

El mapa regional de la rehabilitación laboral en España: diecisiete formas de entender la gestión del empleo en las personas con enfermedad mental grave

Por Segundo Valmorisco Pizarro y María José Vicente Vicente

Segundo Valmorisco Pizarro. Profesor Ayudante Doctor en la Universidad Complutense de Madrid. Trabajador Social. Universidad Pontificia Comillas, España. Sociólogo. Universidad Pontificia Salamanca, España. Doctor en análisis y evaluación de procesos políticos y sociales. Universidad Carlos III de Madrid, España.

María José Vicente Vicente. Profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid. Licenciada en Ciencias Políticas y de la Administración. Licenciada en Derecho, Diplomada en Marketing y Publicidad, con estudios de Sociología por la Universidad de Estocolmo y Doctora por la Universidad Complutense de Madrid..

Introducción

El análisis desde el nivel regional de la rehabilitación laboral en España, es decir de aquellos recursos que persiguen la vuelta al empleo de las personas con enfermedad mental grave, supone un reto complicado de enfrentar. Es por ello que queremos dejar constancia de las dificultades que comporta tratar de comparar recursos que difieren en su denominación y estructura (Centros Especiales de Empleo, Centros de Rehabilitación Laboral, Centros de Recuperación e Inserción Social, etc.), composición (equipos de trabajo que incorporan preparadores laborales y técnicos de apoyo a la inserción laboral a tiempo completo frente a otros que dedican algunas horas semanales a la inserción), formas de financiación (convenios, contratos, subvenciones) y, en definitiva, en sus objetivos (creación de empleo directo frente a la gestión de itinerarios de inserción laboral). Así, algunas de estas limitaciones son: a) La escasez de información sobre algunas cuestiones (sobre todo en cuanto a datos de inserción laboral, etc.); b) La imposibilidad de poder ofrecer una información uniforme de todas las Comunidades Autónomas a pesar del esfuerzo; c) El abanico de entidades que ofrecen servicios de rehabilitación de muy diferente naturaleza y recursos y d) Las limitaciones económicas propias de una investigación, que no cuenta con recursos económicos propios, para poder hacer un amplio trabajo de campo cuantitativo que nos permita ir más allá de la mera investigación documental en este estudio comparado, más allá de los datos ofrecidos por la Comunidad de Madrid.

A pesar de estas limitaciones, este artículo pretende poner de manifiesto el gran abanico de recursos de rehabilitación laboral existentes en nuestro país, tratando de dar una imagen lo más amplia posible del estado de la cuestión en esta materia, por lo que no queremos renunciar a la oportunidad de reunir en un mismo texto el análisis de los diferentes recursos ofrecidos por las 17 Comunidades Autónomas y pretendemos que ello constituya un acercamiento a esta realidad de la forma más honesta posible.

Para realizar un mejor análisis de los recursos que ofrecen dichas CCAA, nos centraremos en analizar los siguientes aspectos: denominación del recurso, desarrollo histórico del mismo, normativa autonómica, equipo profesional, forma de acceso al recurso, tipología de servicios,

características sociodemográficas de las personas atendidas, datos de inserción, existencia de itinerarios.

Metodología

El análisis desde el ámbito autonómico de la rehabilitación laboral en España, es decir de aquellos recursos que persiguen la vuelta al empleo de las personas con enfermedad mental grave, es un reto complicado de afrontar. Este artículo realiza esta tarea a partir de un análisis documental exhaustivo de fuentes secundarias, especialmente planes estratégicos regionales. Queremos dejar constancia de las dificultades que implica tratar de comparar recursos que se diferencian en su denominación y estructura, composición de equipos de trabajo, formas de financiación y, en definitiva, en sus objetivos de inserción sociolaboral. Así, algunas de estas limitaciones son: la falta de información sobre algunos temas (especialmente en cuanto a datos de inserción laboral, etc.); la imposibilidad de poder ofrecer información uniforme de todas las Comunidades Autónomas a pesar del esfuerzo; el abanico de entidades que ofrecen servicios de rehabilitación de muy distinta naturaleza y recursos; las limitaciones económicas de una investigación, que no dispone de recursos económicos propios para poder realizar un extenso trabajo de campo cuantitativo que nos permita ir más allá de la mera investigación documental en este estudio comparativo, más allá de los datos que ofrece la Comunidad de Madrid.

Resultados

Antecedentes

Hemos de comenzar diciendo que según el Observatorio Español de Rehabilitación Psicosocial, que forma parte de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, solamente cinco Comunidades Autónomas ofrecen servicios de rehabilitación laboral, como tal. Estas Comunidades Autónomas son: Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Galicia.

El primer hecho que puede llamar nuestra atención es que no existe una denominación única de este tipo de recursos de rehabilitación laboral. Algunos se conceptúan como centros, otros como servicios, otros como programas, no todos ofrecen rehabilitación laboral ya que algunos se quedan en la rehabilitación psicosocial. Sirva como ejemplo el caso de Murcia, en el que hablamos de programas tal y como se cita en la guía elaborada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (en adelante, Feafes):

La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral.

Estudiando el proceso histórico seguido por la mayoría de los modelos analizados, se hace hincapié en la actualidad en la relativa insuficiencia de medios económicos destinados a este sector, la rigidez e inadecuación de la normativa legal que regulaba algunas actividades (cursos de

formación y los programas europeos, figura legal de “Centro Especial de Empleo”, problema de las pensiones), que solo parcialmente habían podido paliarse desde las distintas Administraciones. En los comienzos, los problemas eran otros, tales como la escasa o nula experiencia de trabajo en este campo de la que se partía, así como la escasa atención dedicada a actividades de evaluación e investigación, debido a que los esfuerzos se concentraban más en mantener los programas de intervención.

El contexto actual

Todas las Comunidades Autónomas presentan normativas propias en cuanto a servicios de salud mental y recursos propios de rehabilitación laboral. Sin embargo, con los datos recogidos hasta el momento (2022), las Comunidades de Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Madrid, País Vasco y Valencia (más de la mitad) no han actualizado hasta el momento sus planes estratégicos de actuaciones para la rehabilitación del colectivo, lo que da cuenta de una grave carencia en cuanto a la atención prestada para con estas personas.

Los equipos de trabajo

A partir de los datos obtenidos podemos observar que la figura del psiquiatra únicamente está presente en los Unidades de Rehabilitación Comunitaria (UCR) de Islas Baleares y en el Programa Inicia de Cantabria, aún partiendo las derivaciones en todos los casos de los Centros de Salud Mental.

La figura del psicólogo/a aparece en todos los modelos de las diferentes Comunidades Autónomas excepto en el caso de Murcia y de Andalucía.

El perfil de Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral (TAIL) es una figura profesional que sólo se da en el caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (en adelante CRL) de la Comunidad de Madrid. Hemos de especificar en este punto que se trata de un profesional en constante búsqueda de empresas y con un fuerte carácter intermediador con las empresas, probablemente con funciones específicas que ayudan a explicar el alto porcentaje de inserción (cerca del 60% de media) que se está produciendo con este modelo. No está de más apuntar que en las inserciones laborales que provocan los CRL no se cuentan las personas que acceden al mercado de trabajo por medio de los Centros Especiales de Empleo (unos 185 en la Comunidad de Madrid), siendo éste el canal de entrada al mundo laboral más usual en los 17 modelos autonómicos estudiados.

Por su parte, Andalucía fue la pionera en la contratación de técnicos de empleo (es la única CC.AA que presenta exclusivamente esta figura en los equipos de trabajo) y Cantabria, que incluye a los técnicos de inserción laboral. En este caso, Andalucía presenta en sus equipos profesionales del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) variaciones en función de la provincia, desde 3 en Almería hasta 7 técnicos en Sevilla. Se trata de titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo). Dichos equipos trabajan la parte social y no tienen psiquiatras y psicólogos ya que la atención psiquiátrica se hace a través de salud mental.

En cuanto a la figura de preparador laboral, Galicia presenta a los prospectores laborales y a orientadores laborales en sus equipos, así como Islas Baleares en sus Servicios de intermediación e inserción laboral (SIL) y los CRL de la Comunidad de Madrid. Hemos de señalar en este punto, según el Coordinador Técnico del Recurso en la Comunidad de Madrid, que esta figura fue incluida por primera vez en los equipos de trabajo en 2003, 12 años después de inaugurarse el primer CRL

de la Comunidad de Madrid en 1991.

Bien es cierto que el Empleo con apoyo incorpora esta figura una vez la persona se ha insertado en el mercado laboral. La salvedad que incorpora los CRL es incluir esta figura en las fases del itinerario inmediatamente anteriores a la inserción, con lo que la persona recibe entrenamiento en habilidades laborales antes de llegar al puesto.

La figura del terapeuta ocupacional aparece en todos los modelos excepto en Valencia y Murcia.

Los trabajadores sociales forman parte de los equipos de trabajo en la práctica en la totalidad de las Comunidades Autónomas, excepto en Galicia y Cantabria.

Los maestros de taller es una figura que aparece en prácticamente la mitad de los modelos analizados, de modo que no está incluido en los equipos de Islas Baleares, La Rioja, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Valencia y Extremadura.

Los auxiliares administrativos no son incluidos, o al menos no aparecen de forma manifiesta en Andalucía, Aragón, Cantabria y Cataluña.

Por último, las figuras de educador social aparecen en Galicia y Castilla-La Mancha y los profesionales de la enfermería aparecen en Islas Baleares y La Rioja (auxiliares de enfermería).

En definitiva, podemos ver como las figuras de psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social son las que más se repiten en los diferentes modelos, sin embargo, las figuras de técnico en inserción laboral y preparador laboral las que menos aparecen, a pesar de tratarse de recursos que persiguen la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera. En este caso, Madrid es la única Comunidad Autónoma que ofrece en sus equipos ambas figuras, lo que en gran medida puede explicar sus altas tasas de inserción laboral.

Según los últimos datos ofrecidos por la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, la plantilla que componen los 27 CRL (la gran mayoría con modelo de gestión concertada con diferentes instituciones) es de una media de 250 profesionales, siendo la plantilla habitual por centro la siguiente: Director/a (psicólogo), 1 Psicólogo/a, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico/a de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador/a Laboral, 3 Maestros/as de Taller, 1 Auxiliar Administrativo, 1 auxiliar de limpieza, quienes atienden a una media de unas 1.700 personas. Siete de los 27 CRL son centros propios de la Comunidad de Madrid con gestión contratada y 20 CRL concertados con diferentes entidades.

Criterios de acceso (derivaciones)

En la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, es el servicio de salud mental el que deriva aquellos casos de personas con enfermedad mental crónica con motivaciones hacia el mundo laboral a los diferentes centros de rehabilitación. Por ejemplo, en el caso de Andalucía:

El conjunto de actuaciones y servicios se desarrollan en coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales, y a ellos se accede a través de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los Servicios de Igualdad y Bienestar Social. Uno de los programas que gestiona y desarrolla FAISEM, es el Ocupacional e Inserción laboral. (Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 155).

Sin embargo, en el caso del País Vasco, las derivaciones no proceden sólo de salud mental sino además de otras entidades colaboradoras de la propia fundación: Diputación Foral de Bizkaia, Caja de ahorros BBK, Organización empresarial Cebek, Asociaciones Avifes, Egunabar y Asvar y Fundaciones Bizitegi y Argia.

Con todo, uno de los objetivos más importantes señalados por la propia Fundación es el de coordinar y agilizar los procesos de derivación, difundiendo el protocolo de derivación a la Fundación Eragintza entre los centros de salud mental, hospitales de día y hospitales psiquiátricos. En este sentido, otro de los objetivos más importantes de la Fundación Eragintza es ampliar su red de relaciones con otras entidades que trabajan en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental severa. De esta forma, se constituye la plataforma Isem integrada por las siguientes entidades: Fundación Intras, Fundación Rey Ardid, Fundación Pública Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental (Faisem), Arapdis, Fundación Argia, Fundación Sorapán de Rieros y Fundación Eragintza.

Tipología de Servicios y Centros

Existen 4 diferentes denominaciones para el abanico de recursos que abarca la rehabilitación laboral: programas, centros, servicios y unidades.

Programas es el término utilizado en Andalucía, Asturias, Cantabria, Extremadura, Murcia y Navarra. Así, el modelo murciano, habla de programas de atención para la integración laboral del enfermo mental, pero no de Centros de Rehabilitación Laboral, lo cual significa, otra vez, la existencia de una serie de dispositivos diferentes, que aunque pertenecen a una misma red de asistencia son gestionados por diferentes entidades con diferentes misiones y valores. Este hándicap se supera en el caso de los CRL de dos formas: a) primero, incluyendo todos los recursos en un mismo centro y segundo, b) estableciendo un protocolo de atención igual para todos los centros con independencia de su origen y tipología (fundación, asociación, empresa, etc.).

Como hemos señalado, el primer hecho que puede llamar nuestra atención revisando este modelo, es su insistencia acerca de que no es posible hablar de Centros de rehabilitación laboral, sino de programas, tal y como se cita en dicha guía:

La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral.

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas” (Feafes, 2010: 27).

De modo que ya encontramos una primera diferencia conceptual importante respecto a los CRL de la Comunidad de Madrid. En dicha Comunidad existen 27 Centros de rehabilitación laboral (CRL), en la que cada uno de ellos desarrolla al menos 3 programas y un importante número de

talleres prelaborales para el colectivo.

Este programa ocupacional-laboral se define como el “conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva”. Para completar la definición hay que especificar dos aspectos. Uno que se incluyen en el programa algunas actividades como la englobada bajo el término “ocupacional”, que pueden cumplir otro tipo de funciones además de las que se le asignan aquí. Y otro que, por el contrario y aunque en algunas ocasiones pueda servir como preparación para el inicio del proceso de integración laboral, no se incluyen actividades más ligadas al manejo de la expresividad u otras, dirigidas simplemente a llenar el tiempo de ocio. Por importantes que esas actividades puedan ser en el campo de la rehabilitación e integración social de estas personas y aunque algunas de ellas tengan también cabida en algunos de los dispositivos incluidos en el programa (como actividad complementaria o como base para otras más específicas), parece que su lugar está más bien en dispositivos tipo “Club social” que en aquellos que se consideran aquí.

Otra cuestión es la presencia del recurso de los Centros Ocupacionales (CO) en los modelos murciano y andaluz en el nivel ocupacional-prelaboral. Este recurso suele ser el canal de entrada a los recursos protegidos de los jóvenes con discapacidad por enfermedad mental, pero debería ser más limitado en el tiempo y sobre todo, tal y como se ha comentado, los CRL salvan este recurso ofreciendo herramientas mejor adaptadas en tiempo y forma, como son los programas específicos y los talleres prelaborales. Bien es cierto que de la investigación cualitativa se desprende que para algunos técnicos de los propios CRL sería bueno que en este modelo se crearan algunos centros ocupacionales para aquellas personas que son difícilmente empleables o bien que necesitan de un mayor desarrollo en la etapa prelaboral. Quizá esta sea una de las causas que expliquen el mayor porcentaje de inserción laboral de los CRL.

En este punto encontramos otra diferencia importante. En la gran mayoría de CRL se establece como uno de los programas el de ocio, manejo de la expresividad, etc. Entendemos que la existencia en este recurso de este tipo de alternativas que se desarrollen en el propio centro pueden ayudar, por un lado a la propia persona a relacionarse y por otro a la observación que puede tener el equipo multiprofesional que le atiende para recabar más datos a acerca de las preferencias de estas personas y que en un momento dado pueden ayudar en su intervención.

Centro es el término utilizado en Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia. En el caso de Valencia, revisando algunos de estos centros (por ejemplo, los 3 Centros de Rehabilitación e Inserción Social - CRIS que aparecen en la guía de recursos para personas con enfermedad mental de Castellón), vemos que desarrollan por un lado programas y por otro talleres, tal y como se hace en los CRL de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, el contenido de ambos (salvo en una ocasión), dista mucho de ofrecer servicios para la integración laboral de este colectivo. Algunos de estos programas son: Programa de recuperación de habilidades cognitivas, Programa de intervención familiar, con apoyo y seguimiento individual, Grupos de Autoayuda y Asociacionismo, Orientación, seguimiento y apoyo a nivel formativo, laboral y de ocio.

En cuanto a los talleres, éstos son: los talleres de habilidades sociales; los de autoestima; los de entrenamiento en solución de problemas; los talleres de habilidades de autocuidado y de la vida diaria; los talleres de alimentación, los de educación para la salud, deporte, psicoeducación, etc.

Servicio es utilizado en Andalucía, Galicia, Cataluña e Islas Baleares. En el caso de Galicia, entre sus actividades no están recogidas como tal las de rehabilitación laboral, únicamente se cita la

“actividad prelaboral”, por lo que este recurso se desarrolla más desde FEAFES-Galicia, que desde estos centros.

Unidades es el término que se utiliza en el caso de Islas Baleares (que plantean más de un recurso) y La Rioja.

Los itinerarios de inserción laboral

Existen diferentes concepciones de lo que son los itinerarios de inserción sociolaboral y de las fases de las que se compone. En el caso de Andalucía, aun habiendo enriquecido el catálogo de propuestas, se vuelve a echar en falta de forma clara la existencia de un itinerario que establezca las diferentes fases y los diferentes recursos en cada fase; únicamente se trata acerca de este extremo en el apartado de “cursos de formación profesional”. Asimismo, siguen existiendo riesgos importantes para las personas de dicho programa, como son: la “institucionalización” y dependencia que pudiera ocasionar el recurso de centros ocupacionales, no sólo porque no deberían tener cabida en este catálogo sino porque no van a significar una emancipación real del colectivo (es muy importante definir la población diana, antes de ofrecer alternativas sin conexión entre ellas). Sin embargo, es positivo la creación de un dispositivo denominado “Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo” (SOAE), basado en la creación de equipos provinciales y que persigue no sólo establecer itinerarios sino que trata de recibir y evaluar la demanda de acceso, si bien no se especifica la existencia de evaluación en otras fases del recurso ni los criterios para evaluar esa demanda de acceso.

Para el modelo de intervención “primero coloca y después entrena” (más propios de países anglosajones), lo importante es emplear a las personas con enfermedad mental y después establecer sus itinerarios. Posiblemente las dificultades en la creación de empleo por las que atraviesa nuestro país, unidas al miedo al fracaso de los recursos existentes, nos conduzcan a todo lo contrario: a establecer itinerarios y recursos para preparar a las personas con enfermedad mental a enfrentar con el mayor éxito posible su inserción sociolaboral.

Del mismo modo ocurre con la presencia de los itinerarios, sólo en el nivel formativo, los itinerarios deberían ser el marco general de todo el proceso.

En el caso de Murcia, se produce la inclusión de la fase de formación junto a la de rehabilitación de manera necesariamente simultánea, estando presente en diferentes momentos (al menos en dos) en el modelo de los CRL; primero en el momento de entrada y previo a la evaluación por parte de todo el equipo y después, una vez que se acepta conjuntamente el Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (en adelante, PIRL) y la persona se ha sometido a la fase de orientación vocacional. Por tanto, la formación está presente en gran parte de todo el proceso, al igual que son importantes las preferencias de las personas a la hora de elegir sus deseos hacia desempeñar determinados puestos de trabajo. Es importante (sobre todo en este tipo de colectivos) que dado que en muchas ocasiones presentan dificultades de percepción importantes, sea recomendable proponer a la persona diferentes tareas y diferente formación, lo cual puede ayudar a identificar un óptimo desempeño ayudados por la mirada objetiva de los profesionales que componen el equipo de trabajo de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y del equipo de salud mental con quienes comparten toda esa información.

El quinto elemento que diferencia a uno y otro modelo es el segundo programa de este modelo de FEAFES. Se trata de la formación ocupacional, la cual está diferenciada de la formación prelaboral; en este caso, entra en juego un recurso absolutamente diferente, los centros

ocupacionales (en adelante, CO).

Si nos centramos en el modelo vasco, en primer lugar -como hemos señalado- se echa en falta la existencia de un itinerario claro desde el principio que ayude a la persona a saber cuál será su recorrido por el recurso y el compromiso inicial de caminar juntos hacia su consecución, consensuando la estrategia de inserción laboral. Únicamente se cita de forma expresa en la reflexión que hace la propia Fundación sobre lo que es la rehabilitación laboral para este colectivo en la cuarta fase de su programa:

Para potenciar el acceso al empleo normalizado, resulta imprescindible que los itinerarios de integración laboral sean de ida y vuelta: la persona se atreverá más a dar pasos adelante (por ejemplo, desde un Centro Ocupacional a un Centro Especial de Empleo y/o a un Empleo Normalizado) si sabe que en caso de no poder mantenerlos tiene la posibilidad de volver a su situación anterior” (Elexpuru y Azaldegui, 2002: 14).

En segundo lugar, la inexistencia de un itinerario global hace que de la fase de acogida y valoración pasemos directamente a la fase de formación, con lo que no existe una fase previa de evaluación añadida a esa valoración, ni se puede contrastar las capacidades de la persona al no existir un Plan individualizado de rehabilitación laboral (PIRL).

En tercer lugar, en esta fase de formación inicial se incorpora un taller (sirva como ejemplo la elaboración de la Revista Euritakoa, creada en 2001 y que sirve de difusión de lo relacionado con enfermedades mentales y el empoderamiento de las personas que las padecen). Entendemos que dicha formación inicial debería formar parte de fases posteriores de desarrollo de talleres y programas y no de formación propiamente dicha. Con todo, la oferta formativa es claramente insuficiente en su fase inicial, al ofrecer escasas alternativas y no especificar si se pide a la persona opinión respecto de sus preferencias.

En cuarto lugar, la formación inicial es impartida por voluntarios y profesionales quienes imparten la formación necesaria. En este sentido, hay que señalar que, a no ser que existan procesos de selección que incorporen personas con relativa experiencia a la bolsa de personas voluntarias, este colectivo, en su vertiente laboral, necesita de profesionales a jornada completa que tengan remunerado su trabajo.

En quinto lugar, la fase de formación en un segundo nivel (de Entrenamiento en Habilidades Sociolaborales), supone comenzar la búsqueda de un empleo con un escaso bagaje inicial.

En sexto lugar, el tercer nivel de formación (formación ocupacional) debería ser anterior a la fase de formación de segundo nivel, ya que primero hay que formar a la persona para después tratar de incorporarla al mercado laboral (protegido o normalizado).

En séptimo lugar, dicha formación de tercer nivel se realiza en 5 centros ocupacionales que, como hemos señalado, son un recurso inicial muy lejano al cometido de un recurso intermedio como son los CRL o de un recurso finalista como pueden ser los CEE o las propias EI. Considero que formar a personas con enfermedad mental bajo el recurso de centros ocupacionales hace que nos encontremos muy lejos de nuestro objetivo, debido a un erróneo planteamiento.

En octavo lugar, la tercera fase de este programa (empleo protegido) engarza con la fase anterior de formación; deberían existir en su lugar talleres prelaborales y programas muy específicos más que Centros Ocupacionales y CEE en los que se enseñen habilidades y competencias específicas con contenidos muy dinámicos (huyendo del estatismo que pudieran ofrecer los CO y los CEE), al

margen de que se anime a las personas -que así se estime por el equipo multiprofesional- a realizar formación ocupacional o formación reglada acorde a su itinerario.

En noveno lugar, la fase de empleo normalizado no debe ser el cometido del 100% de los casos; siendo el nivel máximo de integración laboral, no debe convertirse en el único objetivo ya que en algunos de ellos es contraproducente abandonar el recurso de CEE, así como en otros casos es muy difícil conseguir la inserción, incluso en el mercado protegido.

Además, en esta cuarta fase se repite un nuevo servicio ya indicado en la fase 1: la Orientación vocacional y las técnicas de búsqueda de empleo. Y es aquí donde debe ubicarse, al igual que el servicio de apoyo y seguimiento de las incorporaciones producidas, no así el servicio de preparación de oposiciones, que consideramos no debería formar parte de este catálogo.

Datos de inserción

Resulta muy complicado encontrar datos del impacto real de estos recursos en la creación de empleo, sobre todo porque la mayoría de los modelos crean empleo a través de los Centros Especiales de Empleo. Por ello es muy difícil encontrar el número real de inserciones sobre la población total con la que se trabaja desde las esferas ocupacional y laboral. Como ya habíamos señalado en la introducción, uno de los escasos modelos en el que encontramos esta información es el caso andaluz, de ahí que podemos comparar estos mismos resultados con el modelo CRL.

Aunque el modelo CRL ofrece de forma anual resultados de su gestión, el modelo andaluz no ha ofrecido desde 2011 datos actualizados sobre el impacto de su inserción sociolaboral; es por ello por lo que en esta tabla ofrecemos los últimos datos comparados más próximos en el tiempo (2011 y 2012), de hace una década.

Los resultados en cuanto a inserciones laborales totales (sumadas por cuenta propia y por cuenta ajena) nos indica que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid ha ido ofreciendo una tasa de inserción de casi 30 puntos superior a la del Modelo FAISEM de la Comunidad Autónoma andaluza, con las características propias de uno y otro modelo en cuanto a territorio, renta per cápita bruta municipal disponible, características de la población usuaria, etc., pudiendo incluso indicar que las tasas de ocupación, las posibilidades de creación de empleo autónomo y la renta per cápita es superior en estos 11 municipios de la Costa de sol andaluza (Torremolinos, Benalmádena, Fuengirola, Mijas y Marbella, entre otros) a la registrada en Getafe, Alcorcón, Fuenlabrada, Torrejón de Ardoz y de barrios como Usera, Villaverde, Vallecas, Latina o Carabanchel.

Nivel de destrezas necesarias para la inserción laboral

Otra diferencia importante a nivel regional la encontramos en el nivel de destrezas o de hábitos básicos necesarios para poder desempeñar un puesto de trabajo. En el caso del modelo murciano las destrezas se resumen en las siguientes:

Hábitos básicos de trabajo:

Asistencia y puntualidad.

Apariencia y presentación personal.

Seguimiento de instrucciones.

Autonomía en el trabajo.

Capacidad de iniciar, continuar y finalizar tareas.

Hábitos sociales:

Interacción con compañeros.

Iniciar y mantener conversaciones.

Solicitar y ofrecer ayuda.

Hacer y recibir críticas.

Afrontamiento y manejo del estrés.

Por su parte, el modelo de atención de los CRL de la Comunidad de Madrid incorpora el siguiente repertorio de destrezas (repertorio que es trabajado por todos los integrantes del equipo que compone cada CRL):

Hábitos básicos de trabajo:

Asistencia.

Puntualidad.

Aseo y cuidado personal.

Actitud frente al trabajo.

Manejo del equipo y herramientas.

Cuidado del material.

Continuidad en las tareas.

Resistencia a la fatiga.

Reacción al trabajo repetitivo.

Reacción a los cambios de tarea.

Cumplimiento del horario.

Higiene en el trabajo.

Seguridad en el trabajo.

Utilización de ropa de trabajo.

Aspectos cognitivos:

Atención y concentración.

Comprensión y seguimiento de instrucciones.

Memoria para las instrucciones.

Capacidad para afrontar problemas.

Aspectos centrados en la tarea:

Creatividad.

Ritmo de ejecución.

Organización y realización de tareas.

Calidad de trabajo, grado de perfección.

Iniciativa, dar prioridad a las tareas.

Como podemos observar, en el modelo de Feafes no se incluyen los aspectos cognitivos sino como hábitos sociales, cuando se trata de elementos puramente subjetivos e individuales. Dichos aspectos cognitivos son: Atención y concentración, Comprensión y seguimiento de instrucciones, Memoria para las instrucciones y Capacidad para afrontar problemas, todos ellos aspectos básicos para la consecución y mantenimiento de un empleo.

Aun así, los hábitos sociales incorporados en el modelo murciano no van más allá de una relación puramente personal, que no laboral, al no incorporar otros ítems, que sí forman parte de las destrezas del modelo de CRL de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a los hábitos básicos hacia el trabajo, el primer modelo no incorpora aspectos tan relevantes como la higiene personal, actitud frente al trabajo, manejo de herramientas y equipo, cuidado del material, resistencia a la fatiga, reacción al trabajo repetitivo, reacción a los cambios de tarea, cumplimiento del horario, higiene en el trabajo, seguridad en el trabajo y utilización de ropa de trabajo.

Si analizamos el caso de Navarra, existen una serie de actividades socioeducativas que se enmarcan dentro del Servicio de Desarrollo Personal y Social y junto con la actividad ocupacional, completan el conjunto de la actividad ofertada. Son aquellas actividades que suponen un aporte al desarrollo personal y una ampliación de las capacidades cognitivas propias, a la vez que posibilitan la participación y comunicación de las personas usuarias desde un enfoque educativo. Son actividades con un componente “formativo” y suponen un “paréntesis” en la realización de la actividad ocupacional. Estas actividades se estructuran en los siguientes módulos:

- Hábitos saludables
- Habilidades cognitivas
- Habilidades sociales
- Habilidades instrumentales

Hábitos saludables:

En este módulo se incluyen todas aquellas actuaciones destinadas al desarrollo de hábitos que mejoren su calidad de vida en el ámbito de la salud, tratando aspectos prácticos relacionados con la higiene y apariencia personal, la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de sustancias tóxicas, etc.

Es importante también que adquieran un conocimiento sobre su enfermedad, sobre las medidas de prevención y detección de los síntomas que preceden a episodios de descompensación para un manejo de los mismos y una rápida atención.

En general, en este módulo se contemplan todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas de comportamiento relacionadas con el autocuidado y la competencia personal.

Habilidades cognitivas:

Estas actividades están dirigidas hacia las áreas de intervención cognitiva como la atención, la concentración, memoria, la creatividad y la iniciativa.

Habilidades sociales:

El entrenamiento en habilidades sociales se entiende como un proceso educacional por el cual cada persona aprende a ejecutar comportamientos socialmente hábiles en su relación con el entorno y las personas con las que se relaciona, posibilitando de esa manera el desarrollo de su propia competencia social.

Las habilidades sociales se trabajan de manera transversal en todos los ámbitos de intervención (Actividad Ocupacional y Actividad de Desarrollo Personal y Social), ya que habitualmente se trabaja en grupo y el aspecto relacional está muy presente.

Se incluye también en este módulo a las actividades facilitadoras de este aprendizaje, orientadas al conocimiento del propio cuerpo, de la expresión gestual y esquema corporal y al entrenamiento en técnicas de movimiento, estiramiento y relajación, etc.

Habilidades instrumentales:

Es importante disponer de unos conocimientos básicos de lectoescritura y habilidades numéricas. A través de técnicas de participación, discusión y reflexión, entrenar o reforzar aquellos comportamientos, actitudes o aptitudes que permitan desenvolverse con mayor independencia y autonomía en el funcionamiento diario, dedicar espacios a la actualidad informativa a través del análisis de los medios de comunicación, dedicar sesiones prácticas sobre organización doméstica y actividades de la vida diaria.

En el caso de Cataluña existen una serie de áreas de intervención. Mediante los talleres se trabajan hábitos laborales básicos: puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios, higiene y cuidado del aspecto personal, uso y cuidado de herramientas y material, actitud frente al trabajo, organización y realización de tareas, ritmo de ejecución, comprensión y seguimiento de

instrucciones, memoria, capacidad de atención y concentración.

También se promueve la adquisición y mejora de habilidades sociales: interacción y nivel de comunicación, relación con el/la responsable, iniciar y mantener conversaciones, solicitar y ofrecer ayuda, expresar y tolerar críticas, hacer valoraciones positivas, habilidad de trabajar en equipo, cooperación o independencia, capacidad de iniciativa, capacidad de resolución de problemas y adecuación de conductas de comunicación verbal y no verbal.

En relación con estas habilidades sociales y hábitos laborales se encuentran aspectos de carácter psicológico y de habilidades funcionales de la vida cotidiana. También se combina con la práctica en los talleres. Los principales contenidos de estos talleres son todos aquellos que puedan mejorar las capacidades de rendimiento de una persona en un contexto laboral: informática, idiomas, lectoescritura, memoria, creatividad etc. Se realizan diferentes visitas a puestos de trabajo con el objetivo de conocer “in situ” lo que implica un tipo u otro de trabajo (trabajo en equipo, trabajo individual, trabajo en cadena, esfuerzo físico...) y por tanto, conocer la práctica de las habilidades laborales y sociales. Finalmente, una vez que la persona está preparada para ir a trabajar, se ponen en marcha diferentes dispositivos y acciones conjuntamente con otros servicios de orientación e inserción para la preparación del currículum vitae y la búsqueda activa de empleo.

Fórmulas de financiación

Existen diferentes fórmulas de financiación de dicho servicio, destacando la modalidad concertada en la mayoría de las Comunidades Autónomas y siendo las modalidades pública y privada (Andalucía y La Rioja, respectivamente) residuales respecto de la fórmula del concierto. Además, en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura, la fórmula es la subvención a través de Sepad.

Propuesta de mejora

Desde la parte de la investigación social se aborda la necesidad de un modelo integral de intervención basándonos en el enfoque holístico. Si bien en fases sucesivas del programa se hace un considerable esfuerzo en adaptar todos los recursos a la idiosincrasia del colectivo, no se ataca la línea de flotación para encontrar una solución acertada y no es otra que concebir el enfoque integral de este recurso bajo un prisma holístico. Entendemos que no es posible establecer un buen recurso que ofrezca resultados razonablemente positivos en la integración sociolaboral de las personas con enfermedad mental sin ofrecer, en primer lugar, la infraestructura de un centro más que una suma de programas (que, como hemos visto, el modelo de la Región de Murcia renuncia a llamarlo “centro” al no existir una normativa específica que los regule), lo cual indica la existencia de soluciones políticas muy poco eficaces a un grave problema social. En este sentido, hay que dedicar recursos humanos y económicos para dotar a este recurso de centros en los que se desarrolle esa intervención integral.

Conclusiones

Como indicamos en la metodología empleada, a pesar de las limitaciones encontradas, este artículo tiene como objetivo resaltar la amplia gama de recursos de rehabilitación laboral en nuestro país, tratando de dar el panorama más amplio posible del estado de la cuestión en esta

materia, por lo que hemos reunido en el mismo texto el análisis de los diferentes recursos que ofrecen las 17 Comunidades Autónomas y pretendemos que ello constituya un acercamiento a esta realidad de la forma más honesta posible.

Así, se han analizado los siguientes aspectos: denominación del recurso, desarrollo histórico del mismo, normativa autonómica, equipo profesional, forma de acceso al recurso, tipo de servicios, características sociodemográficas de las personas atendidas, datos de inserción y existencia de itinerarios.

Los principales resultados indican que:

a) Hay múltiples denominaciones: centros, servicios, programas. Asimismo, no todas las Comunidades Autónomas realizan actividades de rehabilitación laboral como tales.

b) Más de la mitad de las Comunidades Autónomas tienen sus planes estratégicos sin actualizar.

c) En cuanto a los equipos de trabajo, las figuras de psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social son las que más se repiten en los diferentes modelos, sin embargo, las figuras de técnico en inserción laboral y coach laboral las que menos, a pesar de ser recursos que persiguen la inserción sociolaboral de personas con enfermedad mental grave y duradera. En este caso, Madrid es la única Comunidad Autónoma que ofrece ambas cifras en sus equipos, lo que explica en buena medida sus elevadas tasas de inserción laboral.

d) En prácticamente todas las Comunidades Autónomas, el servicio de salud mental es el que deriva los casos de personas con enfermedad mental crónica con motivaciones laborales a los diferentes centros de rehabilitación.

e) En cuanto a la tipología de servicios, existen 4 denominaciones diferentes para la gama de recursos que cubre la rehabilitación laboral: programas, centros, servicios y unidades; siendo programas y centros los más utilizados y los servicios y unidades, los menos.

f) Solo 3 regiones ofrecen resultados de inserción laboral, por lo que el impacto de este tipo de recursos es difícil de evaluar.

g) En relación a la metodología basada en itinerarios, el análisis del contexto regional español indica que, habitualmente, este tipo de recursos no se concibe desde un enfoque integral. Entendemos que no es posible establecer un buen recurso que ofrezca razonablemente resultados positivos en la integración sociolaboral de personas con enfermedad mental sin ofrecer la infraestructura de un centro más que una suma de programas.

h) Existen diferentes fórmulas de financiación de este servicio, destacando la modalidad pactada en la mayoría de Comunidades Autónomas y siendo las modalidades -pública y privada- residual respecto a la fórmula de concierto.

Intentar componer el mapa de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental grave en España es encontrar un galimatías que abarque diecisiete formas de entender el problema. Como hemos identificado, los recursos tienen distintas denominaciones, están compuestos por distintos equipos de trabajo, incluso sin equipos multidisciplinarios, recursos que se financian de diferentes

formas, a veces sin continuidad en la financiación y que también varían en sus objetivos desde la creación de empleo directo como la gestión de itinerarios de inserción laboral.

Dada la complejidad del problema, entendemos que existe una falta significativa de liderazgo por parte de la Administración del Estado para coordinar competencias de 17 modelos de atención diferentes. Son muchas las variables que interactúan entre sí y en ocasiones impiden su buen desarrollo, más en un país tan diverso como España: distintas densidades de población, distintas formas de concebir el modelo, atomización de la población, etc. Todo esto hace que cada región actúe en forma independiente. Sin embargo creemos que es una propuesta factible en la medida en que existen precedentes de búsqueda de consensos entre Comunidades Autónomas para implementar este recurso, que entendemos debe ser compartido para homogeneizar su carácter transversal, abarcando diversas áreas, como: empleo, formación, servicios sociales y de salud dentro de la Administración Regional, pero que debe involucrar también a empresas, asociaciones y fundaciones, todas ellas persiguiendo un mismo objetivo, que no es otro que la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave en nuestro país, sin grandes diferencias regionales en su gestión.

Referencias bibliográficas

Asociación de Centros de Empleo de Navarra (2010) *Estudio sobre el cumplimiento de la LISMI en empresas de más de 50 trabajadores en Navarra*. Servicio navarro de Empleo

Comunidad de Madrid (2001) *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14

Consellería de sanitat, consellería de bienestar social (2001) *Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. Ed. Generalitat Valenciana

Elexpuru, E. y Azaldegui, I (2002) *Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi*. Fundación Eragintza

Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (2010) *El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental*. Ed. FEAFES

Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía (2007) *Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una versión actualizada de los modelos de intervención*. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)

Foro de Salud Mental (2012) *De la ocupación a la salud: situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas*. Elkarkide

Fundació Pere Tarrés (2007) *InserQual. Protocol de qualitat. Qualitat en l'acompanyament sociolaboral. Aplicació d'una metodologia de qualitat instrumental*. Fundación Luis Vives. U. Ramon Llull. Fundació Un sol món. Caixa Catalunya. Unión Europea. Fondo Social Europeo. Doc. Fotoc.

Franco, Txema (2008) *Inserción laboral de personas con enfermedad mental en la CAPV*. Jornada organizada por EHLABE en los Cursos de Verano de la EHU-UPV

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (2000) *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral*. Sevilla (FAISEM)

Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (2007) *Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral*. Ed. FISLEM, Toledo

Govern de les Illes Balears (2011) *Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares*. Consellería de Salut i Consum

Hervás, A.; Cuevas, C.: (1997) *Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Área Sanitaria "Virgen del Rocío" de Sevilla*. *Intervención Psicosocial*, VI, pp. 393-404. 26

López, M, (2001) *Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía*. Ed. Boletín de la Asociación Madrileña de rehabilitación Psicosocial, 13, pp. 51-58

López, M. y Laviana, M. (2007) *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, XXVII, nº 99: pp. 187-223

López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. (1998) *Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII, nº 68: 735-747

Observatorio de rehabilitación psicosocial (2012) *Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS*. Ed. Federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial

Rodríguez González, Abelardo (2001) *La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid*. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, año 8, número 13

Sobrino, T. (2002) *Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral*, en Verdugo M. A.; López, D. y Rodríguez, M. (coords.) (2002) *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*. Ed. Amarú. Salamanca