

**DISCAPACIDAD**

**Adriana SANGÜESA RECIO**

**PRESTACIONES  
OCUPACIONALES/LABORALES  
PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDAD MENTAL.  
ESTUDIO COMPARATIVO POR  
CCAA**

**TFG/GBL 2015**

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

**Grado en Trabajo Social**



# **Grado en Trabajo Social**

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

***PRESTACIONES  
OCUPACIONALES/LABORALES PARA  
PERSONAS CON ENFERMEDAD  
MENTAL. ESTUDIO COMPARATIVO POR  
CCAA***

Adriana SANGÜESA RECIO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA  
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**



---

**Estudiante / Ikaslea**

Adriana SANGÜESA RECIO

**Título / Izenburua**

Prestaciones ocupacionales/laborales para personas con enfermedad mental.  
Estudio comparativo por CCAA

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social/ Gizarte Laneko Gradua

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien  
Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Sagrario ANAUT BRAVO

**Departamento / Saila**

Departamento de Trabajo Social/ Gizarte Laneko Saila

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2014/2015

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberria



---

## **AGRADECIMIENTOS**

Antes de entrar en materia, quisiera dar las gracias a las profesionales que han dedicado un importante espacio de su tiempo para ayudarme en la realización de este estudio fin de grado.

En primer lugar, a mi tutora de este trabajo, Sagrario Anaut. Desde el primer día ha estado disponible para ayudarme y supervisarme el trabajo en todo momento. Ha solventado todas mis dudas de la mejor forma posible y ha aportado ideas muy significativas para centrar y realizar el estudio. A nivel personal me ha motivado, apoyado, tranquilizado y se ha adaptado a mis ritmos. Gracias a ella he aprendido y disfrutado muchísimo realizando el trabajo.

También quiero dar las gracias a mi tutora de prácticas del Centro Ocupacional “Las Labradas” de Elkarkide, Cecilia de Pablo Jiménez. Por facilitarme información para la realización de este estudio y también por animarme, mostrarme su apoyo y confianza en mí.

## **Resumen**

El estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental y discapacidad dan como resultado dificultades de incorporación socio-laboral, situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. En este documento se recogen, visualizan y comparan las diferentes prestaciones del ámbito ocupacional y laboral destinadas a las personas con enfermedad mental y discapacidad derivada de ésta de las siguientes Comunidades Autónomas uniprovinciales de España: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra. A través del mismo, se puede conocer la situación laboral de las personas con enfermedad mental y discapacidad derivada de ésta y aclarar los tipos de Centros y programas específicos que hay para este colectivo en las diferentes Comunidades estudiadas. Se elaboran y aportan al trabajo tablas comparativas de síntesis de resultados para obtener una visión global de la situación estudiada.

## **Abstract**

Stigma and discrimination against people with mental illness and disability resulting difficulties of social and labor incorporation, situations of vulnerability and social exclusion. This document it can be collected, visualized and compared the different features of the area occupational and labor intended to people with mental illness and disability derived from it in the following Autonomous Communities single provinces of Spain: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia and Navarra. Through it, you can find the employment situation of people with mental illness and disability derived from it and to clarify the types of Centers and specific of programs for this group in the different communities studied. They are produced and contributed to the work tables comparative synthesis of results to get an overview of the situation studied.



## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

AAID: American Association of Intellectual and Developmental Disabilities.

AAMR: American Association on Mental Retardation.

AFEM: Asociación FEAPS para el empleo.

AFESA: Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Asturias.

AFESMO: Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Molina.

AMICA: entidad sin ánimo de lucro.

ARFES: Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos.

ASCASAM: Asociación Cántabra pro Salud Mental.

CAI: Centro de Apoyo a la Integración.

CCAA.: Comunidades Autónomas.

CD: Centro de Día.

CEE: Centro Especial de Empleo.

CEIFEM: Centro de documentación FEAFES.

CIF: Código de Identificación Fiscal.

CO: Centro Ocupacional.

CONACEE: Confederación Nacional de Centros Especiales de Empleo.

CRL: Centro de Rehabilitación Laboral.

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

DHHS: Department of Health and Human Services.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EASC: Equipos de Apoyo Social Comunitario.

FEAFES: Federación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

FEAPS: Federación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

FEDEAFES: Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

FMSM: Federación Mundial de la Salud Mental.

IMAF: Instituto para la Mediación Aseguradora y Financiera.

IMEFE: Instituto Municipal de Empleo y Formación Empresarial.

IMAS: Instituto Murciano de Acción Social.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

ISOL: Inserción Socio-Laboral.

LIONDAU: Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Persona con Discapacidad.

LAAD: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

LISMI: Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad.

ODISMET: Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PS: Piso Supervisado.

R: Residencia.

RSMNa: Red de Salud Mental Navarra.

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

SAEMA: Centro Especial de Empleo perteneciente a AMICA.

SOEMCA: Centro Especial de Empleo perteneciente a AMICA.

TRABAJASTUR: Servicio Público de Empleo del Principado de Asturias.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1. METODOLOGÍA</b>	<b>4</b>
1.1. Establecer y delimitar el objeto de estudio	4
1.2. Búsqueda y recogida de datos	4
1.3. Análisis y estructuración de la información	6
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1. Conceptos y modelos de salud mental y enfermedad mental	8
2.2. Conceptos y modelos en torno a la discapacidad	18
2.3. ¿Enfermedad mental es sinónimo de discapacidad intelectual?	24
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>28</b>
3.1. La situación laboral de las personas con discapacidad y/o enfermedad...	28
3.1.1 Situación laboral de las personas con discapacidad	29
3.1.2 Situación laboral de las personas con enfermedad mental...	32
3.2. Prestaciones ocupacionales/laborales para personas con enfermedad...	33
3.2.1 Asturias	33
3.2.2 Cantabria	47
3.2.3 La Rioja	55
3.2.4 Madrid	64
3.2.5 Murcia	72
3.2.6 Navarra	81
3.3. Estudio comparativo por CCAA uniprovinciales	96
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>109</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>113</b>



## INTRODUCCIÓN

Si al contexto de crisis económica, política y social que tenemos hoy en día en España, caracterizado por sus limitadas y precarias opciones y condiciones laborales, le sumamos el obstáculo del estigma y la discriminación asociada a tener una enfermedad mental y, en muchas ocasiones, la discapacidad derivada de ésta, nos encontramos con que las personas con una enfermedad mental grave se enfrentan a una situación de mayor vulnerabilidad y exclusión social (OMS, 2003b).

La literatura científica coincide en la importancia y los beneficios que el trabajo aporta para la inclusión social, sin embargo, la crisis no es la única responsable de la alta tasa de desempleo para estas personas, ya que son diferentes factores estructurales de largo recorrido los que las sitúan en un lugar de mayor fragilidad y desigualdad.

Entre las leyes que más han aportado por modificar la relación discapacidad-vulnerabilidad socio laboral destacan la *Ley 51/2003, de 2 diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU)*, con medidas dirigidas al cumplimiento de los principios que contiene en su título, y la *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, la cual establece medidas en materia de empleo como es el cupo de reserva en ofertas de empleo público: del 5% al 7% y el cumplimiento de la reserva del 2% de los puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas de más de cincuenta trabajadores.

A pesar de este marco legislativo, las entidades que se dedican al ámbito ocupacional/laboral del colectivo de personas que tienen enfermedad mental y discapacidad, como es el caso de Elkarkide en Navarra, muestran preocupación e interés por el tema debido a la permanencia de vacíos, al espacio poco visible y a la desprotección que tienen estas personas. El único trabajo localizado en relación al tema que se aborda en este trabajo lo realizó el

equipo técnico de Elkarkide y se denomina: *De la ocupación a la salud. Situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas (2012)*. Este documento ha servido de base, si bien no facilita una visión comparativa entre Comunidades Autónomas y está demasiado focalizado en Navarra.

Existen otras razones de carácter personal que han impulsado su elaboración como son las prácticas especializadas realizadas recientemente en dicha entidad y la pasión que desde pequeña me suscitan la discapacidad y la salud mental. Estos son los dos ámbitos en los que me gustaría especializarme y encaminar mi carrera profesional.

Por todo ello, a través de este estudio se persigue, como objetivo general, elaborar un documento en el que se recojan, visualicen y comparen las diferentes prestaciones del ámbito ocupacional y laboral destinadas a las personas con enfermedad mental de las siguientes Comunidades Autónomas uniprovinciales de España: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra. Los objetivos específicos que se pretenden son: conocer la situación laboral de las personas con enfermedad mental y discapacidad; y aclarar los tipos de Centros y programas específicos que hay para el colectivo de personas con enfermedad mental y la discapacidad derivada de ésta.

Las hipótesis a partir de las cuales se parte para realizar este estudio son dos. La primera: Navarra es la Comunidad Autónoma uniprovincial que mejor respuesta y cobertura da al tema ocupacional/laboral para personas con enfermedad mental grave gracias a las prestaciones, programas y circuito sociolaboral existentes en la Comunidad. La segunda: las prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral que ofrecen las demás Comunidades Autónomas uniprovinciales no serán exclusivas para la atención de personas con enfermedad mental grave como es el caso de Elkarkide en Navarra, sino que serán mixtas y las personas usuarias podrán tener cualquier tipo de discapacidad.

Según las hipótesis y objetivos expuestos parecía pertinente tomar sólo las CCAA. uniprovinciales, ya que podían encontrarse entre ellas más similitudes

organizativas que con las pluriprovinciales. Este primer paso podría facilitar una posterior comparación con el resto de CCAA.

Partiendo de las hipótesis planteadas y persiguiendo la consecución de los objetivos anteriormente citados, se establecen los diferentes apartados a lo largo del documento. En primer lugar, se encuentra la metodología y las diferentes técnicas de investigación llevadas a cabo en las fases del estudio. En segundo lugar, aparece el marco teórico en el que se abordan los principales elementos conceptuales y modelos necesarios para la comprensión y actuación ante el fenómeno que se aborda en el estudio. En tercer lugar, se incluyen las prestaciones laborales/ocupacionales para las personas con enfermedad mental de las siguientes Comunidades Autónomas uniprovinciales: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra y se aportan tablas comparativas de síntesis de resultados para obtener una visión global de la situación en la que se encuentran el colectivo. Finalmente, se establecen las conclusiones obtenidas tras la elaboración del estudio.

## **1. METODOLOGÍA**

La metodología que se ha aplicado para llevar a cabo este estudio es la cualitativa. Por la naturaleza del trabajo se ha optado por la técnica de búsqueda, selección y análisis documental. Para completar la información de algunas Comunidades Autónomas en las que no se localizaban datos comparables u oficiales, se han realizado algunas entrevistas breves por teléfono. Con todo ello se ha procedido a realizar un análisis comparativo.

Se han establecido tres fases de estudios que permiten explicar el proceso seguido en este trabajo. Estas fases son: establecer y delimitar el objeto de estudio, búsqueda y recogida de datos, y análisis y estructuración de la información.

### **1.1. Establecer y delimitar el objeto de estudio**

En primer lugar se estableció y delimitó el objeto de búsqueda. La temática del estudio estaba clara: un documento que agrupase las diferentes prestaciones en el ámbito ocupacional y laboral destinadas al colectivo de personas con enfermedad mental. El estudio se llevó a cabo en las CCAA. uniprovinciales: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra. Las razones por la que se tomó esta decisión fueron por la complejidad organizativa de las CCAA. pluriprovinciales, por la semejanza en cuanto a cantidad de población entre las CCAA. uniprovinciales (exceptuando la Comunidad de Madrid), y por la propia distribución territorial de las prestaciones en las CCAA uniprovinciales.

### **1.2. Búsqueda y recogida de datos**

Antes de llevar a cabo la búsqueda de información, se establecieron como indicadores a recoger:

1. Normativa referida a Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo.
2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral:
  - 2.1 Centros
    - 2.1.1 Centro ocupacional



- Definición
- Objetivos
- Programas/Servicios
- Usuarios/as
- Requisitos
- Centros existentes

#### 2.1.2 Centro Especial de Empleo

- Definición
- Objetivos
- Programas/Servicios
- Usuarios/as
- Requisitos
- Centros existentes

#### 2.2 Proyectos/Programas de inserción socio-laboral

La exhaustiva búsqueda de información se llevó a cabo a través de diferentes vías:

- a) Páginas web del Gobierno de cada Comunidad Autónoma: Planes de Salud Mental, Planes Estratégicos, normativa específica en prestaciones del ámbito ocupacional y laboral, Servicios Sociales, Carteras de Servicios Sociales, y memorias de diferentes recursos.
- b) Páginas web de asociaciones, entidades sin ánimo de lucro, Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo.
- c) Publicaciones recogidas en Internet relacionadas con el objeto de estudio.

De la búsqueda y selección se extraen como datos relevantes que en la mayoría de Comunidades Autónomas faltaban datos o no estaba clara o actualizada la información de las publicaciones de Internet, por lo que se procedió a completar esta información a través de correos electrónicos y/o entrevistas telefónicas breves. Se ha demorado en el tiempo el estudio de cada

Comunidad por tener que esperar la respuesta y depender de correos electrónicos de organismos oficiales para la obtención de datos.

En primer lugar, se enviaron correos electrónicos a las entidades públicas de cada Comunidad Autónoma, después se enviaron a las entidades privadas, algunas facilitaron los correos de los y las profesionales que representaban las entidades, y se enviaron correos directamente a los y las profesionales (personal directivo o de trabajo social). Se enviaron en total treinta y seis correos electrónicos, de los cuales seis fueron dirigidos a entidades públicas, trece a entidades privadas y diecisiete a profesionales. En ocasiones, las respuestas obtenidas de los correos electrónicos eran poco precisas, aportaban poca información o incluso de muchos de ellos no se obtuvo respuesta, por lo que se tuvo que optar por realizar entrevistas telefónicas breves. En total se realizaron treinta entrevistas telefónicas: cuatro llamadas a entidades públicas, en las cuales se habló con profesionales que eran personal administrativo, veinte llamadas a entidades privadas, que en algunos casos eran personal administrativo que aportaban el número de teléfono de los y las profesionales que representaban la entidad o directamente desviaban la llamada a éstos y éstas, y finalmente seis llamadas a profesionales representantes de entidades privadas.

### **1.3. Análisis y estructuración de la información**

Se ha comenzado por organizar las prestaciones según los indicadores establecidos y la información documental localizada.

Al no existir normativa estatal para los Centros Ocupacionales y ser competencia de las Comunidades Autónomas, la actividad ocupacional en cada una de ellas se clasifica de forma diferente. A su vez, en cada Centro aparece constituida en una modalidad diversa. Esto da lugar a confusión y dificultades para el reconocimiento de los Centros, ya que en cada Comunidad Autónoma se llaman de una forma: CO, CAI, CRL, Centro de Día, etc.

Ha generado confusión el término “discapacidad psíquica”, porque en algunas Comunidades el concepto se refiere a discapacidad intelectual y otras a enfermedad mental.

En ocasiones ha habido Centros que no han publicado datos sobre el número de usuarios/ usuarias y plazas y/o datos sobre el colectivo con el que trabajan. Esto ha ocasionado limitaciones para establecer el número de Centros y plazas que hay en cada Comunidad destinados al colectivo objeto de estudio.

Las Comunidades de Madrid y Murcia carecen de un Plan de Salud Mental vigente en 2015. Esto ha ocasionado dificultades para obtener información cualitativa sobre el modo de intervención.

Se ha detectado, a través de entrevistas telefónicas, que los datos obtenidos pueden variar considerablemente de un momento a otro debido al contexto socio económico en el que nos encontramos. Con la crisis económica, se han recortado numerosas subvenciones específicas y, por ello, algunos han desaparecido o están en un momento de cambio.

Una vez obtenida la información, se ha analizado y estructurado para completar los diferentes indicadores establecidos previamente. La estructuración final ha sido:

- 1) Prestaciones ocupacionales/laborales para personas con enfermedad mental.
- 2) Tablas comparativas de resultados.

## 2. MARCO TEÓRICO

Este apartado se divide en dos subapartados. En el primero se abordan los principales elementos conceptuales y modelos necesarios para comprender el fenómeno que se aborda en el estudio: salud mental, enfermedad mental, discapacidad y dentro de ésta se profundiza en la discapacidad intelectual para no confundirla con la enfermedad mental. El segundo explica por qué el trabajo o la ocupación es un medio de inserción social para todas las personas y desarrolla más concretamente la situación laboral de las personas con discapacidad, enfermedad mental y/ o discapacidad intelectual.

### 2.1 Conceptos y modelos de salud mental y enfermedad mental

Según la Organización Mundial de la Salud (2013)<sup>1</sup>, la salud mental se define como *un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.*

Esta Organización declara que todas las personas tienen probabilidades de padecer un trastorno mental. Una de cada cuatro personas presenta un trastorno mental a lo largo de su vida. Bien es cierto que existe cierta predisposición genética y que unas personas son más propensas que otras a sufrirlos. Sin embargo, el entorno y los factores ambientales tienen un papel trascendental y, por tanto, pueden afectar directamente en el surgimiento de trastornos mentales.

Para la Federación Mundial de la Salud Mental (2010)<sup>2</sup>, ésta tiene que ver con el *cómo nos sentimos con nosotros mismos, cómo nos sentimos con los demás*

---

<sup>1</sup> OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

<sup>2</sup> FMSM (Federación Mundial de la Salud Mental) (2010). *El concepto de "salud mental"*. Disponible en: [www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCiQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psicomed.net%2Fsaludmental.html&ei=Fb1UVYKBBZGiyATtIH4Bw&usq=AFQjCNEjFYC\\_P5QB8ZtO0IFJz8n6cMs9CA&bvm=bv\\_93112503.d.aWw](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCiQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psicomed.net%2Fsaludmental.html&ei=Fb1UVYKBBZGiyATtIH4Bw&usq=AFQjCNEjFYC_P5QB8ZtO0IFJz8n6cMs9CA&bvm=bv_93112503.d.aWw)

---

*y en qué forma respondemos a las demandas de la vida.* Así mismo, afirma que *no existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está.* Existe toda una variedad de grados de salud mental y no hay una característica particular que pueda tomarse separadamente como certeza de que se la posee. Por otro lado, tampoco la ausencia de una de esas características puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. Más aún, ninguna persona mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental (FMSM, 2010).

Una década antes, la OMS (2001) advertía que no se han de confundir los conceptos de salud mental y enfermedad mental. La salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. Cuando se habla de salud mental, se hace referencia a un concepto abstracto en el que se encuentran palabras dotadas todavía de mayor abstracción como: felicidad, armonía, tranquilidad, equilibrio, satisfacción, etc., muy relacionadas con el entorno la sociedad en la que se vive.

La OMS señaló en los años 80 que la enfermedad mental se debía entender como *todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de adaptación social en un grado tal que determina una ausencia del trabajo o la aplicación de medicas judiciales y sociales.*

La Asociación Psiquiátrica Americana del trastorno mental en el año 1995, entiende la enfermedad mental como *un síndrome o un patrón comportamental y psicológico de significación clínica, que aparece asociado (p. e.: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento) a un riesgo significativamente aumentado o de morir o de sufrir de dolor, discapacidad o pérdida de libertad.* Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un suceso singular. Cualquiera que sea su origen, debe sopesarse como la manifestación individual de una alteración comportamental, psicológica o biológica. De igual forma, matiza que ni el comportamiento desviado ni los

enfrentamientos entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

La misma Asociación afirma en el año 2002 que la enfermedad mental no depende exclusivamente de factores biológicos, sino que factores sociales, como pueden ser la predeterminación del propio grupo social, que decide quién de sus miembros está enfermo en función de unos factores previos y el entorno social de la persona enferma, que incluso puede establecer mecanismos de control de la eficacia del tratamiento, son de radical importancia a la hora de abordar la situación de las personas con enfermedad mental y su atención desde las administraciones públicas.

Para FEAFES (2004)<sup>3</sup>, el trastorno mental es *una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.*

La Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (ARFES)<sup>4</sup>, en 2008, aporta algunas matizaciones interesantes sobre la enfermedad mental. Así, explica que es una circunstancia sobrevenida en el proceso de desarrollo personal. Las enfermedades mentales son la consecuencia de un conglomerado de factores biológicos, psicológicos y sociales, que afectan a cada persona de forma distinta. Por su parte, en la aparición de un trastorno mental, *influyen e intervienen múltiples factores y causas (factores predisponentes, precipitantes y concomitantes). Muchas de las causas son confusas y un trastorno mental es el resultado de unas circunstancias internas y externas, que alteran el proceso de desarrollo personal.*

---

<sup>3</sup> FEAFES (Confederación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). (2004) *¿Qué es el trastorno mental?* Disponible en: <http://www.feafescv.org/informate.html>

<sup>4</sup> Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (ARFES). *¿Qué es la enfermedad mental?* Disponible en: <http://www.arfes.org/enfermedad/concepto.htm>

---

Tras haber visto los conceptos de salud mental y enfermedad mental, se observan coincidencias y diferencias en las definiciones. En primer lugar, todas ellas abordan el concepto de salud mental a partir de un estado de bienestar que tiene que ver con cómo las personas se sienten con ellas mismas y con las demás y con la forma de responder y afrontar las tensiones y las demandas de la vida. Esto hace referencia a conceptos abstractos que intentan definir el estado de bienestar (felicidad, armonía, tranquilidad, etc.). Por tanto, la salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. También coinciden en la amplia gama de grados de salud mental y en que nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental. Además la OMS, en el “Informe sobre la Salud en el Mundo” del año 2001, incluye que existe cierta predisposición genética a sufrir un trastorno mental y que el entorno y los factores ambientales también afectan directamente en el surgimiento de trastornos mentales (OMS, 2001).

En las definiciones de enfermedad mental se puede observar una clara evolución desde los años 80, en los que se entendía como un trastorno manifiesto de las funciones mentales lo bastante grave como para que originase dificultades en diferentes ámbitos de la vida de la persona. En los 90 se empezó a hablar de un síndrome o un patrón comportamental que aparecía asociado a un riesgo y que cualquiera que fuera su causa debía considerarse como la manifestación individual de una disfunción. En la actualidad se habla de una circunstancia sobrevenida como consecuencia de un aglutinado de factores biológicos, psicológicos y sociales. En su aparición influyen múltiples factores internos y externos que afectan a los procesos psicológicos básicos y dificultan la adaptación al entorno cultural y social en el que vive, creando un malestar subjetivo.

En suma, se ha avanzado hacia la comprensión de la salud como objetivo y no hacia una situación aislada como la enfermedad. De ahí la importancia del entorno social y la adaptación de la persona al mismo, pues va a ser un factor de vital importancia y de influencia directa en los procesos psicológicos de la persona.

Desde el punto de vista de la atención a las personas con enfermedad mental, se han producido también cambios importantes en los siglos XIX y XX. Hasta la tercera década del siglo XIX la asistencia psiquiátrica en España se caracterizaba por el modelo manicomial, *preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la Asistencia Sanitaria en General. Hasta el modelo actual se ha dedicado muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos en contraste con la creciente morbilidad psiquiátrica* (Huertas García-Alejo, 1997)<sup>5</sup>.

Las últimas cuatro décadas han visto importantes reformas en el campo de la intervención en salud general y en salud mental. La descentralización y las renovaciones organizativas de financiación son dos cambios claves. Estos asuntos están siendo también importantes para la salud mental, ya que existe una mayor concienciación sobre la necesidad de adaptar la financiación de los servicios de salud mental y de resaltar la integración de los servicios de salud mental en los sistemas generales de salud (OMS, 2003a).

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013<sup>6</sup>, se calcula que entre el 2,5 y el 3% de la población española, aproximadamente un millón de personas, tienen un problema de salud mental grave. En un estudio realizado por el CEIFEM se calcula que la cifra es un 2% de la población española, lo que representa aproximadamente que 800.000 españoles sufren a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental. Ambas cifras las concreta la OMS:

*Los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades. En el 2020 representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. El impacto de los trastornos mentales es*

---

<sup>5</sup> Huertas García-Alejo. (1997). *Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX*. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1998/revista-65/09-estado-y-asistencia-psiquiatrica-en-espana-durante-el-primer-tercio-del-siglo-xx.pdf>

<sup>6</sup> Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>



---

*mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población. En las próximas décadas, los países en vías de desarrollo serán testigos probablemente de un incremento desproporcionado de la carga atribuida a los trastornos mentales (OMS, 2001).*

Los progresos neurocientíficos y avances en medicina conductual han declarado que, al igual que muchas enfermedades fisiológicas, las enfermedades mentales y conductuales son resultado de una compleja interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001). No obstante, durante mucho tiempo, los investigadores han deliberado sobre la importancia de la genética frente al ambiente en la aparición de enfermedades mentales y conductuales.

Diferentes disciplinas como la sociología, la psicología, la genética y la neurociencia han ejercido un papel importante en la distribución de nuestros conocimientos sobre estas correlaciones (OMS, 2001). A partir de ahí han ido surgiendo diferentes modelos: modelo biológico, modelo psicológico y modelo social.

El modelo biológico afirma que la edad y el sexo influyen en los trastornos mentales y conductuales. Una de las explicaciones que aporta es que se ha detectado una relación entre algunos trastornos y la presencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos. Otra interpretación afirma que en algunas enfermedades, como la depresión, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los circuitos neuronales (OMS, 2001).

Casi todas las enfermedades mentales y conductuales graves se relacionan con un importante componente genético de riesgo. Sin embargo, además del componente genético de riesgo, hay que tener en cuenta la interacción de éste con el entorno. Es más, puede que haya una alta predisposición genética a desarrollar una enfermedad mental o conductual y que ésta solo se desarrolle en personas sometidas a estresores concretos del ambiente que son los desencadenantes de la manifestación del trastorno (OMS, 2001).

Según la OMS, el modelo psicológico afirma que los componentes psicológicos particulares guardan también un importante vínculo con el surgimiento de enfermedades mentales y conductuales. Esta disciplina le da importancia decisiva a la educación, las relaciones parentales y los cuidados a los que las personas se someten durante la infancia. Es en ese momento cuando van a ser decisivos para que las personas desarrollen con normalidad funciones como el lenguaje, la inteligencia, el control emocional y el afrontamiento adaptativo a los acontecimientos estresantes de la vida (OMS, 2001).

La teoría del modelo psicológico se basa en pruebas obtenidas a lo largo del tiempo en la investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento. Éste se configura en parte por medio de interacciones con el entorno natural o social (OMS, 2001). El éxito de la terapia conductual corrobora esta teoría, ya que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas mal adaptadas de conducta y pensamiento.

El modelo social, por su parte, ha vinculado las enfermedades mentales y conductuales con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución de las tecnologías de la información y la comunicación. Todavía no hay un motivo claro para afirmar con certeza que el efecto de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los fragmentos de una sociedad concreta (OMS, 2001). Habitualmente, dichas transformaciones tienen consecuencias diferentes en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

El factor de la urbanización puede tener efectos negativos sobre la salud mental debido a su influencia de factores estresantes y entornos contaminados y hacinados, la pobreza, la dependencia de una economía capitalista, la violencia y el escaso apoyo social. Los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles ocasionan mayores tasas de problemas de salud mental (OMS, 2001).

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. La pobreza y las consecuencias que conlleva, como el desempleo, el sinhogarismo, la insuficiencia de medios, la falta de recursos sociales o

---

educativos, etc., multiplican las víctimas de trastornos mentales. En realidad, esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de las personas con enfermedad mental hacia la pobreza. Aunque todavía se discute cuál de estos dos mecanismos es consecuente de la mayor prevalencia de trastornos mentales entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia (OMS, 2001).

La asombrosa dimensión y velocidad de los avances de las tecnologías de la información y la comunicación desde finales del siglo XX es otro agente que se ha agregado al desarrollo de enfermedades mentales y conductuales. Algunos datos señalan que las imágenes que se muestran en los medios de comunicación contribuyen en los niveles de violencia, los comportamientos sexuales y el interés por la pornografía, y que la exhibición a la violencia de los videojuegos favorece las conductas agresivas y otras tendencias de la misma índole (OMS, 2001).

Los modelos biológicos, psicológicos y sociales intentan explicar el surgimiento y la evolución de las enfermedades mentales y conductuales. Conviven estos modelos con creencias de larga tradición. Creencias que han estigmatizado a las personas con una enfermedad mental. Así, el Responsable de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental en 1999 describió esta experiencia como: *El estigma socava la confianza en que los trastornos mentales son enfermedades reales que pueden tratarse. Conduce a las personas a no relacionarse con los enfermos mentales, a no emplearlos ni trabajar con ellos, o a no alquilarles viviendas ni vivir en sus proximidades* (OMS 2001). La sociedad en muchas ocasiones, por falta de información y de experiencias personales, incapacita a estas personas y les estigmatiza terriblemente creando falsos mitos sobre cómo son y estereotipándoles como: peligrosos, impredecibles, raros, incapaces de manejar su vida, incurables, responsables de lo que les ocurre, etc.

Las creencias anteriores dan lugar a prejuicios y actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental y todo ello conlleva una conducta

discriminatoria que tiene como consecuencia la privación de los derechos y la aparición de situaciones de especial dificultad para encontrar empleo o vivienda, limitación en las relaciones personales y en el peor de los casos exclusión social.

Según FEDEAFES (2013)<sup>7</sup>, *el estigma es un atributo profundamente desacreditante que ocasiona que quien lo soporta pase de ser una persona normal a otra contaminada, rebajada en su condición social*. Es la etiqueta perjudicial que se encasilla sobre la persona y resulta muy complicado despojarse de ella. Llega a esconder a la persona, porque se la identifica plenamente con la particularidad por la que se le etiqueta. Recalcada esta diferencia, resulta muy difícil para la persona ser aceptada como tal, con su dignidad y derechos.

Uno de los resultados del estigma es el propio auto-rechazo o auto-estigma de las personas con enfermedad mental. En muchas ocasiones los prejuicios y estereotipos afectan a la persona con enfermedad mental hasta el punto que los aceptan como verídicos y pierden la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida normalizada. Incluso, llega a asumir esas actitudes marginadoras y se auto-discrimina. Se generan así reacciones emocionales nocivas; se pierde la sensación de dominio sobre su situación personal, incapaz de buscar trabajo o vivir de forma autónoma, y es posible que ni siquiera lo pretenda. Ello puede llevar a la frustración en el tratamiento y rechazar la enfermedad mental y a los familiares o el personal de los servicios de salud mental que le atiende (FEDEAFES, 2013).

La FEDEAFES va más allá en su reflexión cuando indica que el motivo principal del estigma hacia las personas con enfermedad o trastorno mental grave es el desconocimiento y la falta de experiencia personal con lo que crean una imagen negativa del colectivo. También los medios de comunicación, en

---

<sup>7</sup> FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). (2013). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV*. Disponible en: [http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2014/03/FEDEAFES\\_Estigma-Social-en-Euskadi\\_entre-las-personas-con-enfermedad-mental\\_estudio2013\\_web-reducido.pdf](http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2014/03/FEDEAFES_Estigma-Social-en-Euskadi_entre-las-personas-con-enfermedad-mental_estudio2013_web-reducido.pdf)

ocasiones, favorecen el estigma cuando en lugar de hacer llegar a la sociedad una imagen real de la enfermedad mental, reflejan una imagen relacionada con la violencia. Por ello, se ha de llevar a cabo una importante labor de información, sensibilización y concienciación con la problemática y las necesidades de las personas con trastorno mental, sobre todo cuando es grave.

Con el objetivo de reducir la estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental y erradicar las conductas discriminatorias que tienen como consecuencia la privación de los derechos y la aparición de situaciones de especial dificultad para este colectivo, se han desarrollado conceptos y movimientos nuevos como *el fomento de la Salud Mental* y *los movimientos de fomento de la Salud Mental*.

El *fomento de la Salud Mental* es un concepto relativamente nuevo. Se basa en una pluralidad de actuaciones encauzadas a erradicar los principales obstáculos estructurales y de actitud, en la dirección de alcanzar resultados positivos de salud mental en la población (OMS, 2001). Por su parte, la aparición de los *movimientos de fomento de la Salud Mental* han ayudado en muchos países a cambiar la manera de percibir a las personas con trastornos mentales en cuanto a la eliminación de prejuicios, estereotipos, estigmas y actitudes negativas (OMS, 2003a). Los usuarios han comenzado a formar su propia visión de los servicios que necesitan y quieren, y cada vez toman más decisiones, con buena información, sobre el tratamiento, su autodeterminación u otros aspectos de sus vidas diarias. La participación de los usuarios y sus familias en las organizaciones de apoyo es primordial para poder tener una influencia y resultados positivos.

No podemos olvidarnos de que las personas somos seres sociales y seres interdependientes. Para conseguir esa “felicidad”, “armonía” y “tranquilidad” necesitamos a otras personas.

## 2.2 Conceptos y modelos en torno a la discapacidad

La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad propugnada por la ONU en el año 2006<sup>8</sup>, una de las iniciativas de mayor repercusión y relevancia de los últimos tiempos y protagonista del nuevo contexto internacional en materia de derechos y discapacidad, aporta una de las definiciones más completas sobre el término discapacidad:

*La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.*

En la misma Convención se concreta que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. De esta forma, la Convención introduce una perspectiva fundamentada en los derechos humanos y un modelo de intervención centrado en la persona con discapacidad que pasa a ser sujeto de derechos (capacidades y potencialidades) y no objeto de derecho, un ciudadano y no un problema (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012). Es así como se ha convertido en protagonista y referente para la concepción de la discapacidad. Su propósito es el de *promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente* (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012).

Los cambios transcurridos en las últimas décadas han ido transformando los conceptos y modelos de la discapacidad. El uso de conceptos nuevos como: integración social, derecho subjetivo, igualdad de oportunidades, no discriminación, accesibilidad universal y otros, plasma en la práctica esos

---

<sup>8</sup> Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad propugnada por la ONU. (2006). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=618>

---

avances hacia el reconocimiento y disfrute de los derechos y la visión de la persona con discapacidad como sujeto activo y titular de los mismos. En cuanto a los nuevos modelos, hoy la discapacidad se entiende desde una perspectiva de interacción, en la cual el entorno ocupa un papel decisivo y no como si fuera un rasgo de la persona y estuviese únicamente relacionada con la misma (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012).

En el año 2001, la OMS en el marco de la CIF, propuso la potenciación de la perspectiva biopsicosocial. Este nuevo enfoque mezcla las perspectivas de tipo médico, psicológico y social con un énfasis particular en los factores contextuales.

Los principales modelos que nos encontramos relativos a las circunstancias de la discapacidad son: el modelo de prescindencia, el médico rehabilitador y el social. Los tres conviven fundamentados en distintas posturas según la época y el contexto socio histórico en el que nacen, la religión, la ideología, la moral y la política imperante (Muyor Rodríguez, 2009).

En el modelo de prescindencia, el origen de la discapacidad es religioso. Considera que estas personas son prescindibles de esta sociedad. Son cargas y se las ve como objeto. No sólo son motivos religiosos, es una cuestión de carácter cultural. En culturas tradicionales se entiende que no puede hacerse cargo de aquellos que no son válidos. El entorno no puede asumir la carga que significa una persona que no puede valerse por sí misma. En este modelo la vida de las personas con discapacidad no merece la pena ser vivida. (Muyor Rodríguez, 2011).

El modelo de prescindencia se divide en dos submodelos: el submodelo eugenésico (bien nacido) y el submodelo de marginación o exclusión social. Hoy en día este modelo tiene un carácter y aplicación residual (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012).

El modelo médico rehabilitador se centra en el paciente. Según este modelo las causas que originan la discapacidad son científicas. La persona se transforma en objeto médico. El paciente es el que tiene la enfermedad, por lo que no hay

persona, hay enfermedad (Muyor Rodríguez, 2011). El “problema” de la discapacidad se encuentra dentro del individuo. Se pretende rehabilitar con tratamientos médicos para normalizar su situación, quedando la discapacidad oculta, y para lograr que se asimilen a las demás personas (válidas y capaces) y de no conseguirlo, la alternativa es la institucionalización (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012).

En este modelo las personas denotan una actitud de total confianza y subordinación al profesional sanitario. La posición es superior y dirige la rehabilitación de la persona de forma paternalista, ya que las personas son “objetos médicos” en los que se potencia la sobreprotección (Palacios, 2008).

El modelo médico se hace omnipresente a partir de la Segunda Guerra Mundial y la aplicación la Penicilina y los antibióticos. Sin embargo, en la actualidad se encuentra en un progresivo debilitamiento gracias al desarrollo de la bioética, pues se están incorporando cuestiones de índole social.

El tercer posicionamiento es el modelo social. Su origen está en el *movimiento de vida independiente* de Estados Unidos en los años setenta. En él un grupo de personas con discapacidad reivindican su autonomía para decidir respecto a su propia vida en igualdad de oportunidades (Muyor Rodríguez, 2010).

Durante las últimas décadas el tratamiento científico, profesional y social de la discapacidad ha sido imprescindible para el desarrollo de nuevos programas y servicios, así como para el avance de políticas sociales positivas. Progresivamente, con la involucración del Tercer Sector y de las administraciones públicas se han ido desarrollando múltiples iniciativas e innovaciones (Verdugo y Jordán de Urríes, 2007).

Cada vez con más fuerza, han ido emergiendo nuevas alianzas sociales, entre ellas, la de discapacidad. Un número importante de asociaciones y organizaciones, junto con los familiares de personas con discapacidad, han ido consiguiendo importantes logros en torno a la defensa y promoción de los derechos de las personas con discapacidad gracias a su fuerte asociacionismo. Como señala Verdugo, *se puede decir que ha habido una concordancia y*



---

*alianza entre la teoría y la práctica comprometidas* (Verdugo y Jordán de Urríes 2007).

El modelo social es el que actualmente cobra más importancia por mostrarse el más beneficioso, vigoroso y enriquecedor. Lo más importante del mismo es la integración social de las personas con discapacidad y la trascendencia del entorno socio espacial que tanto influye en la inclusión social de las mismas.

Se estaría hablando de un entorno socio-físico. El entorno físico condiciona por las barreras arquitectónicas, pero también existe el entorno social, que todavía restringe mucho más sobre todo cuando plantea unas exigencias en cuanto al desempeño de tareas (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012). Este entorno próximo incide, así como también la actitud y conducta de la propia persona.

El concepto clave dentro del modelo social que permite poder relacionar la Discapacidad con la Dependencia es el de autonomía. Habría que cambiar los siguientes supuestos para que realmente se pudiese poner en marcha el modelo social: entender que todas las personas están en la misma línea, es decir, todas las personas por el hecho de serlo han de tener esa dignidad y la dignidad no tiene que tener grados; además, todas las personas tienen independencia o autonomía e igualdad inclusiva.

En este modelo las causas que originan la discapacidad no son religiosas, culturales ni científicas, sino sociales. A diferencia del modelo médico-rehabilitador, no son las limitaciones individuales el centro del problema sino las limitaciones de la sociedad, que no está preparada ni organizada para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta ni para prestar los servicios adecuados (Muyor Rodríguez, 2010). Lo importante es reconocer las capacidades de las personas con discapacidad e *identificar de qué forma la sociedad incapacita a las personas* (Anaut-Bravo, Urizarna y Verdugo, 2012).

La premisa de partida del modelo social es que la discapacidad es una construcción social. Una construcción social opresiva en la que se puede hablar de una clasificación en exclusión según se tenga o no discapacidad.

Las consecuencias personales y sociales de este modelo que intenta a toda costa que la discriminación no tenga nada que ver con la discapacidad son: autonomía personal, interacción persona-entorno e inclusión y cohesión social. Se entiende a la persona que tiene una discapacidad como un sujeto activo con derechos y deberes (Palacios, 2008).

Las respuestas que se dan están relacionadas con la adaptación del entorno por medio del *diseño para todos* y la *accesibilidad universal*, el hacer más énfasis en las potencialidades y la demanda de implicación del conjunto de la sociedad (Palacios, 2008). Es un tema que afecta a toda la sociedad, por lo tanto ha de haber una implicación y un desarrollo normativo muy centrado en que los derechos se reconozcan y se apliquen.

Otra respuesta es la búsqueda del cambio terminológico (personas con discapacidad o personas con diversidad funcional) cuando se utiliza una palabra y no otra se influye directamente en la construcción del pensamiento, los conceptos no son estáticos, se van construyendo permanentemente. Existe una conceptualización, por eso es importante que los y las profesionales vayan incorporando esas variaciones para que puedan ir modificando la percepción de esa realidad, que va cambiando a medida que intervenimos (Palacios, 2008).

Junto a los nuevos conceptos y modelos de la discapacidad y las propuestas de las organizaciones científicas internacionales, cabe citar el concepto relativamente nuevo de *calidad de vida* y el modelo multidimensional basado en el mismo para el cambio social que debe darse progresivamente hacia la inclusión de las personas con discapacidad. En esta línea y como continuación del modelo social, aparece el modelo de la diversidad funcional que nace a partir del *foro de vida independiente* para complementarlo. En este modelo no se está de acuerdo con el mantenimiento de los modelos previos (Palacios y Romañach, 2006).

Van a ser los derechos humanos, el disfrute y goce en igualdad, y la dignidad inherente a todos los seres humanos los que van a constituir transversalmente este modelo. Apuesta por medidas como la desmedicalización,

---

desinstitucionalización e implicación personal en el desarrollo del modelo. La diversidad es una realidad incontestable en una sociedad *formada por personas que son funcionalmente diversas a lo largo de la vida* (Palacios y Romañach, 2006).

Con la desmedicalización se refiere a que la discapacidad no siempre es una enfermedad. Se entiende que hay procesos en la discapacidad que pueden cuestionarse que sean enfermedad según la clasificación internacional de las enfermedades.

En cuanto a la desinstitucionalización hay posicionamientos diversos. Numerosas asociaciones y familias no están de acuerdo, sobre todo en el tema de salud mental. La desinstitucionalización es un proceso con repercusiones directas en la persona y su entorno familiar, vista la experiencia de salud mental.

La implicación personal para el desarrollo de este modelo es fundamental. De nada sirve establecer un entorno ideal si la persona no se implica. Si la persona no se incorpora con “normalidad” a su entorno una vez eliminadas las barreras. Además de la implicación personal, ha de haber un reconocimiento social de la diversidad y una concienciación colectiva, sin olvidar la adaptación del entorno con el diseño para todas las personas y la implicación intrageneracional e intergeneracional.

La diversidad funcional ha de ser transversal; ha de estar incorporada en cualquier ámbito. Ha de primar la dignidad humana intrínseca y extrínsecamente, y los derechos han de ser sin excepción. Es decir, han de ser los mismos para todas las personas. Las personas con discapacidad no han de tener derechos específicos, sino los mismos.

La propuesta de A. Palacios y J. Romañach (2006) apuesta por el uso del nuevo término diversidad funcional como sustituto de los peyorativos: minusválido, inválido y discapacitado. Para eliminar la terminología negativa y con ello que la identidad de las personas con discapacidad no se perciba como negativa es oportuno este cambio conceptual.

Ahora bien, como enuncia A. Palacios (2008), *el resultado parecer ser tranquilizador, y las sociedades occidentales descansan tranquilas elaborando políticas basadas en esos dos últimos modelos (médico y social) que se perciben como beneficiosos por el conjunto de la sociedad.*

### **2.3 ¿Enfermedad mental es sinónimo de discapacidad intelectual?**

El concepto de discapacidad intelectual no se ha de confundir con el de enfermedad mental o trastorno mental. Para ello, a continuación se explica la evolución del concepto, los diferentes enfoques y finalmente la diferencia entre discapacidad intelectual y enfermedad mental.

Durante la primera mitad del siglo XX, el retraso mental<sup>9</sup> se consideraba un rasgo absoluto del individuo. Las concepciones biológicas y psicométricas dominaban en su interpretación y procedimiento. La evaluación se centraba casi únicamente en la valoración del coeficiente intelectual. Método que servía para hacer el diagnóstico y para establecer el nivel dentro del cual se encontraba la persona: ligero, medio, severo o profundo (Gómez Vela, 2006).

Actualmente ha aparecido el término discapacidad intelectual para sustituir el de retraso mental. Esta evolución de la terminología es visible incluso en el cambio de denominación de la American Association of Mental Retardation (AAMR), que ha pasado a llamarse American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (Shevell, 2008).

Como se dice en el apartado anterior, los conceptos y modelos de discapacidad han evolucionado con los cambios transcurridos en las últimas décadas, plasmando los avances hacia el reconocimiento de derechos y la visión de la persona con discapacidad como sujeto activo y titular de los mismos (ONU, 2006). Lo mismo ha ocurrido con el término discapacidad intelectual<sup>10</sup>, sinónimo de retraso mental, pero que es ventajoso usarlo porque

---

<sup>9</sup> Gomez Vela. (2006). *Retraso mental y necesidades educativas especiales*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/58746059/Retraso-Mental-y-Necesidades-Educativas-Especiales>

<sup>10</sup> Shevell (2008). Retraso global del desarrollo y retraso mental o discapacidad intelectual: concepto, evaluación y etiología. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/501v55n05a13142221pdf001.pdf>

muestra el cambio actual de la construcción de la discapacidad y se ajusta mejor al énfasis contemporáneo que se ha puesto en los comportamientos funcionales y en los factores contextuales (Shevell, 2008).

La controversia sobre cuál es el término más apropiado para mencionar a la población ha sido razón de polémica desde finales de los años ochenta en ámbitos científicos y profesionales. Gradualmente este debate se ha visto trasladado a los familiares y a las personas con esa discapacidad (Verdugo, 1994).

El principal motivo para proponer un cambio en la terminología proviene del carácter despectivo del retraso mental que, además, aminora el entendimiento de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas. La discapacidad intelectual debe entenderse hoy desde una perspectiva que recalque, en primer lugar, a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad (Verdugo, 1994).

La novena edición de la AAMR en 1992, conllevó un cambio paradigmático en la conceptualización del retraso mental. Dejó de considerarse *algo innato de la persona*, para considerarse la expresión de *la interacción entre la persona con condiciones concretas de limitación en dos o más áreas de habilidades adaptativas y el entorno*<sup>11</sup> (FEAPS, 2000).

Las definiciones actuales del concepto de discapacidad intelectual son las siguientes:

*-La discapacidad intelectual se caracteriza por las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conductuales,*

---

<sup>11</sup> FEAPS. (2000). Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. *Publicada la décima edición de la AAMR (American Association on Mental Retardation) sobre el Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo.* Disponible en: [http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/retrasomental\\_di.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/retrasomental_di.pdf)

*sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años (Verdugo, 2003).*

*-Funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media, existiendo al mismo tiempo déficit en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo afectando negativamente el desempeño educativo del niño (Ley de educación para individuos con Discapacidades de 2004).*

Según Wehmeyer, son diferentes los enfoques históricos que se han utilizado para definir y clasificar la discapacidad intelectual: social, clínico, intelectual y criterio dual (Robert I. Schalock, et al. 2007). El enfoque social recuerda el concepto con el que históricamente las personas fueron determinadas: retraso mental. Esta noción lo que quería transmitir era la desadaptación social que las personas con discapacidad intelectual tenían con su ambiente (Robert I. Schalock, et al. 2007).

El enfoque clínico está íntimamente ligado al modelo médico en cuanto a que el foco de atención se centra en los síntomas y el síndrome clínico de la persona con discapacidad intelectual. Este criterio clínico no rechaza el modelo social, pero se va transformando paulatinamente en un modelo más médico rehabilitador en el que los protagonistas son la patología o enfermedad y la división entre personas con o sin discapacidad (Robert I. Schalock, et al. 2007).

Con el surgimiento de diferentes medidas como son los test mentales para valorar la inteligencia, surge el enfoque intelectual. El funcionamiento intelectual se va a medir y a plasmar en una calificación de Coeficiente Intelectual. Según la valoración del Coeficiente Intelectual se va a catalogar a las personas según su pertenencia a un grupo u otro (Robert I. Schalock, et al. 2007).

Dentro del enfoque del criterio dual se encuentra la primera aproximación a la definición de retraso mental en el Manual de la Asociación Americana de la Deficiencia Mental como: *funcionamiento intelectual general por debajo de la media que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia con*

---

*limitaciones en la maduración, el aprendizaje y el ajuste social* (Robert I. Schalock, et al. 2007).

Tras haber visto la evolución del concepto discapacidad intelectual, los cambios en la terminología, las diferentes definiciones y la descripción de cada enfoque, se puede observar cómo a lo largo de la historia se ha intentado definir y clasificar a las personas con discapacidad intelectual según su patología. Ello ha provocado su segregación en diferentes grupos.

En un estudio realizado en la Fundación Carmen Pardo-Valcarce<sup>12</sup> sobre discapacidad intelectual y enfermedad mental, se afirma que pese a que el término retraso mental aparezca en la lista de los trastornos del DSM-IV-TR, la AAMR dice que es diferente de los demás trastornos mentales. En primer lugar, el retraso mental o discapacidad intelectual, no es una enfermedad, en el sentido de que no tiene una única etiología, ni curso, ni síntomas patognomónicos claros. Es un término que se refiere a una persona cuyo funcionamiento tanto a nivel cognitivo como adaptativo está por debajo de cierto umbral. Por tanto, enfermedad mental no es sinónimo de discapacidad intelectual o retraso mental. La diferencia, como se ha visto, está en que la discapacidad intelectual o retraso mental no es una enfermedad porque no tiene una única etiología, ni curso, ni síntomas patognomónicos claros. La discapacidad intelectual se refiere a una persona con un funcionamiento tanto a nivel cognitivo como adaptativo que está por debajo de cierto umbral establecido pero eso no es una enfermedad.

---

<sup>12</sup> Fundación Carmen Pardo-Valcarce. *Discapacidad intelectual y salud mental. Evolución del concepto de discapacidad intelectual. El modelo actual de la AAID*. Disponible en: <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/42106440e7751a8836d418ecfbd94c994a24d927.pdf>

### 3. RESULTADOS

En este apartado se explica por qué el trabajo o la ocupación es un medio de inserción social para todas las personas. En una segunda parte más extensa se profundiza en la detección de prestaciones socio-laborales dirigidas a personas con enfermedad mental grave y discapacidad.

#### 3.1. La situación laboral de las personas con discapacidad y enfermedad mental

El trabajo es un punto de partida para la independencia y la habilidad para hacer elecciones. El trabajo suele entenderse como un medio de inserción social desde una perspectiva holística de las necesidades de las personas (Verdugo y Jordán de Urríes 2007). El nivel de integración, autorrealización, sociabilidad y satisfacción de necesidades que aporta a las personas el mundo laboral y la importancia que para la vida de las mismas tiene la actividad cotidiana que realizan da lugar a la consecución de bienestar y calidad de vida que todas las personas anhelan.

Tal y como dice la Asociación Síndrome de Down de Navarra (2014)<sup>13</sup>, el empleo aporta calidad de vida, bienestar físico, material, social y emocional. Tener empleo o realizar una actividad cotidiana da la posibilidad de autogestión, autodeterminación, elevación de la autoestima, confianza y seguridad en sí, el desarrollo personal, establecimiento de relaciones interpersonales, bienestar familiar, ocio, mayor valoración social e inclusión social.

El trabajo para las personas con enfermedad mental y/o discapacidad es igual que para cualquier otra persona, un medio donde las aptitudes y las habilidades son de vital importancia. Es importante tener claro que las personas con trastorno mental y/o con discapacidad pueden trabajar como cualquier otra persona siempre y cuando su perfil se ajuste a la realización de

---

<sup>13</sup> Asociación Síndrome de Down Navarra. *Formación continua e integración laboral*. Disponible en: <http://www.sindromedownnavarra.org/paginas/itaca.html>



las actividades propias del puesto. La realización de una actividad de empleo o promoción laboral permite a la persona con discapacidad desarrollar habilidades, hábitos y destrezas que no sólo le ayudan a progresar económicamente sino también, en la mayoría de los casos, son la base del reconocimiento de su valor social por parte de su entorno y la aceptación de la comunidad, de su integración social (FEAPS, 2000).

*Muchos países tienen constituciones, legislaciones y códigos que prohíben la discriminación debido a la discapacidad. A pesar de ello, para las personas con discapacidades, y en particular para las personas con trastornos mentales sigue siendo difícil obtener empleo. Esto se debe en gran medida a la estigmatización, pero también a otras dificultades para emplear a personas con trastornos mentales, debido al apoyo adicional que pueden necesitar y a las posibilidades de las recaídas (OMS, 2003a).*

Además de todo ello, el empleo aporta a las personas con enfermedad mental y/o discapacidad aspectos altamente positivos como son la normalización y la organización de su vida diaria en la que se diferencia el tiempo de vida activo con el de descanso y tiempo libre.

### **3.1.1 Situación laboral de las personas con discapacidad**

El Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (ODISMET) es uno de los principales referentes para el análisis del empleo de las personas con discapacidad a nivel estatal. A partir de su *Informe anual sobre la situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral* (2014) se pueden extraer las siguientes ideas acerca de la inclusión laboral de las personas con discapacidad:

- 1) La tipología y el grado de discapacidad pueden obstaculizar o propiciar el acceso y permanencia en el mercado laboral ordinario.
- 2) Las opciones laborales son en general trabajos poco especializados en el mercado laboral ordinario.

- 3) La tasa de desempleo es superior a la de las personas sin discapacidad. La tasa de desempleo ha pasado en 2012 a alcanzar el 33%.
- 4) Los efectos de la crisis sobre las personas con discapacidad en edad de trabajar son importantes: la tasa de empleo de las personas con discapacidad es del 12,5% mientras que en 2008 era del 28%.
- 5) No es la crisis el principal motivo de la situación de desigualdad y precariedad en el acceso de las personas con discapacidad al mundo laboral. Hay factores estructurales de largo recorrido y difícil modificación más relevantes.
- 6) Las principales ocupaciones están en el sector servicios. No obstante, hay diferencias por sexo: las mujeres se emplean en servicios y en empleo no cualificado, y los hombres cuentan con mayor diversificación sectorial y empleos cualificados en la agricultura, industria y la construcción.
- 7) El nivel de severidad y tipología de las situaciones de discapacidad es otro de los indicadores. Las personas con discapacidades sensoriales son las que menos dificultades tienen, en especial las personas con discapacidad auditiva. Las personas que tiene más de una discapacidad experimentan más dificultades. El grado de intensidad o severidad indicado en el certificado influye en las ayudas que se pueden recibir no sólo por la vía de política social sino también por la vía de empleo.
- 8) El nivel de estudios es clave para la inclusión laboral, ya que a mayor nivel de formación, más opciones de poder trabajar. El nivel educativo de las personas con discapacidad es muy inferior a la media, siendo mayor el de abandono educativo de los jóvenes (el 70% de estas personas refieren barreras en el acceso a la educación).
- 9) La percepción subjetiva del estado de salud de cada persona y la forma en la que influye sobre la propia discapacidad van a aumentar o disminuir las posibilidades de acceder al empleo.

- 10) Las condiciones laborales no son buenas. La temporalidad en los contratos predomina sobre los contratos fijos (91% en 2013) y las jornadas parciales son muy significativas (39%). Los contratos fijos suelen darse solamente en las administraciones públicas y en los casos de discapacidad sobrevenida y de media o baja intensidad.
- 11) Las condiciones del puesto de trabajo no siempre cuentan con las adaptaciones técnicas necesarias. En algunas ocasiones se debe al desconocimiento de las adaptaciones y de las ayudas a la contratación de personas con discapacidad, y en otras a la carestía de la adaptación.
- 12) La movilidad laboral entre estas personas es muy limitada.
- 13) Los salarios de las personas con discapacidad son un 10% inferior que el de las personas sin discapacidad. Si se descuentan las deducciones y bonificaciones de las que se benefician las personas con discapacidad, las diferencias salariales se reducen al 5%.
- 14) Durante la crisis entre el año 2009 y 2014 no se ha modificado ni el marco legislativo ni las bonificaciones ni las deducciones.
- 15) Ha aumentado el número de personas que tienen el certificado de discapacidad en el periodo 2009-2014.
- 16) La mayoría de las empresas de más de 50 trabajadores incumplen la cuota de reserva del 2%. Según el INE (2013), en el año 2012 el 81,4% de los asalariados trabajaban en empresas de 50 o más trabajadores que no cumplían la cuota de reserva frente a un 18,6% que sí cumplían dicha cuota.

En este contexto de crisis económica, el crecimiento de las tasas de desempleo, la precarización de las condiciones laborales, las condiciones laborales desiguales y la pobreza laboral afectan más a las personas con discapacidad, por lo que los Centros Especiales de Empleo y los Centros Ocupacionales se convierten en una vía de salida para las personas con discapacidad. Entre los años 2006 y 2013 el volumen de contratos específicos para personas con discapacidad en Centros Especiales de Empleo casi se ha

duplicado, pasando de 26.000 a 49.000. Esto se ha debido también a la reducción de este tipo de contratos en la empresa ordinaria, pasando de 29.000 a 20.000 contrataciones en el mismo período de tiempo.

### **3.1.2 Situación laboral de las personas con enfermedad mental y/ o discapacidad intelectual**

A partir de algunas de las recientes declaraciones de la OMS se puede observar que una de cada cuatro personas, sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. Así, las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al de cáncer y los trastornos cardiovasculares. Entre el 70% y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo (FEAFES, 2008).

*La mayoría de las personas con enfermedad mental grave y/o discapacidad está desempleada y presenta importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo. Estas dificultades se refieren a déficits de comportamiento e inhabilidades que dificultan el desempeño del trabajo, problemas de ajuste laboral, que resultan como consecuencia del efecto de la enfermedad mental, falta de experiencia e historia laboral previa, así como rechazo social y estigma asociados (Elkarkide, 2012).*

En el caso de las personas con discapacidad intelectual, según estimaciones de AFEM (Asociación FEAPS para el Empleo)<sup>14</sup>, más de un 60% de las personas que tienen discapacidad intelectual y que están en condiciones de trabajar se encuentra en situación de desempleo. Por lo tanto, estamos ante un colectivo con una tasa de actividad muy baja, y una tasa de desempleo muy alta.

La AFEM afirma que en España viven aproximadamente 230.000 personas con algún tipo de discapacidad intelectual y alrededor de 50.000 son susceptibles

---

<sup>14</sup> Asociación FEAPS para el Empleo (AFEM). *Servicio de empleo*. Disponible en: <http://www.feaps.org/servicios/empleo.htm>

de ser empleadas: 10.000 de ellas ya trabajan en Centros Especiales de Empleo; otras 5.000 han accedido al empleo ordinario y las restantes 35.000 se encuentran sin empleo.

En un contexto de severa crisis económica, política y social, en el que el punto de partida es la precariedad estructural por la temporalidad de los contratos y las malas condiciones de trabajo, las personas con dificultad de incorporación socio-laboral todavía se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, como demuestran los datos presentados.

### **3.2. Prestaciones ocupacionales/laborales para personas con enfermedad mental**

A continuación se presentan las diferentes respuestas que dan las Comunidades Autónomas uniprovinciales al tema ocupacional/laboral para las personas con enfermedad mental. En primer lugar se explica el modelo de intervención en rehabilitación laboral de cada comunidad, después la normativa referida a Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo y, finalmente, las prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral de cada Comunidad.

#### **3.2.1 Asturias**

La atención especializada de la salud mental en el Principado de Asturias, según el Informe monográfico de la Junta General del Principado de Asturias “La salud mental y los derechos de las personas afectadas en Asturias”<sup>15</sup>, se lleva a cabo a través de la Red de Servicios de Salud Mental que está integrada por un conjunto articulado y diversificado de servicios que realiza la atención a nivel especializado y en coordinación con Atención Primaria de Salud.

---

<sup>15</sup>Informe monográfico a la Junta General del Principado de Asturias “La salud mental y los derechos de las personas afectadas en Asturias”. Recuperado de: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/25761/8-4-1/informe-monografico-a-la-junta-general-del-principado-de-asturias-la-salud-mental-y-los-derechos-de-las-personas-en-asturias.aspx>

La Red de Salud Mental de Asturias se completa con una serie de recursos de carácter específico orientados, por un lado, a garantizar la calidad y la continuidad de cuidados y, por otro, a dar soporte a programas regionales, o de área sanitaria, dirigidos a prestar atención a los problemas de mayor gravedad o impacto social, como es el Trastorno Mental Grave, incluyendo recursos y actividades de rehabilitación e inserción socio-laboral como los Centros de Apoyo a la Integración (CAI), cuyo objetivo es favorecer la integración socio-laboral, componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona.

Esta Red de Servicios tiene la misión de atender las necesidades de prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de Salud Mental de la población que reside en Asturias implicando y colaborando con los otros servicios sanitarios y demás instituciones y organizaciones relacionadas con las necesidades de las personas con trastornos mentales, especialmente las relacionadas con inserción sociolaboral.

### **1. Normativa**

La normativa aplicable a los centros y a las actividades propias del área de asuntos sociales, área de salud mental y área ocupacional para poder garantizar así la calidad de los servicios que se presten en el territorio del Principado de Asturias es la siguiente:

-Decreto 81/86, de 11 de junio por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, modificado por Decreto 119/1991, por Decreto 61/1994, por Decreto 183/1995, y por Decreto 40/1997.

-Decreto 2087/1999, de 30 de diciembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la administración del Estado al Principado de Asturias, en materia de cooperativas, calificación y registro administrativo de sociedades laborales y programas de apoyo al empleo.

- Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.

-La cartera de servicios en salud mental: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

En el ámbito de la formación y el empleo de personas con trastornos mentales graves, desde los Servicios de Salud Mental se participa en programas o acciones orientadas a su integración socio laboral desde el modelo de centros de atención de servicios sociales a personas con discapacidades: Centros Ocupacionales o Centros de Apoyo a la Integración y Centros Especiales de Empleo.

Los Centros de atención de servicios sociales, de titularidad pública o privada, con o sin ánimo de lucro establecidos en el Principado de Asturias están desarrollados y gestionados por otras entidades destinadas a favorecer la inclusión social. Con el objetivo de potenciar el desarrollo de la empleabilidad de personas afectadas por una enfermedad mental grave, se llevan a cabo acciones de orientación, formación, prácticas y entrenamiento en la búsqueda activa de empleo.

### **2.1 Centros**

#### **2.1.1 CAI: Centro de Apoyo a la Integración**

Los Centros de apoyo a la integración son recursos específicos para la atención a las personas con discapacidades al finalizar su periodo de escolaridad obligatorio<sup>16</sup>. Se caracterizan por asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social cuando el grado de discapacidad impide la integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo. Son

---

<sup>16</sup>Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.

los Centros de Valoración de personas con discapacidad del Principado de Asturias, dependientes de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, los que realizan una valoración adaptada a la persona orientándola hacia los diferentes recursos.

Los Centros ocupacionales o de apoyo a la integración constituyen un recurso especializado de atención y formación dirigido a personas adultas con discapacidad, cuyo objetivo es favorecer la integración socio laboral, la promoción del desarrollo personal y el incremento de bienestar de dichas personas mediante la elaboración de planes personalizados de apoyo. En estos Centros se podrán desarrollar programas de Centro de día para personas con graves discapacidades que requieran mayores necesidades de apoyo.

### **Objetivos**

Como se recoge en los documentos de Política Social “De los Centros Ocupacionales hacia los Centros de Apoyo a la Integración” de la Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, la finalidad última que debe guiar un Centro de Apoyo a la Integración es el logro de un equilibrio y conciliación entre tres grandes objetivos generales: la integración sociolaboral, el fomento de la autonomía e independencia personal y la calidad de vida y bienestar de la persona.

Los objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar en un Centro de Apoyo a la Integración pueden estar agrupados en torno a diferentes núcleos<sup>17</sup>. Siendo evidentemente la persona adulta con discapacidades el objeto directo de la intervención, también se debe intervenir sobre otros agentes como la familia, los profesionales y el contexto comunitario, entendiéndolos como agentes activos o escenarios significativos donde la persona con discapacidad convive y se desarrolla.

---

<sup>17</sup> Documento de Política Social: “De los Centros Ocupacionales hacia los Centros de Apoyo a la Integración”, Consejería de Asuntos Sociales-Principado de Asturias. Recuperado de: <http://www.aspaceasturiasgijon.e.telefonica.net/cai/inicio.html>



#### Objetivos dirigidos a la persona con discapacidad:

- Promover la capacitación profesional y el desarrollo de habilidades relacionadas con el ámbito de la formación ocupacional/prelaboral, para facilitar un futuro acceso a otros recursos de formación y/o empleo.
- Desarrollar habilidades que permitan un adecuado grado de competencia y autogobierno dentro del ámbito personal y social.
- Favorecer la integración en la sociedad de la información, impulsando el acceso y la utilización de las nuevas tecnologías para favorecer la comunicación, así como el acceso a una formación más amplia y a nuevas formas de trabajo.
- Impulsar la participación en la vida comunitaria.
- Mantener las capacidades psico-funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psico-afectivo adecuado.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones definitivas no deseadas o desaconsejables.

#### Objetivos dirigidos a la familia

- Proporcionar orientación y apoyo.
- Desarrollar actitudes que contribuyan a favorecer la independencia y autodeterminación de sus hijos adultos.
- Favorecer la colaboración de la familia con el Centro.

#### Objetivos dirigidos a los profesionales

- Conseguir una actuación planificada y coordinada desde un adecuado trabajo en equipo.
- Proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren la prestación de una atención integral cualificada.
- Evitar la desmotivación de los profesionales, favoreciendo un clima social propicio para las interacciones positivas.

### Objetivos dirigidos al contexto comunitario

- Promover la equiparación de oportunidades para una participación activa de las personas con discapacidades en los diferentes servicios, recursos e iniciativas de la comunidad existentes para todos los ciudadanos en los diferentes ámbitos (sanitario, educativo, social, cultural, deportivo, etc.) articulando los apoyos necesarios para ello.
- Favorecer una actuación complementaria y coordinada entre centros y tejido social respecto a las ofertas de servicios y actuaciones dirigidas a las personas con discapacidad.
- Contribuir al enriquecimiento de la propia comunidad desde la oportunidad que ofrecen la convivencia y las interacciones desde la diversidad.

### Programas/servicios

Como se recoge en la página web oficial del Gobierno del Principado de Asturias, los programas de intervención son los siguientes:<sup>18</sup>

-Formativo/ocupacional

-Programas de orientación personal y laboral:

- Programas de formación pre-laboral.
- Programas ocupacionales.

-Autonomía funcional y salud:

- Programas de desarrollo de la autonomía personal en la vida cotidiana.
- Programas de estimulación y mantenimiento psicofísico.
- Programas de apoyo al envejecimiento positivo.

---

<sup>18</sup> Página web oficial del Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de:  
<https://www.asturias.es/portal/site/trabajastur/menuitem.4e3371c2bf3ddbc8d0253f24331081ca/?vgnextoid=8f839561e174f110VgnVCM100000330118acRCRD&i18n.http.lang=es>

-Desarrollo social, integración y participación comunitaria:

- Programas de promoción de la autodeterminación y habilidades de participación.
- Programas de educación afectivo-sexual.
- Programas de participación comunitaria.
- Programas de voluntariado.

-Familia: Programas orientación y apoyo familiar.

Según los artículos 43 y 87 del Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de Servicios Sociales:

Los Centros ocupacionales o de apoyo a la integración deberán ofrecer a las personas usuarias los siguientes servicios y programas:

- a) Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- b) Programas de orientación y formación pre-laboral, salvo cuando las personas usuarias sean personas gravemente afectadas.
- c) Programas ocupacionales.
- d) Programas de promoción de la autonomía y salud.
- e) Programas de mejora de las habilidades sociales y fomento de la capacidad de autogobierno dirigidos a potenciar el desarrollo social.

Los Centros deberán ofrecer, además de los de carácter obligatorio, los siguientes servicios y programas:

- a) Servicio de transporte accesible para las personas usuarias que no puedan utilizar modalidades normalizadas de transporte al centro.
- b) Servicio de comedor.
- c) Programas de intervención comunitaria.
- d) Programas de formación continua para los profesionales.

## **Proyectos de Inclusión Social**

Tal y como recoge el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2014-2020, los Proyectos de Inclusión Social son proyectos de carácter social e integrador, que tienen la finalidad de mejorar los aspectos actitudinales y conductuales de las personas con enfermedad mental, en relación con:

- La mejora de su autoestima
- Su autonomía para la vida diaria
- El manejo de un comportamiento social más adaptado
- Su integración social

Se pretende, a través de diferentes actividades, favorecer la adquisición y desarrollo de habilidades básicas, que permita al paciente integrarse en la comunidad y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes como sea posible.

El proyecto se estructura en torno a un taller ocupacional. La financiación es de la Consejería de Bienestar Social y los Servicios Sociales Municipales. Lo promueve el Servicio de Salud del Principado de Asturias/Servicios de Salud Mental y lo gestiona la Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Asturias (AFESA).

### **Usuarios/as<sup>19</sup>**

Los Centros de Apoyo a la integración están dirigidos a personas con discapacidades que, habiendo finalizado su periodo de escolarización, se encuentren en alguna de estas situaciones:

- Precisar diversos programas personalizados de formación laboral y/o desarrollo de habilidades para posibilitar su promoción a otros recursos formativos o de empleo.

---

<sup>19</sup> Fundación asturiana de atención y protección a personas con discapacidades y/o dependencias.  
Recuperado de: <http://www.fasad.org/seccion/centros-de-apoyo-a-la-integracion-25>

- Necesitar atención diurna permanente dirigida a procurar el mantenimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales.

### **Requisitos**

- Estar en edad laboral (generalmente, entre 18 y 50 años).
- Tener el correspondiente certificado del 33% de grado de discapacidad.
- Residir en los municipios pertenecientes al área socio-sanitaria correspondiente.
- Valoración por parte de la Comisión Técnica de Valoración previa solicitud en los Servicios Sociales Municipales.

### **Acceso**

Centro de Servicios Sociales Municipal donde resida la persona usuaria.

### **-CAI AFESA (Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias)<sup>20</sup>**

Actualmente el único Centro de Apoyo a la Integración destinado a personas con Trastorno Mental Grave del Principado de Asturias es el Centro de Apoyo a la Integración CAI AFESA. El titular es la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias.

Este Centro se define como un servicio específico y especializado dirigido a personas con enfermedad mental crónica con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales. En él se llevan a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de sus usuarios. En la actualidad dispone de un total de 15 plazas: 13 plazas en Grado II, Nivel 1; y 2 plazas Grado III, Nivel 1.

---

<sup>20</sup> Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Asturias.  
Recuperado de: <http://www.afesasturias.org/programas13.html>

La finalidad de este Centro es ofrecer atención a personas con enfermedad mental crónica desarrollando procesos de rehabilitación individualizada e integral. Las funciones de este centro son:

- Favorecer la permanencia de las personas con enfermedad mental crónica en la comunidad con las mayores cotas de calidad posibles.
- Potenciar la participación de las personas con enfermedad mental crónica en la vida cotidiana.
- Apoyar y ayudar a la familia en la convivencia con la persona enferma. Favoreciendo la estructuración de un clima familiar adecuado.
- Apoyar y colaborar con otros recursos sociales y sanitarios.

Los objetivos son:

- Potenciar la adquisición de las habilidades y competencias necesarias para la vida en la comunidad, intentando conseguir los mayores niveles de calidad de vida y normalización posibles.
- Prevenir el deterioro, la marginación y la institucionalización.
- Proporcionar apoyo, educación y asesoramiento familiar.
- Potenciar la integración social en el medio comunitario.
- Apoyar y asesorar al resto de dispositivos socio-sanitarios y recursos comunitarios.

Usuarios/as:

Son personas adultas afectadas por una enfermedad mental grave, con un deterioro importante de su actividad social, formativa y laboral, así como de sus capacidades funcionales, y que estén en seguimiento en el tratamiento con los Servicios de Salud Mental Públicos.

Requisitos de acceso:

- Residir en los municipios correspondientes a las Áreas III, IV, V y VIII del Principado de Asturias.

- Estar en atención y seguimiento en los Servicios de Salud Mental Públicos y ser derivados desde los Servicios Sociales Municipales correspondientes a través de la solicitud de dependencia.
- Estar en situación sintomatológica estable.
- Tener una edad comprendida entre los 18 y los 55 años.
- Se primará el acceso de las personas afectadas por enfermedad mental severa en situación de dependencia y según baremo.

### **2.1.2 CEE: Centro Especial De Empleo**

En el Principado de Asturias los Centros Especiales de Empleo son mixtos, es decir, las personas contratadas pueden tener discapacidad física, psíquica y sensorial. El término trastorno mental no consta en informe de discapacidad alguno, por lo que no se han podido encontrar datos al respecto. Parece ser que no existe ningún CEE específico para personas con Trastorno Mental Grave. Según el presidente de TRABAJASTUR (Centro de intermediación laboral), actualmente existen 106 CEE que dan trabajo a unas 2250 personas con discapacidad, de los que aproximadamente 650 tienen una discapacidad intelectual (psíquica).

Los Centros Especiales de Empleo (CEE)<sup>21</sup> son empresas de empleo protegido, donde al menos el 70% de sus plantillas está formada por personas con discapacidad. Su especificidad viene recogida en el art. 42 de la Ley 13/1982, de integración social de las personas con discapacidad (LISMI), al establecer que los CEE son aquellos que tienen por objetivo principal realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado. Tienen como finalidad asegurar un trabajo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran los trabajadores con discapacidad, al mismo tiempo que son un medio de integración del mayor número posible de personas con discapacidad al régimen

---

<sup>21</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI).

de trabajo normal. El grado de discapacidad de los trabajadores contratados exigido es como mínimo el del 33%, según valoración de los Centros Base de reconocimiento de la Discapacidad dependientes de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda.

### **Objetivos**

Los CEE tienen como objetivo principal proporcionar a las personas con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales. Además, tratan de poner en el mercado servicios y productos adecuados para mejorar la riqueza del entorno y apoyar la competitividad de los clientes.

Durante estos años, los CEE se han creado para trabajar en distintos sectores empresariales: montajes industriales, textil, imprenta, jardinería, servicios a empresas, gestión de residuos, limpieza, madera y vidrio, etc.

### **Programas/servicios**

En el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2014-2020 se incluyen planes y programas dirigidos a la inserción laboral. Destacan los Planes locales de Empleo y cinco proyectos y programas que se enuncian a continuación:

1. Planes Locales de Empleo: se basan en contratación temporal por parte de los Ayuntamientos.
2. Proyectos de Talleres de Empleo: son programas que permiten la adquisición de formación profesional y práctica laboral realizando obras y servicios de utilidad pública o interés social relacionados con los yacimientos de empleo. Tienen una duración mínima de 6 meses y máxima de 1 año. Durante el desarrollo del Taller de Empleo, sus participantes reciben una formación profesional ocupacional adecuada a la ocupación a desempeñar, en alternancia con el trabajo y la práctica profesional. Además, suscriben un contrato con la Entidad Promotora desde su inicio. Los destinatarios son población desempleada de veinticinco o más años, con especiales dificultades para insertarse en el mercado de trabajo. Este es el caso de parados/as de larga duración,



mayores de cuarenta y cinco años, mujeres y personas con discapacidad.

3. Desde el año 2001 se viene desarrollando un Proyecto de Rehabilitación de Edificios, en el marco de Proyectos de Fomento de Empleo para la realización de obras de interés general y social. Es un proyecto en el que participan anualmente 10 personas con enfermedad mental, contratadas por AFESA – Asturias –FEAFES. Se lleva a cabo en Miraflores (Noreña).

4. Integración en Centros Especiales de Empleo: A través de las entidades específicas que trabajan en la orientación e inserción laboral de personas con discapacidad, aportan la contratación de personas en seguimiento en los Servicios de Salud Mental en este tipo de empresas.

5. El programa INCORPORA, de Integración Laboral de la Obra Social” la Caixa”. Sus objetivos son generar mayores oportunidades de empleo en la empresa:

a) Ofreciendo a las empresas y empresarios una alternativa de Responsabilidad Social Corporativa en integración laboral,

b) Potenciando la profesionalización y la capacidad de inserción laboral del conjunto de entidades sociales adheridas al programa.

6. “Juntos somos capaces”. Es una acción desarrollada por la Fundación MAPFRE con la colaboración de AFESA. Consiste, fundamentalmente, en prácticas en empresa con "compromiso" de inserción laboral a las que se han incorporado personas de distintas áreas sanitarias y algunas de ellas han tenido algún contrato de empleo posterior.

### **Usuarios/as**

Al menos el 70% de sus plantillas está formada por personas con discapacidad.

El grado de discapacidad de los trabajadores contratados exigido es como mínimo el del 33%, según valoración de los Centros Base de reconocimiento

de la Discapacidad, dependientes de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda.

### 3.2.2 Cantabria

En el modelo de atención a la Salud Mental en Cantabria está vigente el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 que, desde el primer Plan Regional de Salud Mental de Cantabria de 1998, no se había vuelto a realizar ningún otro.

En Cantabria no se dispone de organismos específicos de planificación y gestión específicos para la Salud Mental, sino que están integrados en el Servicio Cántabro de Salud.

Los servicios de rehabilitación están concertados con empresas privadas (Padre Menni, ASCASAM, etc.) y funcionan en régimen de copago. Los dispositivos de rehabilitación sociolaboral (Proyecto INICIA) están promovidos por el Gobierno de Cantabria y se desarrollan por entidades asociativas privadas (AMICA, Padre Menni y ASCASAM).

En cuanto a servicios y prestaciones del ámbito ocupacional y laboral, según el Instituto Cántabro de Servicios Sociales<sup>22</sup>, la Ley de Dependencia dentro de los servicios de atención diurna, incluye como prestación garantizada el servicio de centro ocupacional.

#### 1. Normativa

-Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de Mayo de Salud Mental de Cantabria, Presidencia de la Diputación Regional de Cantabria.

-Decreto 30/1997, de 21 de Abril, por el que se crea el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria y se regula su Organización y Funcionamiento, Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

-Decreto 88/2001, de 31 de Agosto, por el que se regula el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria. Consejo de Gobierno.

---

<sup>22</sup> Instituto Cántabro de Servicios Sociales. Recuperado de:  
<http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=servicio-de-atencion-diurna-centro-ocupacional>

-Orden 2 de agosto de 2002, reguladora de la solicitud de acceso a centros y servicios socio sanitarios.

-Ley de Cantabria 2/2007 de Derechos y Servicios Sociales (actualizada enero 2015).

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

Las actividades de los Centros de rehabilitación psicosocial concertados están vinculadas a programas ocupacionales y de inserción laboral. ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental) gestiona un centro ocupacional, con 22 plazas. También cabe señalar el Proyecto INICIA desarrollado por el Centro Hospitalario Padre Menni, ASCASAM y AMICA (asociación formada por personas con discapacidad, familiares y profesionales), con el apoyo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Este proyecto tiene como objetivo la orientación y el apoyo a la integración sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica, y la sensibilización del medio social y laboral.<sup>23</sup>

### **2.1 Centros**

#### **2.1.1 Centro Ocupacional<sup>24</sup>**

Servicio que ofrece una atención integral orientada, fundamentalmente, a la habilitación laboral de personas con discapacidad que no pueden acceder definitiva o temporalmente a un puesto de trabajo ordinario o protegido.

#### **Objetivo**

Lograr la inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral.

---

<sup>23</sup> Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019

<sup>24</sup> Instituto Cántabro de Servicios Sociales

Recuperado de: <http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=servicios-de-atencion-diurna-centro-ocupacional>

**Tipo de prestación**

No garantizada

**Usuarios/as**

Personas con discapacidad que se encuentran en edad laboral.

**Requisitos**

- Tener más de 18 años y menos de 65.
- Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

**Observaciones**

Existe otro servicio de Centro ocupacional garantizado, que se presta desde el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) destinado a personas valoradas en algunos de los Grados de Dependencia que dan derecho a la protección por el SAAD.

En estos momentos en Cantabria sólo existe un Centro Ocupacional destinado exclusivamente a personas con Trastorno Mental Grave. Pertenece a la asociación ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental)<sup>25</sup>, que es una asociación sin ánimo de lucro constituida en el año 1990, siendo su misión promover y colaborar en la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias.

**-Centro Ocupacional ASCASAM<sup>26</sup>**

El Centro es un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria que realiza actividades destinadas a proporcionar un recurso de estructuración del tiempo, mantenimiento de la autonomía y formación en hábitos prelaborales.

---

<sup>25</sup> Asociación Cántabra Pro Salud Mental. Recuperado de: [http://www.ascasam.org/org\\_quienes.php](http://www.ascasam.org/org_quienes.php)

<sup>26</sup> Centro Ocupacional ASCASAM. Recuperado de: [http://www.ascasam.org/ser\\_ocupacional.php](http://www.ascasam.org/ser_ocupacional.php)

Está dirigido a personas con enfermedad mental que han terminado su período de estancia en un Centro de Rehabilitación Psicosocial intensiva, y que no están en condiciones, en razón de sus distintos déficits temporales o definitivos, de acceder a un programa de formación o integración laboral.

### **Objetivo**

Desarrollar y mantener actividades ocupacionales, produciendo bienes o servicios valorados socialmente, al mismo tiempo que actividades de ajuste personal y social.

### **Usuarios/as**

Personas con enfermedad mental de entre 18 y 65 años que presentan déficits de hábitos y habilidades para integrarse en un programa de formación o integración laboral y que son susceptibles de acudir a un Centro Ocupacional para desempeñar actividades ocupacionales y mantener las actividades de la vida diaria, de ocio y tiempo libre.

**Plazas:** 22 plazas concertadas.

## **2.1.2 Centro Especial de Empleo<sup>27</sup>**

Los Centros Especiales de Empleo en Cantabria pueden ser creados por las Administraciones Públicas, directamente o en colaboración con otros organismos. En este caso, pueden ser entidades, personas físicas, jurídicas o comunidades de bienes, que tengan capacidad jurídica y de obrar para ser empresarios. Pueden tener carácter público o privado, con o sin ánimo de lucro.

Los Centros Especiales de Empleo son y funcionan como cualquier empresa, que pueden adoptar cualquier forma jurídica, (asociación, fundación, sociedad limitada, etc.). Su objetivo principal es el de proporcionar a los trabajadores con

---

<sup>27</sup> Página Web del Gobierno de Cantabria: *Manual de recursos en Cantabria para Personas Con Discapacidad*. Recuperado de: <http://www.discapacidad-cantabria.info/otras-ayudas/area-de-empleo/centros-especiales-de-empleo/>

discapacidad, la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite la integración laboral de éstos en el mercado ordinario de trabajo.

### **Usuarios/as**

El grado de discapacidad de los trabajadores no puede ser menor al 33%, según la valoración del IMSERSO.

### **Los Centros**

En el ámbito de los Centros Especiales de Empleo de Cantabria se pueden encontrar a día de hoy 3 Centros Especiales de Empleo dirigidos a personas con todo tipo de discapacidad, incluida la discapacidad psíquica (enfermedad mental). De esos 3 centros, dos pertenecen a la Asociación AMICA: SOEMCA EMPLEO S.L. y SAEMA S.L. Su objetivo, es promover el acceso al mundo laboral de personas con discapacidad.

SOEMCA EMPLEO, S.L.<sup>28</sup> Se constituyó en diciembre de 1990 y fue creada por un grupo de padres de personas con discapacidad y profesionales de AMICA.

Constituida bajo la forma de Centro Especial de Empleo sus objetivos son:

- Preparar a la persona con discapacidad para su paso a la empresa ordinaria.
- Considerar al Centro Especial de Empleo como un puente hacia la integración.
- Participar como cualquier empresa en el tejido industrial de la comunidad autónoma.
- Ser garante del proceso de integración de sus trabajadores cuando promocionan a otras empresas, asumiendo la posibilidad de

---

<sup>28</sup> SOEMCA EMPLEO, S.L.

Recuperado de: <http://www.amica.es/index.php/donde-trabajamos/soemca-empleo-mainmenu-115>

incorporarse a su plantilla en caso de no lograr las expectativas que el empresario tenía con el contrato.

- Conseguir que SOEMCA EMPLEO, S.L. sea un centro especial de empleo pero también una empresa que se rige por criterios sociales sin olvidar los empresariales.
- Combinar en su plantilla a trabajadores con todo tipo de discapacidades.

Actividades que se realizan:

- Confección industrial (Confecciones Albor).
- Lavanderías comerciales (Alba 1 en Torrelavega y Alba 4 en Reinosa).
- Lavanderías industriales (Alba 2 en Torrelavega y Alba 3 en Maliaño).
- Prestación de servicios de lavandería.

SAEMA Empleo S.L.<sup>29</sup> Es un Centro Especial de Empleo, creado el 1 de Enero de 2007. Su principal objetivo es posibilitar la participación de las personas con discapacidad con el propósito de completar su formación para el empleo ordinario, a través de actividades medioambientales.

Desarrolla su trabajo en las siguientes áreas:

- Recuperación y Reciclaje
- Gestión de puntos limpios
- Recogidas especializadas
- Campañas de playas
- Recuperación paisajística
- Divulgación ambiental

El tercer Centro según datos de la CONACEE (Confederación Nacional de Centros Especiales de Empleo), el CEE SERCA está asociado a dicha confederación y cuenta con un número de trabajadores con enfermedad mental.

---

<sup>29</sup> SAEMA S.L.

Recuperado de: <http://www.amica.es/index.php/donde-trabajamos/saema-empleo-mainmenu-144>



## Proyectos

### -Proyecto INICIA<sup>30</sup>

Proyecto concertado con el Gobierno de Cantabria que presta orientación y apoyo a la inserción sociolaboral con itinerarios de inserción sociolaboral, apoyo en el acceso y mantenimiento en recursos comunitarios de formación y empleo, así como la utilización y coordinación de los recursos sociales y laborales existentes para personas con Trastorno mental grave. Para su ejecución cuenta con tres entidades con experiencia en el tratamiento de personas con enfermedad mental y en el campo de la rehabilitación profesional: AMICA, ASCASAM y CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI.

## Objetivos

1. Desarrollo de itinerarios de inserción sociolaboral.
2. Apoyo en el acceso y mantenimiento en recursos comunitarios de formación y empleo.
3. Impulsar la óptima utilización y coordinación de los recursos sociales y laborales existentes en Cantabria para este colectivo.

## Programas/Servicios

### -Evaluación:

- Entrevista de evaluación con usuario/a y familia.
- Administración de pruebas psicométricas.
- Establecimiento de perfil de usuario/a.
- Elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación Sociolaboral.

---

<sup>30</sup>Integración Laboral – Proyecto INICIA .Recuperado de: [http://www.ascasam.org/ser\\_integracion.php](http://www.ascasam.org/ser_integracion.php) y <http://www.proyectoinicio.org/>

- Diseño del itinerario de inserción más oportuno para la persona.

-Rehabilitación laboral:

- Adquisición, recuperación ó potenciación de habilidades laborales generales.
- Adquisición de habilidades de relación sociolaboral.
- Orientación vocacional y motivación laboral.

-Intervención familiar:

- Formación y psicoeducación a familias y profesionales.
- Servicio de asesoramiento y apoyo familiar.

-Orientación, prospección e intermediación laboral:

- Conocimiento de los recursos comunitarios de formación y empleo.
- Contacto con empresas del mercado regional ordinario.
- Sensibilizar en el campo de la inserción laboral de las personas con esta problemática.
- Conseguir la participación efectiva del mayor número de las mismas.

-Acompañamiento:

- Seguimiento y apoyo individualizado a todas las personas que acceden al programa durante todo el proceso de inserción.

**Usuarios/as**

Personas con enfermedad mental de entre 18 y 50 años, con motivación suficiente para comenzar su proceso de inserción laboral en el momento de ser derivadas. Han de estar en situación de desempleo y tienen dificultades específicas de acceso o mantenimiento en recursos de formación o empleo normalizados.

### 3.2.3 La Rioja

La Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud tiene como fin mejorar la atención integral a la salud mental, prevaleciendo el enfoque comunitario y el abordaje biopsicosocial del trastorno mental. Esta definición, recogida en el Plan de Salud Mental de La Rioja (2010-2015) se encuentra en consonancia con el concepto de salud que promulga la OMS, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y tal y como apostaba el modelo de reforma psiquiátrica desarrollado en España desde el año 1985.

En cuanto a las prestaciones del ámbito ocupacional y laboral, los Servicios Sociales de La Rioja<sup>31</sup>, dentro del ámbito de personas con discapacidad, ofrecen Centros para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la autonomía personal y la dependencia. Entre los servicios que prestan se encuentran el Servicio de Centro de Día y el Servicio de Centro Ocupacional para personas con discapacidad.

#### 1. Normativa

- Decreto 38/1985, de 30 de septiembre, en el que se fundamenta el modelo de actuación de la Salud Mental en La Rioja.
- Ley 4/1991, de 25 de marzo, en la que se establece la creación del Servicio Riojano de Salud.
- Orden de 20 de junio de 1996, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se crea el Consejo Sectorial de Discapacitados.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja
- Decreto 16/2014, de 4 de abril, por el que se modifica el Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al servicio de centro de día y de centro

---

<sup>31</sup> El Gobierno de la Rioja en Internet. Recuperado de:  
<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=454190&IdDoc=525911>

ocupacional, para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

-Decreto 2/2015, de 9 de enero, de Centros Especiales de Empleo de personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

El servicio de Centro de día, el servicio de Centro Ocupacional y los Centros Especiales de Empleo son los recursos especializados de atención diurna para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia. La titularidad y la gestión de los servicios son privadas con un número de plazas públicas.

### **2.1 Centros**

#### **2.1.1 Centro de día y Centro ocupacional<sup>32</sup>**

El servicio de centro de día y el servicio de centro ocupacional son los recursos especializados de atención diurna para personas con discapacidad, en los que se presta una atención integral a las personas en situación de dependencia durante el periodo diurno con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y de dependencia y de apoyar a las familias o cuidadores. Atienden, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención residencial y personal.

El modelo de solicitud se facilitará en los Servicios Sociales de Base Municipales, en el Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia y en la Dirección General de Atención a la Dependencia y Prestaciones Sociales<sup>33</sup>. La solicitud se podrá presentar en cualquiera de las Oficinas de Atención al Ciudadano del Gobierno de La Rioja, en el registro auxiliar de la

---

<sup>32</sup>Gobierno de La Rioja en internet. Recuperado de:  
<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=454190&IdDoc=525911>

Consejería de Servicios Sociales, o en cualquiera de las formas establecidas en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo, así como en el artículo 6 del Decreto 58/2004, de 29 de octubre, por el que se regula el Registro en el ámbito de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus Organismos Públicos.

Los requisitos establecidos para acceder a estos Centros son:

-Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de los grados y niveles establecidos en la LAAD (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) y que el Programa Individual de Atención, de conformidad con la Orden 4/2007, de 16 de octubre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regula el procedimiento para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia, especifique la adecuación del servicio.

-Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento y un diagnóstico que pueda ser atendido en alguna de las plazas reguladas en la normativa.

-Residir en La Rioja en el momento de presentar la solicitud y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los Tratados Internacionales y en los Convenios que se establezcan con el país de origen.

-Tener una edad comprendida, en el momento de formalizar la solicitud, entre 18 y 60 años.

-No padecer trastornos graves y continuados de conducta o comportamientos que puedan distorsionar gravemente el funcionamiento del centro o la normal convivencia en el mismo.

Las plazas públicas del servicio de Centro de día del servicio y de Centro ocupacional para personas con discapacidad, se clasifican en función del grado y nivel de dependencia, y del diagnóstico de la discapacidad<sup>34</sup>. Así se establece:

a) Plazas para personas con discapacidad con gran dependencia: son adecuadas a personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tienen necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

b) Plazas para personas con discapacidad con dependencia severa: son para personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador o tienen necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Plazas para personas con discapacidad con dependencia moderada: son para personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tienen necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

---

<sup>34</sup>Gobierno de La Rioja en internet. Recuperado de:

<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=454190&IdDoc=525911>

Asimismo, se diferencia en función del diagnóstico de la discapacidad:<sup>35</sup>

-Plazas de servicio de centro de día:

- Discapacidad intelectual y afines.
- Parálisis cerebral y afines.
- Trastorno mental crónico.
- Autismo y afines.

-Plazas de servicio de centro ocupacional:

- Discapacidad intelectual y afines.
- Parálisis cerebral y afines.
- Trastorno mental crónico.

Dentro de la Red de plazas públicas de Servicio de Centro de Día del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, hay 9 Centros de Día con un total de 216 plazas<sup>36</sup>. De los centros de día, el “Centro Puerta Abierta” es el único destinado para Trastorno Mental Crónico con 23 plazas.

En la Red de plazas públicas de Servicio de Centro Ocupacional del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, hay 6 Centros Ocupacionales con un total de 338 plazas. De los 6 centros ocupacionales, el “Centro Ocupacional ARFES” es el único destinado a Trastorno Mental Crónico con 90 plazas.

---

<sup>35</sup>Gobierno de La Rioja en internet. Recuperado de:  
<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=454190&IdDoc=525911>

<sup>36</sup> Gobierno de La Rioja en internet. Recuperado de:  
<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=454190&IdDoc=525911>

**ARFES (Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos)<sup>37</sup>**

Es un Centro de Servicios Sociales especializado, de atención diurna, abierto y polivalente, que ofrece distintos Servicios y Programas dirigidos a la integración y rehabilitación educativa, psicosocial y laboral de las personas con enfermedad mental, mediante la realización de actividades capacitadoras, terapéuticas y rehabilitadoras de formación ocupacional pre – laboral y de ajuste personal y social<sup>38</sup>.

Su principal objetivo es la potenciación de sus capacidades funcionales, personales y sociales, buscando su máximo desarrollo<sup>39</sup>. Para ello pone en marcha una serie de programas/servicios agrupados en dos amplias áreas de intervención<sup>40</sup> y una metodología de trabajo interdisciplinar, dinámica y operativa, posibilitándose un abordaje integral de la problemática y un refuerzo de la labor educativa y terapéutica.

Desde ARFES, se entiende la rehabilitación laboral como un proceso específico, estructurado e individualizado, dirigido a preparar y ayudar a personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral. El proceso de intervención en rehabilitación laboral que se lleva a cabo, se articula siempre en relación a los siguientes ámbitos: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación profesional, búsqueda de empleo y apoyo a la integración laboral.

---

<sup>37</sup>ARFES (Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos)  
Recuperado de: <http://www.arfes.org/quienes/origenes.htm>

<sup>38</sup> Centro ocupacional-laboral Arfes.  
Recuperado de: <http://www.arfes.org/centros/ocupacional.htm>

<sup>39</sup> Centro ocupacional- laboral Arfes.  
Recuperado de: <http://www.arfes.org/centros/ocupacional.htm>

<sup>40</sup> Centro ocupacional-laboral Arfes.  
Recuperado de: <http://www.arfes.org/centros/ocupacional.htm>



---

Los programas que se desarrollan diariamente son los siguientes:

a) Programa de formación laboral: Se pretende que el usuario adquiera las habilidades, conocimientos y formación necesaria sobre el mundo laboral, que lo haga más competente para encontrar y acceder a un empleo. Se llevan a cabo distintos cursos y talleres:

- Taller de habilidades pre-laborales
- Taller de Motivación para el empleo
- Cursos de formación laboral especializada (confección industrial, mantenimiento de instalaciones, limpieza industrial, jardinería, etc.)
- Cursos de Internet y acceso a las nuevas tecnologías.
- Inserción y seguimiento de usuarios insertados en otros recursos formativo-laborales de la comunidad.

b) Programa de iniciación productiva: formación y entrenamientos en hábitos básicos de trabajo.

Alternativas que se trabajan con apoyo del Preparador Laboral del Centro:

- Inserción laboral en el mercado ordinario.
- Empleo con apoyo.
- Empleo protegido (C.E.E.).
- Autoempleo.

También dentro de este programa, se desarrollarán una serie de áreas específicas dirigidas a la información y mentalización del ámbito empresarial:

- Área de rehabilitación psicosocial.
- Área de educación integral, dirigida a usuarios con un perfil de mayor cronicidad, trabajando las áreas de actividades de la vida

diaria, expresión corporal, expresión artística, cultura básica y conocimiento del medio.

-Área de psicoeducación.

-Área de ajuste personal y habilidades sociales.

### **2.1.2 Centros Especiales de Empleo**

Según el listado de Centros Especiales de Empleo publicado en la página web oficial del Gobierno de la Rioja<sup>41</sup>(31-12-2014), actualmente hay 37 Centros Especiales en activo con un total de 642 personas empleadas, de las cuales 594 tienen discapacidad. Tan sólo existe un Centro Especial de Empleo destinado a personas con enfermedad mental: “Centro Especial de Empleo ILEM” de la Asociación ARFES.

#### **Centro Especial de Empleo ILEM<sup>42</sup>**

El Centro Especial de Empleo ILEM–ARFES es un recurso sin ánimo de lucro. Es una medida de empleo protegido para las personas con enfermedad mental, como fórmula de integración de las mismas al régimen laboral. Actualmente, tiene un número total de 3 personas empleadas y las 3 son personas con discapacidad.

Su objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado. Su finalidad es asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieren los trabajadores con discapacidad.

---

41Página Web Oficial del Gobierno de La Rioja.

<http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=694948&web=000&proc=06528>

42Centro Especial de Empleo ILEM. Recuperado de: <http://www.arfes.org/centros/empleo.htm>

Su principal actividad es la confección y venta de prendas de trabajo. Entre las prendas que realizan están: batas de señora y caballero, buzos, cazadoras, pantalones, delantales, chalecos, confección de ropa de hogar y de otras prendas exteriores de caballero, señora y niño.

### 3.2.4 Madrid

A partir de la Reforma Psiquiátrica se ha transformado la atención a la población con enfermedad mental pasando de un modelo institucionalizador a un modelo comunitario.

La problemática de las personas con trastornos mentales severos y persistentes no es sólo sanitaria sino también eminentemente social, ya que genera falta de autonomía personal y social, aislamiento, dificultades de inserción laboral, problemas familiares, etc. Por ello, la organización de una adecuada atención comunitaria a esta población requiere la actuación coordinada y complementaria de los servicios sanitarios de Salud Mental y de los Servicios Sociales, tanto generales como especializados.<sup>43</sup>

#### 1. Normativa

-Decreto 122/1997, de 2 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de las Personas afectadas de enfermedades graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados, Consejería de Sanidad y Consumo.

-Decreto 155/1997, de 13 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico básico del Servicio Público de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a efectos de su prestación con medios ajenos a la Administración de la Comunidad de Madrid.

---

<sup>43</sup>Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales. Dirección General de Servicios Sociales.

Recuperado de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DFOLLETOS+TIPOLOGIA+RECURSOS+RED+ATENCION+SOCIAL+Actu+alizados+SEPT+2011.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310957410446&ssbinary=true>

-Orden 648/2004, de 15 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada, Consejería de Sanidad y Consumo.

-Orden 2421/2008, de 26 de diciembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se aprueban las bases reguladoras y la convocatoria para el año 2009 de ayudas individuales de apoyo social a personas integradas en programas de rehabilitación y reinserción social de los Servicios de Salud Mental de Distrito.

-Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

La Comunidad de Madrid se caracteriza por tener una Red pública<sup>44</sup> de Centros y recursos para mejorar la atención social y promover la integración social de las personas que presentan discapacidad derivada de enfermedad mental severa y apoyar a sus familias.

### **2.1 Centros**

#### **2.1.1 Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)<sup>45</sup>**

Los Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.) son recursos específicos, destinados a las personas con enfermedad mental para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarios para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Su capacidad de atención se sitúa entre 40/50 usuarios.

---

<sup>44</sup> Red Pública de Atención Social a Personas con Discapacidad derivada de Enfermedad Mental Grave y Duradera.

Recuperado de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DFOLLETOS+TIPOLOGIA+RECURSOS+RED+ATENCION+SOCIAL+Actu+alizados+SEPT+2011.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310957410446&ssbinary=true>

<sup>45</sup> Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental

Recuperado de:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1142614831629&language=es&pagename=Comunidad+Madrid%2FEstructura&pid=1273078188154&pv=1142587150500](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&language=es&pagename=Comunidad+Madrid%2FEstructura&pid=1273078188154&pv=1142587150500)

Los CRL trabajan en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental, encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, así como con los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Asimismo, trabajarán en estrecha relación con el conjunto de recursos de formación y empleo a fin de facilitar el proceso de integración laboral de los usuarios.

Dependen de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales, en el marco de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera.

### **Objetivos**

El objetivo general de los CRL es ayudar a aquellas personas con enfermedad mental que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.

Los objetivos específicos son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar su inserción en el mercado laboral muy especialmente en el normalizado (empresas, autoempleo) o en su caso en empleo protegido (Centros Especiales de Empleo)
- Ofrecer el seguimiento y apoyo que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de integración laboral de este colectivo.

## **Programas/Servicios**

Se ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio- laboral, talleres pre-laborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral.

- Programas individualizados de Rehabilitación Laboral

Encaminados a preparar y capacitar a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral.

- Apoyo a la Integración laboral y seguimiento

Una vez finalizado el proceso específico de rehabilitación laboral, y/o alcanzados los principales objetivos establecidos en el plan individualizado de cada usuario, los CRL desarrollarán un proceso flexible y específico de apoyo a la integración laboral, especialmente en el mercado laboral ordinario. Así como un seguimiento y apoyo que asegure el mantenimiento en el puesto de trabajo obtenido.

- Contacto y coordinación

Con los recursos de formación laboral existentes (IMAF, IMEFE, Escuelas Taller, Casas de Oficios etc.) para favorecer y apoyar el acceso de los usuarios a los mismos de cara a mejorar su cualificación laboral.

Con el tejido laboral para facilitar y fomentar la contratación laboral de este colectivo.

## **Usuarios/as**

Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del Servicio de Salud Mental de referencia. La derivación y acceso a los Centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso.

Los CRL se dirigen específicamente a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que teniendo un mínimo nivel de autonomía personal y social, necesitan un apoyo específico y estructurado que les prepare y apoye para su inserción laboral.

Según la “Red Pública de Atención Social a Personas Con Enfermedad Mental”<sup>46</sup> en su Cuadro Resumen de los Recursos existentes en Enero de 2015, la Comunidad de Madrid cuenta con los siguientes tipos de centros y recursos:

- 24 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 1778 plazas.
- 31 Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 1034 plazas.
- 21 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con un total de 1090 plazas.
- 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1140 plazas.
- 18 Residencias (R) con un total de 456 plazas.
- 57 Pisos supervisados (PS) con un total de 223 plazas.
- 37 plazas de alojamiento en pensiones supervisadas.

A fecha de Enero de 2015, el número total de plazas de la Red Pública de Centros y Recursos de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Comunidad de Madrid tiene 6064 plazas.

---

<sup>46</sup> Red Pública de Atención Social a Personas Con Enfermedad Mental. Cuadro Resumen de los recursos existentes a Enero de 2015. Recuperado en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLISTADO+ENERO+2015+CENTROS+Y+RECURSOS+RED+ATENCION+SOCIAL+EMC+Listado+completo+con+email.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352864797719&sbinary=true>



### 2.1.2 Centros Especiales de Empleo (CEE)<sup>47</sup>

Empresas cuyo objetivo es proporcionar a las personas con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales y que facilite su integración en el mercado laboral.

#### **Objetivo**

Tienen como finalidad asegurar un trabajo remunerado para las personas con discapacidad que trabajen en ellos, y la posible prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran estos.

#### **Usuarios/as**

Pueden trabajar en un Centro Especial de Empleo los trabajadores con un reconocimiento del Grado de Discapacidad igual o superior a un 33% y los trabajadores que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez. Además, hasta un 30% de los trabajadores del centro pueden ser personas sin discapacidad.

El objetivo de lograr la normalización del empleo en el colectivo personas con trastorno mental grave llevó a la Confederación FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) a liderar y apoyar la creación de una asociación de Centros Especiales de Empleo españoles, específicos del colectivo y sin ánimo de lucro. Trabaja a favor de los derechos laborales de las personas con enfermedad mental, junto a las federativas ya establecidas y reconocidas de otros colectivos de personas con discapacidad.

Actualmente, FEAFES EMPLEO cuenta con 2 entidades asociadas de la Comunidad de Madrid: CEE MANANTIAL INTEGRAL S.L. y ALDABA C.E.E.

---

<sup>47</sup> Centros Especiales de Empleo. Comunidad de Madrid.

Recuperado de:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1132042963197&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132042963197&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura)

**-Centro Especial de Empleo Manantial Integra<sup>48</sup>**

El objeto social de Manantial Integra es el desarrollo de un proyecto empresarial bajo la fórmula de Centro Especial de Empleo que facilite la integración de las personas con trastorno mental mediante la prestación de servicios. Tener un empleo es una condición de normalidad social para las personas con trastorno mental y supone el aumento de la autoestima, la estructuración de la vida diaria, la contribución a los ingresos familiares y el principal medio para alcanzar la autonomía personal.

Las personas con trastorno mental pueden trabajar con los apoyos oportunos de los dispositivos y profesionales especializados, a través de procesos de rehabilitación laboral y oportunidades reales de empleo. Los Servicios de Ajuste Personal y Social de rehabilitación, terapéuticos, de integración social, cultural y deportivos procuran al trabajador con trastorno mental de Manantial Integra una mayor recuperación y adaptación social.

En cuanto a su actividad productiva, se dedica al catering, lavandería-limpieza, jardinería, servicios administrativos y gestión documental.

Por último decir que ocupa a 194 personas con enfermedad mental.

**-Centro Especial de Empleo Aldaba<sup>49</sup>**

El Centro Especial de Empleo Aldaba fue creado por la Fundación Aldaba para el fomento y la creación de puestos de trabajo en sectores de población con dificultades de empleabilidad particularmente por circunstancias relacionadas con su autonomía y capacidad. Aldaba CEE tiene la misión de convertirse en una fórmula de empleo que ayude a compensar las desventajas ocasionadas por motivo de la discapacidad, especialmente originada por enfermedad mental.

---

<sup>48</sup> CEE Manantial Integra. Recuperado de: <http://farma.manantialintegra.org/integra.php>

<sup>49</sup> C.E.E. Aldaba. Recuperado de: <http://www.feafeseempleo.org/aldaba-cee.html>

En cuanto a su actividad productiva, se dedica a la limpieza de edificios, cuidado y mantenimiento de zonas verdes ajardinadas y proyectos de pintura interior y exterior.

Por último decir que ocupa a 25 personas trabajadoras, de las cuales 21 personas tienen discapacidad y 15 personas con enfermedad mental.

### **3.2.5 Murcia**

El modelo de atención a la Salud Mental por el que se caracteriza la Región de Murcia es el resultado de la evolución legislativa que desde 1988 se comenzó a desarrollar con la implantación de una red comunitaria de Centros de Salud Mental atendida por equipos multidisciplinares. Los servicios de atención a la Salud Mental de la Región de Murcia dependen, casi en su totalidad, de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Dentro del modelo de atención a la Salud Mental de la Región existen recursos públicos y otro tipo de dispositivos. Éstos pertenecen a empresas y entidades que colaboran en la atención a personas que padecen problemas de salud mental mediante recursos de soporte y apoyo e inserción sociolaboral.

En cuanto a las prestaciones del ámbito ocupacional y laboral, la Ley de Dependencia tiene una influencia directa en la concesión de subvenciones a los diferentes recursos que están condicionados según si ésta los considera como recursos para las personas dependientes o no.

#### **1. Normativa**

- Orden de 13 de mayo de 1995, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, sobre sectorización de los servicios asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Decreto 50/1996, de 3 de julio de 1996, sobre Ingreso y Traslado en Centros Ocupacionales de la Administración Regional para personas con deficiencia intelectual.
- Decreto 3/2015, de 23 de enero, por el que se regula la autorización, la acreditación, el registro y la inspección de Entidades, Centros y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se establece la tipología básica de los mismos.
- Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

En la Región de Murcia se pueden encontrar diferentes prestaciones en el ámbito ocupacional y laboral. Dentro de los servicios ocupacionales se hallan los Centros de Día o Centros Ocupacionales y los programas de Inserción Socio-Laboral (ISOL). En el área laboral encontramos los Centros Especiales de Empleo y desde FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) hay un servicio de integración laboral con una bolsa de trabajo. Además, FEAFES tiene un convenio de colaboración con Mapfre y la Fundación Konecta para la inserción laboral de personas con discapacidad psíquica e intelectual.

Atendiendo a su titularidad, existen distintas modalidades de Centros Ocupacionales<sup>50</sup>: públicos, privados y/o concertados. Los Centros Ocupacionales públicos son aquellos centros que dependen de la Administración autonómica, siendo su gestión competencia del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS). La solicitud de plaza en un centro se hace a través de la Ley de la Dependencia, en el modelo de solicitud única de reconocimiento de grado de Dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema de Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (IMAS).

### **2.1 Centros desde los servicios ocupacionales: Centros Ocupacionales y Centros de Día**

A raíz de la Ley de Dependencia, los Centros Ocupacionales de la Región de Murcia, se encuentran en una situación de cambio de denominación a Centro de Día, ya que está desapareciendo la subvención de la Comunidad Autónoma por considerar que un centro ocupacional no es un recurso para personas dependientes. En estos momentos hay recursos que todavía son Centros Ocupacionales y otros que son Centros de Día.

---

<sup>50</sup>¡Ya soy adulto! Región de Murcia

Recuperado de: <http://diversidad.murciaeduca.es/yasoyadulto/ocupacional.php>

Por tanto, los Centros Ocupacionales son para personas con problemas de salud mental sin reconocimiento de dependencia y los Centros de Día para personas que sí tienen reconocida su situación de dependencia.

Respecto a los centros ocupacionales, todos los ofrecen para las personas que no tienen plaza en el sistema de atención a la dependencia y los comparten con los Centros de Día y resto de servicios de esta ley. Además, se están poniendo en marcha servicios de promoción de la autonomía y clubs de ocio para los no dependientes reconocidos.

Los recursos de la Ley de Dependencia son gestionados por las asociaciones de FEAFES de la Región de Murcia. La mayoría de las plazas están subvencionadas por la Comunidad Autónoma (centros de día), o bien son plazas concertadas con el ayuntamiento. También hay algunas plazas privadas.

En el siguiente cuadro de FEAFES Región de Murcia se puede observar el número de plazas contratadas por la Administración para servicios de la Ley de Dependencia:

### Número de plazas contratadas para servicios de la Ley de Dependencia

RECURSO	ASOCIACIONES	Nº PLAZAS
CENTRO DE DÍA	AFES (MURCIA).....	75 (en 2 Centros)
	AFESMO (MOLINA).....	90
	ASOFEM (LORCA).....	25
	AFEMTO (TOTANA).....	17
	ÁPICES (CARTAGENA).....	60
	AFEMNOR (NOROESTE).....	25
	AFEMAC (ÁGUILAS).....	25
	AFEMCE (CIEZA).....	40
	AFEMAR (MAR MENOR).....	10
	AFEMY (YECLA).....	14
RESIDENCIA HOGAR	AFES (LAS TORRES DE COTILLAS).....	20
VIVIENDAS TUTELADAS	AFESMO (MOLINA DE SEGURA).....	37
	FUSAMEN (MURCIA) .....	12

Fuente: FEAFES Región de Murcia (2014)

Según el Decreto 3/2015, de 23 de enero, ya citado, los Centros de día para personas con discapacidad física, intelectual, sensorial y con enfermedad crónica menores de 65 años, podrán tener tres modalidades, además de un tipo de taller específico:

-Centro de día: Unidad convivencial que ofrece durante el día atención integral a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas con discapacidad afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. Este centro podrá contar con servicio de transporte adaptado para cubrir el desplazamiento de los usuarios desde su domicilio al centro y viceversa.

-Centro ocupacional para personas con discapacidad: Unidad destinada a posibilitar el desarrollo ocupacional, personal y social de las personas atendidas para la superación de los obstáculos que la discapacidad les supone en su integración social y laboral. También puede estar destinado a personas con enfermedad mental crónica.

-Taller de formación ocupacional: Unidad en la que se realizan actividades para la adquisición de habilidades básicas que permitan el desarrollo ocupacional, personal y social de este sector, con el fin de facilitar su integración socio-laboral.

### **Programas/ Servicios<sup>51</sup>**

Desde la Administración Regional se prestan programas y servicios especializados que pueden quedar complementados con otros que requieren menos nivel de especialización.

- a) Especializados: entendiéndose como aquellos que ordenen sus actuaciones en las siguientes áreas:

---

<sup>51</sup>Página Web oficial del Gobierno y Consejerías de la Región de Murcia  
Recuperado de: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21518&IDTIPO=100&RASTRO=c576\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21518&IDTIPO=100&RASTRO=c576$m)

-Ocupacional: Encaminada a la realización de actividades que puedan efectuar las personas con deficiencia intelectual, de acuerdo con sus características individuales. Las actividades realizadas buscan la obtención de objetos, productos o servicios que no sean regularmente objeto de operaciones de mercado.

-De desarrollo personal y social: Encaminadas a la realización de actividades que tienen como objetivo procurar a la persona atendida la superación de sus discapacidades para una mayor autonomía personal e integración social.

-Atención especializada: Encaminada a la realización de actividades de cuidados básicos adecuados a las necesidades específicas de las personas atendidas.

#### b) Complementarios

Se entenderán aquellos que, en apoyo a los especializados, permitan una atención integral de las personas con una enfermedad mental. Los centros ocupacionales podrán estar dotados de los siguientes servicios:

-Comedor: se proporcionarán los menús y dietas adecuados a las necesidades nutricionales de cada usuario/a.

-Residencia: A fin de atender necesidades básicas o servir de vivienda, podrá prestarse este servicio a quienes precisen de dicho recurso para su desarrollo personal.

-Transporte: Adaptado a las necesidades de los usuarios con el fin de facilitar su asistencia al Centro.



Los programas/servicios enunciados se dirigen a la ciudadanía de la Región de Murcia con deficiencia intelectual o enfermedad mental (no dependientes). Para acceder, el IMAS establece como requisitos<sup>52</sup>:

1. Ser mayor de 18 años y no superar los 60.
2. Haber residido en la Región de Murcia durante al menos dos años o que su representante legal resida en ella desde, al menos, los dos años anteriores a la fecha de la solicitud, o haya sido trasladado a ésta por motivos laborales.
3. Estar afectado de deficiencia intelectual o enfermedad mental.
4. Estar incapacitado judicialmente o haberse iniciado el trámite de incapacitación.
5. No ser posible su integración en el mercado laboral o en un Centro Especial de Empleo.
6. Para acceder al servicio de residencia será necesario que carezca en su medio habitual de recursos que garanticen la atención integral necesaria para su desarrollo personal y alcanzar al menos el 30 por ciento de la puntuación máxima del Área Social del Baremo de evaluación.

## **2.2 Centros desde el ámbito laboral: Centros Especiales de Empleo**

Los Centros especiales de empleo son empresas que, como tales, participan regularmente en las operaciones de mercado y tiene una plantilla compuesta por al menos un 70% de personas discapacitadas. Su finalidad última es servir de medio de integración del mayor número de personas con discapacidad al régimen de trabajo normal. Están calificadas como "de economía social" por la Ley 5/2011, de 29 de marzo, "de economía social", y actúan orientadas, entre

---

<sup>52</sup> Instituto Murciano de Acción Social  
Recuperado de: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21519&IDTIPO=100&RASTRO=c697\\$m3611](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=21519&IDTIPO=100&RASTRO=c697$m3611)

otros por el principio de primacía de las personas y del fin social sobre el capital.<sup>53</sup>

Según el listado de Centros Especiales de Empleo del Servicio de Fomento de Empleo de Murcia, durante el año pasado han tenido actividad en la Región 39 Centros Especiales de Empleo. De ellos sólo hay uno dirigido exclusivamente a personas con enfermedad mental.

La Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Molina (Afesmo)<sup>54</sup>, preocupada por la integración en el mercado laboral de las personas con enfermedad mental y el riesgo de sufrir exclusión social, trabajan desde hace tiempo en programas orientados a la inserción laboral de sus asociados. A través de su Centro Especial de Empleo ha abierto un lavadero de vehículos. El servicio entró en funcionamiento en noviembre de 2013 y lo prestan usuarios de la asociación en las mismas instalaciones de Afesmo. Actualmente son 15 personas trabajadoras, de las cuales 13 tienen discapacidad y 12 de ellas tienen una enfermedad mental.

Su actividad se centra en la limpieza a mano del exterior e interior de vehículos, y a unos precios muy competitivos (de jueves a domingo). Además, tienen previsto poner en marcha un servicio de limpieza ecológica con productos biodegradables y ahorrando agua.

El objetivo de la asociación es: “crear, promover y facilitar el acceso al mercado laboral a través de la creación de puestos de trabajo consolidados para personas con enfermedad mental ante la dificultad de inclusión en el mercado laboral actual”.

---

<sup>53</sup>Servicio Regional de Empleo y Formación de la Región de Murcia  
Recuperado de: [http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=30083&IDTIPO=100&RASTRO=c\\$m29982](http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=30083&IDTIPO=100&RASTRO=c$m29982)

<sup>54</sup> Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Molina  
Recuperado de: <http://www.afesmo.es/>

### 3. Programas de inserción socio-laboral

#### 3.1. Programa “Juntos somos capaces”<sup>55</sup>

La Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) tiene un convenio de colaboración con Mapfre y la Fundación Konecta para el programa “Juntos somos capaces” para la inserción laboral de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental. Es, por tanto, un Programa de Integración Laboral que trata de paliar la discriminación y la desigualdad en la que se encuentra este colectivo de personas.

#### 3.2. Programa de Inserción Socio-Laboral (ISOL)<sup>56</sup>

El Programa ISOL es un proyecto de integración laboral para personas con enfermedad mental y/o drogodependientes con patología asociada, que facilita el acceso al mercado laboral mediante la realización de acciones formativas, tutorización y acompañamiento en la búsqueda activa de empleo. Por tanto, quienes acuden al programa aprenden un oficio, forman y mejoran su perfil profesional, adquieren herramientas para la búsqueda y mantenimiento de empleo, así como se les acompaña durante el proceso de aprendizaje, de búsqueda y laboral.

Su objetivo general es la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración socio-laboral plena. Este objetivo se concreta en otros objetivos específicos:

- Preparar al participante en la adquisición de habilidades prelaborales.

---

<sup>55</sup> Programa de Integración Laboral para Personas con Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental. Recuperado de: <http://www.juntossomoscapaces.org/>

<sup>56</sup>Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial. Recuperado de: [http://www.isolmurcia.org/?page\\_id=37](http://www.isolmurcia.org/?page_id=37)

- Capacitar en las habilidades necesarias para poder conseguir y mantener una actividad laboral, y llegado el momento, cómo mejorar su situación en dicha actividad.
- Orientar a nivel vocacional y formativo.
- Apoyar y acompañar en el proceso de integración laboral.
- Seguimiento del proceso de integración laboral.
- Crear y coordinar recursos de empleo y formación en entornos protegidos y semi-protegidos.
- Apoyo familiar.

Todos ellos se concretan en tres programas/Servicios

- Actuaciones de orientación
- Servicio de búsqueda de empleo
- Talleres pre-laborales

Los requisitos que se les piden son

- Edad de 16 a 65 años.
- Estar compensado desde el punto de vista psicopatológico.
- Disponer de la adecuada supervisión psiquiátrica.
- Motivación mínima para trabajar.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Valoración favorable, por parte del profesional responsable, de la posibilidad y conveniencia de la inserción laboral.

En los ISOL también se llevan a cabo acciones formativas a través de talleres pre-laborales y actividades que se ajustan a las características específicas del colectivo de intervención, las cuales obligan a establecer un ambiente formativo y laboral adecuado a sus necesidades. Así, las acciones formativas y los procesos de tutorización deben ser asumidos por profesionales con cualificación específica y con una metodología activa y participativa, cuyo ritmo y dinámica depende de la naturaleza del grupo.

### **3.2.6 Navarra**

La Comunidad Foral de Navarra, en lo concerniente a la planificación de la Salud Mental, tiene como documento de referencia: el “Plan Estratégico de Salud Mental Navarra 2012-2016”. Según este Plan, en Navarra, la atención pública en salud mental es prestada por la Red de Salud Mental (RSMNa), que está constituida por un conjunto de servicios dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea e integrados en otros servicios sanitarios.

Dentro de la “Red de recursos sociales y socio sanitarios especializados para la atención de personas con trastorno mental grave” se sitúan los Centros Ocupacionales y los Centros Especiales de Empleo.

En cuanto a las prestaciones del ámbito ocupacional y laboral, los Centros Ocupacionales y los Centros Especiales de Empleo están desarrollados en la Reordenación del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (2010) y en el Documento Marco: Servicio de Centros Ocupacionales para personas con Discapacidad y Enfermedad Mental y Exclusión Social, elaborado por la Agencia Navarra para la Autonomía, en Junio de 2009.

#### **1. Normativa**

- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para minusválidos.
- Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales.
- Orden Foral 153/1996, del 18 de Julio, del Consejero de Salud, por la que se crea el comité de expertos en Rehabilitación en Integración social de enfermos psíquicos.
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales.
- Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general.

-Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra.

## **2. Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral**

En el ámbito de la formación y el empleo de personas con trastornos mentales graves, la Cartera de Servicios Sociales (2008) es el instrumento en el que se establecen las prestaciones del sistema público de Servicios Sociales.

### **2.1 Centro Ocupacional<sup>57</sup>**

Los Centros Ocupacionales forman parte de los servicios sobre los que las comunidades autónomas tienen competencias exclusivas. En la Comunidad Foral se entienden estos centros como entidades cuya finalidad es asegurar los servicios de *terapia ocupacional* y de *ajuste personal y social* a personas con discapacidad, cuando por el grado de sus limitaciones no pueden integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo. Se concreta, además, que la *terapia ocupacional*, es aquella actividad no productiva, realizada por personas con discapacidad, de acuerdo con sus condiciones individuales, bajo la orientación del personal técnico del centro, encaminadas a la obtención de productos que no sean, regularmente, objeto de operaciones de mercado. Por servicios de *ajuste personal y social* se entienden aquellos que procuran a los usuarios de los centros ocupacionales una mayor habilitación personal y una mejor adaptación en su relación social”.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental. Recuperado de: [http://www.navarra.es/home\\_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion](http://www.navarra.es/home_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion)

<sup>58</sup>La guía laboral. Recursos para el empleo en Navarra. Recuperado de: <http://www.acodifna.org/guialaboral/recursos.html#ocupacionales>

## **Definición**

“Servicio prestado en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de desarrollo personal y social a personas con enfermedad mental que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria”.

Es un servicio de atención diaria (diurna), se presta once meses al año, todos los días laborables y es un tipo de prestación no garantizada.

## **Características**

Se plantea como una alternativa para los casos de personas con discapacidad con grandes dificultades de acceder al mercado de trabajo. Por lo general son Centros donde se realizan actividades dirigidas al desarrollo personal y la adquisición de habilidades sociales y hábitos pre laborales; preparando, en caso de ser posible, para el empleo en el mercado ordinario o en Centros especiales.<sup>59</sup>

## **Objetivos laborales**

El desarrollo personal de personas con discapacidad en orden a lograr, dentro de las posibilidades de cada una, la superación de los obstáculos que la discapacidad les supone para la integración social.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> La guía laboral. Recursos para el empleo en Navarra. Recuperado de:

<http://www.acodifna.org/guialaboral/recursos.html#ocupacionales>

## **Perfil de las personas usuarias de los centros ocupacionales**

La normativa existente, resumida en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General de Navarra 2012, delimita una serie de condiciones que deben cumplir las personas participantes en los Centros Ocupacionales:

*“Persona con edad comprendida entre los 18 y 65 años; con grado de Minusvalía reconocido, superior o igual al 33 %; que acredite residencia efectiva y continuada en Navarra durante el año anterior a la solicitud y con Informe de Idoneidad del Centro de Salud Mental correspondiente”.*

Además de estos condicionantes para la elaboración del perfil de personas participantes y de personas demandantes del servicio, se tienen en cuenta una serie de datos como: sexo, edad, estudios realizados, porcentaje de minusvalía, incapacidad laboral, incapacidad civil, diagnóstico, ingresos, años de evolución de la enfermedad, grado de deterioro (en área cognitiva, habilidades sociales y habilidades instrumentales), si realiza rehabilitación psicosocial y grado de implicación de la familia.

### **Intensidad del servicio<sup>61</sup>**

Actividades desarrollo personal y social: diaria.

Actividades ocupacionales: semanal.

Actividades prelaborales: diaria.

Atención psicológica y social: de seguimiento una vez cada 6 meses.

---

<sup>61</sup>Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental  
[http://www.navarra.es/home\\_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion](http://www.navarra.es/home_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion)



**Destinatarios/as**<sup>62</sup>

Personas con una edad comprendida entre 18 y 65 años con trastorno mental grave, que cumplan los siguientes requisitos:

- Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
- Acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante el año anterior a la solicitud de ayuda.
- Informe de idoneidad del Centro de Salud Mental correspondiente.

**Relación laboral**<sup>63</sup>

En los Centros Ocupacionales no se da una relación contractual propiamente dicha, por tanto no existe contrato de trabajo formalizado. Es una modalidad que convive frecuentemente con los Centros Especiales de Empleo como parte de trabajo productivo, o como una relación meramente asistencial. Ahora bien, los participantes podrán recibir del Centro una gratificación económica, complementaria a la percepción de la Renta Básica para personas con discapacidad.

En la Cartera de Servicios Sociales se define el Servicio de Centro Ocupacional para personas con discapacidad, con enfermedad mental y en situación de exclusión social, como una prestación actualmente no garantizada, pero necesaria, y se describe el tipo de recurso, el objeto del mismo, las personas beneficiarias, los requisitos de acceso, los horarios de apertura, la intensidad del servicio, el plazo de resolución, así como el copago, el ámbito de actuación y establece la Valoración de la Idoneidad Ocupacional y/o Laboral como servicio garantizado y requisito de acceso.

---

<sup>62</sup>Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental  
[http://www.navarra.es/home\\_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion](http://www.navarra.es/home_es/Servicios/ficha/3042/Centro-ocupacional-para-personas-con-enfermedad-mental#presentacion)

<sup>63</sup>La guía laboral. Recursos para el empleo en Navarra. Recuperado de:  
<http://www.acodifna.org/guialaboral/recursos.html#ocupacionales>

El Departamento de Política Social opta por un modelo de centro ocupacional que deberá contemplar las siguientes premisas:<sup>64</sup>

*El Centro Ocupacional constituye un recurso para promocionar el desarrollo integral de personas adultas con discapacidad, enfermedad mental y en situación de exclusión social, utilizando la formación personal y social, y la actividad ocupacional como medio principal para posibilitar su inclusión en la sociedad de la que forma parte.*

*El Centro Ocupacional pretende mejorar la calidad de vida de las personas en él atendidas, aportándoles los apoyos necesarios para que lleven una vida lo más autónoma y normalizada posible, tendiendo siempre que sea posible a la integración laboral y a potenciar su vida de persona adulta.*

*El Centro Ocupacional dispone de dos herramientas básicas para desarrollar los objetivos planteados: la realización de actividades ocupacionales y la realización de actividades de desarrollo personal y social para superar sus limitaciones funcionales, personales y sociales.*

*El Centro Ocupacional desarrolla su servicio mediante el establecimiento de un Plan de Atención Individualizado, evolutivo y periódico, basado en las características y circunstancias de cada persona.*

En la Comunidad Foral de Navarra ELKARKIDE<sup>65</sup> gestiona los cuatro Centros Ocupacionales destinados a personas de entre 18 a 65 años, afectadas por trastornos mentales graves. Cumpliendo con la normativa vigente en estos centros se ofrece Atención Ocupacional, articulada en dos áreas: Actividad Ocupacional y Actividades de Desarrollo Personal y Social.

---

<sup>64</sup> Documento Marco "Servicio de Centros Ocupacionales" para personas con Discapacidad y Enfermedad Mental y Exclusión Social; elaborado por la Agencia Navarra para la Autonomía de 2009.  
<sup>65</sup> "De la Ocupación a la Salud". Situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas". ELKARKIDE

---

Las actividades ocupacionales que se desarrollan en los cuatro Centros Ocupacionales son realizadas por las personas usuarias de acuerdo con sus condiciones individuales, encaminadas a la obtención de productos o servicios, adaptando las tareas a las capacidades y características de cada persona, que llevan implícito un abordaje formativo e individualizado. En ningún caso se exigen rendimientos productivos fuera de lo que es un marco puramente ocupacional.

Esta actividad ocupacional cumple una doble finalidad:

1.- Integración social: Trascendencia social de la actividad que realizan al participar en el mercado; para aquellas personas que no son susceptibles de integrarse laboralmente, que se encuentran en edad laboral y necesitan sentirse parte activa de la sociedad, este tipo de actividades dan un valor añadido a la hora de favorecer la autoestima, confianza y seguridad en sí mismo/a y aportan una mayor integración y valoración social. Aunque no se dé un objetivo hacia la incorporación laboral, este tipo de actividades aportan a las personas usuarias aspectos altamente positivos como: la organización de su vida diaria y la normalización.

2.- Favorecen la adquisición de hábitos y habilidades para el trabajo y el tránsito hacia el empleo para aquellas personas susceptibles de integrarse laboralmente. La atención profesional para estas personas está especialmente orientada a la potenciación, adquisición y desarrollo de estos hábitos laborales.

En los cuatro Centros gestionados por Elkarkide, la actividad ocupacional desarrollada y el número de plazas son:

- Centro ocupacional Aranzadi: horticultura, floricultura, y limpieza, envasado de verduras y gestión de residuos orgánicos. Plazas: 55.
- Centro ocupacional Lizardi: Montaje de artículos de madera, montaje y manipulado de artículos de automoción, gráficos, etc. Plazas: 80.

-Centro ocupacional Las Labradas: Montaje y manipulado de artículos industriales, elaboración de artículos decorativos, de diseño y creación propios. Plazas: 30.

-Centro ocupacional Iturrama: Manipulado y envasado de productos alimentarios (“gominolas”). Plazas: 40

La segunda área que se desarrolla en los Centros de Elkarkide son las actividades de desarrollo personal y social. Las actividades socioeducativas 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 dos áreas en las que trabaja Elkarkide, que son la actividad ocupacional y las actividades de desarrollo personal y social, se desarrollan a través de una serie de programas cuyo eje principal de atención es el Plan de Atención Individualizado.

Además de los objetivos generales, comentados anteriormente, con cada persona se plantean unos objetivos, así como un itinerario para alcanzarlos denominado “Plan de Atención Individualizado”. Con este plan se trata de dar respuesta a las necesidades y expectativas individuales, de tal manera que la participación en el centro adquiera una orientación hacia la Autonomía y el Desarrollo personal.

Se materializa en el Plan una serie de objetivos individuales, consensuados y aceptados por la persona usuaria. Se ponen en marcha durante un periodo determinado y cuenta con la supervisión y apoyo de los profesionales. Una vez superado ese tiempo se evalúa la eficacia del Plan.

Para este proceso se diseña un cuestionario de evaluación de la actividad ocupacional. Esta herramienta nos permite “objetivar” al máximo las

---

valoraciones de equipo, así como reflejar las fortalezas y debilidades de la persona. Este aspecto facilita la elaboración de objetivos para el “plan”.

El desarrollo de la Atención Individualizada también se articula a través del trabajo en grupo, esto implica agrupar diferentes perfiles de similares condiciones y expectativas, de manera que sea más operativo el desarrollo de los objetivos individuales. De esta forma, en los Centros Ocupacionales se ofertan los siguientes programas de atención:

#### 1. Programa de mantenimiento socio-personal

Es un Programa orientado al mantenimiento de un nivel básico de autonomía social y personal. La participación en este programa aporta a la persona usuaria una mejor regulación de los horarios, de su ritmo de actividad-descanso, proporcionando además un entorno socio-laboral en el que, a través de actividades y tareas ocupacionales, se mantengan y desarrollen las capacidades. Todo ello contribuye a avanzar en la consecución de una mayor integración social de la persona.

#### 2. Programa avanzado

Implica un nivel intermedio de complejidad y autonomía en el desempeño de la actividad. Es un programa en el que no se establece un periodo fijo de permanencia.

#### 3. Programa de capacitación prelaboral

Programa en el que el objetivo primordial es la preparación para el empleo. Las intervenciones van dirigidas hacia la consolidación de los hábitos y habilidades laborales. Con este fin la persona se incorpora en el medio laboral, compartiendo espacio y actividad con los/as profesionales del Centro Especial de Empleo.

## 2.2 Centro Especial de Empleo<sup>66</sup>

Conforme a lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, los Centros Especiales de Empleo son aquellas empresas cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado. Su finalidad es asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores con discapacidad, a la vez que sea un medio de integración al régimen de trabajo normal.

Sin perjuicio de la función social que los Centros Especiales de Empleo han de cumplir y de sus peculiares características, su estructura y organización se ajustará a los de las empresas ordinarias. En ningún caso tendrán la consideración de Centros Especiales de Empleo los Centros Ocupacionales ni los Centros reconocidos de Educación Especial que dispongan de aulas o talleres para el aprendizaje profesional de los minusválidos en ellos integrados.

### Características

- Puede ser titular de un Centro Especial de Empleo cualquier persona física o jurídica, pública o privada, incluso comunidad de bienes, con capacidad jurídica y de obrar para ser empresario (sociedades mercantiles, asociaciones, fundaciones, etc.)
- Su plantilla tiene que estar formada al menos en un 70 por 100 por personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, reconocida (certificado de minusvalía superior al 33 %, o incapacidad laboral permanente en grado de total, absoluta o gran invalidez).
- Se conciben como un medio de integración laboral de las personas con discapacidad en las empresas ordinarias, fin primordial de la política de integración laboral de este sector, por lo que la normativa reguladora de la materia insiste en se trata de auténticas empresas que deben sujeta

---

<sup>66</sup> La guía laboral. Centros Especiales de Empleo. Recuperado de: <http://www.acodifna.org/guialaboral/recursos.html#especiales>

su gestión a las mismas normas y requisitos que afecten a cualquier empresa del sector al que pertenezcan.

### **Relación laboral**

La relación laboral de las personas con discapacidad que presten sus servicios en los Centros Especiales de Empleo es especial. Se regularán por normativa específica, aplicándose, sólo como norma de carácter supletorio, el derecho laboral común.

### **Servicios/programas**

Los servicios de ajuste personal y social que debe prestar, entendiéndose por tales los que permitan ayudar a superar las barreras, obstáculos o dificultades que las personas trabajadoras con discapacidad de los centros especiales de empleo tengan en el proceso de incorporación a un puesto de trabajo, así como en la permanencia y progresión en el mismo. Igualmente se encontrarán comprendidos aquellos dirigidos a la inclusión social, cultural y deportiva.

### **Los Centros**

En el ámbito de los Centros Especiales de Empleo de Navarra se pueden encontrar a día de hoy 17 Centros Especiales de Empleo. De estos 17 CEE, 9 de ellos tienen personas trabajando con enfermedad mental. A fecha del estudio ha sido imposible obtener datos de LAVANOR y ALBERNIA. Del resto se pueden hacer algunos comentarios generales:

-ADISCO: Realizan actividades de fabricación de velas litúrgicas y perfumadas, etiquetajes de estuches y pequeños montajes industriales. (63 personas en total de las que 4 tienen enfermedad mental).

-AMIMET: Realizan actividades de manipulado de componentes electrónicos y embalaje. (78 personas de las que 7 con enfermedad mental).

-ASPACE: Realizan actividades de la industria del motor, industria gráfica, montaje cadenas nieve. (236 personas en total de las que 27 con enfermedad mental).

-BIDEAN: La actividad que desarrollan son servicios gráficos y encuadernación, servicios de limpieza y reparto de publicidad. (51 personas en total de las que 6 son con enfermedad mental).

-GUREAK: Realización de mailings publicitarios, servicios auxiliares de imprenta, gestión de estaciones de servicio y limpieza. (114 personas en total de las que 12 son con enfermedad mental).

-TASUBINSA: Realizan actividades de limpiezas, submontajes y logística. (722 personas en total de las que 3 con enfermedad mental).

-ELKARKIDE: (Caso especial)

### **2.2.1 Centro Especial de Empleo ELKARKIDE**

ELKARKIDE oferta un Centro Especial de Empleo donde se agrupa el mayor número de personas con enfermedad mental con edades entre 18 y 65 años, afectadas por trastornos mentales graves (48) y discapacidad física (49), discapacidad intelectual (3) y sensorial (2). Actualmente existe también una bolsa de empleo donde hay 15 personas.

Se pone en funcionamiento el 1 de octubre de 1999. Con esta iniciativa se pretende satisfacer las necesidades del colectivo de personas con enfermedad mental proporcionando una salida laboral a través de la realización de un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y realizando a su vez una prestación de servicios de ajuste personal y social que se adapten lo máximo posible a cada persona garantizando con ello el mantenimiento de los puestos de trabajo.

A lo largo de estos años de funcionamiento del Centro Especial de Empleo se ha podido constatar el valor social del trabajo como factor de integración y normalización, que posibilita el desempeño de una actividad, convirtiéndose en un elemento que vertebra la vida de las personas, incidiendo principalmente en su sociabilidad, organización del tiempo, autoestima, independencia social y por otra parte, como elemento terapéutico que incide en su estado defectual



mejorando su funcionamiento, aumentando la valoración de sí mismo/a, normalizando conductas, sintiéndose activo/a, estimulado/a y enriquecido/a gracias a la relación con los demás.

### **Objetivos**

- Proporcionar un empleo estable y de calidad a personas con enfermedad mental y otras discapacidades, en un entorno laboral protegido, con orientación hacia el empleo ordinario.
- Reducir las especiales dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental.
- Atender a criterios individualizados que permitan tener en cuenta las características específicas y entorno de cada persona.
- Propiciar un seguimiento y apoyo para mantener y adecuar la actividad laboral.
- Realizar seguimientos periódicos a fin de valorar los logros obtenidos y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan.

### **Actividades laborales**

- Buzoneo y distribución de impresos publicitarios.
- Manipulados gráficos.
- Montaje de productos industriales.
- Jardinería y mantenimiento de mobiliario urbano.
- Producción hortícola y floricultura.
- Diseño y fabricación de flight-cases.
- Asesoramiento técnico.

### **Requisitos de acceso**

- Estar en posesión del certificado de minusvalía igual o superior a 33 unidades.
- Padecer una enfermedad mental.
- Estar interesado/a en integrarse laboralmente.

- Estar en edad laboral, priorizándose personas en edad comprendida entre 20 y 40 años.
- Estabilidad psicopatológica y con condiciones psicofísicas adecuadas para desarrollar el trabajo.
- Con tratamiento y seguimiento clínico y social periódico.
- Disponer del soporte adecuado en la organización de la vida cotidiana.
- Tener un nivel suficiente de autonomía personal y social que le permita desarrollar un proceso de inserción laboral.

### **2.2.2 Programa de empleo**

El Programa de Empleo surge enmarcado al amparo de la Orden Foral 308DEP/2011, del 20 de Diciembre, de la Consejera de Desarrollo Rural, Industria, Empleo y Medio Ambiente, donde se pretende posibilitar la contratación de personas con una discapacidad igual o mayor del 33%, y dentro de éstas al colectivo de personas afectadas por trastorno mental grave.

El Ayuntamiento de Pamplona realiza la contratación laboral de personas en situación de enfermedad mental grave y Elkarkide gestiona el mismo.

El programa se viene desarrollando desde el año 1996 con una duración entre 3 y 6 meses. Los objetivos principales del programa de empleo es proporcionar experiencia laboral a personas que necesitan un apoyo especial para avanzar en su proceso de integración laboral, tanto a nivel de actividad como de adquisición de hábitos y habilidades laborales, fomentar una aptitud laboral entre las personas participantes en el programa y facilitar la incorporación socio-laboral de las personas participantes.

El trabajo consiste principalmente en el apoyo al Servicio de mantenimiento urbano del Ayuntamiento de Pamplona, llevando a cabo las actividades propuestas por las personas responsables del Servicio. Las actividades son muy diversas: trazado y pintado de plazas de aparcamiento, reciclaje de coronas funerarias, actividades agrícolas, desbroce y limpieza de esparcimiento canino, prácticas de buzoneo, lijado y pintura de mobiliario urbano y actividades formativas.

### **3.3 Estudio comparativo por CCAA uniprovinciales**

En las páginas anteriores se han visto las diferentes respuestas que dan las Comunidades Autónomas uniprovinciales al tema ocupacional/laboral para las personas con enfermedad mental. En las siguientes páginas a través de tablas comparativas de síntesis de resultados se va a obtener una visión global de la situación en la que se encuentran las personas con enfermedad mental.

En la tabla 1 se recoge la principal normativa de cada Comunidad Autónoma uniprovincial referida a las prestaciones del ámbito ocupacional/laboral objeto de estudio.

Se observa una diversidad normativa que se ha ido renovando desde la más antigua compuesta por leyes pertenecientes a la década de los 80, como es el caso de la Comunidad Foral de Navarra (Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre), y desde los años 90 en las Comunidades Autónomas de Murcia (Decreto 50/1996, de 3 de julio), Madrid (Decreto 122/1997, de 2 de octubre) y Asturias (Decreto 2087/1999, de 30 de diciembre), hasta la normativa más actual del siglo XXI, como es el caso de las Comunidades Autónomas de Cantabria (Ley de Cantabria 2/2007) y La Rioja (Decreto 2/2015, de 9 de enero). Una pluralidad normativa que responde a las prestaciones ocupacionales/laborales y que procede del ámbito Social. Desde el Departamento de Salud se elaboran Planes Estratégicos para la prevención de la enfermedad y la mejora del estado de salud. Sin embargo, no hay normativa del Departamento de Salud dirigida al ámbito ocupacional/laboral.

**Tabla 1: Normativa, planes de salud mental y referencia administrativa**

<b>CCAA UNIPROVINCIALES</b>	<b>ASTURIAS</b>	<b>CANTABRIA</b>	<b>LA RIOJA</b>	<b>MADRID</b>	<b>MURCIA</b>	<b>NAVARRA</b>
<b>MARCO NORMATIVO</b>	-Decreto 2087/1999, de 30 de diciembre. -Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. -Decreto 79/2002, de 13 de junio.	- Orden 2 de agosto de 2002. - Ley de Cantabria 2/2007.	-Decreto 16/2014, de 4 de abril. -Decreto 2/2015, de 9 de enero. -Ley 7/2009, de 22 de diciembre.	- Decreto 122/1997, de 2 de octubre. -Orden 2421/2008, de 26 de diciembre. -Ley 11/2003, de 27 de marzo.	-Ley 3/2003, de 10 de abril. -Decreto n.º 3/2015, de 23 de enero. - Decreto 50/1996, de 3 de julio de 1996.	-Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre. -Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio. -Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre.
<b>PLAN SALUD MENTAL (AÑO)</b>	-Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016.	-Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.	-Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015.	-Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid.	-Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013.	-Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.
<b>OBJETIVOS</b>	- Promover la salud mental. - Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. - Erradicar el estigma y la discriminación. - Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas en Salud mental. -Garantizar el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos	-Definir la condición de persona con trastorno mental grave o crónico. -Crear una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico. - Crear una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia. -Garantizar la protección de los	- Consolidar la red de atención integral a la salud mental. -Promover la salud mental y reducir el estigma. -Mejorar la atención de acuerdo a los principios del modelo psicobiocomunitario. -Promover una mejor coordinación intra e interinstitucional. -Desarrollo de la formación, docencia e investigación.	-Actuar de forma coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de servicios de salud mental y el sistema de servicios sociales. - Llevar a cabo atención social a las personas con discapacidad por enfermedad mental y en el apoyo a sus familias, mediante el desarrollo de centros y recursos de atención social a las necesidades de este colectivo y sus familias. -Favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.	- Diseñar programas de rehabilitación y de Inserción/incorporación socio laboral. -Desarrollar mecanismos de coordinación entre servicios asistenciales de rehabilitación y los servicios de empleo y de inclusión social. -Transferir a las Políticas en materia de rehabilitación e inserción socio laboral actuaciones que hayan demostrado eficacia.	- Promover la salud mental en la población general. - Prevenir los trastornos mentales -Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales. -Mejora de la calidad de los servicios orientados al colectivo. -Mejorar la efectividad y la resolución.

	<p>y la dignidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la cooperación y la corresponsabilidad en la mejora de la salud mental.</li> <li>-Potenciar la participación en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma.</li> <li>-Potenciar la formación en materia de salud mental.</li> <li>-Potenciar la investigación en salud mental.</li> <li>-Mejorar el conocimiento y la atención prestada por el Sistema Nacional de salud.</li> </ul>	<p>derechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover campañas de sensibilización, concienciación y divulgación.</li> <li>-Implantar vías de participación efectiva.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar la eficiencia y la continuidad asistencial.</li> </ul>
<b>REFERENCIA ADMINISTRATIVA (DEPARTAMENTOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Red de Servicios de Salud Mental.</li> <li>- Atención social especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicio Cántabro de Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistema Nacional de Salud.</li> <li>-Sistema de Servicios Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicios sanitarios de Salud Mental.</li> <li>-Sistema de Servicios Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.</li> <li>-Sistema de Servicios Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Red de Salud Mental (RSMNa).</li> <li>- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.</li> <li>-Sistema de Servicios Sociales.</li> </ul>

**Fuente:** elaboración propia

Los conceptos de salud mental y enfermedad mental, como se expuso en el marco teórico, han tenido una evolución que se refleja en los Planes de Salud Mental. Se observa como, dependiendo de si los Planes son actuales o de décadas anteriores, los objetivos giran en torno a diferentes temas. Los Planes que están en vigor abordan objetivos de actualidad sobre la promoción de la salud mental, la prevención, la erradicación del estigma, los derechos, mejorar la calidad de la atención, el uso de buenas prácticas, la formación e investigación, promoción de campañas de sensibilización, concienciación y divulgación e implantación de vías de participación efectiva.

Por otro lado, los Planes que no están actualizados como son el *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013* y el *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid*, plantean temas sobre el diseño de programas, mecanismos de coordinación entre el sistema sanitario de salud mental y los servicios sociales, el apoyo a las familias, el desarrollo de centros y recursos de atención, etc. Esto significa que se está pasando de una fase inicial y de diseño de nuevas respuestas, a una segunda fase de evaluación, esfuerzo por la calidad de la atención y modelos actualizados de acercamiento a la discapacidad y a la enfermedad mental.

En cuanto a la referencia administrativa o departamentos de los que dependen las prestaciones ocupacionales o laborales, cada Comunidad Autónoma tiene sus propias competencias y es decisión de cada una de ellas donde las establece. Algunas de ellas dependen de Salud, otras de Salud Mental y/o de los Sistemas de Servicios Sociales. Excepto en Cantabria, las Comunidades Autónomas estudiadas atienden el tema de salud mental desde el Sistema de Servicios Sociales.

En el ámbito ocupacional/laboral (Tabla 2) la principal prestación que todas las Comunidades Autónomas tienen son los denominados Centros. Es complicado distinguir entre el servicio de actividad ocupacional y otros con diferente carácter rehabilitador, ya que en cada Comunidad tienen diferente nombre: Centro Ocupacional, Centro de Apoyo a la Integración, Centro

de Rehabilitación Laboral, Centro de Día, etc. Hay que indicar que, en numerosas ocasiones dan diferentes servicios en los Centros con el mismo calificativo.

Sin embargo, quizá gracias a la normativa estatal existente para los Centros Especiales de Empleo, (art. 42 de la Ley 13/1982: LISMI), entre ellos no hay confusión ni en la nomenclatura ni tampoco en los servicios. Cada Centro tiene diferentes programas pero todos ellos dirigidos a la formación/ocupación, orientación personal y laboral, ajuste personal y social, rehabilitación laboral, desarrollo social y autonomía funcional e intervención familiar.

**Tabla 2:** Prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral: Centros

CCAA UNIPROVINCIALES	ASTURIAS	CANTABRIA	LA RIOJA	MADRID	MURCIA	NAVARRA
<b>CENTROS</b>	-CO -CAI -CEE	-CO -CEE	-CO -CEE	-CRL -CEE	-CO -Centro de día -CEE	-CO -CEE
<b>PROGRAMAS GENERALES</b>	-Formativo/ocupacional -Programas de orientación personal y laboral. -Autonomía funcional y salud. -Desarrollo social, integración y participación comunitaria. -Familia.	-Evaluación. -Rehabilitación laboral. -Intervención familiar. -Orientación, prospección e intermediación laboral	-Programa de formación laboral. -Programa de iniciación productiva. -Programa de apoyo a la integración laboral.	-Programas individualizados de Rehabilitación Laboral. -Apoyo a la Integración laboral y seguimiento. -Contacto y coordinación.	Especializados: -Ocupacional. -De desarrollo personal y social. -Atención especializada Complementarios: -Comedor -Residencia -Transporte	Programa ocupacional. -Programa de mantenimiento socio personal. -Programa avanzado. -Programa de capacitación pre laboral. -Programa de empleo. -Programa de ajuste personal y social.



<b>TITULARIDAD</b>	-Privada sin ánimo de lucro y con plazas concertadas con las Administraciones Públicas.	-Privada	-Privada	-Privada	-Privada	-Privada
<b>FINANCIACIÓN</b>	-Mixta (con una aportación del ámbito público).	-Mixta	-Mixta	-Mixta	-Mixta	-Mixta
<b>USUARIOS/AS</b>	<p>Personas con discapacidad que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Precisan programas personalizados de formación laboral y/o desarrollo de habilidades para su promoción a otros recursos formativos o de empleo.</li> <li>-Necesitan atención diurna permanente dirigida para el mantenimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales.</li> </ul>	-Personas con enfermedad mental (18-65 años) que presentan déficits de hábitos y habilidades para integrarse en un programa de formación o integración laboral y pueden acudir a un CO para desempeñar actividades ocupacionales y de la vida diaria, de ocio y tiempo libre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconocida situación de dependencia.</li> <li>-Reconocido grado de discapacidad igual o superior al 33%.</li> <li>-Residir en La Rioja.</li> <li>-Entre 18 y 60 años.</li> <li>-No padecer trastornos graves de conducta.</li> </ul>	-Personas con enfermedades mentales graves y crónicas que, con un mínimo nivel de autonomía personal y social, necesitan un apoyo específico y estructurado que les prepare y apoye para su inserción laboral.	-Los Centros Ocupacionales son para personas con reconocimiento de dependencia y los Centros de Día para personas que sí tienen reconocida su situación de dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad: 18-65 años.</li> <li>-Con trastorno mental grave.</li> <li>-Grado de discapacidad igual o superior al 33%.</li> <li>-Residencia efectiva y continuada en Navarra.</li> <li>-Informe de idoneidad del Centro de Salud Mental correspondiente.</li> </ul>

**Fuente:** elaboración propia

Como se observa en la tabla anterior, todos los Centros son de titularidad privada sin ánimo de lucro y con plazas concertadas con las Administraciones Públicas. El modelo de financiación es mixto, con una aportación importante del ámbito público a través de los conciertos de plazas y de otras subvenciones. No se especifica con claridad la distribución de la financiación.

El perfil de personas usuarias suele ser similar en todos los Centros: personas con trastorno mental grave, con una edad comprendida entre 18 y 65 años, con un grado de discapacidad igual o superior al 33%, residencia efectiva y continuada en la Comunidad Autónoma donde se solicite el recurso y en algunas, como La Rioja y Murcia, se añade el requisito de tener reconocida la situación de dependencia.

Los requisitos para poder entrar en los Centros varían en función de si son Centros Ocupacionales o Centros Especiales de Empleo (Tabla 3). Si son Centros Ocupacionales, los requisitos principales y que tienen en común las Comunidades Autónomas son: personas con trastorno mental grave o discapacidad intelectual, estar en edad laboral, con un grado de discapacidad igual o superior al 33% y residencia efectiva y continuada en la Comunidad Autónoma donde se solicite el recurso. Algunas Comunidades se diferencian de otras porque se añaden requisitos como el de tener reconocida la situación de dependencia, estar incapacitado o incapacitada judicialmente, disponer de un informe de idoneidad del Centro de Salud Mental correspondiente e incluso se pide el requisito de encontrarse en estabilidad psicopatológica o no padecer trastornos de conducta. Los requisitos de los Centros Especiales de Empleo difieren de los Centros Ocupacionales en: tienen prioridad las personas en edad comprendida entre 20 y 40 años, con un nivel suficiente de autonomía personal y social que permita a la persona desarrollar un proceso de inserción laboral, con tratamiento y seguimiento clínico y social y no padecer trastornos de conducta que puedan provocar graves problemas de convivencia.

**Tabla 3: Personas usuarias/entidad**

CCAA UNIPROVINCIALES	ASTURIAS	CANTABRIA	LA RIOJA	MADRID	MURCIA	NAVARRA
<b>REQUISITOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estar en edad laboral (entre 18 y 50 años).</li> <li>-Tener el correspondiente certificado del 33% de grado de discapacidad.</li> <li>-Residir en los municipios pertenecientes al área socio-sanitaria correspondiente.</li> <li>-Valoración por parte de la Comisión Técnica de Valoración previa solicitud en los Servicios Sociales Municipales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener más de 18 años y menos de 65.</li> <li>-Tener reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de los grados y niveles establecidos en la LAAD (Ley 39/2006, de 14 de diciembre)</li> <li>- Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.</li> <li>-Residir en La Rioja en el momento de presentar la solicitud y haber residido en territorio español durante cinco años.</li> <li>-Tener una edad comprendida, en el momento de formalizar la solicitud, entre 18 y 60 años.</li> <li>-No padecer trastornos graves y continuados de conducta o comportamientos que puedan distorsionar gravemente el funcionamiento del centro o la normal convivencia en el mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia.</li> <li>-La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso.</li> <li>-Tener una enfermedad mental crónica.</li> <li>-No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser mayor de 18 años y no superar los 60.</li> <li>-Residir en la Región de Murcia.</li> <li>-Estar afectado/a de deficiencia intelectual o enfermedad mental.</li> <li>-Estar incapacitado/a judicialmente.</li> <li>-No padecer trastornos de conducta que puedan provocar graves problemas de convivencia.</li> <li>-No padecer enfermedad infecto-contagiosa.</li> <li>-Disponer de la autorización judicial a que se refiere el Código Civil, cuando se incluya la prestación del servicio de residencia.</li> <li>-Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad comprendida entre 18 y 65 años con trastorno mental grave.</li> <li>-Grado de discapacidad igual o superior al 33%.</li> <li>-Residencia efectiva y continuada en Navarra.</li> <li>-Informe de idoneidad del Centro de Salud Mental correspondiente.</li> <li>-En el caso del Centro Especial de Empleo se priorizan personas en edad comprendida entre 20 y 40 años.</li> <li>-Estabilidad psicopatológica.</li> <li>-Con tratamiento y seguimiento clínico y social periódico.</li> <li>-Disponer del soporte adecuado en la organización de la vida cotidiana.</li> <li>-Tener un nivel suficiente de autonomía personal y social que le permita desarrollar un proceso de inserción</li> </ul>

						laboral
<b>DURACIÓN</b>	-De 18 años hasta los 50.	-De 18 años hasta los 65.	-De 18 hasta los 60 años.	-De 18 a los 65 años.	-De 18 a 60 años.	-De 18 a 64 años.
<b>PRESTACIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS</b>	<p>-Centro Ocupacional o Centro de Apoyo a la Integración: asistencia en las ABVD, orientación y formación pre-laboral, programas ocupacionales, promoción de la autonomía y salud, habilidades sociales, transporte accesible, comedor...</p> <p>-Centro Especial de Empleo: orientación e inserción laboral, Planes Locales de Empleo, Proyectos de Talleres de Empleo, Proyectos de Fomento de Empleo...</p>	<p>-Centro Ocupacional: programas ocupacionales y de inserción laboral, proyectos de orientación y apoyo a la integración socio laboral y sensibilización del medio social y laboral., actividades que proporcionan un recurso de estructuración del tiempo y mantenimiento de la autonomía, formación en hábitos pre laborales...</p> <p>-Centro Especial de Empleo: integración laboral, promoción y participación al mundo laboral ordinario...</p> <p>-Proyectos: orientación, prospección, intermediación laboral y apoyo a la inserción socio laboral, rehabilitación laboral y acompañamiento.</p>	<p>-Centro de día y Centro Ocupacional: atención diurna integral, enfoque biopsicosocial, asesoramiento, prevención, rehabilitación e integración laboral, orientación para la promoción de la autonomía, psicoeducación, ajuste personal y habilidades sociales, atención residencial y persona.</p> <p>-Centro Especial de Empleo: empleo protegido, integración al régimen laboral, asegurar un empleo remunerado y prestación de servicios de ajuste personal y social.</p>	<p>-Centro de Rehabilitación Laboral: Recursos de formación y empleo, actividades y programas tanto individuales y grupales para el apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral</p> <p>-Centro Especial de Empleo: trabajo productivo y remunerado, integración en el mercado laboral ordinario, prestación de servicios de ajuste personal y social.</p>	<p>-Centros de día: atenciones integrales a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas con discapacidad afectadas por diferentes grados de dependencia. Cuenta con servicio de transporte adaptado.</p> <p>-Centros Ocupacionales: ofrece atención y posibilita el desarrollo ocupacional, personal y social para la superación de los obstáculos que dificultan la integración social y laboral.</p> <p>-Programas de Inserción Socio Laboral: ofrecen actividades para la adquisición de habilidades básicas que permitan el desarrollo ocupacional, personal y social.</p> <p>-Centros Especiales de Empleo: medio de integración al régimen de trabajo normal, puestos de trabajo consolidados para personas con enfermedad mental.</p> <p>-Servicios de Integración Laboral: conocimientos, hábitos y habilidades para</p>	<p>-Itinerario socio-laboral a través de Centros Ocupacionales, programas de empleo, cursos de formación y programas que posibiliten la rehabilitación laboral.</p> <p>-Centro Ocupacional: servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social. Servicio de atención diurna, se presta once meses al año, todos los días laborables y es un tipo de prestación no garantizada.</p> <p>Se realizan actividades dirigidas al desarrollo personal y la adquisición de habilidades sociales, cognitivas, instrumentales, hábitos saludables hábitos pre laborales y atención psicológica y social.</p> <p>-Centro Especial de Empleo: empleo remunerado y prestación de servicios de ajuste personal y social como medio de integración al régimen de trabajo normal. Servicios y programas dirigidos a la inclusión social, cultural</p>

					la integración socio-laboral plena, orientación a nivel vocacional y formativo, apoyo y acompañamiento, seguimiento del proceso de integración laboral, apoyo familiar.	y deportiva.
--	--	--	--	--	---	--------------

**Fuente:** elaboración propia

Las diferentes prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral que las entidades prestan a las personas usuarias, se podrían diferenciar en tres: Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo y Proyectos o programas específicos de inserción socio laboral.

Las prestaciones de los Centros Ocupacionales son: servicios de atención diurna, con un equipo de enfoque biopsicosocial (médicos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales), que trabajan a través de la rehabilitación y terapia ocupacional el ajuste personal y social. Se realizan actividades de psicoeducación dirigidas al desarrollo personal y promoción de la autonomía, adquisición de habilidades sociales, cognitivas, instrumentales, hábitos saludables hábitos pre laborales y atención psicológica y social. Asistencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, orientación y formación pre-laboral, rehabilitación e integración laboral.

Las prestaciones de los Centros Especiales de Empleo son: empleo protegido remunerado y prestación de servicios de ajuste personal y social como medio de integración al régimen de trabajo “normal” e inclusión social.

Como ya han aparecido anteriormente, los requisitos para poder entrar en los Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo son diferentes. Del mismo modo, lo son los objetivos y la finalidad principal de cada uno de ellos. Los Centros Ocupacionales tienen como finalidad dar una ocupación, promoviendo el desarrollo personal y social de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, para potenciar al máximo el desarrollo de sus capacidades y habilidades tanto para la vida cotidiana como para el trabajo. Sin embargo, los Centros Especiales de Empleo, son empresas con una finalidad productiva, que ofrecen un trabajo remunerado a las personas con discapacidad o enfermedad mental y que, además, prestan servicios de ajuste personal y social.

En la tabla anterior, se explica la dificultad para distinguir entre el servicio de actividad ocupacional y otros con diferente carácter rehabilitador ya que en numerosas ocasiones, Centros con el mismo calificativo dan diferentes servicios. Dentro de las Comunidades Autónomas estudiadas ocurre lo anteriormente citado: a) Los CRL de la Comunidad de Madrid son recursos específicos de formación y empleo y todas sus actividades y programas van dirigidas a la formación laboral, búsqueda activa de empleo y apoyo para la inserción laboral; b) Los CO/CAI de Asturias, CO de Cantabria, CO de La Rioja y CO de Navarra ofrecen una atención más global que no va dirigida exclusivamente a la inserción laboral sino también a la asistencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, a la promoción de la autonomía y salud, a la integración social, a la psicoeducación, etc.

Un caso especial es el de los CO de Murcia, que se encuentran en una situación de cambio de denominación a Centro de Día, porque está desapareciendo la subvención de la Comunidad Autónoma por considerar que un CO no es un recurso para personas dependientes. Por tanto, los CO son para personas con problemas de salud mental sin reconocimiento de dependencia y los Centros de Día para personas que sí tienen reconocida su situación de dependencia.

La duración de las prestaciones comienza cuando las personas ingresan en los Centros, que es siempre a partir de los 18 años, y dependiendo de la Comunidad finaliza a una edad u otra. En algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Asturias, la duración máxima es hasta los 50 años; en La Rioja y Murcia es hasta los 60; en Navarra hasta los 64; y en Cantabria y Madrid hasta los 65 años.





## CONCLUSIONES

Tras la necesidad detectada de un documento que agrupase las diferentes prestaciones en el ámbito ocupacional y laboral destinadas al colectivo de personas con enfermedad mental, se optó por elaborar este estudio en el cual se recogen las diferentes respuestas que dan las Comunidades Autónomas uniprovinciales. Para obtener una visión comparativa de la situación en la que se encuentran estas personas en las diferentes Comunidades Autónomas, el estudio aporta unas tablas comparativas de síntesis de resultados.

El estudio se llevó a cabo en las Comunidades Autónomas uniprovinciales: Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia y Navarra. La razón por la que se tomó esta decisión fue por la complejidad organizativa de las Comunidades Autónomas pluriprovinciales, por la semejanza en cuanto a cantidad de población entre las Comunidades Autónomas uniprovinciales (exceptuando la Comunidad de Madrid), y por la propia distribución territorial de las prestaciones en las Comunidades Autónomas uniprovinciales.

En todas las Comunidades estudiadas existen prestaciones en el ámbito ocupacional y laboral destinadas al colectivo de personas con enfermedad mental. Se observa una aparente homogeneidad, es decir, algunas comparten la terminología (Centro Ocupacional, Centro Especial de Empleo, proyectos, etc.) pero el contenido de esos conceptos no es idéntico e introduce matices. Esos matices hacen que no sean coincidentes y que cuando se estudia cada Comunidad en profundidad aparezcan diferencias.

Todas las Comunidades tienen Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo y unos elementos mínimos comunes. Sin embargo, se han detectado diferencias en el tipo de atención, en la cobertura, en los criterios de selección, etc. Los Centros Especiales de Empleo se sustentan por la normativa estatal existente dirigida a los mismos, (art. 42 de la Ley 13/1982, de integración social de las personas con discapacidad LISMI), entre ellos no hay confusión ni en la nomenclatura ni tampoco en los servicios. Sin embargo, en los Centros Ocupacionales existe una indefinición de la atención al comparar las

Comunidades desde dos perspectivas: una más ligada a la ubicación de esa atención en un Sistema de Dependencia o Sistema de Servicios Sociales y la otra en la aplicación de esa atención. La dificultad para ubicar en uno de los dos sistemas tiene que ver en parte con la indefinición de una normativa ligada al tema ocupacional.

Si a la imprecisión de la atención se le suma que la información no está accesible ni agrupada, todo ello da como resultado incertidumbre tanto a profesionales como a personas con enfermedad mental y sus familias en la aplicación. La indefinición de una normativa ligada al tema ocupacional ocasiona distinto nivel de garantía de la prestación. No obstante, estas indefiniciones no implican que haya una cobertura mayor o menor, un ejemplo de ello es el caso de Navarra. En esta Comunidad, la prestación de Centro Ocupacional no está garantizada en la Cartera de Servicios Sociales (2008), pero al tener bien definido el colectivo, está atendido como necesita. Además en las distintas entrevistas telefónicas realizadas, se observó cómo las diferentes Comunidades tenían a Navarra como referencia en forma y en cobertura.

Se observó dificultad para delimitar si el criterio de la gravedad de la enfermedad mental es tenido en cuenta de la misma forma en las Comunidades Autónomas uniprovinciales. Por tanto, no hay certeza de que los casos más graves no están integrados en un Centro. Es decir, están en situación de exclusión sociolaboral. En Navarra, gracias a que está bien definido el colectivo y al circuito socio laboral existente, dependiendo del grado de gravedad de la enfermedad mental, cada caso está integrado en un Centro y se atiende como necesita.

Con ello y tras la elaboración del estudio se confirman las hipótesis de las cuales se partía: la primera era que Navarra es la Comunidad Autónoma uniprovincial que mejor respuesta y cobertura da al tema ocupacional/laboral para personas con enfermedad mental grave gracias a las prestaciones, programas y circuito sociolaboral existentes en la Comunidad. Y la segunda hipótesis planteaba que las prestaciones en el ámbito ocupacional/laboral que

ofrecen las demás Comunidades Autónomas uniprovinciales no son exclusivas para la atención de personas con enfermedad mental grave como es el caso de Elkarkide en Navarra sino que son mixtas y las personas usuarias pueden tener cualquier tipo de discapacidad.

Tras haber elaborado este documento en el que se recogen, visualizan y comparan las diferentes prestaciones del ámbito ocupacional y laboral destinadas a las personas con enfermedad mental de las Comunidades Autónomas uniprovinciales estudiadas; se cumple el objetivo general y se llega a la conclusión, de que a pesar de la indefinición observada en los párrafos anteriores, las Comunidades caminan en la misma dirección, es decir, se esfuerzan por la calidad de la atención y calidad de vida aunque sea con modelos distintos.

Los Centros son de titularidad privada sin ánimo de lucro y con plazas concertadas con las Administraciones Públicas. El modelo de financiación es mixto con una aportación importante del ámbito público a través de los conciertos de plazas y de otras subvenciones. No se especifica con claridad la distribución de la financiación.

El perfil de personas usuarias suele ser similar en todos los Centros: personas con trastorno mental grave, con una edad comprendida entre 18 y 65 años, con un grado de discapacidad igual o superior al 33%, residencia efectiva y continuada en la Comunidad Autónoma donde se solicite el recurso y en algunas como La Rioja y Murcia se añade el requisito de tener reconocida la situación de dependencia.

Las prestaciones de los Centros Ocupacionales son: servicios de atención diurna, con un equipo de enfoque biopsicosocial (médicos, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales), que trabajan a través de la rehabilitación y terapia ocupacional el ajuste personal y social. Se realizan actividades de psicoeducación dirigidas al desarrollo personal y promoción de la autonomía, adquisición de habilidades sociales, cognitivas, instrumentales, hábitos saludables hábitos pre laborales y atención psicológica y social.

Asistencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, orientación y formación pre-laboral, rehabilitación e integración laboral.

Las prestaciones de los Centros Especiales de Empleo son: empleo protegido remunerado y prestación de servicios de ajuste personal y social como medio de integración al régimen de trabajo e inclusión social.

Los requisitos para poder entrar en los Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo son diferentes. Del mismo modo, lo son los objetivos y la finalidad principal de cada uno de ellos. Los Centros Ocupacionales tienen como finalidad dar una ocupación, promoviendo el desarrollo personal y social de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, para potenciar al máximo el desarrollo de sus capacidades y habilidades tanto para la vida cotidiana como para el trabajo. Sin embargo, los Centros Especiales de Empleo, son empresas con una finalidad productiva, que ofrecen un trabajo remunerado a las personas con discapacidad o enfermedad mental y que además prestan servicios de ajuste personal y social (FEAPS, 2013).

La duración de las prestaciones comienza cuando las personas ingresan en los Centros, que es siempre a partir de los 18 años, y dependiendo de la Comunidad finaliza a una edad u otra. En algunas Comunidades Autónomas como es el caso de Asturias, la duración máxima es hasta los 50 años, en La Rioja y Murcia es hasta los 60, en Navarra hasta los 64 y en Cantabria y Madrid hasta los 65 años.

Con el estudio y la suma de los párrafos anteriores, verificamos que también se han cumplido los objetivos específicos que se pretendían conseguir: conocer la situación laboral de las personas con enfermedad mental y discapacidad; y aclarar los tipos de Centros y programas específicos que hay para el colectivo de personas con enfermedad mental y la discapacidad derivada de ésta.

Finalmente, se quiere dejar claro que la principal aportación de este estudio, es el análisis comparativo entre las Comunidades Autónomas uniprovinciales de las prestaciones ocupacionales/laborales para el colectivo de personas con enfermedad mental y discapacidad derivada de ésta.

## REFERENCIAS

Agencia Navarra para la Autonomía (2009). *Documento Marco Servicio de Centros Ocupacionales para personas con Discapacidad y Enfermedad Mental y Exclusión Social*; ANAP.

Anaut Bravo, S., Arza Porras, J. y Álvarez M.J. (2014). La incidencia de la exclusión social en los hogares con personas con discapacidad. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. *FUNDACIÓN FOESSA*.

Anaut Bravo, Urizarna y Verdugo. (2012). *Modelos y discursos hacia un enfoque de Derechos Humanos. Atención social de personas con discapacidad: hacia un enfoque de derechos humanos* / coord. por Esther Raya Díez, Neus Caparrós Civera, Giovanna Britt Peña Correa, 2012, ISBN 978-987-1851-02- , págs. 27-45

Artazcoz San Juan, I., De Pablo Jiménez, C., González Remón, I. y Reta Monge, I. (2012). *“De la Ocupación a la Salud”. Situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas*. ELKARKIDE

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2011). Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. *Cuadernos técnicos, 11*. Madrid, 2011.

Confederación Nacional de Centros Especiales de Empleo (2014). Cuestiones que afectan a los CEE en materia de Seguridad Social. *(Informe anual)*.

FEAFES. (2000). Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. (2000). Promoción laboral y empleo para personas con retraso mental. Orientaciones para la calidad de vida. *Manuales de buena práctica FEAPS. SIIS - Centro de Documentación y Estudios.*

FEAFES. (2008). Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo. Depósito legal: M-55208-2008.

Ministerio de Trabajo e Inmigración y Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *Estrategia global de acción para el empleo de personas con discapacidad 2008-2012.* Madrid, 26 de septiembre de 2008: Consejo de Ministros.

Muyor Rodríguez, J. (2010). Aproximaciones a la figura del Asistente Personal: Elemento clave para la Vida Independiente y la Promoción de la Autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Revista Trabajo Social Difusión*, nº 78, pp. 16-21.

Muyor Rodríguez, J. (2009). Entre bioética, biopolítica y ética profesional: Sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social; En *Revista de Trabajo Social y Salud*. Nº 66, pp 279-314.

Muyor Rodríguez, J. (2011). Los (¿nuevos?) escenarios del Trabajo Social en la discapacidad: Derechos Humanos, Política Social y Servicios Sociales. *Revista de Trabajo Social y acción social*, nº 49.

Observatorio estatal de la discapacidad. (2014). Informe Olivenza 2014, sobre la discapacidad en España. (Informe anual). Madrid: OED.

ODISMET (Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España). (2014). *La situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral*. (Informe anual). Madrid: Fundación ONCE.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003a). *El contexto de la salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)*. Madrid: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003b). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. World Health Report.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. (Informe OMS).

Palacios, A. y Romañach. J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España. Ediciones Diversitas-AIES.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid. CERMI

Robert I. schalock, Ruth a. luckasson y karrie a. shogren (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4). Núm. 224. Pág. 5 a pág. 20.

Verdugo, M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo Cero*, 34 (I), 5-1 9.

Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24.

Verdugo, M.A. y Jordán de Urríes, F.B. (2007). El futuro del empleo con apoyo ¿Hacia dónde nos dirigimos? *Siglo Cero*, 38 (3). Núm. 223. Pág. 39 a pág. 50.



