguimiento a usuarios/as (4%):** Muchas asociaciones y centros que ofrecen rehabilitación también les ayudan en la búsqueda de cursos, en la elaboración de currículum vitae, postulación a trabajos y preparación para entrevistas laborales. Una vez en el empleo, este personal de apoyo puede desarrollar distintas actividades protocolizadas como son el establecer mecanismos de seguimiento a los usuarios/as en las empresas para evaluar adaptaciones y adecuaciones personalizadas en los puestos de trabajo, si bien, el contacto directo con la empresa es lo menos común.

Las **adecuaciones al puesto de trabajo** que se recomiendan son el informar de las condiciones sensibles para el usuario/a con la intención de prevenir y detectar factores de riesgo como son: elementos estresores de la organización del trabajo que no se ajustan a las necesidades, expectativas y capacidades del usuario/a y dificultades en las relaciones interpersonales (grado de apoyo/manejo de conflictos) que pueden provocar descompensaciones. Cambios en la personalidad, cambios de conducta y/o cambios en el aspecto físico son signos de alerta de posibles riesgos, ante lo cual se sugiere acercarse y preguntarle al usuario/a si necesita ayuda.

*“Las adaptaciones al puesto de trabajo y el apoyo es durante un tiempo determinado, por ejemplo, una semana, pero puede que su descompensación surja después de un año cuando ya se haya dejado de recibir eses tipo de apoyo por parte del técnico, y eso puede ocasionar una crisis que dé a lugar que la empresa le despida o que el mismo abandone al no saber afrontar la situación, y de ahí se han dado muchos casos de incapacidad laboral. Entonces se requiere un cambio de la normativa vigente” (P15, CREAP).*

**Contenido 1.4. Clima laboral positivo (6%):** Las relaciones positivas que surgen al interior del entorno laboral, entre pares y con los superiores genera un clima laboral que favorece su inclusión y su sentimiento de bienestar.

**Relaciones con compañeros de trabajo:** Se evalúan como interacciones positivas las que se caracterizan por la paciencia, el respeto y acciones que facilitan la inclusión, siendo lo más importante el entendimiento de la patología que posibilita tener la confianza para solicitar ayuda, por ejemplo, cuando el usuario/a requiere tomar una pausa.

*“Tengo la suerte que estoy trabajando en un hotel de discapacitados, entonces no tengo ningún problema. Con mis compañeras nos entendemos, hay amistad y compañerismo, la supervisora nos trata bien, debería ser así en todos los lugares. He estado practicando en otros hoteles y era horrible, no había compañerismo, mi discapacidad siempre la he ocultado” (U52, Ambit).*

**Clima laboral positivo:** Se habla de un ambiente de trabajo comprensivo y ameno que permita el desarrollo de la persona con sufrimiento mental grave, lo cual favorece su rehabilitación y el mantenimiento del empleo.

*“En los casos de diagnóstico de un trabajador que lleva ya tiempo en la empresa hará mucho por la integración las buenas relaciones previas con su entorno laboral, y quien trata de reincorporarse a trabajar en cuanto pueda, no solamente por la cuestión económica, sino porque quieren volver a la normalidad, y el buen ambiente laboral lo facilita” (P17, Medicina laboral).*

**Contenido 1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo (11%):** Cuando la persona con sufrimiento mental grave se siente incluida en el entorno laboral, aumenta su sensación de bienestar personal y de aceptación social, la existencia de determinados derechos laborales específicos para el colectivo contribuye a su inclusión.

**Satisfacción laboral:** Es el sentirse parte de la sociedad, una persona valorada y útil pues, el participar del sistema sociolaboral genera autonomía y mejora la autoestima de los usuarios/as, lo que les permite, a su vez, realizar las actividades de la vida diaria con independencia.

*“Es mejor estar empleado porque te puedes comprar cosas, es bueno porque te hace sentir orgulloso, entonces el trabajo es satisfactorio. La sociedad siempre te pregunta desde hace cuánto tiempo llevas trabajando para ver la seguridad que hay al lado tuyo” (U40, Museo).*

Derecho al trabajo: El trabajo es visto como un derecho fundamental y básico de todo ser humano, por lo tanto, se trata de ciudadanas y ciudadanos con derechos y dificultades para poder ejercerlos. Dificultades derivadas del problema mental que sufren, pero, sobre todo por las barreras sociales relacionadas con el estigma y la discriminación.

*“Los beneficios de trabajar es la legitimación social de poder decir soy esta persona, soy útil y no soy una carga para la sociedad. Porque yo me noto que hago muchas actividades sociales y tengo una pensión que me permite vivir, pero a la hora de relacionarme por primera vez me quedo en blanco. Entonces el trabajo es una forma de estar dentro del mundo, porque ahora soy un clandestino por decirlo así, me siento excluido, no soy un ciudadano como otros” (U37, Asiem).*

**Contenido 1.6. El trabajo como terapia (8%):** Históricamente el trabajo se ha comprendido como parte de las actividades a realizar en el manicomio. Actualmente, en los sistemas de atención comunitaria, los programas de empleo para personas con problemas de salud mental son concebidos, por una parte, como una prolongación de la atención sanitaria (rehabilitación); y, por otra parte, como la promoción de políticas de empleo para un colectivo con grandes dificultades para conseguirlo. Las dos vertientes comparten las funciones que tiene el trabajo en la vida de todo ciudadano/a sujeto de derechos, pero de manera especial para este colectivo el trabajo es un elemento trascendental en su recuperación psicosocial.

*“El trabajo lo es todo, el trabajo es salud, es proyectos, levantarte temprano en la mañana darte una ducha y saber que tienes que ir al trabajo es lo más grande que hay, el que tiene un trabajo tiene un tesoro, el trabajo dignifica” (U48, Museo).*

*“Es un tema muy interesante porque desde los inicios de la labor-terapia como parte del planteamiento terapéutico en los manicomios hasta la actualidad, el trabajo es un marcador de la reintegración de los enfermos mentales, pues les permite una cierta autonomía, le aporta recursos que le permite ejercer sus posibilidades de participación social” (P14, Universidad).*

A modo de síntesis, es indiscutible los beneficios de la inclusión laboral en las personas con sufrimiento mental grave, considerándose el empleo incluso como un elemento primordial para su rehabilitación. Los elementos que facilitan su inserción laboral son la promoción de programas de empleo (sanitario y social) y para mantenerse en el empleo la flexibilidad en las condiciones de trabajo con base en las necesidades de los usuarios/as (síntomas de la propia patología y efecto

secundario de los medicamentos). Existen dispositivos de apoyo a la búsqueda e inclusión efectiva en el trabajo asalariado, los cuales están capacitados para realizar adecuaciones en el puesto de trabajo, sin embargo, este seguimiento no siempre se lleva a cabo o no se lo hace de forma adecuada por no estar definida su actuación en las empresas.

**Tabla 23. Subcategoría Exclusión laboral y contenidos - Valencia**

	<b>Contenidos</b>
<b>2.Exclusión</b>	2.1. Falta de oportunidades laborales
	2.2. Autoestigma.
	2.3. No manejo de síntomas
	2.4. Discriminación laboral

### Subcategoría 2. Exclusión laboral- Valencia (33%)

**Contenido 2.1. Falta de oportunidades laborales (6%):** Se espera que las personas con problemas mentales graves puedan insertarse en la empresa normalizada y en los Centros Especiales de Empleo, no obstante, en la práctica se observa un desarrollo insuficiente en ambas instancias para conseguir empleos estables para el colectivo, esto agravado por la crisis económica que vive el país y el consecuente aumento del desempleo que afecta de manera especial a este colectivo siendo incluso una causal de estrés que puede descompensar su patología.

*“Las barreras son el mundo del mercado, el nicho de mercado de nuestros pacientes es el mismo de mucha gente, o sea, no tienen estudios y pueden tener habilidades técnicas, entonces es un sistema muy competitivo que no ayuda a estas personas; más hoy que estamos viviendo además un giro casi a la derecha, de negar a inmigrantes y enfermos mentales. Entonces, o la sociedad se centra, o lo tenemos difícil, porque después de rehabilitarlos van a estar todo el día en casa” (D14, Bétera).*

**Contenido 2.2. Autoestigma (7%):** Son las ideas erróneas de no poder realizar actividades laborales por las dificultades que se desprenden de los síntomas de su patología pero, sobre todo por las dificultades que se derivan del estigma social, razón por la que muchas veces los usuarios/as ocultan su problema mental en las entrevistas para un posible empleo o al momento que los contratan, también optan por no buscar un trabajo pensando que no podrán desempeñarlo, que se van a descompensar o que los van a despedir. Todos estos escenarios posibles son causales de alto estrés para el usuario/a, afectan su autoestima y su estado de ánimo.

*“He tenido dos o tres entrevistas, pero no tengo mucho interés de encontrar trabajo. Pues por muchísimas cosas, primero que el estrés me genera más síntomas, tengo miedo de que me estigmaticen en el entorno laboral, tengo miedo de que no me contraten y nunca me llamen porque tengo una enfermedad mental, no creo que pudiera estar a gusto en el trabajo con los días malos que tengo a veces o los síntomas o alguna recaída” (U42, Museo).*

**Contenido 2.3. No manejo de síntomas (5%):** Los usuarios/as que presentan enfermedades del estado del ánimo tienen mayor probabilidad de insertarse en un empleo y quienes presentan trastornos esquizofrénicos enfrentan mayores dificultades para su inserción por el estigma asociado al diagnóstico, a lo que se suma los síntomas dados por el efecto secundario de la medicación como somnolencia y cansancio, lo cual muchas veces es causal para abandonar los trabajos.

*“Estuve un año y medio trabajando ahí de soldadora, pero tuve muchos problemas por la enfermedad, me ponía muy nerviosa” (U46, Museo).*

**Contenido 2.4. Discriminación laboral (14%):** Es el estigma existente dentro del mercado laboral hacia trabajadores/as con sufrimiento mental grave dado por el desconocimiento de la patología. A pesar de que las empresas obtienen beneficios económicos fiscales por la contratación de personas con esta discapacidad, sus posibilidades de empleo son mínimas y cuando se encuentran empleados, hay poca comprensión de las bajas laborales que puedan tener por motivos de salud (sin considerar que son pacientes crónicos), lo que en muchos casos conlleva frustración y hasta la determinación de incapacidad laboral para el usuario/a.

*“Es difícil si se tiene una enfermedad y siendo joven. Ven que tienes un 71% de discapacidad ya no te valoran, se creen que no vas a poder con el trabajo y por ser mujer” (U46, Museo).*

En resumen, se observa que la exclusión se produce principalmente por la enorme brecha entre las posibilidades para su inserción y su situación real, debido en gran medida a barreras sociales relacionadas con el estigma y la discriminación en los lugares de trabajo, que impiden la inclusión personal y colectiva de las personas afectadas.

### **3.3. Resultados Italia**

En la última parte de los resultados de esta investigación se expone la experiencia de inclusión laboral para personas con sufrimiento mental graves en Italia, específicamente, sobre el proceso de implementación de las *coo-*

**perativas sociales** de trabajo. Este apartado es distinto en el método de recopilación de la información respecto a los dos anteriores, dado que lo que se ha realizado es un meta-análisis de bibliografía específica al respecto. En este marco se procede a la indagación de fuentes secundarias que la perspectiva cualitativa demanda: la búsqueda sistemática de documentos confiables, la lectura, el entendimiento y el otorgamiento de sentido a lo que dice un autor determinado, exponiendo los aspectos centrales de su planteamiento, pero además, es un proceso de interacción entre la teoría y la realidad en estudio.

La relevancia de enfatizar en el análisis de la experiencia de cooperativas sociales de trabajo en Italia, se explica por ser este país un referente a nivel internacional en la desmanicomialización y en la propuesta de empresa social como forma de asegurar la integración sociolaboral de los usuarios/as.

La cantidad de recursos encontrados en la primera búsqueda fue elevada, sin embargo, al utilizar los criterios de exclusión se descartaron las bases de datos que concordaron con los criterios utilizados en la presente investigación. La muestra quedó compuesta por un total de cien documentos de diferente tipología los cuales se clasificaron de la siguiente manera:

**Tabla 24. Muestra por tipo de publicación – Italia**

<b>Muestra</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Libro</b>	40
<b>Publicaciones de organismo internacional</b>	13
<b>Artículo de revista</b>	47
<b>Total</b>	100

En cuanto al porcentaje que representan cada tipo de texto analizado, observamos que la mayoría son Artículos de revista con 47%, luego los Libros con 40%, y al final las Publicaciones de organismos internacionales con un 13%, como se visualiza en el siguiente gráfico.

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos respectivos y se ejemplifica con citas textuales, con la siguiente clasificación por color:

**Libro**
 **Publicaciones de organismos internacionales**
 **Artículos de revista**

## 3.3.1. Categoría Laboral – Italia

Tabla 25. Porcentaje de la categoría Laboral - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	%
Laboral 26%	1.Inclusión 95%	1.1. Condiciones laborales	33
		1.2. Formación y capacitación	5
		1.3. Seguimiento a usuarios.	5
		1.4. Clima laboral positivo	10
		1.5. Satisfacción laboral y derechos	21
		1.6. El trabajo como terapia	21
	2.Exclusión 5%	2.1. Falta de oportunidades laborales	5
		2.2. Autoestigma.	0
		2.3. No manejo de síntomas	0
		2.4. Discriminación laboral	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>		<b>100</b>

**Contenido 1.1. Condiciones laborales (33%):** Las empresas sociales responden a una estrategia básica no solo de inclusión laboral sino de rehabilitación fuera del manicomio en Italia, se crean específicamente en la ciudad de Trieste donde 1.500 usuarios/as del hospital psiquiátrico son parte de un proceso de desinstitucionalización y de puesta en marcha de la Estrategia de Psiquiatría Comunitaria, Colectiva y Territorial.

*“La empresa social es nuestra utopía de hacer existir lo social alrededor de las personas desventajadas, interesándonos por la calidad de su vida, incluyendo el trabajo dentro de un articulado recorrido terapéutico en vez de considerar a éste aisladamente; movilizandoy optimizando los recursos públicos y los privados, acarreando su positiva sinergia, intentando conjugar solidaridad y productividad” (Roselli, 2000).*

*“Las empresas sociales, estructuradas bajo la forma de cooperativas de trabajo, fueron un componente indispensable para elevar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental, para dar soluciones productivas y no asistenciales” (Galli, 2015).*

*“La primera cooperativa de trabajo, la cual sigue funcionando actualmente (“Cooperativa Lavoratori Uniti”-1973), para realizan actividades de limpieza del hospital; los socios eran, a más de pacientes internados, trabajadores” (Rotelli, 2000).*

*“La cooperativa social de trabajo es una empresa donde el fundamento es realizar emprendimientos que generen valor social agregado” (Galli, 2015).*

**Tipos de trabajo:** La figura jurídica de Cooperativas Sociales de Trabajo es la que mejor se adecúa a las necesidades, capacidades e inclinaciones de los usuarios/as garantizando una integración efectiva en el entorno social. Las cooperativas cumplen con criterios económicos definidos, entre los que se incluye el repartir los beneficios de forma limitada para evitar una política orientada hacia la optimización y capitalización.

*“Las cooperativas de trabajo realizan una actividad continua de producción de bienes y/o de prestación de servicios; con un nivel elevado de autonomía, pues son creadas voluntariamente y aunque puedan depender de la financiación pública, es gestionada de manera democrática por sus socios; tiene un nivel significativo de riesgo económico como toda empresa, por lo que se apunta a la calidad del producto y a la creatividad para ser competitivas; y aunque cuentan con voluntarios requiere una cantidad mínima de trabajadores asalariados” (Bernardi, et al., 2011).*

**Contenido 1.2. Formación y capacitación (5%):** Uno de los objetivos de las cooperativas de trabajo es invertir en la formación y capacitación de los usuarios/as, así como aportar en su transformación personal mediante el acceso a contextos y oportunidades de socialización al aire libre y por ende, hacia el uso de recursos más innovadores y ecológicos.

*“Lograr una especialización dirigida hacia áreas de necesidad concretas, orientada hacia la adquisición de competencias y capacidades de gestión respecto a las exigencias de los destinatarios de las intervenciones de la cooperativa para evitar, entre otras cosas, una prestación indistinta de simple mano de obra” (Maiello, 2001).*

**Contenido 1.3. Seguimiento (5%):** A nivel internacional la evidencia indica que las cooperativas sociales tienen viabilidad en términos de creación de empleo, variedad de actividades productivas y de servicios sociales, aun cuando se implementen en condiciones desfavorables como son las dificultades en el acceso a infraestructuras y servicios.

*“Existen las más de 12.600 cooperativas sociales activas en diferentes países en la prestación de servicios sociales, la mayoría ofrecen servicios a personas adultos mayores y con discapacidad. Es Italia el país donde se concentra el mayor número de estas cooperativas (11.264), en un segundo lugar España (690), Japón (446) y Sudáfrica (90), pero también existen en otros países de América y Europa” (CICOPA, 2013).*

**Contenido 1.4. Clima laboral positivo (10%):** Las cooperativas cumplen con una serie de *indicadores de calidad en lo social y lo económico* al ser un emprendimiento realizado por un colectivo con necesidades en común, con igualdad de condiciones entre los socios-trabajadores. Al ser de naturaleza participativa y no basado en quien posee el capital, favorece la recuperación de los valores solidarios. Se observa como importante la integración de las personas que necesitan un apoyo para su crecimiento personal o social, pues las cooperativas están orientadas para el desarrollo y la ocupación, es decir, hacia la adquisición de competencias y capacidades de gestión, trata que los socios sean emprendedores y no solo trabajadores, que las decisiones sean compartidas e incentiva la participación en todos los ámbitos de la empresa incluida la vinculación con la comunidad, promoviendo así la responsabilidad social.

*“La acción empresarial se orienta hacia la consecución de objetivos de tipo solidario, caracterizados no solo por las necesidades de grupos específicos, sino por el interés general de la comunidad. La cooperación social italiana ha identificado desde sus orígenes un fuerte vínculo entre la empresa y el territorio, activando un circuito positivo sostenido a través de varios incentivos como la participación, la responsabilidad, los objetivos sociales y la confianza; siendo el punto de partida de un comportamiento virtuoso”* (Bernardi, 2011).

**Contenido 1.5. Satisfacción laboral (21%):** Para las cooperativas sociales la definición de éxito económico no se restringe al hecho de lograr una alta rentabilidad, sino que se focaliza en el bienestar y desarrollo socio-económico de sus socios y el impacto positivo en la comunidad. Los datos económicos retratan una situación sustentable, con un desarrollo ocupacional y un aumento sostenido del número de empresas sociales en los últimos 20 años. En cifras se señala que el 14% del PIB de la ciudad de Trieste es consecuencia de la economía cooperativa (en el resto de Italia en el 8% del PIB); en el 2016 el valor de la producción fue de 2.3 billones de euros y el patrimonio indivisible de 2.4 B/euros.

*“Los datos sobre la cantidad de cooperativas en la ciudad de Trieste indican que una de cada ochenta empresas se registra como tal, contabilizándose 495 sociedades cooperativas al 31 de diciembre de 2016, clasificadas según sector como 54% coop. de trabajo, servicio, sociales y vivienda, 17% coop. agrícolas (hortofrutícolas, vitivinícolas, de lácteos, zootécnicas), 15% coop. de consumo como almacenes de barrio y puntos de venta, 7% bancos de crédito cooperativo, y 6% entidades funcionales y de sistema. Los beneficiarios directos son 20.550 socios (44% en cajas rurales, 41% coop. de consumo, 9% coop. de trabajo, sociales, servicios y vivienda, y 6% coop. agrícolas) y 19.118 productores que entregan materiales de primer y segundo grado a las cooperativas”* (Dorigatti, 2017).

*“Las cooperativas, en sus distintas formas, promueven la máxima participación posible en el desarrollo económico y social de todas las personas, incluidas las mujeres, los jóvenes, las personas mayores, las personas con discapacidad y los pueblos originarios. Contribuyen a erradicar la pobreza y el hambre, y se están convirtiendo en un factor importante del desarrollo económico y social” (ONU, 2013).*

**Derecho al trabajo:** Es el empoderamiento de las personas con discapacidad por sufrimiento mental grave (pero también por uso de drogas o marginación social), el cual es fortalecido desde la administración en salud.

*“El fortalecimiento de la acción de las cooperativas de trabajo desde una perspectiva de empresa social, coincide con un trabajo importante del Departamento de Salud Mental, teórico y práctico, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía de los usuarios” (Dell’Acqua, 2012).*

**Contenido 1.6. El trabajo como terapia (21%):** Uno de los tres ejes de la rehabilitación de los usuarios/as con sufrimiento mental grave es el trabajo, entendiendo que la inserción laboral constituye el nivel máximo de la rehabilitación, al ser realizado en lugares reales, donde se los valoriza e incentiva a emprender, con sentido personal y activación de una red social, creando productos de calidad, todo esto es “rehabilitar la rehabilitación”. Por lo tanto, se convierte en una crítica al asistencialismo y a la institucionalidad, que ha utilizado el trabajo con un espacio de invalidación de los usuarios/as al darles pasatiempos, siendo una forma de derrochar recursos económicos y, principalmente, posibilidades humanas.

*“El trabajo es un espacio de intercambios simbólicos y materiales, de interacción que posibilita ampliar las redes sociales, articular intereses, necesidades y deseos, consolidándose como medio de subsistencia y de realización personal. En este sentido, las cooperativas sociales buscan aunar el carácter emprendedor económico con el social, promoviendo utilizar recursos que se encontraban en desuso y multiplicando la posibilidad de intercambios sociales” (Benedetto, 2003).*

*“La apropiación del trabajo y de lo producido, las estrategias de defensa colectiva construidas gracias al instrumento trabajo, dio paso a una verdadera emancipación económica y muchas veces también clínica” (Maiello, 2001).*

## **Subcategoría 1.2. Exclusión laboral – Italia (5%)**

Cuando se piensa cerrar el Hospital Psiquiátrico se observa una falta inicial de receptividad por parte de las empresas privadas locales, lo cual es un elemento de exclusión. Sin embargo, como solución se estructura la cooperativa social que desempeña varias funciones: rehabilitación y cuidados, apoyo a la reinserción social, formación y apoyo para favorecer la reinserción laboral, creación de demanda de empleo orientada específicamente hacia las personas vulnerables, es decir, transformándose en empresas donde el fundamento es realizar emprendimientos que generen valor social agregado al incluir a los excluidos.

*“Existe una fractura radical instituida entre el mundo de la empresa y la producción y el mundo asistencial, en razón de la pérdida del valor que las sociedades contemporáneas le otorgan a la asistencia y los costos sociales, por lo tanto, se debe también crear un encuentro entre estos dos mundos, donde el trabajo pase a ser un mediador irremplazable para la inserción social, concebido como actividad, útil a la comunidad, con las mismas reglas y retribución vigentes en el mercado” (Galli, 2015).*

A modo de resumen podemos indicar que el rol del trabajo es primordial, se lo entiende como el nivel máximo de la rehabilitación, y es la forma de organización en cooperativas sociales de trabajo, donde la acción empresarial se orienta hacia la consecución de objetivos de tipo solidario, la que permite una inclusión real de aquellos que padecen problemas de salud mental. El tipo de actividades que desarrollan son variadas, de servicios, agrícolas, consumo, bancarias, entre otras, y los datos demuestran su rentabilidad y beneficio desde el punto de vista económico personal, familiar, local, regional y nacional. Organismos internacionales reconocen que la organización de empresas tipo cooperativa contribuyen a reducir la pobreza y la exclusión.

## CAPÍTULO 4

## CONCLUSIONES

En este capítulo se reflexiona sobre los resultados de la investigación que, en su conjunto, intenta contribuir al desarrollo del debate en materia de inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave. Para su mejor comprensión se los ha dividido en tres puntos:

- Características generales de la muestra.
- Comparación entre los países de estudio.
- Propuestas y recomendaciones.

### 4.1. Características Generales

#### 4.1.1 Género y trabajo

Teniendo en cuenta que el género es una variable generadora de inequidades sociales respecto a la división sexual del trabajo, en el estudio se trató de tener *equidad de la muestra entre hombres y mujeres* en los países de estudio. Objetivamente se cumplió con el propósito: el porcentaje de *mujeres en los países fue de 56%* y 44% el de los hombres. Un estudio similar (Moreno, 2015) con una muestra de 45,5% de mujeres y 54,5% de hombres, argumenta la importancia de la distribución homogénea por sexo. En la misma línea, la guía metodológica de Hernández (et al, 2007) reafirma que una paridad entre géneros garantiza que el discurso analizado tenga representatividad del punto de vista de las mujeres.

Otro elemento considerado fue el examinar las actividades laborales que realizan hombres y mujeres con sufrimiento mental grave, con el objeto de vislumbrar *diferencias de género en cuanto al tipo de trabajo*. Los resultados arrojan similitudes en unos aspectos y diferencias en otros. Entre las variables símiles se aprecia que para ambos sexos los tipos de trabajo a los que acceden son de baja cualificación, concordando con evidencia de organismos internacionales (O'Rei-

Ily-OIT, 2007) respecto a que las personas con discapacidad están más expuestas a empleos a tiempo parcial, mal remunerados, con pocas perspectivas profesionales y malas condiciones de trabajo.

A lo anterior es preciso agregar que diversas situaciones de la vida laboral también pueden afectar la salud mental de las personas, así, la precariedad laboral es un alto factor de riesgo de mala salud mental, Espino (2014) observa que tener un empleo precario se relaciona con una alta carga de estrés, ansiedad y depresión, pérdida de sociabilidad y mayor siniestralidad laboral.

Una significación diferencial concerniente al género se presenta respecto a tipos de actividades que desempeñan solo las usuarias como son la venta de maquillaje, costura y diseño; y, las que desempeñan solo los usuarios como venta ambulante y vigilante de seguridad. En ambos casos nos encontramos con labores que suelen ser estereotipadas a cada sexo, lo que coincide con otros estudios (Pascual, 2014) que explican que las **mujeres con discapacidad mental tienen por lo menos una doble discriminación**, por tener una enfermedad mental grave y por ser mujer, lo que conlleva una mayor exposición a situaciones de discriminación y vulnerabilidad. Otro trabajo reciente (ODISMET, 2017) refleja que **las mujeres tienen un 11% más barreras que los hombres** y con menor posibilidad de empleo a tiempo completo (30% de hombres y 12% de mujeres).

En la proporción de usuarios/as que no trabajan no se presentan diferencias sustantivas por género, el desempleo alcanza al 71% en las mujeres y al 70% en los hombres, en ambos países. El dato significativo que se observa refiere a la **baja proporción de usuarios/as con sufrimiento mental grave que se encuentran trabajando**, con un promedio de 30% en hombres y 29% en mujeres en ambos países. Esto se explica por el hecho de que las personas con discapacidad presentan un porcentaje de desempleo mucho mayor en comparación con sus homólogas no discapacitadas (OIT, 2007). También varios estudios (ODISMET, 2017) verifican discriminación en el salario, las personas con discapacidad reciben un 17% menos salario que las personas sin discapacidad en un mismo cargo, y en el caso de ser mujer con discapacidad la cifra se eleva a un 27%.

#### 4.1.2 Características sociodemográficas

La edad de los usuarios/as entrevistados fue en un rango de 22 a 65 años, por lo que se encontraban en **edad laboralmente activa**, por lo tanto, no es una variable que interfiera en la interpretación de los resultados de desempleo. Diversas investigaciones (Dewa et al, 2003, Ros et al, 2004) refuerzan la idea de que los adultos entre 36 y 60 años son los que más consultan por problemas de salud

mental, es decir, personas que se encuentran en la franja productiva, lo que influye en las jubilaciones anticipadas, las bajas laborales y la pérdida de empleo.

En cuanto al *nivel socioeconómico de los usuarios/as entrevistados*, no fue una categoría que se interroga de forma directa, sino que se estima con base en los relatos de profesionales de trabajo social que conocen los antecedentes de la población atendida, quienes indican que la mayoría de las personas que acuden al servicio público provienen de sectores socioeconómicos medio y medio bajo. Si a esto adicionamos los datos anteriormente analizados como la gran proporción de personas desempleadas y la baja cualificación (y por ende de remuneración) de los empleos a los que pueden acceder, nos encontramos que las **personas con sufrimiento mental grave están expuestas a un alto riesgo de pobreza**. Lo anterior se refuerza al observar la evidencia internacional (Díaz, 2017, Montgomery et al, 2013, O'Reilly-OIT, 2007) que sostiene que la mayoría de las personas con discapacidad presentan tasas altas de vulneración y marginación socioeconómica, hecho que se percibe también en la narrativa de los usuarios/as cuando exteriorizan, la imposibilidad de agenciar una vivienda independiente puesto que no poseen los recursos económicos para ello.

Todo lo anterior implica **un círculo de enfermedad y riesgo de pobreza**. A su vez, la evidencia (INE, 2012) manifiesta la tendencia a presentar mala salud mental en las clases sociales más desfavorecidas como son las y los trabajadores cualificados del sector primario, semicualificados y no cualificados. De igual forma, investigaciones latinoamericanas (Lohigorry et al, 2014) y europeas (SEU, 2004) destacan que en este colectivo hay un alto riesgo de estar atrapados en un círculo vicioso de privación que incluye la enfermedad, la pobreza, la desestructuración familiar, el desempleo y la falta de vivienda. El Estudio SESPAS (2014) en España observa un amplio consenso en las investigaciones en cuanto a los efectos negativos en la salud mental de las recesiones económicas (Chan et al, 2009); específicamente, los resultados apuntan a un aumento de los trastornos del estado de ánimo. (Gili et al, 2014).

#### 4.1.3. Condiciones de vida y trabajo en Ecuador

En la investigación se resalta que la situación económica del país afecta a la **inclusión laboral** de las personas con sufrimiento mental grave. De hecho, los datos oficiales (INEC, 2017b, UNASUR/ISAGS, 2015) indican que si bien la tasa de pobreza por ingresos en Ecuador disminuyó de forma progresiva entre los años 2000-2016 bajando aún 21%, luego sube drásticamente alcanzando un 40% en el año 2018, como causal se señala el cambio del modelo económico que vive actualmente el país que implicó una drástica disminución de políticas públicas.

Por otro lado, existe una ***alta percepción de exclusión laboral del colectivo***, dada principalmente por la falta de oportunidades de empleo y también por la discriminación laboral. Esto coincide con cifras nacionales (CONADIS, 2018) que verifican que solo un 3,2% de personas con discapacidad psicosocial (problemas mentales) se encuentran trabajando en comparación con el resto de discapacidades, es decir que, a nivel nacional, solo 2.100 personas con discapacidad psicosocial están empleadas. Pese a contar con una bolsa de empleo público (Mase, 2014, Zaldúa et al, 2016), se constata una precaria situación de inserción laboral y falta de aplicación, control y seguimiento de la ley de discapacidades, pese a que son frecuentes los estudios (OIT, 2014b) que insisten como un aspecto fundamental para este colectivo el mantenimiento del empleo, el reconocimiento del derecho a licencias para ausentarse del puesto y regresar tras una mejoría, el asesoramiento y apoyo desde los servicios sociosanitarios, así como, la lucha contra el estigma.

Respecto de las ***ayudas económicas***, aunque las fuentes estatales (CONADIS, 2018) aseguran que el 36% del total de personas con discapacidad psicosocial reciben un bono o pensión (el 86,8% por discapacidad y 13,2% por pobreza extrema) ninguna persona participante en el estudio accede a este tipo de beneficios, lo cual refleja que los dispositivos sanitarios no entregan dicha información a todos los usuarios/as. Investigaciones de organismos regionales (UNASUR/ISAGS, 2015) consideran que las acciones emprendidas para la reducción de la pobreza como las transferencias monetarias a grupos vulnerables tendrán impactos positivos sobre los determinantes sociales de la salud en Ecuador.

Se observan muy pocas opciones de vivienda para las personas con sufrimiento mental grave y la mayoría de usuarios/as vive en casa de algún familiar. Las residencias del Ministerio de Inclusión Social para expacientes psiquiátricos adultos mayores son escasas; y, solamente un grupo del Hospital de Psiquiátrico tiene opción de una vivienda asistida. Si bien, en el Modelo de Salud Mental (MSP, 2014) se plantea Unidades de Acogida para este colectivo, en la modalidad de viviendas insertadas en la comunidad, estas no se han implementado. En esta línea varios estudios (De León et al, 2016, Vega-Galdós, 2011, Sacarreno, 2003) demuestran que los más altos niveles de dependencia y cronicidad se asocian a personas que no han logrado una residencia autónoma y siguen viviendo con su familia de origen o en residencias, es decir, en condiciones sumamente desventajosas para mejorar su calidad de vida.

Sobre la ***educación***, la mayor parte de las referencias indican elementos negativos y consideran que el sistema educativo no es incluyente, a lo que se suma problemas cognitivos como baja concentración señalado como uno de los síntomas

de este tipo de problemas de salud mental. Como positivo se resalta el interés por parte de los usuario/as por capacitarse. Esta realidad se contrapone a lo establecido en la legislación ecuatoriana sobre discapacidad (ECU-LODis-, 2012) donde se plantea promover la integración de estudiantes con necesidades educativas especiales en todos los niveles, la adaptación curricular y otras medidas de apoyo personalizadas para fomentar su desarrollo académico y social. Investigaciones sobre educación y adolescentes con problemas de salud mental (Rojas-Bernal et al, 2018, Salas et al, 2018, Rojas-Andrade et al, 2017, Chavez et al, 2016, Glukman et al, 2005) señalan que para favorecer la integración de los jóvenes con depresión e intentos de suicidio, es recomendable realizar programas psicoeducativos que promuevan estrategias de autocuidado, estimulación cognitiva individualizada y grupal, orientadas a desarrollar habilidades sociolaborales y técnicas específicas que les permitan insertarse en el mundo del trabajo.

#### 4.1.3.1. Redes sociales y comunitarias en Ecuador

Un componente de especial relevancia es la *familia*, valorada como el vínculo de afecto y apoyo al que pueden recurrir. Sin embargo, se observa que puede ser contenedora de situaciones que no favorecen al usuario/a, por un lado, la sobreprotección cuando no se le considera capaz de realizar acciones independientes y, por otro lado, situaciones de aislamiento generadas por el miedo hacia las reacciones del usuario/a. Un estudio en México (Cruz, 2010) arrojó datos similares en cuanto a que las familias presentan mayores o menores restricciones, basadas en una imagen infantil de incapacidad de los usuarios/as, idea que se refleja en conductas y sentimientos de miedo, culpa, agotamiento y huida; aunque también es posible encontrar experiencias positivas, siempre y cuando el cuidador/a cuente con redes de apoyo socio-sanitarias. Otros trabajos (Rivera et al, 2018, Muñoz et al, 2012, Sacarreno, 2003) reafirman que es importante crear espacios que posibiliten el intercambio y consoliden estrategias de afrontamiento, a fin de evitar recaídas y mejorar la calidad de vida del usuario/a y su familia.

Son significativas, las actividades de *ocio y recreación* indicadores de una vida más saludable y soporte para controlar la ansiedad. Las *relaciones de amistad* que establecen los usuarios/as, especialmente con pares, son consideradas altamente significativas y percibidas como acciones de inclusión social. Un informe internacional (UNASUR/ISAGS, 2015) apunta a la importancia de implantar programas intersectoriales y de desarrollo social integral en los barrios y centros de trabajo.

Un elemento negativo que se mantiene en el tiempo es el *estigma* que impide el pleno desarrollo de este colectivo y su inclusión en la sociedad. El estigma tam-

bién se manifiesta en personas de este colectivo, de esta forma vemos el *autoestigma* descrito como sentimientos negativos de incapacidad personal relacionadas con experiencias de exclusión sociolaboral, lo que lleva a ocultar la patología a familiares y empleadores por miedo al rechazo. Un estudio en Brasil (Amarante, 2018) plantea que la dimensión sociocultural es estratégica para sensibilizar y movilizar a la sociedad en la discusión sobre la reforma psiquiátrica y que es posible accionarla a partir de la propia producción cultural y artística de los actores sociales.

#### 4.1.3.2. Estilos de vida en Ecuador

La *autonomía* concebida como el valerse por sí mismo, tener habilidades sociales y tomar sus propias opciones, se la relaciona además con la posibilidad de convivir con otras personas y establecer *relaciones íntimas* con una pareja sentimental. La autonomía es un indicador que permite establecer un *proyecto vital*, donde las y los usuarios manifiestan que pueden vislumbrar expectativas a futuro, sobre todo, cuando acceden a un trabajo, oportunidad que antes les estaba negada. Los datos nacionales (CONADIS, 2018) reflejan que la mayoría de personas con discapacidad psicosocial (45,6%) presenta un grado de discapacidad medio alto 50-74%, lo cual implica dificultades para realizar las habilidades instrumentales de la vida diaria. En esta línea, un estudio (Cruz, 2010) reafirma que un elemento relevante para este colectivo es la autodeterminación, la cual es pensada como autoridad del propio sujeto para ejercer el control sobre sus decisiones, autonomía y responsabilidad.

#### 4.1.3.3. Inclusión Laboral de personas con Sufrimiento mental grave en Ecuador

Los resultados de la investigación muestran que la importancia otorgada a la inclusión laboral es alta, sin embargo, de los usuarios/as que *trabajaban el 62% lo hacían en el sector privado*, pero en empresas no normalizadas (Cooperativa de trabajo Huertomanías y en el Hospital Psiquiátrico). Esto coincide con los datos nacionales (CONADIS, 2018) que señalan que la mayoría de personas con discapacidad psicosocial trabajan en el sector privado en un 74%. Solo el 26% de usuarios/as entrevistados laboran como trabajadores autónomos o estaban insertos en una empresa normalizada. Este es un indicador que se repite en la Región (MASE, 2014) pues en Argentina se informa que en el año 2011 la tasa de empleo de personas con discapacidad mental es 5,4%, siendo la más baja de todas las minusvalías.

Un factor de alta sensibilidad para los usuarios/as son las *condiciones laborales* que deben ajustarse a las necesidades específicas de la persona con sufrimiento mental grave, ajustes que no se garantizan en los puestos de trabajo normalizados provocando dificultades para su inserción a largo plazo. Un resultado

similar presenta el Informe de Evaluación de la Comisión Lancet (2018) sobre salud mental global y desarrollo sostenible, en el cual se manifiesta la necesidad de mejorar la disponibilidad de intervenciones para las personas con sufrimiento mental graves, cuyo objetivo es facilitar la adquisición de habilidades para abordar los factores de riesgo.

Los **beneficios del empleo** se obtienen en un clima laboral positivo caracterizado por relaciones respetuosas y amables entre compañeros/as, en un entorno de cercanía y comprensión; y la satisfacción laboral se concibe como el sentirse parte de un grupo y ser reconocido como un ciudadano que ejerce sus derechos. Por todo esto, las personas entrevistadas también consideran al trabajo como una terapia, como un complemento de su rehabilitación que mejora la sintomatología e incrementa la autoestima al percibirse como parte productiva de la sociedad. Estudios en Brasil, Uruguay y Argentina (Hopp, 2018, Acosta, 2016, Gaiger, 2013, Lussi et al, 2011) verifican las ventajas de la inserción laboral de personas con sufrimiento mental grave en empresas sociales donde el sujeto es entendido como un ser social y como consecuencia de su proceso de formación adquiere autonomía.

Los resultados de la inclusión laboral de usuarios/as en la Cooperativa de Trabajo Huertomanías se valoran positivamente y se plantea por ello como una experiencia a replicar. Esto coincide con evidencia en Uruguay (Acosta, 2016) que señala, el apoyo estatal a las cooperativas sociales, como una forma de promover las oportunidades de desarrollo e inclusión social y económica de personas y colectivos en situación de vulnerabilidad.

#### 4.1.4. Condiciones de vida y trabajo en Valencia

Respecto a los factores que favorecen la inclusión laboral de este colectivo, se valora el contar con varias **legislaciones sobre los derechos de las personas con discapacidad mental** y su inclusión social, pero también se destaca que el porcentaje de inserción en el empleo es bajo. Una investigación nacional (Díaz, 2017) relaciona esta situación con flexibilizaciones legales a favor de la parte empresarial como el Decreto 364/2005 (BOE-A-2005-364), que facilita los procedimientos para solicitar la declaración de excepcionalidad en el cumplimiento de la cuota de reserva.

A pesar del soporte normativo, del total de usuarios/as entrevistados el **68% se encuentran en desempleo**, cifra que es menor frente a los indicadores nacionales (INE, 2018) que confirman mayor porcentaje de desempleo para las personas

con discapacidad mental a nivel nacional (82%). Esta diferencia puede deberse a que algunos centros que componen la muestra se dedican a la búsqueda de empleo, por lo tanto, se intentó que la muestra represente a personas con trabajo.

Otro elemento relacionado con la exclusión es la permanencia de **discriminación laboral** hacia trabajadores/as con sufrimiento mental grave. Hecho que coincide con una investigación que abarca a España y países de Latinoamérica (Runte, 2005) y que destaca la existencia de un estigma asociado al trabajo donde las exigencias del mercado laboral son muy altas, situación que no favorece al empleo de las personas con discapacidad. Otros estudios (Buckby, et al., 2008; Zambarchi & Jester, 2007; Perskins & Rinaldi, 2002) muestran que esta área es una de las más afectadas en las personas con enfermedad mental, siendo la mayor barrera la falta de oportunidades por parte de las empresas; y, el que muchas veces la visión desde el Estado se centraliza en las estrategias del mercado empresarial.

En la misma línea, un informe (ODISMET, 2017) proporciona cifras nacionales que demuestran que al interior de las discapacidades hay discriminación ya que se contrata en menor medida a personas con discapacidad mental (tasa de 23,4) en comparación a quienes presentan problemas físicos (tasa de 115,9). Esto se refleja también en el salario, pues los usuarios/as con discapacidad reciben un 17% menos salario que los sujetos sin discapacidad, y en el caso de una mujer con discapacidad la brecha aumenta a un 27% menos de salario bruto.

Las **ayudas económicas** son consideradas como un apoyo para cubrir necesidades básicas vitales. Al respecto Díaz (2017) evidencia la ventaja de contar con prestaciones financieras que contrarresten las situaciones de desventaja social dada por la discapacidad, sobre todo por la dificultad de inserción en el empleo.

Por otro lado, las compensaciones pueden ser vistas como una dificultad por la inexactitud de las políticas públicas que convierten a las **pensiones en una barrera que impide la inclusión laboral**, la misma sugiere que si la persona con sufrimiento mental trabaja se les retira la pensión por discapacidad, pero al quedarse sin empleo el procedimiento administrativo para reclasificar es complejo, por lo cual, un porcentaje de usuarios/as y sus familias prefiere que el usuario/a no trabaje por temor a perder dicha pensión. Un informe nacional (ODISMET, 2017) considera que la mayor razón de inactividad laboral entre las personas con discapacidad es esta inexactitud de la política pública (61,4%). Igualmente, otra investigación (López & Laviana, 2007) refiere que lo importante del apoyo en la comunidad es recuperar la funcionalidad personal y social, de forma que pueda ejercer su ciudadanía, lo que se logra mediante apoyos económicos que no impidan el desempeño laboral.

Otro elemento relevante en la condición de vida es la **vivienda**, ante lo cual los usuarios/as entrevistados indican que la mayoría viven con sus padres (56%), el 20% con un compañero/a de piso, el 12% solos y el 12% en una vivienda tutelada. La alta falta de autonomía se asocia con la existencia de pocos pisos tutelados públicos y el alto coste de los privados (2000 euros mensuales por persona). Una investigación (García-Pérez, et al, 2017) evidencia que la vivienda es un elemento aglutinador a diversos apoyos como la educación, el trabajo y el ocio. Lo que coincide con otros estudios (López & Laviana, 2007, López et al, 2004a) que explican que la vivienda es un componente esencial, pues no solo acuden a estos dispositivos personas sin hogar, en buena medida también lo hacen quienes no quieren vivir con sus familiares y desean mayor autonomía, por lo que se requiere una variedad de alojamientos que satisfagan sus necesidades.

Sobre la educación la mayor importancia está dada a los elementos positivos ya que pueden acceder a diferentes tipos de formación técnica y profesional con algunas ventajas como reducción de tasas por discapacidad. García-Pérez (et al, 2017) argumenta que en España hay una ausencia de planteamientos socioeducativos en la política social de salud mental. Por su parte, López y Laviana (2007) plantean que la educación es considerada un recurso de apoyo social necesario para la cobertura de necesidades básicas de los usuarios/as.

Aspectos negativos asociados a la educación son los problemas de concentración y agilidad mental que interfiere en el proceso educativo del usuario/a, aunque la mayoría sigue realizando cursos y estudios; y, la falta de acceso descrita como el que en los lugares de formación normalizados no hay una adecuación real de currículo para su inclusión. Similarmente, un estudio (ODISMET, 2017) en la Comunidad Valenciana que advierte una menor tasa (0,4) de adolescentes y jóvenes con sufrimiento mental que se encuentran realizando su formación escolar en una escuela ordinaria, mientras que el 82,1% están en centros de educación especial, lo cual es lo opuesto a lo que ocurre en la mayoría de Comunidades Autónomas.

#### **4.1.4.1. Redes sociales y comunitarias en Valencia**

Una red relevante es la familia, en el eje positivo observamos el apoyo familiar principalmente de padres y/o hermanos, e incluso algunos han llegado a formar Asociaciones de Familiares y Usuarios en los centros de rehabilitación. Varias investigaciones (Espino, 2014, Cruz, 2010) informan que si se cuenta con una red de apoyo familiar y social que les respalde se pueden paliar la carga negativa de la patología, por ejemplo, cuando tienen problemas económicos y suelen ser los cuidadores quienes deben agenciar diversas estrategias por falta de recursos públicos.

A pesar de esto, la familia tiene un eje **negativo** cuando *sobreprotege* y causa principalmente una codependencia con los padres; también puede darse situaciones de *aislamiento* cuando la familia decide no apoyar al usuario/a. El estudio de López Gracia (2017) refiere que las familias viven las crisis provocadas por la patología como un sentimiento de pérdida, pues durante ellas el usuario/a se transforma en una persona extraña e inaccesible y llegan a desconfiar de ellos. Asimismo, las familias pueden atravesar situaciones de estrés que los lleve a tomar este tipo de actitudes, no solo por la situación de salud del usuario/a, sino también por la vulnerabilidad económica que genera el desempleo (Cruz, 2010).

Otro factor que ayuda a los usuarios/as a percibirse insertos en la sociedad es el **ocio y la recreación**, actividades que les agradan, les ayudan a disminuir los síntomas, y crear **relaciones de amistad**, puesto que para la mayoría el padecer un problema mental grave ha significado una ruptura con el lazo social. Por ello, el participar de actividades en centros sanitarios o sociales les incentiva de forma relevante. La evidencia (Drobney, 2018; López & Laviana, 2007) reconoce que el promover la interacción social de este colectivo a través de programas específicos de rehabilitación como puede ser el deporte resultan eficaces ya que el ejercicio tiene un impacto positivo en la salud física y amplía los vínculos sociales.

Muchas de las dificultades en el contacto con otras personas están relacionadas con el **estigma**, por lo cual son discriminados tanto del ámbito social como laboral. Al respecto, una investigación de campo (Hipes et al., 2016) concluye que la discriminación en el mercado laboral hacia las personas con sufrimiento mental grave es más alta porque se les solicita en menor medida para un empleo que a las personas con discapacidad física, aunque cuenten con la misma formación y experiencia.

Una forma de estigma es el **autoestigma**, definida como las ideas erróneas de no poder realizar actividades laborales por los síntomas de su enfermedad, lo que afecta a su estima y estado de ánimo. Investigaciones en la línea de la psicología y sociología (Pérez & Eiroá; 2017, López & Laviana, 2008) concuerdan que hay una relación entre el estigma público y el auto estigma, siendo este último la falta de empoderamiento personal que limita a los usuarios/as y conlleva la pérdida confianza en sus capacidades y recuperación. Esto coincide con estudios previos (Runte, 2005) que argumentan que los estigmas influyen negativamente, por ejemplo, cuando las familias o profesionales de salud utilizan la estrategia de ocultamiento de la enfermedad para evitar la discriminación en el ambiente de trabajo.

#### 4.1.4.2. Estilos de vida en Valencia

Un elemento importante es la **autonomía**, descrita como la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y manejar su tratamiento, también contribuye el crear **relaciones cercanas** con compañeros de vivienda y de los centros de rehabilitación. El máximo nivel de autonomía se percibe como un **proyecto vital** en el que esperan lograr un trabajo que les permita la independencia familiar, poder cuidar de sus hijos/as, vivir en una casa propia y mantener estables los síntomas de su enfermedad. Varias investigaciones (Moreno, 2015; González & Rodríguez, 2010) destacan que algunas personas requieren el apoyo de programas específicos de autoayuda y autocuidado para alcanzar un nivel mayor de independencia, específicamente para la psicosis, se recomienda realizar entrenamientos en un contexto real para reforzar las competencias y tener apoyo del entorno.

En la misma línea, un estudio en España (Díaz, 2017) critica la Ley de dependencia al indicar que solo se toma en cuenta la autonomía como habilidades de la vida diaria, pero no considera las habilidades instrumentales, por lo cual no es una ley pensada para las personas con discapacidad sino más bien para adultos mayores. El estudio nacional de Espino (2014) explica que un factor que influye de forma negativa sobre la independencia es el desempleo y que este se relaciona con el contexto actual de globalización financiera (primacía del mercado sobre el Estado).

Otro componente relacionado con la autonomía es la responsabilidad, por ejemplo, en la toma de la **medicación** prescrita, sin embargo, los usuarios/as refieren como un problema los efectos secundarios indeseables de los fármacos como suelen ser la sedación diurna, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, cansancio y fatiga, efectos que puede interferir en las actividades laborales. Un estudio (Moreno, 2015) expone que de la medicación psicotrópica que se receta en atención primaria el 46% corresponde a antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, fármacos que en su mayoría pueden presentar efectos secundarios molestos. Otra investigación (López & Laviana, 2007) refiere que la administración de fármacos debe adaptarse a las necesidades individuales de los usuarios/as, de forma que afecten lo menos posible a su repertorio de actividades cotidianas y básicas.

#### 4.1.4.3. Inclusión Laboral de Personas con Sufrimiento mental grave en Valencia

Dentro de las ventajas se indica el contar con **leyes de inclusión laboral**, no obstante, un problema que se observa es la **inexactitud** de dicha legislación,

particularmente, la dificultad refiere al sistema de cuotas que no es específico para salud mental, e incluso los empresarios prefieren pagar las multas a contratar a una persona con discapacidad, dado que la Ley es permisiva con los empleadores. Varios estudios (Fuentes, 2017, López, 2010; López et al., 2004) coinciden con lo expuesto al indicar que las Administraciones asumen escasas responsabilidades en el desarrollo de programas y servicios de apoyo al empleo para este colectivo, y que dichas responsabilidades no pueden ser sustituidas por asociaciones privadas si es que estas no cuentan con una base gubernamental más sólida en que apoyarse.

Otro inconveniente es la subvención para la modalidad de ***Empleo con Apoyo*** en empresas del mercado ordinario de trabajo, ya que se condiciona como objetivo 50 inserciones al año, lo cual es muy difícil de cumplir en el ámbito de la salud mental que requiere además una orientación y acompañamiento individualizado a largo plazo para que sea efectivo, por ello, muchas entidades no se acogen a esta modalidad. Algunos trabajos en España (Díaz, 2017, Pasillera, 2012) muestran que esta metodología se aplica desde hace más de 30 años para personas con discapacidad intelectual y desde hace diez años se empieza a utilizar para personas con sufrimiento mental grave, sin embargo, su aplicación no es efectiva y se observan muchas dificultades en el mercado ordinario de trabajo.

En cuanto a las ***Centros Especiales de Empleo***, los entrevistados/as refieren que algunos de estos funcionan adecuadamente y que otros se basan en la productividad con una alta exigencia, sin considerar la discapacidad, por lo que suele haber abandono del empleo, generando una alta rotación y mencionan además, que estos se encuentran mal regulados. La información proveniente de algunos estudios (Pasillera, 2012, Díaz, 2017) sustenta que esta es la modalidad que más contrata a personas con discapacidad, sin embargo, se trataría de empleos temporales, y donde se observa una mayor ganancia para la empresa, al existir una flexibilización laboral sin compromiso de mantener el puesto de trabajo, situación que permite a las compañías realizar un marketing solidario por su colaboración con este sector y el ahorro de costes.

Esto pone sobre la mesa una discusión vista por las y los profesionales de la salud en cuanto a cuál es la ***mejor modalidad de inclusión laboral*** para este colectivo, con opiniones que, por un lado, apoyan la inserción normalizada como la única forma de inserción real y, por otro lado, apuntan al empleo protegido por las barreras para su inclusión en una empresa ordinaria. Al respecto, existe evidencia que respaldan a ambos argumentos, Díaz (2017) analiza la disyuntiva entre empleo ordinario y el protegido desde la perspectiva del paradigma de la autonomía personal y sostiene que la modalidad de empleo normalizado facilita una inserción en

la sociedad, y que el empleo protegido debe considerarse solo como una medida excepcional; mientras que FAISEM (2008) expone que el empleo en empresas normalizadas es difícil de aplicar en contextos de alto desempleo generalizado y que las empresas sociales presentan altas ventajas al ser una organización específica y que presenta resultados positivos.

Si bien, las y los participantes se atienden por la sanidad pública, el **sector privado** es relevante principalmente por las asociaciones privadas sin fines de lucro que apoyan la rehabilitación socio-laboral, como ASIEM, que efectúa cursos de capacitación y búsqueda activa de empleo; CREAP, que ofrece rehabilitación e incluye un plan de inserción en el trabajo; AMBIT que proporciona una alternativa de culminación de la pena carcelaria mediante vivienda tutelada y seguimiento; y Bonagent que cumple acciones de orientación e intermediación laboral. Varios estudios (Madoz-Gúrpide, et al., 2017; López & Laviana, 2008) demuestran que cuando los servicios de salud mental se organizan en red conjuntamente con otros dispositivos sanitarios y sociales se logra disminuir el estigma porque más profesionales se familiarizan con el colectivo. A pesar de esto, una crítica que se hace es que el sector privado está realizando las acciones que debería hacer la Administración, y que entidades privadas con fines de lucro sacan provecho económico de ello.

Respecto a las **condiciones laborales**, este es un elemento relevante para una inclusión laboral efectiva, en las que se valora principalmente la flexibilidad (cantidad de tarea, rapidez y nivel de estrés), el horario (evitar que sea nocturno o rotativo) y la adaptación del puesto de trabajo a las necesidades del usuario/a. En concordancia, varios estudios (Fuentes, 2017, Runte, 2005) recomiendan realizar ajustes razonables como son las jornadas reducidas, el contar con un proceso de acogida en la empresa, el efectuar una orientación y seguimiento por parte de los profesionales socio-sanitarios y la creación de talleres de formación que realmente les inserten en el mercado laboral.

Aunque se mencionan las ventajas de la Cooperativa de trabajo, en el presente estudio no se encontró ninguna experiencia concreta en la ciudad de Valencia; en cambio, a nivel de otras Comunidades Autónomas se citan varias experiencias exitosas, sobre todo en Madrid, Cataluña y Andalucía. Una investigación en Cataluña (Guirado, et al, 2014) realza el uso de la agricultura social, que tiene más funciones que la productiva y que ha servido para la inclusión de personas en situación de riesgo de exclusión, como nuevas prácticas económicas y organizativas.

Los **beneficios del trabajo** son indiscutibles cuando se insertan en lugares con un clima laboral positivo con pares y superiores que permiten una buena convi-

vencia, caracterizada por el respeto. Esto les produce satisfacción laboral, llegando a considerar el trabajo como una terapia pues permite a la persona insertarse en la sociedad. Los resultados son coincidentes con evidencia (Espino, 2014) que apunta al empleo como un factor estructurante de la vida, que aporta relaciones interpersonales, amplía las metas personales, aporta en la definición de estatus social, apoya la construcción de una identidad personal y aumenta la motivación. Asimismo, otro estudio (López & Laviana, 2008) concluye que se debe impulsar el que las personas con sufrimiento mental grave estén incluidas en ámbitos normalizados, como es el empleo, que contribuyen a la reducción del estigma y la discriminación.

#### 4.1.5. Condiciones de vida y trabajo en Italia

Italia tiene un modelo más inclusivo de *vivienda* que el resto de países de estudio, son diversos tipos acorde a las necesidades y niveles de autonomía de los usuarios/as, por tanto, con diferentes niveles de supervisión por parte de los operadores sanitarios para incentivar a los usuarios/as a vivir de forma independiente y/o a compartir espacios y recursos. La evidencia (Killaspi, et al, 2018) recomienda el desarrollar una cooperación articulada entre los servicios de salud mental y servicios sociales para garantizar que las instalaciones residenciales estén insertas en la comunidad. Sin embargo, se debe considerar el contexto en el que se aplican, pues la encuesta Public Health Alliance Ireland (2004) señala que solo el 30% de entrevistados indicaban sentirse cómodos en su vecindario si en él vivía un usuario/a con problema de salud mental grave, demostrando que el estigma se mantiene.

Si bien en los resultados no es un tema que se trate en profundidad, en Italia existen leyes que regulan las *ayudas económicas* que se otorgan desde el Estado para personas con discapacidad y jubilación por enfermedad mental crónica. Esta es una medida que se debe realizar con precaución y adecuada reglamentación, pues un estudio en 12 países de Europa (Kilian y Becker, 2007) resalta que hay una correlación negativa entre el gasto de subvenciones por discapacidad y participación de personas con esquizofrenia en el mercado laboral, siendo Italia el país con menores problemas al respecto.

##### 4.1.5.1. Redes sociales y comunitarias en Italia

El Centro de Salud Mental también es un espacio en el cual se trata de mejorar las *relaciones familiares*, mediante el apoyo a los usuarios/as para reforzar sus vínculos afectivos, lo que a su vez es un factor protector que ayuda a prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida de toda la red familiar. Esto coincide con una investigación en Italia (Caldas de Almeida et al., 2015) que expone la importancia de las familias, sin embargo, algunos pueden estar reacios a recuperar a los sujetos

que han presentado conductas difíciles en el pasado, por ello es fundamental la figura del trabajador/a de salud mental quien debe mediar en este proceso.

Sumado a lo expuesto, otras investigaciones (Juan-Porcar, et al, 2015; Samele & Manning, 2000) realizadas a familiares cuidadores/as de personas con esquizofrenia y depresivas en el sur de Italia, encontraron que los principales efectos negativos para las y los cuidadores fueron los problemas psicológicos (67%) y reducción de sus actividades recreativas (57%); y coincide con que la sobrecarga es el tema que más abordan los parientes cercanos. Sin embargo, los hallazgos positivos revelan altos niveles de contacto social entre diversos familiares y la reducción de los niveles de carga si el usuario/a se encontraba empleado.

En los espacios de rehabilitación para los usuarios/as se brindan actividades para el **ocio y la recreación** mediante la inclusión sin etiquetas, contexto que les permite establecer **relaciones de amistad**. Un estudio (Faulkner et al., 2013) orientado a aumentar la conectividad con la comunidad y reducir la soledad en personas con depresión en servicios de salud mental, reafirma que el apoyo entre pares promueve la recuperación, ayuda al empoderamiento, mejora la autoestima, disminuye la auto estigmatización y facilita la creación de redes sociales.

Para combatir los impedimentos generados por el **estigma**, en la ciudad de Trieste se han creado microáreas, centros territoriales de información en salud mental que favorecen la accesibilidad al sistema sanitario. Esto concuerda con la evidencia internacional (Killaspi, et al, 2018) la cual argumenta que el estigma es un elemento a batallar sobre todo en los momentos de transición a la atención de salud mental comunitaria, donde se resalta el fortalecimiento de redes, el mapeo de recursos y prácticas, y la promoción de la investigación.

#### **4.1.5.2. Estilos de vida en Italia**

Para una persona que ha estado por largo tiempo internada en un Hospital Psiquiátrico la **autonomía** es un área relevante y nueva. Esto coincide con un estudio realizado por la organización Rethink Mental Illness (Reconsiderar la Enfermedad Mental) (RMI, 2013) aplicado a usuarios/as acerca de la mejor forma en que familiares y amigos podían ayudar, el cual refiere que lo más importante es la aceptación, mostrar cariño, validar las opiniones y apoyarles a recuperar su independencia. Otras investigaciones (Moreno, 2015; Banfield, et al, 2014; Tlach, et al, 2014) destacan que otra forma de alcanzar sentimientos de autocontrol y autoeficacia es el poder contar con información y programas que les permitan aumentar su participación en la recuperación de su propia salud.

#### 4.1.5.3. Inclusión Laboral de Personas con Sufrimiento mental grave en Italia

Como se indicó anteriormente, el trabajo es uno de los tres ejes para la rehabilitación de las personas con sufrimiento mental grave, por lo tanto, la **inclusión laboral** es un elemento relevante dentro del Modelo de salud mental y en el mejoramiento de la calidad de vida. Un estudio (Knapp, et al., 2007) sostiene que el trabajo es una parte indispensable para personas con problemas mentales pues representa la oportunidad de ganar su sustento, proporciona identidad y posición social. Sin embargo, la evidencia en Italia (Veltro & Colavita, 2015) concluye que para que la inclusión sea efectiva se requiere definir actores y responsabilidades, soporte estatal y monitoreo continuo de las inserciones laborales realizadas.

Durante el proceso de desmanicomialización italiano, una de las preocupaciones fue el contar con dispositivos que garantizaran una inserción socio-laboral digna de los expacientes pero, se percataron de que el sector empresarial no estaba interesado en incluir a este colectivo, razón por la cual se estructuran las cooperativas sociales de trabajo, siendo Italia el país donde se concentra el mayor número de estas (11.264). Es así que las **condiciones laborales** pasan a tener un peso relevante por su valor en sí y su vinculación con la comunidad; además se cuenta con una **legislación** que respalda las cooperativas sociales. Esto coincide con un estudio italiano (Veltro y Colavita, 2015) que señala que las cooperativas sociales de tipo B tienen un papel central, pero es necesario la responsabilidad corporativa, y el apoyo de las autoridades de salud regionales y locales.

Los **beneficios** que se obtienen cuando una persona es incluida son varios y se destacan un clima laboral positivo que se basa en la consecución de objetivos solidarios y la satisfacción laboral que abarca el bienestar socio-económico de los socios y el impacto positivo en el entorno. Además, los datos económicos retratan una situación bastante efectiva del sector cooperativo, con aportes al desarrollo económico del país. La evidencia (Zappella, 2017; Mingote, et al., 2008; Crespo, 2007) afirma la importancia del empleo como una variable esencial dentro de la rehabilitación, ya que facilita la autodeterminación, satisfacción personal e integración social de los usuarios/as.

Por lo tanto, el trabajo es entendido como una terapia, ya que permite desarrollar la potencialidad de los usuarios/as y sentirse partícipes como ciudadanos. Lo cual se confirma con una investigación (Zappella, 2017, Crespo, 2007) que indica que el trabajo es beneficioso en personas con esquizofrenia ya que mejora su autoestima, permite una gestión relacional y ayuda a incrementar los ingresos de la familia.

## 4.2. Comparación entre los países de estudio.

Respecto de la inclusión laboral se observan algunos elementos relevantes en los tres países de estudio.

Cada país cuenta con un marco legal para la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave:

- En Ecuador existe la Ley Orgánica de Discapacidades, la que en varios artículos protege la inserción de personas con discapacidad e indica que la cuota de inclusión de este colectivo en 4% cada 25 trabajadores, en el sector público y privado (ECU-LODis-. 2012). Sin embargo, no hay un organismo de control efectivo.
- En Valencia la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013) define el cumplimiento de cuotas de contratación en un 2% de personas con discapacidad en una empresa ordinaria de más de 50 trabajadores y un 70% en un empleo protegido (BOE-A-2013-12632). No obstante, la dificultad es que no es específico respecto a la discapacidad mental, por lo que se compite con el resto de diversidad funcional.
- En Italia la Ley N° 381 de las Cooperativas Sociales (1991) diferencia las cooperativas para la inserción de personas con exclusión social; y la Ley N° 68 de las Reglas para el Derecho al trabajo para discapacitados (1999) que regula la cuota de trabajadores con discapacidad en diferentes medidas: a) 7% de personas con discapacidad, si tiene más de 50 empleados; b) 2 trabajadores con discapacidad, si tienen de 36 a 50 empleados; c) 1 persona con discapacidad, si tienen de 15 a 35 empleados. Siendo estas leyes más específicas que en el resto de países (GU-1991-381; GU-1999-68).

Respecto de las *modalidades de empleo* en cada país:

- En Ecuador existe una cuota de ingreso a empresas privadas o públicas, pero no se regula sobre tipos especiales de modalidades de empleo para personas con discapacidad. Además, contempla la posibilidad de constituir centros especiales de empleo públicos o privados integrados por al menos un 80% de trabajadores con discapacidad, para el efecto, pero esta modalidad no se difunde y requiere de un alto grado de participación y organización del colectivo de personas con discapacidad por lo que en la práctica no se realiza. A pesar de esto, se conoció la experiencia de una cooperativa

social de trabajo para usuarios/as con sufrimiento mental grave creada por una iniciativa privada.

- En España se cuenta con tres opciones: el empleo ordinario en las empresas y administraciones públicas; empleo protegido en los CEE que la mayoría deben ser personas con discapacidad y su objetivo es facilitar la transición al empleo ordinario; y el empleo autónomo para el desarrollo de iniciativas económicas por cuenta propia, o a través de entidades de la economía social. Se observa muchas críticas puesto que ninguna de las modalidades funciona como se espera y no ha aumentado la inclusión laboral del colectivo.
- En Italia se describen las cooperativas sociales de trabajo Tipo B para la inserción laboral de las personas en exclusión o en riesgo de ello y mantiene como requisito que al menos el 30% de su fuerza de trabajo deben tener esta condición, desempeñando una diversidad de actividades (cajas bancarias rurales; cooperativas de consumo, de trabajo, sociales, servicios y vivienda, y agrícolas). La evidencia nacional e internacional sobre la inclusión laboral y de eficiencia de estas empresas es favorable.

El *estigma* es un elemento relevante que impide la inclusión socio-laboral de este colectivo:

- En Valencia es alto el prejuicio que existe sobre las personas con alguna patología mental grave, la que se caracteriza por la creencia de que son peligrosos e incapaces. Esto es interiorizado por los mismos usuarios/as y se llega al autoestigma, razón por la cual muchas veces ocultan su enfermedad en el posible empleo, impidiendo la adaptación que se podría hacer al puesto de trabajo.
- En Ecuador el estigma social y el autoestigma es percibido en menor peso que en Valencia, sin embargo, se sigue relacionando con experiencias de exclusión socio-laboral, lo que lleva a que se esconda la enfermedad a familiares y empresarios por miedo al rechazo, hecho que no solo vulnera sus derechos, sino que perjudica directamente a las familias y a la comunidad.
- En Italia el estigma se aborda como uno de los impedimentos para la inclusión de personas con problemas de salud mental en la sociedad, por lo cual en la ciudad de Trieste se crearon microáreas que son centros territoriales de información y accesibilidad a la salud mental cercano a la población, siendo el único país del estudio que realizó una acción concreta al respecto a nivel de la estructura y red de salud mental.

Si una persona se inserta de forma adecuada en un trabajo trae grandes beneficios para el usuario/a, tanto así que en los tres países se considera el ***trabajo como una terapia***:

- Italia considera el trabajo como un eje de la rehabilitación, por lo que se trabaja de forma paralela a la rehabilitación sanitaria, es lo que permite la inclusión social integral, es decir, el trabajo es visto como un proceso, y los beneficios son a nivel del bienestar de los socios y el impacto positivo en el entorno.
- En Valencia se concibe el trabajo como el último escalón de la rehabilitación, por lo cual se trabaja de forma posterior a la rehabilitación sanitaria y conseguir un empleo es el mayor nivel de inclusión social, es decir es visto como un resultado, y los beneficios son a nivel individual.
- En Ecuador, dado que parte de la muestra fue una cooperativa de trabajo, hay un mayor peso a los beneficios del trabajo como el clima laboral positivo, la satisfacción laboral, el ejercicio de sus derechos y considerar al trabajo como una terapia, es decir complementario a la rehabilitación sanitaria, algo similar al planteamiento italiano.

### 4.3. Propuestas y recomendaciones

En este apartado realizaremos algunas sugerencias generales observadas en los tres países de estudio y también propuestas específicas sobre la inclusión laboral de personas con sufrimiento mental grave, que es el resultado de esta investigación desde la Teoría Fundamentada.

#### 4.3.1. Propuestas generales

Otra recomendación es la sensibilización específica en las empresas, orientadas a demostrar que el bienestar laboral es una forma de mejorar el capital humano y generar entornos de trabajo saludables. Con esta visión, desde la ***promoción de la salud mental en las empresas*** se sugiere promover una forma de vida plena, aunque la persona padezca una enfermedad mental, mediante acciones que fortalezcan el reconocimiento de sus propias capacidades y conducentes a mejorar la salud con la práctica de estilos de vida saludable, lo cual, a su vez, mejora la productividad convirtiéndose en un círculo virtuoso al interior de la organización. Esto se corrobora con una investigación (Salanova et al, 2016) sobre organizaciones positivas que resaltan que los recursos y prácticas saludables generan empleados saludables y consecuentemente resultados empresariales positivos. Esto es reforzado por el estudio de Moreno (2015) que verifica que en las empresas hay altos costes por absentismos dado por enfermedades mentales como la depresión y que estos disminuyen con atención preventiva en el lugar de trabajo.

Incentivar el trabajo remunerado además tiene ***efectos positivos en la salud general*** de los usuarios/as ya que estar empleado actúa como factor protector. Diversas investigaciones (Errázuriz et al, 2015, Espino, 2014, Gili et al, 2014) reconocen que el estrés por desempleo es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, percepción negativa de la propia salud y conductas de riesgo como tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, ansiedad, depresión, consumo de drogas, recaídas en personas con problemas de salud mental grave previos e incluso intentos de suicidio. Mientras que el tratamiento adecuado en salud mental disminuye los días de trabajo perdidos y la incapacidad laboral.

#### 4.3.2 Propuestas de implementación en Ecuador

Específicamente a nivel del empleo, se requiere contar con ***leyes laborales más específicas e incluyentes*** con cuotas fijas para discapacidad mental en las empresas; también se ve necesario mayor seguimiento al proceso de inserción de usuarios/as y rigurosidad en la aplicación de las multas en caso de incumplimiento. Se considera significativo que el ***Estado invierta en las cooperativas sociales***

**de trabajo** para personas en riesgo de exclusión, pues son iniciativas que cuentan con evidencia validada tanto en términos de rehabilitación como de productividad empresarial. Varios estudios cualitativos (Knapp et al, 2007, Secker et al, 2003) demuestran la importancia de las cooperativas de trabajo en la generación de empleo y otras que exponen que la gobernanza es un buen ejemplo a seguir (Díaz-Castro et al, 2017), es decir, cuando los sistemas de salud determinan sus políticas siguiendo los principios de atención de experiencias exitosas, como es el caso de las cooperativas sociales de trabajo en Italia.

### 4.3.3 Propuestas de implementación en Valencia

Respecto a las políticas de protección social, garantizar el acceso a las pensiones es altamente significativo para el sustento de las y los usuarios, pero algunas normativas se han convertido en barreras para su inclusión laboral por lo que se recomienda una **revisión del sistema de pensiones** de forma que el subsidio se congele cuando el usuario/a mantenga un empleo y que se reactive de forma automática en caso de desempleo. Existe evidencia (Pérez & Eiroá, 2017) de que la adjudicación de pensiones se basa en el supuesto de incapacidad permanente y absoluta, pero los sujetos pueden experimentar periodos de mejora en los cuales pueden trabajar, por lo que se requiere una legislación que garantice la recuperación completa y automática del subsidio en caso de recaídas. Otros estudios (Fuentes, 2017, Knapp et al, 2007) recomiendan que los Estados reformen sus sistemas de subvenciones de forma que se estructuren los subsidios sociales garantizando el acceso a los mismos, la oferta de empleos y a otras prestaciones para incentivar la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental.

En específico sobre las **políticas de empleo**, se debe partir por reconocer que las necesidades de las personas con sufrimiento mental grave son diversas. Lo cual se confirma en varias investigaciones (Pérez & Eiroá, 2017, López et al, 2004) que sostienen que los usuarios/as de los programas de inserción laboral son heterogéneos, pues algunos están en riesgo de perder su empleo, otros están en búsqueda de uno, otros nunca han trabajado y hay personas que trabajan como voluntarios, por lo que necesitan alternativas diferentes.

En este contexto, es muy loable que se considere que la inclusión social es el máximo objetivo, pero la empresa normalizada no es la única opción válida para estar inserto en el mundo laboral, por ello, se recomienda que desde la Administración se piense en **subvenciones para las empresas sociales** como una buena práctica de inserción sociolaboral para personas con sufrimiento mental grave en otras Comunidades Autónomas y a nivel internacional. En Cataluña existen algu-

nas experiencias de agricultura social (Tulla et al, 2018) que comprenden actividades relacionadas con rehabilitación y capacitación mediante recursos agrícolas, principalmente en zonas rurales, y que acoge a personas con sufrimiento mental grave en riesgo de exclusión, proyectos que están apoyados económicamente por el Gobierno.

Respecto de los ***Centros Especiales de Empleo*** (CEE) se sugiere potenciar aquellos con orientación social (Santos & Gracia, 2018), y efectuar una mayor supervisión de las condiciones laborales, de manera que se cumplan con los requerimientos de los usuarios/as en cuanto a horarios y carga de trabajo. Además, se estima conveniente fijar un porcentaje de plazas de empleo para personas con sufrimiento mental grave. Asimismo, se recomienda para mejorar el monitoreo implementar un sistema de alerta o denuncia desde los centros sanitarios y sociales que son los que tienen contacto directo con los usuarios/as.

Una investigación (Valmorisco, 2015) constata que en la Comunidad de Madrid el 70% de los contratos para personas con sufrimiento mental grave proceden de los CEE, por lo que se requiere que estos centros amplíen sus plazas e incrementen los salarios (Pérez & Eiroá, 2017). Otro estudio en Andalucía (FEA-FES, 2017) revela que existe una Ley de los derechos y la atención a las personas con discapacidad que obliga a la Administración a reservar un 1% de las plazas para personas con problemas de salud mental en el empleo público y bolsas de trabajo temporal.

Una experiencia positiva en Cataluña (Ahumada, 2018) constituye la Cooperativa L'Olivera, que funciona como un Centro Especial de Trabajo dedicado al cultivo de viñedos y producción de vino y aceite de oliva con un alto valor agregado por la calidad de sus productos y su responsabilidad social, verificándose que, en el año 2015, el 50% de sus trabajadores eran personas con discapacidad mental o intelectual.

En relación al ***Empleo con Apoyo***, este es modulado por un técnico de inserción laboral quien realiza ajustes a las condiciones de flexibilidad para cada persona; sin embargo, se requiere que se implemente de forma más generalizada, puesto que es una ayuda a las personas con sufrimiento mental en un entorno normalizado. Se recomienda que esta modalidad no tenga cuotas altas de inserción en una sola empresa para cumplir con la subvención, porque si no se convierte en una medida que estigmatiza a los trabajadores, pues solo sería para personas con discapacidad siendo una forma de exclusión. Consta como evidencia exitosa los Centros de Rehabilitación Laboral en el Comunidad de Madrid (Valmorisco, 2015) donde

se realiza esta modalidad de apoyo, los cuales tienen una tasa de empleabilidad del 47,4%, la cual no se realiza de esta manera en la Comunidad Valenciana.

Sumado a lo expuesto, sugerencias nacionales e internacionales (Rodríguez et al, 2017, Valmorisco, 2015, Marshall & Rathbone, 2011) informan que el ***empleo protegido*** es más efectivo tanto en la obtención como en el mantenimiento del puesto de trabajo, y potencia su efectividad si se combina con programas de rehabilitación en habilidades sociales, vocacionales y laborales.

Finalmente, sobre el ***contingente empresarial***, solo el 28% de las personas con discapacidad se encuentra contratada en una empresa ordinaria (ODISMET, 2017), por lo que se sugiere mejorar las condiciones al reservar un porcentaje fijo y específico para la inserción de personas con sufrimiento mental grave. Un estudio acerca de las leyes sobre la inclusión laboral de este colectivo en España (Fuentes, 2017) recomienda que las prácticas de no acoger a las personas con discapacidad sean más restrictivas, que se considere mayormente la incorporación de ajustes y adaptaciones al puesto de trabajo, con impuestos más altos ante el incumplimiento y con menor cantidad de trámites burocráticos para la aplicación en las empresas. Al mismo tiempo ejecutar campañas con las empresas sobre los beneficios y responsabilidad social corporativa hacia este colectivo.

#### 4.3.4 Propuestas de implementación en Italia

Sobre la inclusión laboral, se recomienda que se ***mantengan las subvenciones a las cooperativas sociales de trabajo***, dado que la economía nacional no se encuentra en auge. Esto es respaldado por distintos artículos que aportan evidencia (Zappella, 2017) que confirma que las cooperativas requieren del apoyo de la Administración para seguir beneficiando a sujetos con discapacidad de la comunidad local, lo cual además trae una reducción de los costes de los servicios sociales, pues los solicitan menos. Otro estudio (Knapp et al, 2007) argumenta que se deben implementar medidas para combatir la situación de privación económica de las personas con problemas mentales graves mediante iniciativas que combatan la discriminación en el ámbito laboral.

## REFLEXIONES FINALES

En las síntesis de los relatos sobre el estado de salud percibido por los usuarios/as con sufrimiento mental grave, se resalta la importancia de su participación y encontramos que en el perfil de necesidades de apoyo en el **ámbito laboral**, su principal interés es referido a su inserción laboral, destacando las condiciones como la flexibilidad, los horarios de trabajo y las tareas a realizar; pero también la satisfacción dada por un clima de trabajo positivo y el poder ejercer su derecho al empleo, lo que hace que conciben el trabajo con una terapia, pues les permite alcanzar una rehabilitación completa y sentirse parte de la sociedad. Por el contrario, indican que la discriminación por su enfermedad genera escasas oportunidades en el mercado de trabajo y mayor desempleo.

En el discurso del **entorno familiar** el aspecto fundamental en torno al cuidado y convivencia con las personas con sufrimiento mental grave, también usuarios/as y familiares destacan la preocupación por el alto desempleo y su proyección hacia el futuro es de incertidumbre pues dudan de la efectividad del sistema socio-sanitario público para velar por sus familiares a largo plazo.

El **estigma** valorado por todos los participantes se encuentra ligado socialmente a las conductas y actitudes del sujeto cuando sufre el estado agudo de su enfermedad, y que posteriormente configura un obstáculo en el ámbito laboral, siendo es el más prevalente por un rechazo y discriminación hacia el colectivo, evidenciado en la resistencia de los empresarios a contratar a personas con discapacidad mental, a pesar de contar con una legislación reguladora de base.

El conocimiento obtenido acerca de las características y **tipos de trabajo** para las personas con sufrimiento mental grave muestra por sus discursos en los países de estudio que la inclusión laboral se realiza principalmente por tres modalidades:

**1. Empleo normalizado:** es la inserción en cualquier empresa con o sin conocimiento de que el trabajador padezca una enfermedad mental y la mayoría de veces con nulas adecuaciones al puesto de trabajo, por lo cual se presenta una alta rotación o abandono laboral, siendo usada mayormente en Ecuador y Valencia.

**2. Empleo protegido:** se realiza mediante los Centros Especiales de Empleo, que no siempre cumplen con su función de ser un paso intermedio al empleo

normalizado y no todos cuentan con condiciones de flexibilidad laboral o salarios adecuados, siendo esta estrategia ampliamente utilizada en Valencia.

**3. Cooperativas sociales de trabajo:** son una opción para todas las personas con riesgo de exclusión social, sin embargo, presentan una alta protección hacia los socios, quienes participan activamente de la empresa y cuentan con un enfoque de beneficio comunitario, siendo la más empleada en Italia.

Sobre el estudio por *género* e inclusión laboral se identifican dos aspectos, las actividades laborales desempeñadas cumplen los estereotipos por género, presentan similitudes en que no perciben diferencias en las oportunidades pudiendo llegar a un puesto de trabajo de forma similar, y desarrollando trabajos de baja cualificación, baja remuneración y pocas perspectivas profesionales a largo plazo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Acosta, M. (2016). Locura y trabajo: modelos alternativos de inclusión laboral. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8576>.
- Ahumada, C. (2018). Masia Can Calopa de Dalt (Cooperativa L'Olivera). [http://www.olivera.org/php/09\\_barcelona\\_01\\_barcelona.php](http://www.olivera.org/php/09_barcelona_01_barcelona.php).
- Alonso Suarez, M. y Hamilton, A. (2004). Integración laboral en salud mental en el área de Londres (II): algunos debates. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* n.89: p.145-166, Madrid. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100010&lng=es&nrm=iso). ISSN: 2340-2733.
- Amarante, P. (2018). Salud mental y atención psicosocial. [https://www.xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud\\_Mental\\_Y\\_Atencin\\_Psicosocial.pdf](https://www.xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencin_Psicosocial.pdf).
- ASIEM. (2016). Asociación de Salud e Integración de la Enfermedad Mental. <http://www.asiem.org/mision-vision-valores/>.
- Banfield, M.A., et al. (2014). Australian mental health consumers' priorities for research: Qualitative findings from the SCOPE for Research project. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1369-7625.2011.00763.x>.
- Bernardi, A. y Tridico, P. (2011). El mercado de trabajo y el sector cooperativo en Italia. *CI-RIEC-España, Rev. Economía Pública, Social y Cooperativa*, n° 70. [https://www.researchgate.net/publication/260190130\\_El\\_mercado\\_de\\_trabajo\\_y\\_el\\_sector\\_cooperativo\\_en\\_Italia](https://www.researchgate.net/publication/260190130_El_mercado_de_trabajo_y_el_sector_cooperativo_en_Italia).
- BM. (2014). Banco Mundial. Inclusión Social: clave de la prosperidad para todos. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/175121468151499527/pdf/817480WP0S-pani0IC00InclusionMatters.pdf>.
- BOE-A-1983-1451. España. Real Decreto 1451, de 11 de mayo de 1983, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Publicado en: BOE núm. 133, de 4 de junio de 1983, p. 15548 a 15549; Referencia: BOE-A-1983-15813. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-15813>.

- BOE-A-1985-1368. España. Real Decreto 1368, de 17 de julio de 1985. Publicado en: BOE núm. 189, de 08/08/1985; Entrada en vigor: 01/10/1985; Referencia: BOE-A-1985-16663. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-16663>.
- BOE-A-1998-279. España. Orden de 16 de octubre de 1998. Publicado en: BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 1998; p. 38411 a 38414 (4 p.). Sección: III. Otras disposiciones; Referencia: BOE-A-1998-26877; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-26877>.
- BOE-A-2000-27. España. Real Decreto 27, de 14 de enero de 2000, Publicado en: BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000, p. 3410 a 3412 (3 p.). Sección: I. Disposiciones generales, Referencia: BOE-A-2000-1547. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-1547>.
- BOE-A-2004-290. España. Real Decreto 290, de 20 de febrero de 2004, Publicado en: BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2004, p. 8386 a 8391 (6.). Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2004-3277. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-3277>.
- BOE-A-2005-364. España. Real Decreto 364, de 8 de abril de 2005, Publicado en: BOE núm. 94, de 20 de abril de 2005, p. 13466 a 13469 (4.). Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2005-6308. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-6308>.
- BOE-A-2006-43. España. Ley 43, de 29 de diciembre de 2006, Publicado en: BOE núm. 312, de 30/12/2006, Entrada en vigor: 31/12/2006. Departamento: Jefatura del Estado, Referencia: BOE-A-2006-22949; Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22949>.
- BOE-A-2007-870. España. Real Decreto 870, de 2 de julio de 2007, Publicado en: BOE núm. 168, de 14 de julio de 2007, p. 30618 a 30622 (5 p.). Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2007-13588. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-13588>.
- BOE-A-2012-20. España. Real Decreto-ley 20, de 13 de julio de 2012; Publicado en: BOE núm. 168, de 14/07/2012; Entrada en vigor: 15/07/2012. Departamento: Jefatura del Estado; Referencia: BOE-A-2012-9364. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-9364>.
- BOE-A-2013-1. España. Real Decreto Legislativo 1, de 29 de noviembre de 2013, Publicado en: BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013; Referencia: BOE-A-2013-12632.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>.
- BOE-A-2015-2. Real Decreto Legislativo 2, de 23 de octubre de 2015; Publicado en: BOE núm. 255, de 24/10/2015; Entrada en vigor: 13/11/2015. Referencia: BOE-A-2015-11430. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430>.
- Bon, GR., y otros. 2001. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Rev Psychiatr Serv.*, 52(3): p.313-22. EEUU. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239097>.
- Bonagent. 2016. Agencia de colocación autorizada por el Servicio Público Español desde Octubre de 2015. Inserción laboral. <https://www.bonagent.org/insercion-laboral/>.
- Borja Jordán De Urries Vega, F. 2008. Empleo con apoyo para personas con enfermedad mental. *Rev. Intervención Psicosocial*, 17(3); p.299-305. <http://scielo.isciii.es/pdf/interv/v17n3/v17n3a06.pdf>. ISSN: 1132-0559.
- Buckby, J., et al. 2008. A factor analytic investigation of the Tripartite model of affect in a clinical sample of young Australians. *BMC Psychiatry*, Vol. 8, (1). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-79>.
- Caldas de Almeida, J.M., y otros. 2015. Schizophrenia diagnosis and treatment by general practitioners: A cross-sectional study in district Peshawar, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, (65) 9: p. 937-942. [https://www.researchgate.net/journal/0030-9982\\_Journal\\_of\\_the\\_Pakistan\\_Medical\\_Association](https://www.researchgate.net/journal/0030-9982_Journal_of_the_Pakistan_Medical_Association).
- Cazzaniga Pesenti, J. y Suso Araico, A. 2015. Red2red Consultores. Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación Salud Mental España. Primera Edición. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>. Depósito Legal: M-33256-2015.
- Chan, S, et al. 2009. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. [https://www.researchgate.net/publication/23988083\\_Was\\_the\\_economic\\_crisis\\_1997-1998\\_responsible\\_for\\_rising\\_suicide\\_rates\\_in\\_EastSoutheast\\_Asia\\_A\\_time-trend\\_analysis\\_for\\_Japan\\_Hong\\_Kong\\_South\\_Korea\\_Taiwan\\_Singapore\\_and\\_Thailand](https://www.researchgate.net/publication/23988083_Was_the_economic_crisis_1997-1998_responsible_for_rising_suicide_rates_in_EastSoutheast_Asia_A_time-trend_analysis_for_Japan_Hong_Kong_South_Korea_Taiwan_Singapore_and_Thailand).
- Charmaz, K. 2014. Constructing Grounded Theory. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/cons>

tructing-grounded-theory/book235960#preview. ISBN: 9780857029140

- Chavez Espinoza, Ja, Balderrama Trápaga, Ja y Figueroa Rodríguez, S. 2016. Análisis de Necesidades de Formación Docente para la Inclusión Educativa en el Nivel Superior. Memorias del Encuentro Internacional de Educación a Distancia. <http://www.udgvirtual.udg.mx/remeed>. ISSN: 2395-8901.
- CNUDPD. 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. La Convención y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006. Naciones Unidas, Nueva York. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- CONADIS. 2018. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, Ecuador. Personas con discapacidad registradas. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/index.html>.
- CREAP. 2015. Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave. [http://www.creap.es/creap\\_01/serv\\_usu/index.htm](http://www.creap.es/creap_01/serv_usu/index.htm).
- Crespo Hervas, M.D. 2007. Rehabilitación y Psicoeducación en la esquizofrenia. Cap. 33. [aut. libro] Elserier Masson. Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Madrid: s.n., 2007.
- Cruz Ortíz, M. 2010. Necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental grave y carga familiar en cuidadores primarios de México. Tesis doctoral. Cristina Jenaro Río Cristina (dir.), Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca: 354p. [https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83299/1/DPETP\\_CruzOrtiz\\_Necesidadesdeapoyoenpersonasconenfermedad.pdf](https://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83299/1/DPETP_CruzOrtiz_Necesidadesdeapoyoenpersonasconenfermedad.pdf).
- CSS. 2001. Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007056.pdf>. ISBN: 84-45 1-2128-6.
- Davila, D y Malo, Ma. 2015. Género, Discapacidad y Posición Familiar: La participación laboral de las mujeres con discapacidad. [http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/985/Art\\_DavilaD\\_GeneroDiscapacidadLaboral\\_2006.pdf?sequence=1](http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/985/Art_DavilaD_GeneroDiscapacidadLaboral_2006.pdf?sequence=1).
- De León, N, Bagnato, Mj y Luzardo, M. 2016. Proceso de cronificación en el campo de salud mental: índice de cronicidad, concepto y medición. <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/192/187>. ISSN On line: 2301-0371.
- Dewa, C, et al. 2003. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence

from workof depression-related absence from wo. <https://pdfs.semanticscholar.org/b22e/0265f3e2bd2394bfc25f584ae48ee217894f.pdf>.

Díaz, E. 2017. El acceso a la condición de ciudadanía de las personas con discapacidad en España. Vol. 76. <https://www.cermi.es/es/colecciones/volumen-76-el-acceso-la-condici%C3%B3n-de-ciudadan%C3%ADa-de-las-personas-con-discapacidad-en>.

Díaz-Castro, L, et al. 2017. Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126171/122942>.

Drobney, J. 2018. La inclusión de las personas con enfermedad mental a través del deporte. Proyecto M.E.N.S. Red Europea de Deporte y Salud Mental. <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=76>.

ECU-LODis-. 2012. Ecuador. Ley Orgánica de Discapacidades. Consejo de Discapacidades de Ecuador, CONADIS. Registro Oficial No796, del 25 de septiembre de 2012. [https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf).

Errazuriz, P, et al. 2015. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000900011&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011&lng=es).

Espino GRANADO, A. 2014. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200010&lng=es).

EURICSE. 2016. World Co-Operative Monitor. Exploring the co-operative economy. <https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2017/11/WCM-2016.pdf>.

EUROSTAT. 2018. European Commission Products Digital Publications. The European economy since the start of the millennium. [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/european\\_economy/bloc-1a.html](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/european_economy/bloc-1a.html) — a statistical portrait — 2018 edition.

FAISEM. 2008. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Guía para el desarrollo de programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiadesarrolloprogramasempleoconapoyo.pdf>. ISBN:84-931879-8-4.

Faulkner, A., et al. 2013. Mental health peer support in England: Piecing together the jigsaw. <http://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/peer-support/peer-support-research/>.

- FEAFES. 2015. Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. <http://www.salutmentalcv.org/quienes-somos-federacio-salut-mental-comunitat-valenciana>.
- FUENTES García-Romero de Tejada, C. 2017. La inserción laboral de las personas con discapacidad mental. Tesis doctoral; p.380. Yolanda Sánchez-Urán y Juan Gil Plana (direc.); F. de Derecho, U. Complutense, Madrid. <https://eprints.ucm.es/43169/1/T38886.pdf>.
- Gaiger, LI. 2013. A economia solidária e a revitalização do paradigma cooperativo. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092013000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Galli, V. 2015. Prólogo del libro de Rotelli, Franco. Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste. Buenos Aires, Argentina. <https://declaraciondeatocha.wordpress.com/2014/08/11/vivir-sin-manicomios-la-experiencia-de-trieste-nuevo-libro-de-franco-rotelli/>.
- García-Pérez, O., Fernández García, C.M. y Inda Caro, M. 2017. Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. *Rev. Complutense de Educación*, 28 (2), p.573-590. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2017.v28.n2.49633](http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n2.49633).
- Gili, M, García Campayo, J y Roca, M. 2014. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. <http://gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>.
- Glukman, Y, et al. 2005. Desafiando la realidad laboral: programa de capacitación laboral para personas con discapacidad intelectual. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/124>.
- González Cases, J. y Rodríguez González, A. 2010. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud* [online]. vol.21, n.3; p.319-332. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=pt&nrm=iso). ISSN: 2174-0550.
- GU-1991-381. Italia. Legge n. 381, 8 novembre 1991, Disciplina delle cooperative sociali. (GU Serie Generale n.283 del 03-12-1991). Entrata in vigore della legge: 18/12/1991. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/12/03/091G0410/sg>.
- GU-1999-68. Italia. Legge 12 marzo 1999, núm. 68. GU Serie Generale n.68 del 23-03-1999 - Suppl. Ordinario n. 57. Norme per il diritto al lavoro dei disabili. Le disposizioni

di cui agli artt. 1, comma 4, 5, commi 1, 4 e 7, 6, 9, comma 6, secondo periodo, 13, comma 8, 18, comma 3, e 20 entrano in vigore il 24-3-1999. Le restanti disposizioni entrano in vigore il 17-1-2000. Gazzeta Ufficiale. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/23/099G0123/sg>.

GU-2003-276. Italia. Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276, Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30. (GU Serie Generale n.235 del 09-10-2003 - Suppl. Ordinario n. 159). Entra in vigore del decreto: 24-10-2003. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2003/10/09/003G0297/sg>.

GU-2011-171. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 2011, n. 171, Regolamento di attuazione in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche in caso di disabilità permanente. A norma dell'articolo 55-octies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (11G0212); Entra in vigore del provvedimento: 21/10/2011, Gazzetta Ufficiale. <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2011-10-20&task=dettaglio&numgu=245&redaz=011G0212&tmstp=1320676846723>.

Guirado González, C., et al. 2014. La agricultura social en Catalunya: innovación social y dinamización agroecológica para la ocupación de personas en riesgo de exclusión. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4868129.pdf>.

Hernandez Sampieri, R, Fernandez Collado, C y Baptista Lucio, P. 2007. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, Cuarta edición.

Hernández Wence, J., et al. 2010. Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2010; 22(4): p.108-112. <http://www.medigraphic.com/dfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>.

Hipes, C., et al. 2016. The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research* (56): p. 16-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26857169>.

Hopp, MV. 2018. Sostenibilidad y promoción del trabajo asociativo, cooperativo y autogestionado en la Argentina actual. <https://www.revistaotraeconomia.org/index.php/otraeconomia/article/view/14746>.

INE. 2012. Instituto Nacional de Estadística de España. Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012). [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=125473557](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=125473557).

INE. 2018. Instituto Nacional de Estadística de España. El Empleo de las Personas con Disca-

- pacidad Año 2017. [https://www.ine.es/prensa/epd\\_2017.pdf](https://www.ine.es/prensa/epd_2017.pdf).
- INEC. 2017b. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador. Reporte de Pobreza y Desigualdad, Ecuador, 2017. 76. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2017/Diciembre/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad%20\\_dic17.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2017/Diciembre/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad%20_dic17.pdf).
- INNESTI, A. 2014. La noción de discapacidad en el contexto italiano e internacional. Le parole del lavoro: un glossario internazionale/19. [http://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2014/05/2014\\_20\\_innesti.pdf](http://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2014/05/2014_20_innesti.pdf).
- ISTAT. 2013. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. Limitaciones en el trabajo de personas con problemas de salud en Italia. Estadísticas sociodemográficas y ambientales. <http://www4.istat.it/en/archive/89408>.
- ISTAT. 2018a. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. Rapporto Annuale 2018. La situazione del Paese. Capítulo 2: II Lavoro: p.87-126. <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>.
- Juan-Porcar, M., et al. 2015. Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora (artículo de revisión). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 23(2): p.352-60. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es\\_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf).
- Kilian, R. y Becker, T. 2007. Macroeconomic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Ment Health*, Vol. 16, (2): p. 211-222. <https://doi.org/10.1080/09638230701279899>.
- Killaspi, H., et al. 2018. EU Compass For Action on Mental Health and Well-Being. Providing Community-based Mental Health Services. Position Paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020). [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/2018\\_compass\\_positionpaper\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_compass_positionpaper_en.pdf).
- Kinn, L., et al. 2011. Being candidates in a transitional vocational course: Experiences of self, everyday life and work potentials. *Disability & Society*. 26: p. 433-448. [https://www.researchgate.net/publication/233007566\\_Being\\_candidates\\_in\\_a\\_transitional\\_vocational\\_course\\_Experiences\\_of\\_self\\_everyday\\_life\\_and\\_work\\_potentials](https://www.researchgate.net/publication/233007566_Being_candidates_in_a_transitional_vocational_course_Experiences_of_self_everyday_life_and_work_potentials).
- Knapp, M., et al. 2007. Salud mental en Europa: políticas y práctica Líneas futuras en salud mental. <http://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equi>

dad/saludMentalEuropa.pdf.

- LANCET. 2018. The Lancet Commissions. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development; Published Online, Vol. 392: p. 1553–98. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Lobato Soriano, H., et al. 2006. Mujer, discapacidad y empleo tejiendo la discriminación. *Revista Acciones e investigaciones sociales*, N° Extra 1, 2006: p. 187-188, España. [http://www.Dialnet-MujerDiscapacidadYEmpleo-2125759%20\(2\).pdf](http://www.Dialnet-MujerDiscapacidadYEmpleo-2125759%20(2).pdf). ISSN: 1132-192X.
- Lohigorry, J, Tisera, A Y Lenta, MM. 2014. Salud Mental e inclusión social: Derecho al trabajo en el contexto actual. <https://www.academica.org/maria.malena.lenta/259.pdf>.
- López Álvarez, M. 2010. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: La experiencia de Andalucía. *Revista Norte de Salud Mental*. VOL 8- núm. 36: p.11-23. [https://psiquiatria.com/at\\_primaria/el-empleo-y-la-recuperacion-de-personas-con-trastornos-mentales-graves-la-experiencia-de-andalucia/](https://psiquiatria.com/at_primaria/el-empleo-y-la-recuperacion-de-personas-con-trastornos-mentales-graves-la-experiencia-de-andalucia/).
- López Álvarez, M., et al. 2004. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 24(89): p.31-65. <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019661004.pdf>. ISSN: 0211-5735.
- López Gracia, MV. 2017. Las crisis de salud mental y los cuidados familiares: un estudio cualitativo. Tesis doctoral. Alicante: s.n.
- López, M, y otros. 2004a. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. [https://www.researchgate.net/publication/228685756\\_LOS\\_programas\\_residenciales\\_para\\_personas\\_con\\_trastorno\\_mental\\_severo\\_Revision\\_y\\_propuestas](https://www.researchgate.net/publication/228685756_LOS_programas_residenciales_para_personas_con_trastorno_mental_severo_Revision_y_propuestas).
- López, M. 2002. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental. [aut. libro] M, López, D y otros. En Verdugo. *Rehabilitación en Salud mental. Situación y perspectivas*. p. 75-105. Salamanca : Amarú, 2002.
- López, M. y Laviana, M. 2008. Rehabilitación apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Una propuesta desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.27 no.1 Madrid. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352007000100016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016). ISSN: 2340-2733.
- Lussi, Iao y Pereira, Mao. 2011. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. <http://www.scielo.br/scie>

lo.php?script=sci\_arttext&pid=S0080-62342011000200030&lng=en..

- Madoz-Gurpide, A., et al. 2017. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev. Esp. Salud Publica* 91; España. [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-7272017000100300&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-7272017000100300&script=sci_arttext&tlng=en).
- Maiello, M. 2001. La cooperación social en Italia en el movimiento cooperativo y en el sector no lucrativo. *CIRIEC-España, Rev. de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (37): p. 177- 202. <https://www.redalyc.org/pdf/174/17403708.pdf>. ISSN: 0213-8093.
- Marshall, M y Rathbone, J. 2011. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* on page CD004718. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163966/>.
- Marx, K. 1867. *El Capital*. Madrid: Halcón, 1867.
- Marx, K. 1844. *Manuscritos filosoficos y economicos* (Escrito: entre abril y agosto de 1844). (Primera Edición: En Marx/Engels Gesamtausgabe, Abt. 1, Bd. 3). Fuente texto digital: Biblioteca Virtual “Espanaco”, enero 2001. <https://pensaryhacer.files.wordpress.com/2008/06/manuscritos-filosoficos-y-economicos-1844karl-marx.pdf>.
- MASE. 2014. Ministerio de Asuntos Exteriores de España. Medidas para la promoción del empleo de personas con discapacidad en Iberoamérica. [http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Oiss\\_Estudio\\_sobre\\_medidas\\_promocion\\_de\\_empleo-2.pdf](http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Oiss_Estudio_sobre_medidas_promocion_de_empleo-2.pdf)
- MAXQDA. 2018. Software MAXQDA. <https://es.maxqda.com/acerca-de-maxqda>.
- Michalak, J, et al. 2011. Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. *Personality and Individual Differences*. 50. 751-754. [https://www.researchgate.net/publication/229270275\\_Buffering\\_low\\_self-esteem\\_The\\_effect\\_of\\_mindful\\_acceptance\\_on\\_the\\_relationship\\_between\\_self-esteem\\_and\\_depression](https://www.researchgate.net/publication/229270275_Buffering_low_self-esteem_The_effect_of_mindful_acceptance_on_the_relationship_between_self-esteem_and_depression).
- Mola, T. 2013. *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM. Franco Angeli; 1° edizione. ISBN-10: 8820419122. <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-2409.2012.01043.x>.
- Montgomery, AE, Matraux, S y Culhane, D. 2013. Rethinking Homelessness Prevention among Persons with Serious Mental Illness. <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/>

doi/full/10.1111/j.1751-2409.2012.01043.x.

- Moreno, E. 2015. Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia. <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/13357/2016000001331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- MRL-2013-0041. Ecuador. Acuerdo Ministerial, de 4 de marzo de 2013, núm. MRL-2013-0041 del Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador. Mediante el cual se expide el Reglamento para el registro de trabajadores sustitutos de personas con discapacidad. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/93227/108960/F-2113504140/ECU93227.pdf>.
- MSP. 2013b. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Centro de Atención Ambulatoria Especializada San Lázaro. <http://www.sanlazarogob.ec/>.
- MSP. 2014. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Modelo de Atención en Salud Mental. <http://www.saludgob.ec/salud-mental/>.
- Muñoz Valdés, Ya, Poblete Toloza, YDP y Jimenez Figueroa, AE. 2012. Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la Ciudad de Talca, Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18026361003>. ISSN 0325-8203.
- O'Reilly-OIT. 2007. Elderecho al trabajo decente de las personas con discapacidades. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_091966.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_091966.pdf).
- ODISMET. 2017. Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo de La Fundación Once. Informe general la situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral en España. <https://www.consalmmental.org/publicaciones/Informe-odismet-2017.pdf>.
- OEPSS. 2007. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Versión española, Primera Edición. Original: Mental Health Policy and Practice across Europe, de Martin Knapp y otros. Ministerio de Sanidad y Consump, España. <https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>. ISBN: 10 84-7670-684-7.
- OIT. 2004. Organización Internacional del Trabajo. R195 - Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos, (núm. 195) Adopción: Ginebra, 92ª reunión CIT (17

- junio 2004) - Estatus: Instrumento actualizado. [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312533](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312533).
- OIT. 2007. Organización Internacional del Trabajo. Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms\\_087709.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf).
- OIT. 2009. Organización Internacional del Trabajo. Promoción de la igualdad y lucha contra la discriminación: 6.3. La discapacidad enfoques incluyentes para el trabajo productivo. En desafíos Fundamentales. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---emp\\_policy/documents/publication/wcms\\_229858.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_229858.pdf).
- OIT. 2009b. Organización Internacional del Trabajo. Información técnica sobre las enfermedades que plantean problemas para su posible inclusión en la lista de enfermedades profesionales (núm. 194, 2009). Ginebra. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms\\_116916.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_116916.pdf). ISBN: 978-92-2-322811-8 (web pdf).
- OIT. 2011. Organización Internacional del Trabajo. Discapacidad en el lugar de trabajo: Organizaciones de empleadores y redes empresariales. Documentos de trabajo núm.6, Primera Edición. OIT/Cinterfor, 2011; p. 71. Montevideo. [https://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actemp/downloads/publications/working\\_paper\\_n6\\_sp.pdf](https://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actemp/downloads/publications/working_paper_n6_sp.pdf). ISBN: 978-92-2-125563-5.
- OIT. 2014. Organización Internacional del Trabajo. Lograr la igualdad de oportunidades en el empleo para las personas con discapacidad a través de la legislación. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---ifp\\_skills/documents/publication/wcms\\_322694.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_322694.pdf).
- OIT. 2014b. Organización Internacional del Trabajo. La enfermedad mental en el lugar de trabajo: que no predomine el estigma. Artículo, Noticias, OIT, Ginebra. [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS\\_317010/lang-es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_317010/lang-es/index.htm).
- OIT. 2015. Organización Internacional del Trabajo. Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017. Un doble enfoque de acciones transversales y específicas para las personas con discapacidad. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---ifp\\_skills/documents/genericdocument/wcms\\_370773.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/genericdocument/wcms_370773.pdf). ISBN: 978-92-2-329424-3
- OIT. 2016. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: un reto colectivo. <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>. ISBN: 978-92-2-330642-7

- OIT. 2016b. Organización Internacional del Trabajo. ¿Por qué el estrés en el trabajo es un reto colectivo y qué medidas podemos adoptar? [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/comment-analysis/WCMS\\_475085/lang--es/index.htm?sharred\\_from=media-mail](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/comment-analysis/WCMS_475085/lang--es/index.htm?sharred_from=media-mail).
- OIT. 2017. Organización Internacional del Trabajo. Fomentando la diversidad y la inclusión mediante ajustes en el lugar de trabajo: una guía práctica. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---declaration/documents/publication/wcms\\_560782.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_560782.pdf).
- OIT. 2018. Organización Internacional del Trabajo. Contribuciones al debate sobre el futuro del trabajo. La integración laboral y social de colectivos especialmente vulnerables: personas con enfermedades raras, personas con enfermedades mentales y mujeres con discapacidad. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/--ro-geneva/---ilo-madrid/documents/article/wcms\\_548585.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/--ro-geneva/---ilo-madrid/documents/article/wcms_548585.pdf).
- OMS. 1986. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.
- OMS. 1997. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de La Salud en el Siglo XXI, Yakarta, República de Indonesia; 21-25 de Julio de 1997. <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indones>.
- OMS. 2004b. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf).
- OMS. 2005. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki y plan de acción europeo para la salud mental. [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf).
- OMS. 2010a. Organización Mundial de la Salud. Guía mhGAP para la atención de trastornos mentales. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental\\_health\\_20101007/es](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es).
- OMS. 2010b. Organización Mundial de la Salud. User empowerment in mental health. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf?ua=1).
- OMS. 2011. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/).
- OMS. 2012c. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la comunidad: componente subsistencia. <http://apps.who.int/iris/bitstre>

am/10665/44809/42/9789243548050\_Introducci%C3%B3n\_spa.pdf.

- OMS. 2012d. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la Comunidad: Componente Social. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050\\_Social\\_spa.pdf;jsessionid=919A71D-19C5313058863662A4A2BFB6A?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Social_spa.pdf;jsessionid=919A71D-19C5313058863662A4A2BFB6A?sequence=5).
- OMS. 2014. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1). ISBN: 978 92 4 256477 8.
- OMS. 2015. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°369, octubre. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- OMS. 2018a. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre la discapacidad. <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/index1.html>.
- ONU. 1993. Organización de Naciones Unidas. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. <https://documents-dds-y.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/119/99/PDF/N9411999.pdf?OpenElement>
- ONU. 2008. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- OPS. 1978. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en).
- OPS. 2009. Salud Mental en la Comunidad. [ed.] J RODRIGUEZ. Washington: OPS, 2009. ISBN: 978-92-75-33065-4.
- Orth, U. y Robins, R.W. 2014. The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*. 23. [https://www.researchgate.net/publication/264200525\\_The\\_Development\\_of\\_Self-Esteem](https://www.researchgate.net/publication/264200525_The_Development_of_Self-Esteem). DOI: 10.1177/0963721414547414.
- Parra-Dussan, C. 2010. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041011>. ISSN 1692-8156.
- Pascual, M. 2014. Violencia contra la mujer con discapacidad. *Revista de Ciencias Sociales*, N° 233-234, 2014 (Ejemplar dedicado a: Tendencias en exclusividad social y

- discapacidad), p. 95-118, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4554329>. ISSN: 0210-0223.
- Pasillera Díaz, M., Suñé, V. Y Fullana Noel, J. 2012. La inclusión laboral de personas con Trastorno Mental Grave mediante Empleo con Apoyo. Elementos clave a partir de los profesionales. *Rev. Trabajo Social y Salud*, nº71, p. 17-30. <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/9628/018402.pdf?sequence=1>.
- PE. 2017. Parlamento Europeo. Documento de Sesión. Informe sobre la aplicación de la Estrategia Europea sobre la Discapacidad, Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. A8-0339/2017. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2017-0339+0+DOC+PDF+V0//ES>.
- Pérez Pérez, B y Eiroá Orosa, FL. 2017. Guía de Derechos en Salud Mental. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5545>.
- Perskins, R. y Rinaldi, M. 2002. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. *Rev. Psychiatric Bulletin*, 26: p. 295-298. <https://pdfs.semanticscholar.org/8de8/e67a099063e946c52f699fc-11fe499d39489.pdf>.
- Pieró et al. 2007. Tratado de Psicología del Trabajo. Vol I: la actividad laboral en su contexto. Madrid: Síntesis.
- Pieró et al. 1996. Tratado de Psicología del Trabajo. Vol II: Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis.
- Pprüssoit-Ustün, A. y Corvalán, C. 2006. Preventing disease through health environments: toward an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: WHO. [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf). ISBN:92-4-159382-2.
- Public Health Alliance Ireland. 2004. Health in Ireland – An Unequal State. [www.publichealthallianceireland.org](http://www.publichealthallianceireland.org).
- Ramírez Meca, M. 2010. Guia metodològica per a la construcció d'itineraris d'inserció socio-laboral de les persones en tractament de salut mental a l'empresa ordinària. Servei d'Ocupació de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Barcelona. [https://xarxadl.oficinadetreball.gencat.cat/es/system/files/document/attachments/guia\\_metodologica\\_insercio\\_transtormental.pdf](https://xarxadl.oficinadetreball.gencat.cat/es/system/files/document/attachments/guia_metodologica_insercio_transtormental.pdf). ISBN: 978-84-393-8657-5.
- Rivera, R, Arias-Gallegos, W Y Cahuana-Cuentas, M. 2018. Family profile in adolescents with depressive symptomatology in Arequipa City (Peru). <https://scielo.conicyt>.

cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-92272018000200117&lng=en

- RMI. 2013. Rethink mental illness in Oxford, United Kingdom. [www.rethink.org/?gclid=CJevo5O1mbsCFW\\_MtAodCCwArQ](http://www.rethink.org/?gclid=CJevo5O1mbsCFW_MtAodCCwArQ).
- Robbins, S. P. (2001). *Organisational Behavior*. Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice Hall. Job satisfaction among Swedish mental health nursing personnel: Revisiting the two-factor theory. *International Journal of Mental Health Nursing*. [https://www.researchgate.net/profile/Christopher\\_Holmberg/publication/315839805\\_Job\\_satisfaction\\_among\\_Swedish\\_mental\\_health\\_nursing\\_personnel\\_Revisiting\\_the\\_two\\_factor\\_theory/links/59e245eb458515393d57efca/Job-satisfaction-among-Swedish-mental-health-nursing-personnel-Revisiting-the-two-factor-theory.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christopher_Holmberg/publication/315839805_Job_satisfaction_among_Swedish_mental_health_nursing_personnel_Revisiting_the_two_factor_theory/links/59e245eb458515393d57efca/Job-satisfaction-among-Swedish-mental-health-nursing-personnel-Revisiting-the-two-factor-theory.pdf)
- Rodríguez Pulido, F., Caballero Estebanz, N. y Omaras Pérez, D. 2017. Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2017, vol.37, n.131: p.145-168. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100009&lng=es&nrm=iso)
- Rodríguez Pulido, F., Rodríguez Díaz, M. y García Ramírez, M. 2004. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Rev. Psiquis*, 2004; 25(6): p. 264-281. <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>.
- Rojas-Bernal, La, Castaño-Pérez, Ga y Restrepo-Bernal, DP. 2018. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052018000200129&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200129&lng=es)
- Ros, K, Smith, J y Dickinson , M. 2004. The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity A Randomized Trial. [https://www.jstor.org/stable/4640876?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/4640876?seq=1#page_scan_tab_contents). 1202-10.
- Runte Geidel, A. 2005. Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Tesis doctoral. Francisco Torres G. y Michael King (dir.), Editorial de la Universidad de Granada, Granada, España: 327p. <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>. ISBN: 84-338-3582-3.
- Sacarreno, B. 2003. *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax, 2003. ISBN: 9789688606674.
- Salanova, M, Llorens, S y Martinez, IM. 2016. Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. <http://www>.

redalyc.org/articulo.oa?id=77847916004. ISSN 0214-7823.

- Salas, G, et al. 2018. Psicología y educación en Chile: problemas, perspectivas y vías de investigación. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-5.pecp>. ISSN 1657-9267.
- Samele, C. y Manning, N. 2000. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry*, 15: p. 196-204. [https://www.researchgate.net/publication/12438210\\_Level\\_of\\_caregiver\\_burden\\_among\\_relatives\\_of\\_the\\_mentally\\_ill\\_in\\_South\\_Verona](https://www.researchgate.net/publication/12438210_Level_of_caregiver_burden_among_relatives_of_the_mentally_ill_in_South_Verona).
- Santos Jaen, JM y Gracia Ortiz, MD. 2018. Análisis del modelo empresarial de los Centros Especiales de Empleo. Rentabilidad vs Solidaridad. <https://www.revistalarazon-historica.com/app/download/.../LRH+38.7.pdf>. ISSN 1989-2659.
- Secker, J. y Membrey, H. 2003. Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work. *Health Education Research*, (18)2; p.207–215. <https://academic.oup.com/her/article/18/2/207/820526>
- SESPAS. 2014. Informe SESPAS 2014. Margarita Gili; Gabríel García Campáyo y Miguél Roca (autores). Crisis económica y salud mental. Publicado por Elsevier España. *Gac. Sanit.* 2014; 28 (51): p. 104-108; España. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S021391114000454?token=296AE41EE442C026DDDD6C-872F0536775A8268D0775048D7E64C00098FCAE381D94A0B14476A57D-0DF4C4CD60B9BCE33>.
- SEU. 2004. The Social Exclusion Unit. Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister (report 2004 to improve rates of employment through support both in taking up and retaining work, and how to promote greater social participation and access to services). [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social\\_exclusion\\_task\\_force/assets/publications\\_1997\\_to\\_2006/seu\\_leaflet.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/seu_leaflet.pdf).
- Starace, F. 2018. 40 anni di Legge 180: dai principi alle pratiche. [https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda\\_rivista.aspx?idArticolo=61999](https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?idArticolo=61999).
- Suriá Martínez, R. 2016. Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante. Art. publicado en: *Acciones e Investigaciones Sociales*. Núm. 36 (2016); p. 113-140. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5740651>.
- Tlach, L., et al. 2014. Information and decision- making needs among people with mental disorders: A systematic review of the literatura. <https://www.researchgate.net/pu>

blication/272097785\_Information\_and\_Decision-Making\_Needs\_Among\_People\_with\_Anxiety\_Disorders\_Results\_of\_an\_Online\_Survey.

- Tulla, A, et al. 2018. Social Return and Economic Viability of Social Farming in Catalonia: A Case-Study Analysis. <https://content.sciendo.com/view/journals/euco/10/3/article-p398.xml>.
- UNASUR/ISAGS. 2015. Atención primaria de salud en Suramérica. [http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf).
- Valmorisco Pizarro, S. 2015. Los centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid: un recurso para el empleo en tiempos de crisis (2008-2012). <http://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/viewFile/64/64>.
- Vásquez-Morejón, R. 2017. La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas? Tesis Doctoral, Directores: José León Rubio; Agustín Martín Rodríguez; Antonio Vázquez Morejón. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España. [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/70231/TESIS%20DOCTORAL\\_RaquelVazquezMorejon%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/70231/TESIS%20DOCTORAL_RaquelVazquezMorejon%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Vega-Galdós, F. 2011. Situación, Avances y Perspectivas en la atención a personas con Discapacidad por Trastornos Mentales en el Perú. [http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/286/Art\\_VegaGaldosF\\_SituacionAvancesPerspectivas\\_2011.pdf?sequence=1](http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/286/Art_VegaGaldosF_SituacionAvancesPerspectivas_2011.pdf?sequence=1).
- Veltro, F. y Colativa, F. 2015. Disturbo psichico e lavoro. Osservatorio Isfol n. 4. [http://isfolo.isfol.it/bitstream/handle/123456789/1237/Oss.%204\\_2015\\_Franco%20Veltro%20e%20Francesco%20Colavita.pdf?sequence=1](http://isfolo.isfol.it/bitstream/handle/123456789/1237/Oss.%204_2015_Franco%20Veltro%20e%20Francesco%20Colavita.pdf?sequence=1).
- Zaldua, G, et al. 2016. Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. <https://www.academica.org/maria.malena.lenta/259.pdf>.
- Zamarchi, M y Jester, A. 2007. Social cooperation and the labor insertion/La cooperación social y la inserción laboral. <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/88/87>. ISSN edición electrónica: 1988-205X.
- Zappella, E. 2017. Integrare o includere le persone con disabilità all'interno delle organizzazioni: ¿dibattito terminologico o prospettive differenti? <http://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/download/2617/2322>.

La salud mental es el bienestar biopsicosocial de las personas y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en los últimos años se ha visto un aumento de la prevalencia de problemas de salud mental grave y discapacidad a nivel mundial, por lo que se convierte en un tema relevante de Salud Pública.

Desde la promoción de la salud se recomienda tener un estilo de vida saludable y mejorar los determinantes que la condicionan para prevenir los problemas de salud mental. Un factor relevante es el trabajo, puesto que el desempleo es un factor generador de estrés, carencia de recursos y riesgo de mala salud, lo cual aumenta en el caso de sujetos con grave sufrimiento mental, pues tienen menos oportunidades laborales.

Los resultados señalan un modelo resultante es desde la visión de la Salud Pública y sus determinantes sociales, que confluyen tanto facilidades como barreras que deben ser consideradas para mejorar el sistema de atención actual.



ISBN: 978-9942-808-34-9

