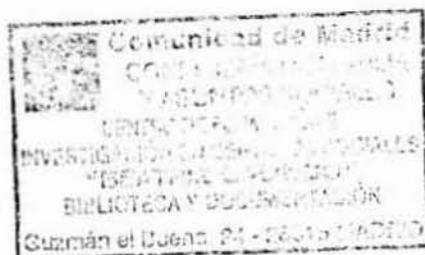


**REHABILITACIÓN
LABORAL DE
PERSONAS CON
ENFERMEDAD
MENTAL CRÓNICA:
PROGRAMAS
BÁSICOS DE
INTERVENCIÓN**



Ref. 7056



REHABILITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: PROGRAMAS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

RELACIÓN DE AUTORES

- **Alcaín Oyarzun, Elena.** Maestro de Taller. Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".
 - **Colis Hernández, José Augusto.** Maestro de Taller. Co-Director del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida".
 - **Galilea García, Virginia:** Psicóloga. Co-Directora del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida".
 - **Lavado Ciordia, Ana Isabel:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida".
 - **Muñiz Giner, Eva:** Psicóloga. Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".
 - **Nicolás Gómez, Marta.** Psicóloga. Técnico en Empleo. Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".
 - **Pagola Pérez de la Blanca, Raquel.** Psicóloga. Técnico en empleo. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida".
 - **Rodríguez González, Abelardo:** Psicólogo. Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
 - **San Bernardo Vicente, María Teresa:** Terapeuta ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida".
 - **Sánchez Rodríguez, Oscar.** Terapeuta ocupacional Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".
 - **Sobrino Calzado, Teodosia.** Psicóloga. Coordinadora del Centro de Rehabilitación Psicosocial y del Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".
- **Nota:** Los Centros de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" y "Vázquez de Mella" forman parte del **Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica** que depende de CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES de la COMUNIDAD DE MADRID.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

Tirada: 2.500 ejemplares
Edición: 09/01

Depósito legal: M-46.608 - 2001
I.S.B.N.: 84-451-2128-6
Imprime: **B.O.C.M.**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

ÍNDICE

	<u>Página</u>
PRESENTACIÓN a cargo de la Excmá Sra Consejera de Servicios Sociales.	5
INTRODUCCIÓN (<i>Abelardo Rodríguez</i>).....	9
ÁREA I: MARCO GENERAL	13
CAPÍTULO 1: La atención comunitaria a la población enferma mental crónica. La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (<i>Abelardo Rodríguez</i>).....	15
ÁREA II: EL CAMPO DE LA REHABILITACION LABORAL: PRINCIPIOS, OBJETIVOS y DELIMITACION	39
CAPÍTULO 2: Filosofía de la Rehabilitación Laboral. (<i>José Augusto Colis</i>) ..	41
CAPÍTULO 3: Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. (<i>José Augusto Colis</i>)	47
ÁREA III: AREAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN LABORAL	53
ÁREA III.I: EVALUACION Y PLANIFICACION DE LA INTERVENCION EN REHABILITACIÓN LABORAL	53
CAPÍTULO 4: Guía básica de evaluación en rehabilitación laboral. (<i>Virginia Galilea y Ana Lavado</i>).....	55
CAPÍTULO 5: Organización y elaboración de planes individualizados de rehabilitación laboral. (<i>Eva Muñiz</i>).....	65
ÁREA III.II: ÁREAS DE INTERVENCION EN REHABILITACION LABORAL	71
CAPÍTULO 6: Orientación Vocacional. (<i>Virginia Galilea</i>).....	73
CAPÍTULO 7: Ajuste Laboral: Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral. (<i>Elena Alcaín y José Augusto Colis</i>)	83
CAPÍTULO 8: Entrenamiento en Asertividad Laboral. (<i>Ana Lavado y Eva Muñiz</i>).....	99

CAPÍTULO 9: Entrenamiento en Técnicas de Búsqueda de Empleo. (<i>M^a Teresa San Bernardo y Oscar Sánchez</i>).....	111
CAPÍTULO 10: Apoyo a la formación. (<i>Virginia Galilea y Ana Lavado</i>)	119
CAPÍTULO 11: Búsqueda Activa de Empleo. (<i>Virginia Galilea, Raquel Pagola y M^a Teresa San Bernardo</i>)	129
CAPÍTULO 12: Intervención con familias en el proceso de rehabilitación laboral. (<i>Eva Muñiz y Marta Nicolás</i>)	133
ÁREA IV: ACCESO AL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA	143
CAPÍTULO 13. Alternativas de inserción laboral. (<i>Teodosia Sobrino</i>).....	145
ANEXOS	163
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA	231

Presentación

La Consejería de Servicios Sociales está comprometida en la atención social y el apoyo a la integración de los enfermos mentales crónicos a través de un Programa de acción, que comprende una red de recursos sociales. Dicha red, trabajando en una relación de coordinación y complementariedad con la red de servicios de salud mental, proporciona una atención global e integral a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas y posibilita su rehabilitación e integración comunitaria.

Una de las áreas de actuación que contempla este Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica es la de *Rehabilitación Laboral y Apoyo a la integración en el mundo del trabajo*, que se realiza a través de los Centros de Rehabilitación Laboral.

La integración laboral, que es un instrumento esencial para la integración social de cualquier persona, presenta especiales dificultades para las que sufren enfermedades mentales crónicas, lo que supone un importante obstáculo en su participación e inserción laboral normalizada.

El principal objetivo de este Cuaderno Técnico es ofrecer un instrumento metodológico y práctico de apoyo en el desarrollo de programas de rehabilitación laboral e inserción en el mundo del trabajo dirigidos a esta población.

Sus autores son profesionales que desempeñan su actividad en el área de rehabilitación laboral, los cuales, tomando como base la experiencia, y apoyados en un sólido fundamento teórico, han elaborado un texto magnífico que, a no dudar, servirá de referencia para todos aquellos que se dedican a la atención, tanto social como sanitaria, de las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas, pero también interesará a las que trabajan en otras áreas de intervención social.

Confiamos en que este Cuaderno Técnico contribuya a mejorar el conocimiento sobre la problemática socio-laboral de dichas personas y sea una ayuda en la potenciación y desarrollo de las iniciativas que faciliten su integración.

PILAR MARTÍNEZ LÓPEZ
Consejera de Servicios Sociales
Comunidad de Madrid

Introducción

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo del trabajo. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de apoyar su acceso a programas de formación para el empleo. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mismo, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

Dado que el campo de la rehabilitación laboral se conforma como un componente básico para preparar y poner en condiciones de trabajar a muchos enfermos mentales crónicos, es esencial que se conozcan y divulguen los componentes esenciales del mismo.

Desde la experiencia práctica del trabajo desarrollado en Los Centros de Rehabilitación Laboral del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Servicios Sociales, hemos querido contribuir en esta línea de difusión del campo de la Rehabilitación Laboral con el colectivo de enfermos mentales crónicos.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de rehabilitación laboral para este colectivo. Este trabajo se estructura a modo de manual y en el se ofrecen tanto los elementos teóricos y conceptuales como de un modo eminentemente práctico se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en las principales áreas de actuación en rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mundo del trabajo.

El texto se estructura en 4 grandes Áreas: El Área I sirve de Marco General y consta de un sólo capítulo en el que se expone el contexto general de las problemáticas y necesidades de las personas enfermas mentales crónicas, así como los elementos esenciales de la organización de la Atención Comunitaria a esta población. La segunda parte de este primer capítulo expone la experiencia del **Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica** de la Consejería de Servicios Sociales, en el marco del cual se están poniendo en marcha **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)** comprometidos con el desarrollo de programas específicos de rehabilitación y apoyo a la integración laboral de este colectivo. Desde dicho Programa y gracias a la experiencia de dichos CRL ha surgido el empuje y la justificación para elaborar este trabajo.

El Área II se dedica a presentar el campo de la Rehabilitación Laboral, a cuya definición y exposición de sus principios y filosofía de intervención se dedica el capítulo 2; esta área se completa con el capítulo 3 que se centra en exponer la problemática específica que presenta este colectivo respecto a su inserción laboral.

El Área III constituye el núcleo principal de este libro en el que se ofrece de un modo práctico la metodología de evaluación e intervención en rehabilitación laboral. A efectos pedagógicos este Área III se subdivide en dos grandes apartados: Uno que se centra en la Evaluación y Planificación de la Intervención, temas a los que se dedican respectivamente los capítulos 4 y 5. Y otro gran apartado destinado a las principales áreas de intervención en Rehabilitación Laboral; en el que desde el capítulo 6 al 12 se van desgranando los ámbitos fundamentales de actuación (Orientación vocacional, Ajuste laboral, Asertividad laboral, Técnicas de búsqueda de empleo, Apoyo a la formación, Búsqueda activa de empleo, etc). Todos estos capítulos se orientan de un modo concreto y práctico a presentar como se organiza la intervención en todos estos ámbitos, asimismo incluyen casos prácticos ilustrativos.

Por último en el Área IV, que se compone del capítulo 13, se exponen las principales alternativas de inserción laboral que se pueden tener en cuenta de cara a la incorporación de este colectivo en el empleo: desde la inserción individualizada en el mercado laboral ordinario, a los programas de empleo con apoyo, pasando por el empleo protegido a través de Centros Especiales de Empleo o la creación de Empresas Sociales.

El libro se completa con una serie de anexos en los que se recogen diversos instrumentos como registros o cuestionarios u otros elementos que puedan ser de utilidad a los profesionales interesados en el desarrollo de programas de rehabilitación laboral.

En la redacción de este texto han intervenido distintos autores que casi en su totalidad trabajan en los Centros de Rehabilitación Laboral y que por tanto tienen una experiencia práctica específica en este campo. Asimismo los autores son psicólogos, maestros de taller, terapeutas ocupacionales o técnicos de apoyo a la inserción en el mundo del trabajo, reflejando por tanto la necesaria interdisciplinariedad de este campo y la necesidad de equipos multiprofesionales como elemento esencial para el adecuado desarrollo de programas de rehabilitación laboral.

Este trabajo se dirige a todos aquellos profesionales y recursos tanto públicos como de la iniciativa social que en nuestra Comunidad de Madrid y en el resto del Estado trabajan o están interesados en la rehabilitación y en la integración laboral de las personas con enfermedad mental crónica. Y quiere servir de referencia, como instrumento de apoyo técnico, para promover y favorecer el desarrollo de este tipo de programas. Asimismo quisiéramos que ayude a conocer mejor las dificultades de este colectivo y sus potencialidades laborales y facilite la sensibilización respecto a la necesidad de promover programas de estas características y otras medidas de apoyo a la inserción laboral de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas.

Confiamos en que este trabajo sea un paso adelante en este camino.

ABELARDO RODRÍGUEZ

Psicólogo. Responsable técnico del Programa de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica. Consejería de Servicios Sociales

ÁREA I: MARCO GENERAL

CAPÍTULO 1: La atención comunitaria a la población enferma mental crónica: La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) del *Programa de Atención social a personas con enfermedad mental crónica* de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Abelardo Rodríguez

CAPÍTULO 1. LA ATENCIÓN COMUNITARIA A LA POBLACIÓN ENFERMA MENTAL CRÓNICA: LA EXPERIENCIA DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL) DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA DE LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Abelardo Rodríguez

1.1. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA: PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta asimismo a otros aspectos como su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad. Para exponer una imagen global de esta problemática, podemos tener en cuenta 3 dimensiones básicas que la definen y enmarcan: Diagnóstico, Discapacidad y Duración

- Dimensión *DIAGNÓSTICO*

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave (de hecho es el paradigma de enfermedad mental grave y crónica) que se caracteriza por un conjunto de síntomas tanto positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, etc) como negativos (apatía, afectividad embotada, pobreza del habla, anhedonia, etc), que afectan y comprometen el funcionamiento psicológico del sujeto y su contacto con la realidad.

- Dimensión *DISCAPACIDAD*

Supone que muchas de las personas que sufren los anteriores síntomas, a consecuencia de los mismos o propiciado por ellos y por la interacción de diferentes factores, presentan variadas discapacidades o déficit en su funcionamiento psicosocial, expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

En general, las personas que sufren esquizofrenia presentan, en mayor o medida, déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. (1997):

- *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc)
- *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral)
- *Autocontrol* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc)

-
- *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales)
 - *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés)
 - *Funcionamiento cognitivo* (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información)

Estas discapacidades o dificultades en su funcionamiento psicosocial hacen que muchos de ellos presenten problemas en el manejo de muchas de las exigencias de la vida personal y social y en el desempeño normalizados de roles sociales. Asimismo, estas discapacidades, en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) pueden dar lugar a que muchas de estas personas estén en riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social).

- Dimensión *DURACIÓN*

Por último, para entender la problemática de esta población, no debemos olvidar la tercera dimensión que la define, *DURACIÓN*: Supone que se está ante trastornos y problemáticas de carácter crónico, esto es, de larga duración y evolución, incluso de por vida. El adjetivo "crónico" añadido al de esquizofrenia denotaba tradicionalmente, no sólo una problemática para la que no existía curación y que evolucionaba a lo largo de la vida del sujeto, sino también una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro y "cronificación".

En la actualidad, tras múltiples estudios longitudinales (Bleuler, 1972, Jablensky 1982, vease Blanco y Pastor 1997 para un resumen), hoy ya no hay base para seguir pronosticando una evolución negativa y un deterioro progresivo. El desarrollo de un trastorno grave y crónico como la esquizofrenia, es mucho más variado y heterogéneo, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial.

Así, pues, el carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden permitir llevar una vida normalizada y autónoma.

Con lo comentado hasta aquí se puede tener una primera aproximación a las características de este colectivo. Pero no debemos olvidar que aunque se compartan problemáticas más o menos comunes, éstas se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciban.

El grado de discapacidad y gravedad de la problemática varía a lo largo de un "continuum" dentro de este colectivo, en el que podemos encontrar desde personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión sintomatológica y mantienen

un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal, independiente e integrada, hasta personas cuya severidad en su psicopatología y su gran deterioro personal hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante; pasando, como ocurre en muchos casos, por personas que tienen crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Aunque cada persona con esquizofrenia es diferente de otra y presenta unas características únicas y diferenciales, existen elementos comunes que nos sirven para presentar las principales características de los pacientes que sufren esquizofrenia:

- Son especialmente vulnerables al estrés. Pueden sufrir exacerbaciones de su sintomatología psiquiátrica debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Muchos de ellos presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Muchos tienen importantes dificultades para interactuar socialmente. Esto hace que sufran una pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia y que, por tanto, vivan situaciones de aislamiento social.
- En relación con los anteriores, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Asimismo la mayoría de las personas con esquizofrenia tienen dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral. Su vulnerabilidad al estrés y sus dificultades de relación y manejo de situaciones hacen que no puedan soportar las exigencias de muchos empleos y queden fuera del mercado laboral en unos casos o en otros cambien constantemente de trabajo. Esto supone un obstáculo para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Las necesidades y problemáticas son, por tanto, múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo.

Entre ellas se podrían indicar las siguientes:

• *ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL*

Los pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

- *ATENCIÓN EN CRISIS*

Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.

- *REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL*

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad, y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- *REHABILITACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN EN EL MUNDO DEL TRABAJO*

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo del trabajo y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral. También necesitan mejorar su, en general escasa, cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el empleo, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

- *ALOJAMIENTO Y ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA*

Muchos pacientes tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Algunos que no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso abocados, en determinadas circunstancias, a situaciones de riesgo y marginación. Ante esto, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Ésta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de esta población, su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

-
- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
 - Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
 - Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
 - Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
 - Sobrecarga de algunas familias, que se pueden quemar y desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo mental crónico.

- *APOYO ECONÓMICO*

De igual modo muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica, debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo. Se hace, pues, necesario ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo, es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones, de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.

- *PROTECCIÓN Y DEFENSA DE SUS DERECHOS*

La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por ello, es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

- *APOYO A LAS FAMILIAS*

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario "cuidar a los que cuidan"), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes acti-

vos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Además necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, debe ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecerle una adecuada atención.

A continuación se indicará cómo ha evolucionado el modelo de atención y cuáles son los elementos esenciales de cara a articular una atención comunitaria integral a esta población.

1.2. LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA. SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES UNA COOPERACIÓN NECESARIA

1.2.1. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas (con la esquizofrenia como principal paradigma de enfermedad mental grave y crónica) han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemáticas psiquiátricas y psicosociales de esta población, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados “manicomios”) habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello, la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc. Se han ido produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar los enfermos mentales crónicos que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población enferma mental crónica en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando, gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria, atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario, evitando su marginación e institucionalización (Desviat, M, 1995).

Con todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, sí se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser como el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica (Desviat, 1995):

Reforma Psiquiátrica: Principios básicos

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención: del hospital a la comunidad.
- La apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- El intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que cubren las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La hospitalización debe perder su papel preeminente como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social).
- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- El intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población enferma mental.

Todos estos elementos no forman un todo homogéneo que se haya desarrollado de un modo coherente en todos los países. En cada experiencia se han articulado diferencialmente más unos que otros, algunos se han descuidado y otros se quedaron en el camino. Lo que sí nos permiten es tener presente las líneas rectoras que, en general, han informado la ideología y organización de los procesos de Reforma Psiquiátrica.

Con todas sus dificultades o insuficiencias, el desarrollo de los procesos de Reforma Psiquiátrica ha supuesto para el colectivo de enfermos mentales graves y crónicos un cambio positivo y una mejora sustancial. Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de las problemáticas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible. Nuestro país se incorporó con retraso a este movimiento de reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria, no fue hasta la recuperación demo-

crática y en especial a partir de mediados de los ochenta cuando España inició un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica. Los principios que sustentan el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en España, se recogen en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985, Ministerio de Sanidad y Consumo) y quedaron plasmados en la Ley General de Sanidad 1986 en su artículo 20.

LEY GENERAL DE SANIDAD (LEY 14/1986 DE 25 DE ABRIL) CAPÍTULO TERCERO

DE LA SALUD MENTAL

ARTÍCULO 20

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. **Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.**
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Es indudable que en nuestro país (con todas las matizaciones relativas a los ritmos y desarrollos desiguales en las diferentes Comunidades Autónomas) se han realizado notables avances en la reforma de la atención psiquiátrica, en la superación del modelo "manicomial" y en el desarrollo de servicios de salud mental y otros dispositivos (Montejo, J. y Espino, A. 1998), pero todavía hay un escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada aten-

ción comunitaria de esta población y por supuesto para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva inserción social. Este modelo de atención comunitaria diseñado y puesto en marcha por la Reforma Psiquiátrica nos pone frente al reto de organizar y articular una adecuada y amplia red de servicios y programas que atiendan las diferentes necesidades y problemáticas de la población con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia) y permitan su efectiva integración social en la comunidad.

1.2.2. LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA COMUNIDAD. SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES, UNA COOPERACIÓN NECESARIA

Como ya se comentó anteriormente, las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. En efecto, muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, atender no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad. Resulta, pues, evidente la necesidad de articular un sistema de recursos y servicios comunitarios para procurar una atención, adecuada e integral, a la población enferma mental crónica en general y a las personas que sufren esquizofrenia en especial.

El concepto de " Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario" desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU sirve como referencia de esta necesidad. Plantea la pertinencia de promover y organizar a nivel local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los enfermos mentales crónicos en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dicho concepto identifica los diferentes componentes o ámbitos de intervención que han de configurar un sistema de soporte comunitario comprensivo (Stroul, B. 1989):

- Identificación, detección y captación de la población enferma mental crónica.
- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico.

-
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
 - Educación y apoyo a las familias.
 - Rehabilitación psicosocial.
 - Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción en el mercado de trabajo.
 - Protección legal y defensa de sus derechos.
 - Monitorización y seguimiento individualizado en la comunidad.

Cada uno de estos componentes puede ser desarrollado por diferentes servicios o recursos y exige una adecuada coordinación que los articule como una red o sistema integral en el que se intercalan y complementan tanto servicios generales que cubren necesidades comunes al resto de la población, como servicios especializados que atiendan necesidades específicas y peculiares de este colectivo.

En nuestro contexto para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas se deben ir articulando **sistemas de atención y soporte comunitario** cuyos pilares básicos se deben asentar en la **colaboración entre el sistema sanitario**, a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, **y entre el sistema de servicios sociales**, tanto generales como especializados, dado que en muchos casos como la problemática de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desborda la capacidad y posibilidades de los servicios de salud mental y exige la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en general y a los enfermos mentales graves y crónicos en particular, está asentado y orientado en un enfoque comunitario, aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico. Esto es, con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social.

1.3. UNA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

En la Comunidad de Madrid desde 1.984 se puso en marcha un decidido proceso de reforma psiquiátrica que ha transformado y mejorado sustancialmente el marco de la atención en salud mental en nuestra Comunidad.

Se ha desarrollado un nuevo modelo de atención cuyos principales objetivos eran:

- Conseguir una actuación pública centrada en el trabajo en la comunidad y basada fundamentalmente sobre prestaciones ambulatorias.
- Integrar funcionalmente en una red única las distintas redes asistenciales.
- Ubicar las unidades de hospitalización breve en los hospitales generales.

-
- Desarrollar servicios de salud mental en cada uno de los 35 distritos sanitarios.
 - Transformación de los hospitales psiquiátricos teniendo como objetivo su progresiva desaparición y sustitución por dispositivos de rehabilitación residenciales y de soporte social en la comunidad.
 - Impulsar el desarrollo de servicios alternativos a la institucionalización psiquiátrica en colaboración con los Servicios Sociales.

En estos momentos se ha conseguido la efectiva implantación y consolidación de un modelo de atención comunitaria en salud mental a través del desarrollo de servicios de salud mental en todos los distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid y unidades de hospitalización psiquiátrica en los diferentes hospitales generales, hospitales de día y otros recursos intermedios.

Asimismo se ha avanzado en la transformación de los Hospitales Psiquiátricos, potenciando sus actividades rehabilitadoras, reduciendo sus camas de larga estancia y organizando paulatinamente un proceso de desinstitucionalización de los pacientes crónicos en ellos internados, articulando su reinserción en la comunidad.

La puesta en marcha de este proceso de reforma psiquiátrica y de la desinstitucionalización hacía necesario promover el desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social dentro del ámbito de los servicios sociales para la atención a la población psiquiátrica crónica. Así surgió el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica cuya denominación actual es ***Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica*** que describiremos a continuación:

1.3.1. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. DESCRIPCIÓN GENERAL

El ***Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica*** (en adelante, el Programa) constituye una iniciativa específica, organizada desde el sistema de Servicios Sociales en su nivel de atención especializada, destinada a favorecer y apoyar la rehabilitación e integración social de la población con enfermedades mentales crónicas. Depende de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales y lleva desde 1988 trabajando en el desarrollo de recursos específicos de rehabilitación y apoyo comunitario desde una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

Este Programa tiene como principal misión atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y apoyar a sus familias. Trata de posibilitar la rehabilitación e integración social de dichas personas y favorecer que puedan vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónoma y normalizada posible. Se inscribe y organiza dentro del segundo nivel de atención del sistema de servicios sociales, es decir, en el marco de los servicios sociales especializados. Su función principal es desarrollar un conjunto de servicios y acciones específicas que permitan atender las necesidades y problemáticas de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comuni-

tario, complementando a los servicios sociales generales y, especialmente, servir de apoyo específico a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (dependientes del Servicio Regional de Salud). Este Programa expresa y concreta la necesaria implicación del sistema de servicios sociales en la atención a este colectivo. Desde el mismo, se pretende, trabajando en estrecha colaboración con los servicios de salud mental, servicios sociales generales y otros servicios sociocomunitarios, ir articulando una red coordinada de servicios que faciliten una atención integral y continuada a las diferentes necesidades y problemáticas de las personas enfermas mentales crónicas y de sus familias y promuevan su rehabilitación e integración en la comunidad.

La experiencia, organización y funcionamiento de este Programa quedo regulado mediante el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de Octubre de 1997) que establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes Centros de Servicios Sociales Especializados. Este decreto viene pues a consolidar y regular la experiencia de desarrollo de recursos que desde esta Dirección General se viene realizando a través del citado Programa. Así, a través del citado Decreto se viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio.

- El programa orienta su actuación al logro de los siguientes objetivos generales:
- Favorecer el mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, en las mejores condiciones posibles de normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo e independiente que en cada caso sea posible.
- Potenciar su integración social en su entorno comunitario.
- Evitar la marginalización y/o institucionalización de aquellos que viven en la comunidad y posibilitar la reinserción de aquellos que aún se encuentran institucionalizados.
- Apoyar a las familias de enfermos mentales crónicos, mejorando sus capacidades y recursos y promoviendo la mejora en su calidad de vida.

El Programa está dirigido a las personas de la Comunidad de Madrid que sufren enfermedades mentales graves y crónicas y que tienen dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración sociocomunitaria, así como a sus familias. Se dirige prioritariamente hacia aquellos que viven en la comunidad, especialmente los "nuevos crónicos" y también los "crónicos desinstitucionalizados", intentando mejorar su autonomía y funcionamiento psicosocial y posibilitar su mantenimiento e integración social en la comunidad.

Por otra parte, el Programa dirige su atención a las **familias** de los enfermos mentales crónicos. Éstas constituyen un elemento clave y esencial en la atención comunitaria de este colectivo. De hecho, la mayoría de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad lo hacen con sus familias que constituyen su principal recurso de cuidado y soporte social. Por ello el Programa quiere ayudar, apoyar y colaborar con las familias, ofreciéndoles psicoeducación, asesoramiento y apoyo para hacerles más capaces y competentes en el manejo de los problemas que surgen en la convivencia y

cuidado de su familiar; así como para que puedan promover activamente su autonomía y rehabilitación. Además, se busca ayudar a mejorar la calidad de vida de las familias y promover el desarrollo del movimiento asociativo entre ellas.

El **perfil general** a cumplir por los potenciales beneficiarios del programa es el siguiente:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Residir en la Comunidad de Madrid.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica.
- Estar siendo atendidos en alguno de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Presentar un deterioro significativo en su nivel de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración social.
- Para acceder a alguno de los recursos del programa, habrán de ser derivados desde el Servicio de Salud Mental encargado de su atención y tratamiento.

Dada la ausencia de estudios epidemiológicos y de censos completos sobre la población enferma mental crónica, no contamos con datos sobre el nivel de discapacidad y problemática psicosocial y social de los enfermos mentales crónicos de nuestra Comunidad, por lo que es difícil estimar con precisión cuántos son los que por sus problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial, sus problemas de apoyo familiar y social, sus necesidades de alojamiento y soporte, etc. requieren la atención social específica del Programa. Teniendo esto presente, podemos de todos modos, arriesgarnos a establecer una estimación tentativa, basándonos en diversos datos y estudios, sobre el porcentaje de enfermos mentales crónicos que conforman el grupo diana del Programa. Así, pues, y siendo conservadores, podemos estimar que al menos un 15% de los enfermos mentales crónicos (entre el 0,6 y el 0,9% de la población general) requerirán, en algún momento, la atención específica del Programa a través de alguno de sus recursos. Estos cálculos nos darían lo siguiente:

Zona	Estimación nº enfermos mentales crónicos		Porcentaje de enfermos mentales crónicos potenciales beneficiarios del Programa (15%)
	0,6%	0,9%	
Madrid Capital	18.072	27.108	2711 / 4066
Corona Metropolitana	9.481	14.221	1422 / 2133
Municipio no Metropolitano	2.129	3.194	319 / 479
TOTAL C.A.M.	29.682	44.523	4452 / 6678

Así pues, el Programa se dirigiría prioritariamente a un colectivo de enfermos mentales crónicos que como mínimo podría oscilar entre 4.452 y 6.678 personas. Estos datos sirven como aproximación tentativa, provisional y global al grupo diana que justifica y hace necesario el Programa. Pero es necesario recalcar que no poseen validez estadística ni epidemiológica, sencillamente son un marco provisional para la planificación.

1.3.2. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN Y TIPOLOGÍA DE RECURSOS

De acuerdo con la definición y filosofía de atención y a los objetivos antes indicados, el Programa centra su actuación en torno a los siguientes ámbitos de intervención psicosocial y social:

- **Rehabilitación Psicosocial, Soporte comunitario y Apoyo a la Integración social.**
- **Atención Residencial:** Alternativas residenciales comunitarias.
- **Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Inserción y Mantenimiento en el mundo del trabajo.**
- **Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias, así como Promoción y Apoyo al Asociacionismo entre Familiares y enfermos mentales crónicos.**

Para atender estos ámbitos de intervención o necesidades específicas del colectivo de enfermos mentales crónicos, se han diseñado una serie de recursos o servicios sociales especializados así como otras acciones que complementan y apoyan estas líneas de trabajo:

- **CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)**
- **CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)**
- **ALTERNATIVAS RESIDENCIALES COMUNITARIOS:**
 - **Mini-Residencias (MR)**
 - **Pisos Supervisados (PS)**
 - **Pensiones Concertadas Supervisadas (PCS)**

En aras a la brevedad, no describiremos con detalle los diseños de cada uno de estos tipos de recursos, para una ampliación remitimos a los documentos del Programa. A efectos de este trabajo veremos sólo las principales características y funciones de dichos recursos:

Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.)

Ofrecen programas individualizados de rehabilitación y apoyo comunitario para ayudar a los enfermos mentales a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social y promover su mantenimiento e integración en la comunidad, además de ofrecer el apoyo y soporte social que cada usuario necesite. Asimismo, ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias. Cuenta con un equipo multiprofesional compuesto por un director, 2/3 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 3 educadores y 1 Aux. Adtvo.

Centros de Rehabilitación Laboral (C.R.L.)

Ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellos enfermos mentales que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales que les preparen para su inserción laboral, así como

apoyando su acceso y mantenimiento en el mundo laboral. El equipo básico de profesionales de un CRL incluye un director, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 2 maestros de taller y 1 Aux. Adtvo.

Alternativas Residenciales Comunitarias

- **Mini-Residencias (MR):** Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas organizado en un ambiente lo más familiar y normalizado posible, fomentando la participación activa de los usuarios en sus rutinas domésticas y en su funcionamiento interno. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Además de la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte, ofrecen apoyo rehabilitador para la mejora de la autonomía y funcionamiento de los usuarios y la promoción de su normalización e integración comunitaria. Cuenta con supervisión las 24 horas del día a través de un equipo multiprofesional que incluye como plantilla tipo: 1 director (psicólogo), 1 terapeuta ocupacional, 10 monitores o educadores, 1 Aux. Adtvo, así como personal de cocina y limpieza .
- **Pisos supervisados (PS):** Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 o 4 enfermos mentales recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten a través de educadores .
- **Pensiones concertadas supervisadas (PC):** A través del concierto de plazas en pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de enfermos mentales con un buen nivel de autonomía, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.

Otros Recursos:

- **Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar:** Se trata de una iniciativa específica dirigida a aquellos enfermos mentales crónicos que se encuentran en una situación de marginación sin hogar. Básicamente se dirige a los enfermos mentales atendidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con varios pisos supervisados para facilitar su proceso de reinserción social. Cuenta con un equipo formado por 1 coordinador, 1 psicólogo y 6 educadores.

Esta red de recursos específicos tiene como única vía de entrada, los Servicios de Salud Mental, con quienes trabajarán en estrecha colaboración y coordinación, así como con los Servicios Sociales Generales de las zonas en las que estén ubicados.

Los recursos antes citados constituyen un abanico básico que por su polivalencia y flexibilidad pueden servir para atender a la mayor parte de los enfermos mentales crónicos, como problemáticas y necesidades de rehabilitación y soporte social.

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
CRÓNICA Cuadro Resumen de los Recursos existentes en Enero de 2001

<i>Nº Tipo de recurso</i>	<i>Nº plazas</i>	<i>Total plazas</i>
<p>8 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRPS "Alcalá de Henares" 90 • CRPS "La Elipa" 90 • CRPS "Retiro" 85 • CRPS "Los Cármenes" 90 • CRPS "Martínez Campos" 90 • CRPS "Getafe" 90 • CRPS "Vázquez de Mella" 90 • CRPS "Arganda" 80 	705 en total	CENTROS REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL 705
<p>7 MINI-RESIDENCIAS (MR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • MR "Retiro" 22 • MR "Carabanchel" 24 • MR "Aravaca" 30 • MR "Alcalá de Henares" 9 • MR "Navalcarnero" 18 • MR "Río Sil-Alpedrete" 15 • MR "Ceteva-Cobeña" 10 	128 plazas total	ALTERNATIVAS RESIDENCIALES 162
<p>6 PISOS SUPERVISADOS PS</p> <ul style="list-style-type: none"> • PS "Vallecas" 3 • Pisos Sup. "Caja Madrid" (5 pisos) (1 Carabanchel, 1 Villaverde, 1 Latina, 1 Vallecas y 1 Moratalaz) 20 (4 pl c/u) 	23 plazas total	
<p>3 PENSIONES CONCERTADAS (PC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensión "La Estrella" 4 • Pensión "La Purísima" 4 • Pensión "Mariano" 3 	11 plazas total	
<p>3 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRL "Nueva Vida" 40 • CRL "Vázquez de Mella" 50 • CRL "Afaz-Pedrezuela" 40 	130 plazas en total	CENTROS REHABILITACIÓN LABORAL 130
<p>PROYECTO DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (PRISEMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Equip de Rehabilitación en el Centro de Acogida San Isidro • 4 pisos supervisados (18 plazas) 	80 plazas en total 18 pl. en pisos	PRISEMI 80
		TOTAL PLAZAS RECURSOS ENERO 2001 1.077 PLAZAS

Podemos decir que el Programa, está consolidado y que ha demostrado su pertinencia y eficacia, ejemplificando el papel que han de jugar los Servicios Sociales en la atención e integración comunitaria del enfermo mental crónico, en coordinación y colaboración con los Servicios de Salud Mental.

El Programa ha alcanzado un estrecho nivel de coordinación y colaboración en los Servicios de Salud Mental y ha experimentado positivamente la pertinencia y complementariedad del ámbito de los servicios sociales en la organización de una red de atención comunitaria que posibilite la integración social de la población enferma mental crónica en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.

Pero aún existe una importante insuficiencia de recursos y plazas para cubrir de un modo mínimamente adecuado las necesidades existentes. El reto fundamental es seguir avanzando en el desarrollo completo y con una homogénea distribución territorial, de la red de recursos diseñada y planificada desde el Programa, a fin de poder contar en un plazo razonable con un conjunto mínimo de recursos sociales para atender las necesidades de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario, rehabilitación laboral y atención residencial de las personas enfermas mentales crónicas y de sus familias en la Comunidad de Madrid.

Para acabar, debemos reiterar la necesidad de potenciar la implicación de los servicios sociales, redoblando sus esfuerzos técnicos y financieros, para poder avanzar en la mejora de la atención y la calidad de vida de esta población y en la implantación, en coordinación y complementariedad con los servicios sanitarios y de salud mental, de una red comprehensiva de servicios comunitarios que permitan su efectiva integración social. La atención comunitaria y la integración de los enfermos mentales crónicos son un reto de todos y en ello ha de tener un papel esencial los servicios sociales

1.4. LA EXPERIENCIA DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Entre los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad la mayoría están desempleados y no realizan ningún tipo de actividad productiva.

En esta situación influyen e intervienen diferentes factores a distintos niveles: por una parte, los déficit comportamentales e inhabilidades que dificultan el desempeño y ajuste laboral y que resultan como consecuencia del trastorno psiquiátrico y/o de los efectos negativos de largos períodos de hospitalización; por otra parte, la falta de experiencia e historia laboral previa al desarrollo de su problemática psiquiátrica; la inexistencia o inadecuación de recursos comunitarios de rehabilitación vocacional-laboral, así como el rechazo social y estigma asociado a las problemáticas psiquiátricas conforman un obstáculo a la contratación laboral normalizada. Por último, el contexto laboral actual marcado por unas elevadas tasas de desempleo incide negativamente en las posibilidades de integración laboral de la población psiquiátrica crónica.

Todos estos factores interactúan de un modo complejo y exigen intervenciones diferenciales y específicas dirigidas a modular y disminuir los obstáculos y problemas

existentes y a maximizar las oportunidades de realizar actividades productivas y remuneradas de este colectivo, paso decisivo para avanzar en su integración social y en la mejora de su calidad de vida.

Como hemos indicado antes, La Comunidad de Madrid desde la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales, está desarrollando el **Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica**, cuya misión consiste en desarrollar una gama de recursos sociales específicos para apoyar la rehabilitación e integración social de la población enferma mental crónica. Entre los recursos que se han diseñado y se están implantando se incluyen: Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, así como distintas alternativas residenciales comunitarias: MiniResidencias, Pisos supervisados y Pensiones concertadas. Esta red de recursos del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica, trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con los servicios de salud mental encargados del tratamiento y seguimiento psiquiátrico y que son los encargados de la derivación de usuarios a los distintos recursos del citado programa.

Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) constituyen el recurso específico que se ha diseñado para ayudar y preparar a personas con enfermedades mentales crónicas para su integración en el mundo del trabajo. Hasta finales de diciembre de 1998, la Dirección General de Servicios Sociales, a través del citado Programa, solo tenía un CRL funcionando, el CRL "Nueva Vida" con 40 plazas de capacidad. A partir de diciembre de 1998 se inició la gestión y funcionamiento de un nuevo Centro de Rehabilitación Laboral en el distrito Centro de Madrid (CRL "Vázquez de Mella"). Y en enero de 2001 ha iniciado su funcionamiento mediante un concierto con la Asociación AFAP, un nuevo Centro de Rehabilitación Laboral de 40 pl (CRL "Afap-Pedrezuela"). Por tanto el Programa cuenta en estos momentos con un total de 3 CRL con 130 plazas.

A continuación sintetizaremos las principales características y actividades que se desarrollan en un Centro de Rehabilitación Laboral para preparar y apoyar a personas con enfermedades mentales crónicas en su proceso de inserción laboral. Seguidamente indicaremos los principales datos de atención correspondientes a los dos Centros de Rehabilitación Laboral (CRL "Nueva Vida" y CRL "Vázquez de Mella") que llevan más tiempo funcionando.

Este documento técnico busca ofrecer de un modo sintético la metodología y contenidos principales de los programas de rehabilitación laboral con personas enfermas mentales graves y crónicas. Para ello se basa en la experiencia que vienen desarrollando los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) por lo que como contexto general resulta relevante explicitar cuáles son las principales características, funciones y actividades de este tipo de recursos

1.4.1. CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), constituyen un recurso específico cuya misión fundamental será favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comuni-

dad, de modo que propicie su integración laboral normalizada fundamentalmente en la empresa ordinaria o también en fórmulas de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) o sistemas de auto-empleo.

Los problemas en el área vocacional-laboral serán diferentes en cada uno de ellos en función de múltiples factores: historia laboral previa, nivel de formación y cualificación profesional, cuantía de déficit e inhabilidades en hábitos laborales y habilidades sociales, estado actual de problemas psicopatológicos, apoyo social y familiar, etc. Todos estos factores interactúan de un modo singular en cada caso, y exigen por ello, un proceso de evaluación, programación e intervención en rehabilitación laboral que se adecue a las necesidades, objetivos y problemática de cada sujeto.

Teniendo esto presente, el trabajo de los CRL se ajustará el proceso de rehabilitación laboral y preparación para la inserción laboral al perfil de problemáticas, déficit y recursos de cada usuario de modo que asegure el desarrollo de acciones que maximicen sus posibilidades de recuperación para llevar una vida laboral lo más normalizada posible. No tendrá carácter de centro de trabajo, por lo que no podrá participar en operaciones regulares de mercado ni incluir relaciones laborales remuneradas con sus usuarios.

Objetivos

La organización de los CRL y los programas y actividades que en el se desarrollarán buscan servir a la consecución de los siguientes objetivos:

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a los usuarios de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, auto-empleo o en la empresa ordinaria de aquellos usuarios que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inserción en el mundo del empleo de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

Población diana: Características generales

Los CRL están dirigidos a atender a aquellas personas con trastornos psiquiátricos crónicos que por diversas razones no estén en condiciones de poder acceder directamente al mundo del trabajo ni enfrentarse o manejar de un modo autónomo las diferentes exigencias que implica la integración laboral en sus diferentes componentes de elección, búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo y que, por tanto, requieren de un proceso intensivo de rehabilitación que les prepare para su inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.

El perfil general de los potenciales usuarios del CRL será el siguiente:

- Tener una enfermedad mental crónica y estar siendo atendido en algún Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Dpto de Salud Mental. Consejería de Sanidad).
- Tener una edad entre 18 y 45 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

La selección y derivación de usuarios se hace en coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona que se encargan del tratamiento y seguimiento psiquiátrico, y con los que se trabajará en estrecha colaboración para favorecer una actuación coherente e integrada que favorezca el proceso de rehabilitación laboral.

Actuaciones y actividades

Las actividades que se desarrollan en un CRL se pueden subdividir en dos grandes apartados aunque estrechamente relacionados:

- **Rehabilitación profesional-laboral**

La rehabilitación profesional-laboral es el ámbito fundamental del trabajo a desarrollar desde los CRL. Con ella nos estamos refiriendo a un proceso complejo encaminado a preparar y capacitar a las personas con problemas psiquiátricos crónicos para su integración y/o reinserción laboral.

Aunque la población psiquiátrica crónica presenta una problemática general compartida: desempleo, dificultades laborales y un objetivo común de lograr la máxima integración en actividades productivas remuneradas y lo más normalizadas posibles; la problemática concreta varía de un individuo a otro en función de múltiples factores, algunos ya mencionados, de tal suerte que las necesidades, déficit, recursos y objetivos serán también diferentes de un individuo a otro. Por ello, todo proceso de rehabilitación ha de ser diseñado y ajustado a los problemas y necesidades concretas de cada individuo. Este proceso individualizado de rehabilitación implica una serie de actividades que han de ser entendidas como un continuo de elementos necesarios para alcanzar un objetivo final, sin que ello suponga que todos los sujetos pasen por todos ellos ni reciban las mismas intervenciones.

Este proceso se estructura en diversas fases diferenciadas, aunque íntimamente relacionadas, de evaluación, programación e intervención, evaluación de los resultados de la intervención y seguimiento. Las diversas actividades que componen cada una de las fases del proceso de rehabilitación profesional-laboral constituirán el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL.

Esquemáticamente estas actividades incluirán:

- Evaluación funcional vocacional-laboral.
- Orientación vocacional.
- Diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación profesional-laboral.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo.
- Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.
- Apoyo a la Formación profesional.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento.

Antes de pasar al otro apartado, cabe indicar que no todas se desarrollan dentro del CRL: en algunas como, por ejemplo, en las actividades de formación se busca que los usuarios se integren fundamentalmente en los recursos de formación existentes en la comunidad (Cursos INEM, IMAF, Escuelas-Taller, Centros de F.P. etc) ofreciéndoles la preparación y apoyo necesario. Siempre y en la medida de lo posible optimizará la utilización de recursos normalizados; no obstante, desde el CRL se organizará todo el proceso de rehabilitación profesional-laboral de cada sujeto en el que algunas actividades o entrenamientos se llevarán a cabo en el CRL y otras en otros recursos de formación o laborales existentes y disponibles.

• **Contacto y coordinación con el tejido laboral**

Desde los CRL se busca contactar con los recursos laborales de la zona y conocer los puestos de trabajo que se ofertan. Además, se informa a las distintas empresas y entidades de la capacidad laboral de los usuarios, de las ayudas, subvenciones y exenciones de las que se podrían beneficiar aquellos empresarios que contraten a "crónicos" con calificación de minusválidos. También en su caso, prestará apoyo y asesoramiento para la creación de iniciativas empresariales que faciliten la contratación e integración laboral de enfermos mentales crónicos. En suma, desde el CRL se propiciarán y fomentarán todas las posibilidades que fomenten la integración laboral del enfermo mental crónico.

Una vez descritos los elementos definatorios de los que son los Centros de Rehabilitación Laboral, ofreceremos los principales resultados de inserción laboral obtenidos por los dos CRL del Programa que llevan más tiempo funcionando (CRL "Nueva Vida" y CRL "Vázquez de Mella").

Resumen datos de atención 1996-2000 del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida"

A continuación resumimos los principales datos de la atención realizada durante el periodo 1996- 2000 , en el CRL "Nueva Vida" con especial énfasis en los datos relativos al acceso a la formación y al empleo de los usuarios atendidos durante este periodo.

Evolución de los usuarios atendidos 1996-2000 en el CRL "Nueva Vida" que acceden a formación y/o empleo

	Usuarios atendidos	Acceden a cursos de formación		Acceden a empleo			
		Nº	%*	Ordinario	Protegido	Total	
				Nº	Nº	N	%
1996	61	22	32%	28		2	41%
1997	61	28	46 %	19 (39***)		19	31%
1998	62	28	45%	22 (43***)		22	35%
1999	64	32	50%	29 (47***)		29	45%
2000	70	19(29**)	27%	25	7	32 (50***)	46 %

* Respecto al total de usuarios atendidos.

** 19 usuarios acceden a 29 cursos de formación

*** En algunos casos un mismo usuario ha accedido a lo largo del año a varios empleos de carácter temporal. Así en 1997 19 usuarios se incorporaron a 39 empleos, en 1998 22 usuarios se incorporaron a 43 empleos, en 1999 29 usuarios se incorporaron a 47 empleos, y en el 2000 32 usuarios han tenido incorporaciones laborales en 50 empleos.

Como se advierte, durante el periodo de referencia 1996-2000, el CRL "Nueva Vida" ha ido desarrollando procesos de rehabilitación y apoyo a la integración laboral con los usuarios enfermos mentales crónicos que se han demostrado eficaces y relevantes. Así, durante estos años se ha logrado la orientación, preparación y apoyo oportunos desde el CRL que una media del 40% de los usuarios atendidos acceden a cursos de formación para mejorar su cualificación profesional-laboral en diferentes recursos de formación normalizados. Dichos usuarios reciben el apoyo y preparación oportuno para facilitar su acceso a aquellos cursos o actividades formativas que más se adecuen a su objetivo laboral y durante su realización reciben seguimiento y apoyo específico desde el centro así como siguen acudiendo a otras actividades de su proceso de rehabilitación.

La mayoría de estas actividades formativas se han realizado en el marco de la oferta formativa laboral normalizada existente en la Comunidad de Madrid: del Instituto Madrileño para la Formación (IMAF), IMEFE, INEM, y en cursos de otros organismos e instituciones y muy especialmente los promovido por Fundosa Social Consulting (FSC) dependiente de la Fundación ONCE.

Por otro lado la meta fundamental de los CRL y por tanto de este CRL "Nueva Vida" es, mediante los procesos de rehabilitación laboral, preparar y apoyar la integración laboral normalizada de las personas con enfermedades mentales crónicas. En este sentido el trabajo de este CRL ha logrado un porcentaje muy importante de **incorporaciones laborales**: hemos indicado que durante todo el período de 1996-2000, una media de casi el 40% de los usuarios atendidos en el CRL "Nueva Vida" se incorporaron en el mercado laboral en diferentes empleos, teniendo en cuenta que un mismo usuario se puede haber incorporado a más de un empleo durante este periodo. Estos empleos son del mercado ordinario y en general del sector servicios y de muy diverso tipo: Ayuda a domicilio, Jardinero, Limpieza, Secretaría, Administrativo, Operario, Ayte de restaurador, Peón de la Construcción, Mozo de almacén, Profesor de informática,

Teleoperador, Tapicería, Manipulador de correo, etc. En más de la mitad de los casos los empleos obtenidos han sido con contrato laboral con jornada completa en la mitad de ellos y con jornada parcial o por horas en el resto.

Como se puede advertir el CRL "Nueva Vida" ha obtenido unos resultados de inserción laboral muy positivos, demostrando la eficacia y eficiencia del recurso.

Datos de atención año 1999 y 200 del Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella"

Como antes indicábamos, la Dirección General de Servicios Sociales ha puesto en marcha a finales de diciembre de 1998, un nuevo Centro de Rehabilitación Laboral (CRL "Vázquez de Mella") situado en la plaza Vazquez de Mella nº 7 bajo izqda del distrito Centro de Madrid. Este nuevo CRL tiene una capacidad de atención estimada en 50 usuarios y su organización y funcionamiento es similar al del CRL "Nueva Vida". Sus objetivos, actividades y programas se ajustan a lo establecido en el diseño general de Centro de Rehabilitación Laboral y que hemos sintetizado anteriormente.

A continuación resumimos los principales datos de la atención realizada durante los años 1999 y 2000 en el CRL "Vázquez de Mella" con especial énfasis en los datos relativos al acceso a la formación y al empleo de los usuarios atendidos durante este periodo.

Evolución de los usuarios atendidos 1996 y 2000 en el CRL "Vázquez de Mella" que acceden a formación y/o empleo

	Usuarios atendidos	Acceden a		Acceden a empleo			
		cursos de formación		Ordinario	Protegido	Total	
		Nº	%*	Nº	Nº	N	%
1999	63	18	28%	15 (18***)	1	16	25%
2000	83	(23**)	27%	24 (32***)	—	24	29%

* Respecto al total de usuarios atendidos.

** 23 usuarios acceden a 24 cursos de formación (un usuario accede a 2 cursos a lo largo del año)

***En algunos casos un mismo usuario ha accedido a lo largo del año a varios empleos de carácter temporal. Así en 1999 16 usuarios se han incorporado en 19 empleos 24 usuarios han tenido 32 incorporaciones laborales en 32 empleos. En algunos casos un mismo usuario ha accedido a lo largo del año a varios empleos de carácter temporal. Así 2 usuarios han accedido a 4 empleos, otros 2 usuarios han accedido a 3 empleos y 10 usuarios a 1 empleo.

El CRL "Vázquez de Mella" inició progresivamente la atención a usuarios durante el año 1999 alcanzando al final del mismo su plena ocupación en la actualidad. Los procesos de rehabilitación son en general largos, pero, a pesar de ello, desde este nuevo CRL ya se ha iniciado un trabajo específico de preparación y apoyo para el acceso a cursos de formación para el empleo, aunque con muchos de los usuarios no se ha podido completar el proceso de preparación que les ponga en condiciones de acceder a cursos de formación o de búsqueda de empleo. Por ello el porcentaje del 28 y 27 % de incorporación es menor que el obtenido por el otro CRL "Nueva Vida" pero aún así es

muy positivo. Como se puede advertir el CRL "Vázquez de Mella", a pesar del escaso tiempo que lleva funcionando y que en muchos de los casos no se ha podido desarrollar en su totalidad los procesos de rehabilitación y apoyo laboral, ha obtenido unos resultados de inserción laboral muy positivos, demostrando la eficacia y eficiencia del recurso. Se han integrado en este periodo 1999-2000 al 25% y al 29% respectivamente de los usuarios atendidos, en empleos normalizados del mercado laboral.

En resumen se confirma la eficacia del recurso no sólo en facilitar el acceso al empleo sino también en apoyar y facilitar su adecuado desempeño y mantenimiento.

En conclusión la incorporación al empleo de los enfermos mentales crónicos exige el desarrollo de adecuados programas de rehabilitación laboral que les preparen y capaciten para integrarse en el mundo del trabajo y les ofrezcan el apoyo necesario para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción laboral. La rehabilitación laboral es un componente esencial para facilitar la integración en el empleo de este colectivo, aunque no el único por cuanto además serán necesarias otras medidas complementarias que favorezcan la contratación de este colectivo, junto con el apoyo a la creación de empresas social que se comprometan en la inserción de este colectivo y muy especialmente de aquellos con mayores dificultades para incorporarse en el mercado ordinario.

Dado que la rehabilitación laboral se conforma como un componente básico para preparar y poner en condiciones de trabajar a muchos enfermos mentales crónicos, es esencial que se conozcan y divulguen los componentes esenciales de éste campo.

Con este objetivo en el presente documento técnico se ofrecen los fundamentos teóricos y metodológicos y se describen los programas básicos que han de conformar un adecuado proceso de rehabilitación laboral para este colectivo.

ÁREA II: EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN LABORAL: PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y DELIMITACIÓN

CAPÍTULO 2: Filosofía de la rehabilitación laboral

José Augusto Colis

CAPÍTULO 3: Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica

José Augusto Colis

CAPÍTULO 2: FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN LABORAL

José Augusto Colis

El presente trabajo pretende ser un instrumento eminentemente práctico para aquellos profesionales que aborden intervenciones en rehabilitación sociolaboral y para aquellos que protagonicen o asesoren a iniciativas de creación de empleo para personas afectadas por una enfermedad mental crónica. Los diferentes temas están elaborados para que puedan adaptarse sin dificultad a las diferentes posibilidades y circunstancias. Sabemos que los profesionales y miembros de asociaciones, acuciados por la creciente necesidad de integración de sus pacientes y familiares, suplen con esfuerzo las casi siempre precarias disponibilidades económicas y estructurales. Valga también este trabajo para aquellos que, disponiendo apenas de un espacio limitado y un número reducido de afectados, pretendan dotar a éstos de los conocimientos, hábitos y habilidades que propicien su integración social y laboral plena.

Es preciso recordar que los objetivos de la rehabilitación deben adaptarse a los recursos de que se dispone (Colodrón, 1991), por escasos que éstos fueran; al mismo tiempo la intervención rehabilitadora ha de intentar el adecuado aprovechamiento de *todos* los recursos disponibles. La rehabilitación psiquiátrica no es, en absoluto, cualquier tratamiento para personas con esquizofrenia (Farkas, 1996); nada parece haber de rehabilitador e integrador, por ejemplo, en la reiterada producción de objetos inútiles (Rotelli, 1995). Tejer alfombras, hacer tortillas, leer la prensa o dar los buenos días no abren espacios en el mundo laboral (Colodrón, 2001). La rehabilitación ha de tener para el sujeto un sentido y una finalidad, las intervenciones han de estar incluidas en un programa integral de rehabilitación que suponga un auténtico proyecto personal orientado hacia el futuro. Algo similar ocurre con el proceso formativo de una persona afectada por una enfermedad mental crónica: ha de tener también un sentido y una finalidad consecuencia de una visión de conjunto, de una estructura y la mayor coherencia posible. Pretendemos hacer un exhaustivo recorrido por las diversas fases del proceso de integración sociolaboral de las personas con enfermedad mental crónica; para ilustrar algunos temas incluimos casos reales de personas en proceso de rehabilitación y diversos ejemplos prácticos. Asimismo, el lector encontrará instrumentos utilizados por los profesionales como son registros, test, diseños de entrenamientos, ejemplos de programas de intervención, etc.

Parece razonable pensar que el objetivo primordial del sujeto enfermo es la salud o un estado lo más cercano posible a la salud. Las enfermedades mentales crónicas y sus efectos sobre las personas determinan significativamente procesos vitales esenciales. Cualquier otro objetivo que se plantee el individuo a lo largo de su vida estará bajo la influencia de esa necesidad de orden superior que es la salud. El protagonismo en un proceso de rehabilitación psicosocial-laboral requiere del individuo el convencimiento de que cada una de las fases de dicho proceso pretenden prioritariamente la satisfacción de esa necesidad fundamental, la salud o un estado lo más cercano posible a la salud.

La conciencia de *estar enfermo* sería imprescindible para iniciar un proceso de rehabilitación psicosocial-laboral, si bien esa "conciencia de enfermedad" no tiene por qué ser percibida por el sujeto de forma íntegra. Basta inicialmente que el individuo

reconozca en sí, en alguna de sus conductas, o en su *entorno*, justificación para el cambio. *En principio, el objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es que el individuo haga cosas diferentes* (Lieberman, 1991).

Podemos definir la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica como la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena. Hablamos de un proceso continuado que desemboca en una meta bien definida, la integración sociolaboral plena, que se obtiene cuando (Danley, 1993):

- a) se realiza un trabajo en el que la mayoría de los empleados no son discapacitados,
- b) la duración del trabajo cumple un mínimo de veinte horas laborales,
- c) el sueldo percibido debe aproximarse al de otro trabajador en las mismas condiciones,
- d) el apoyo en el lugar de trabajo debe ser el mínimo y tender paulatinamente a desaparecer.

Aunque nunca perdemos de vista esa referencia de integración, debemos concluir que en rehabilitación es tan importante cada uno de los pasos del proceso como el objetivo final del mismo. Se trata de un proceso individual en el que interactúan muchas variables y muy complejas; su duración, los objetivos y subobjetivos están siempre en función de las necesidades individuales. La rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola "meta"; es una *filosofía*, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas psicológicos a largo plazo (Shepherd, 1996). No hay un proceso rehabilitador igual a otro: unas personas podrán evolucionar hacia una integración normalizada en la vida social y otras, también susceptibles de mejorar su funcionamiento y habilidades, habrán de conformarse con metas más modestas pero no menos importantes en la historia personal de cada individuo. Aun para este último grupo, los apoyos deben de ser continuados y dirigidos a la obtención de nuevos progresos.

En este sentido, la rehabilitación debe ser un proceso continuado que como filosofía de intervención no tiene por qué tener un final predeterminado, salvo el que marque la evolución misma del sujeto. No se pretende realizar una actividad basada en la curación, ni en el tratamiento parcializado de la enfermedad (biológico versus psicosocial). Se trata de aportar una nueva forma de comprender y trabajar la problemática de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico crónico, en el que el eje central de la intervención está en el desarrollo de las competencias y habilidades que necesita cada una de ellas para vivir de forma digna en su entorno natural (Cuevas, Rivas, Perona, 1996). La figura del "*rehabilitado*" vale en tanto que quiere significar la persona que ha logrado sus objetivos de integración sociolaboral, pero no es menos cierto que encubre una cierta noción de "*final de camino*" o "*final de proceso*" que no coincide con la realidad clínica y nunca aparece en la esencia de la experiencia vital del común de las personas.

La rehabilitación laboral se fundamenta en los mismos principios básicos de la rehabilitación psicosocial: la persona con problemas psiquiátricos severos puede aprender y mejorar su funcionamiento, los abordajes que tiendan hacia su normaliza-

ción deben predominar sobre los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia. Pero, ¿por qué plantearse la integración laboral del enfermo mental crónico? La inactividad, el aislamiento dentro del caparazón familiar o institucional, el embotamiento personal de una vida sin proyectos, conservan y aun agravan los síntomas patológicos, confinando al individuo a una vida marginal y sin sentido. La rehabilitación laboral pretende dotar a la persona de un *proyecto de vida* a través del desempeño de un trabajo. Los condicionantes de la invalidez social obedecen a factores propios de la enfermedad y del ambiente (escuela, trabajo, familia); ni que decir tiene que cualquier estrategia rehabilitadora debe afrontar esta realidad bifronte (Colodrón, 1991).

Es necesario ver la rehabilitación como quehacer muy individualizado atento a impulsar la confianza en uno mismo, la autonomía, la libertad, y para ello, facilitar el empleo. Un quehacer que implica desarrollar habilidades para vivir y trabajar que es tanto como promover recursos debidos en la comunidad; es necesario incidir coherentemente en sujeto y medio, desde diagnósticos nada psiquiátricos sino desde otros establecidos sobre la relación entre habilidades del sujeto y necesidades comunitarias (Colodrón, 2001).

Entendemos el trabajo como un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas; asimismo, el trabajo supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental crónico en individuo perteneciente a un grupo: no en vano el desempeño de una actividad supone en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. El trabajo suele generar conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos de conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad; *del mismo modo, el trabajo genera conductas que el propio individuo reconoce como pertenecientes al grupo* (Galilea y Colis, 1997). Gracias al desempeño de un trabajo, el enfermo mental crónico adquiere el *rol* normalizado (o rol de trabajador) por encima del *rol* de enfermo. El trabajo se convierte así en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios (sociabilidad, organización del tiempo, refuerzo de la autoestima, independencia social y económica, etc.); por otra parte, el valor de elemento terapéutico por el que el trabajo va incidir directamente sobre su estado defectual, mejorar su funcionamiento, aumentar la valoración de sí mismo, normalizar sus conductas, sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas. El trabajo es, a la vez, un resultado y un determinante del curso de un trastorno mental crónico (Lieberman, 1988).

El individuo psicótico es habilitado gracias a la medicación antipsicótica; competencia de la rehabilitación será su fortalecimiento como tal individuo en la sociedad, mediante intervenciones que propicien su mejor funcionamiento y autonomía personal y social. La rehabilitación considera que los problemas de funcionamiento merecen un tratamiento aparte (Shepherd, 1996); la rehabilitación psiquiátrica se concentra más en el tratamiento de las consecuencias de la enfermedad mental que en la enfermedad *per se* (Farkas, 1996). El individuo, durante el proceso de su rehabilitación, abandona progresivamente su ensimismamiento y se encuentra en condiciones de alcanzar la *alteración* o vida fuera de sí (Aranguren, 1989), que va a propiciar nuevas necesidades y expectativas. Conforme ese sujeto se afianza y crece, aumentan los requerimientos

naturales de su vida privada y social; poco a poco se equipara la motivación del sujeto a la motivación propia de su grupo de edad normalizado; todo ello exige que los recursos alternativos que están al servicio de los enfermos mentales crónicos sean dinámicos, capaces de acompañarlo en el proceso hasta el momento mismo de su integración sociolaboral plena, y aun entonces. Los recursos alternativos deben centrar sus actuaciones en las cambiantes necesidades de los pacientes, no en el credo, la disponibilidad económica o las estereotipias de los profesionales (Desviat, 1994).

Para tener éxito, la rehabilitación requiere casi siempre estimular no solamente el cambio de la persona que sufre una enfermedad mental grave y su entorno, sino también apoyar la modificación de las barreras sociales que obstaculizan su entrada en la sociedad (Farkas, 1996). Un número cada vez mayor de personas afectadas por un trastorno mental severo aguarda la creación de escenarios abiertos que propicien la adquisición de hábitos y habilidades que son potencialmente capaces de desarrollar. Igualmente, cada vez es mayor el número de profesionales que se ven en la necesidad de iniciar intervenciones de integración sociolaboral que satisfagan los requerimientos de sus pacientes.

La rehabilitación laboral no pretende una "restitutio ad íntegram" (Colodrón, 1991) de sus protagonistas; eso sería tanto como ignorar los efectos de la patología y borrar de un plumazo una etapa de la vida y sus efectos consiguientes sobre el individuo. Lo que sí está a su alcance es *desplazar* al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado. El rol de enfermo convierte al individuo en un *ser* sin tiempo, estático, al margen del discurrir natural de los acontecimientos; es por lo tanto un rol incapacitante, marginador, *que se mira a sí mismo*. El rol normalizado permite al individuo incorporarse al tiempo real y en él (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse; el rol normalizado es dinámico, integrador, *mira a los demás y a su entorno* (Galilea y Colis, 2000). El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la normalización es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas. La rehabilitación va a propiciar ese *desplazamiento de rol* mediante cuatro aspectos importantes:

1. El sujeto es *protagonista* de su proceso de rehabilitación laboral y es consciente de sus objetivos; se hace a su vez partícipe y responsable del mismo. Los principios de la rehabilitación implican aumentar al máximo las posibilidades de elección, apoyo flexible, mantenimiento de la individualidad y participación en el proceso global de rehabilitación (Farkas, 1996).

2. Favorecimiento de una adecuada *autoimagen* laboral: El sujeto debe sentirse inmerso en un ambiente "normalizado" Debe relacionarse con figuras propiamente laborales muy bien definidas y de la forma adecuada. Hay que propiciar que el individuo pueda verse a sí mismo como perteneciente a un grupo cuyos objetivos coinciden con los suyos. La condición de enfermo mental crónico ya no es sustantiva, sino adjetiva a la principal condición de persona, son "*personas que están intentando controlar su esquizofrenia, y no esquizofrénicos*" (Shepherd, 1996).

3. Favorecimiento de una adecuada imagen laboral: el sujeto debe atenerse a las normas laborales y formativas de los entrenamientos y tareas; aseo y vestido, respeto de horarios, conducta con los compañeros y profesionales, etc. El desempeño de un *rol*, o papel, o función dentro de la sociedad, surge en principio de una concordancia

cia entre la imagen de sí mismo que el sujeto percibe (autoimagen) y la imagen de uno mismo que perciben los demás. *La existencia humana es meramente un juego de roles, ya que el ego surge del rol que se represente* (Martí Tusquets, 1988).

4. Favorecimiento de una *distinción* clara entre los espacios terapéuticos y los espacios de entrenamiento laboral: Los talleres rehabilitadores y entrenamientos específicamente laborales deben estar bien diferenciados del apoyo terapéutico. Asimismo, esa diferenciación debe extenderse también a las figuras profesionales de cada uno de los ámbitos.

Los acontecimientos de la vida de un enfermo mental crónico están determinados por el *hecho* de padecer la enfermedad y ser enfermo, tanto incluso como por los propios síntomas de la misma. El entorno suele contribuir a que la persona se sienta a sí misma *permanentemente enferma* y todas sus acciones caracterizadas por lo mórbido. En el individuo enfermo mental crónico se reproduce esa condición de las personas por la que éstas se conducen de forma diferente según el ámbito en que se hallan y según las personas con que interactúan. El sujeto en la familia o en su ámbito de convivencia, en el que probablemente las figuras estarán muy marcadas por lo esencialmente patológico, mostrará una mayor expresión morbosa. Podríamos hablar de un *sujeto enfermizo* dentro de la familia, en tanto que desarrolla conductas que difieren de las normales a causa de una enfermedad, pero que son conductas *distinguibles* de la enfermedad en sí (Galilea y Colis, 1997).

Si los pacientes no se sienten capaces de dar una respuesta positiva a la rehabilitación, esto puede significar por sí mismo que aumenta la atención en los síntomas psiquiátricos y los esfuerzos acrecentados por ganar reconocimiento como paciente. Éste es un ejemplo del fenómeno general denominado *conducta ante la enfermedad* (Mechanic, 1966); fenómeno que supone, en consecuencia, que bajo la capa sombría de la psicosis sobrevive aquello que es esencial al individuo y que lo caracteriza como tal ante sí mismo y ante los demás; el hombre psicótico puede enfrentarse también, en tanto que persona, a la psicosis (Schneider, 1951), y desarrollar voliciones y noliciones, satisfacciones, responsabilidades, juicios, opiniones sobre sí mismo y su entorno. El individuo en el espacio terapéutico (en la consulta del psiquiatra, del psicólogo, etc.) se encuentra de forma objetiva enfrentado a su enfermedad y es un *sujeto enfermo* que establece una relación clínica y terapéutica similar a otras patologías.

La rehabilitación laboral pretende la creación de un espacio normalizado donde el individuo sea capaz de desarrollar una forma de ser y actuar que no esté primordialmente caracterizada por la condición patológica. De este modo, el sujeto podrá desarrollar conductas y adquirir habilidades y hábitos normalizados que podrán generalizarse a otros ámbitos de su vida. La rehabilitación quiere al individuo en un ambiente social, normalizado y *en tanto su influencia sobre el individuo*, normalizante; aquí tendrá tendencia a desplegar ciertas habilidades de adaptación propias de quien se enfrenta a nuevas situaciones y nuevas figuras no marcadas por la enfermedad. El ámbito rehabilitador/normalizado tiende a eliminar o paliar las conductas del *sujeto enfermizo*, propicia el autocontrol, nuevos hábitos de conducta, el afrontamiento personal, las relaciones sociales, etc.

El concepto de normalización en rehabilitación laboral no puede considerarse aisladamente de los conceptos de individualización y de autonomía personal y social. Normalización y rehabilitación son términos convergentes e incluso, en cierto sentido, sinónimos. Normalización es, en sentido estricto, acción y efecto de normalizar; normalizar, a su vez, hacer que una cosa sea normal; y normal (del latín, "*normalis*") es lo que se halla en su estado natural. De esta forma, la normalización y la rehabilitación pretenden que el individuo tienda a la (re)-construcción de su estado natural que le corresponde como individuo; y así como la rehabilitación es entendida como un proceso *continuo* (Liberman, 1982), de igual forma se debe entender el proceso de normalización, que es dinámico y abierto. La normalización, en consecuencia, atiende directamente a las necesidades del individuo y no específicamente a las del sistema social.

El individuo puede desarrollarse como tal cada vez con mayor eficiencia; las intervenciones psicológicas y de rehabilitación contribuyen a que el sujeto desarrolle sus capacidades y potencie lo que en sí mismo permanece a salvo de la patología. Ello no quiere decir que la rehabilitación ignore la diversidad, la diferencia, la enfermedad mental y sus secuelas, y tienda a una falsa "homogeneización social" donde se someta al enfermo a objetivos inalcanzables; al contrario, la rehabilitación pretende avanzar en la normalización para obtener en cada caso el mejor individuo posible o una *mejor normalidad* (Broustra, 1975).

CAPÍTULO 3: PROBLEMÁTICA Y DIFICULTADES PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

José Augusto Colis

Antes de entrar a describir las estrategias de intervención de la rehabilitación laboral, parece necesario un recorrido exhaustivo por las dificultades de integración del colectivo de personas afectadas por una enfermedad crónica.

Dividimos las dificultades en dos grandes grupos:

3. 1. Dificultades derivadas del prejuicio social.
3. 2. Dificultades derivadas de la propia enfermedad.

3.1. DIFICULTADES DERIVADAS DEL PREJUICIO SOCIAL

El prejuicio social supone un obstáculo importante para la integración socio-laboral de los enfermos mentales crónicos. Para la integración laboral de un colectivo marginado es necesaria la voluntad de éste para ser acogido y la voluntad de aquélla para integrarlo. Lamentablemente, la comunidad no parece preparada para albergar esa voluntad de integración. Este hecho no tiene que relacionarse necesariamente con una actitud insolidaria, pero sí con el prejuicio y la ignorancia. La sociedad mantiene todavía una visión medieval de la idea del loco y de la locura. También el término esquizofrenia ha recogido en su significado la herencia del miedo; como vocablo suscita una atracción inquietante que no suscita, por ejemplo, la paranoia. Ello supone que la esquizofrenia es imaginada como un estado límite de lucidez, inmersa en posibilidades extremas (Broustra, 1975). Permanece la atracción morbosa que provoca la idea de que el *lunático* encierra en su delirio misterios y visiones propios del *más allá*, de lo desconocido, de un mundo mágico vedado para el resto de los mortales. De ahí la relación de la locura con cierta sabiduría profunda (Alonso Quijano, sin ir más lejos) que establece que el *alunado* tiene acceso a una realidad distinta y es capaz de ver *el otro lado* de las cosas.

La tradición histórica, literaria y cinematográfica no ha contribuido precisamente a la eliminación de estas creencias. Los personajes de ficción afectados por la locura responden siempre a un mismo estereotipo: desde el Norman Bates de *Psicosis* hasta el más reciente Aníbal Lecter de *El Silencio de los corderos* son los referentes inmediatos de la locura para el común de las personas. Otro tanto ocurre con los medios de comunicación, empeñados en construir una imagen distorsionada de la enfermedad mental, casi siempre relacionada con sucesos escabrosos de toda índole. La relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es reiteradamente exagerada por los medios; la sociedad, por su parte, receptora de estos mensajes, no es capaz de admitir que ella misma genera en su seno individuos más propensos a delinquir que los que genera la propia patología. Resulta falsamente tranquilizador atribuir a la enfermedad lo que en la mayoría de los casos tiene su origen en la problemática social. Ningún estudio ha conseguido demostrar hasta ahora una relación de causalidad entre enfer-

medad mental y violencia. Pese a las esperanzas de la aceptación por parte de la comunidad que acompaña al movimiento de Salud Mental, y a pesar de las campañas educativas periódicas, los prejuicios contra las personas con discapacidades psiquiátricas continúan. Esto se refleja en los conflictos que surgen alrededor de lugares residenciales para estas personas, en una aceptación social desfavorable y en prácticas negativas de contratación (Ruffner, 1986). Es fácil suponer que cuando hablamos de integración sociolaboral, este prejuicio es uno de los principales problemas. Por ello, la rehabilitación laboral trata de transmitir la imagen real de la enfermedad mental. En esta línea, y siguiendo a Ladislao Lara Palma (1991), un enfermo mental que consigue integrarse en la sociedad a través del trabajo, supone:

- 1) que, en efecto, es capaz de trabajar,
- 2) que hay una red de servicios asistenciales que le apoya,
- 3) que hay una sociedad que lo acepta, y
- 4) que sirve como **muestra y ejemplo** real de la enfermedad mental y contribuye a atenuar o eliminar las falsas creencias sobre la totalidad del colectivo de enfermos mentales.

3.2. DIFICULTADES DERIVADAS DE LA PROPIA ENFERMEDAD

La enfermedad mental crónica nunca es igual a sí misma, varía según la persona y aun en la persona se transforma con el paso del tiempo. Por ello, quien esto escribe es consciente de la dificultad, cuando no la evidente imposibilidad, de establecer una clasificación que sintetice u ordene las dificultades para la integración social y laboral de las personas afectadas. Valga esta aproximación al tema para exponer una muestra de dificultades a las que debe de dar respuesta la rehabilitación laboral. Los problemas para la inserción en el mundo del trabajo que a continuación enumeramos, sirven en tanto su valor global y generalizador, pero no son aplicables en su totalidad a cada una de las personas con enfermedad mental crónica.

1. **El deterioro cognitivo y conductual**, que si es grave dificultará la integración laboral plena. Como escribíamos en el capítulo anterior, unas personas podrán evolucionar hacia una integración normalizada en la vida social y otras, también susceptibles de mejorar su funcionamiento y habilidades, habrán de conformarse con metas más modestas pero no menos importantes en la historia personal de cada individuo. Aun para este último grupo, los apoyos deben de ser continuados y dirigidos a la obtención de nuevos progresos.

2. **Escasa formación académica y profesional**; ello se debe fundamentalmente a que la enfermedad suele desencadenarse en la etapa más fructífera en la vida de las personas, aquélla en la que se forman y preparan para un futuro trabajo.

3. **Escaso o nulo interés para acceder al mercado laboral**: o bien el sujeto nunca ha mostrado interés y/o la familia ha descartado la idea de una posible integración laboral.

4. **La ausencia de experiencia laboral previa**. La ausencia de experiencia laboral previa advierte de aspectos negativos como una posible incapacidad del sujeto para el afrontamiento, inseguridad sobre la propia competencia laboral, una fuerte *ins-*

talación en el sujeto del *rol de enfermo*, quizá consolidado en meras actividades de entretenimiento o en ligeras y poco estructuradas actividades formativo-ocupacionales; ausencia de habilidades sociales, carencia de hábitos básicos de trabajo, desconocimiento del mundo laboral, etc. Tampoco la experiencia laboral previa a la enfermedad es siempre un indicador favorable: esa experiencia pudo ser causa de frustración para el sujeto y provocar el miedo a un nuevo fracaso, inseguridad, etc. Una experiencia laboral previa no marcada como frustrante es, en cambio, un buen predictor de éxito de una futura incorporación laboral.

5. **Carencia de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral;** estos hábitos imprescindibles o bien no se han adquirido nunca o se han perdido.

6. **El papel de la familia**, que puede ser un apoyo fundamental en la integración del sujeto, puede también obstaculizarla con actitudes de sobreprotección o de excesiva presión sobre el enfermo para que se incorpore al trabajo de inmediato, convirtiéndose en un importante generador de estrés.

7. **Desconocimiento del mundo laboral:** el sujeto desconoce las características del mercado laboral (convenios, contratos, Seguridad Social, salarios, etc.) y sus exigencias.

Clasificaremos estas limitaciones de la persona con trastornos mentales severos en tres momentos de la integración laboral (Anthony, 1984):

3. 2. 1. Dificultades en la ELECCIÓN del trabajo.

3. 2. 2. Dificultades en la CONSECUCIÓN del trabajo.

3. 2. 3. Dificultades en la CONSERVACIÓN del trabajo.

3.2.1. DIFICULTADES EN LA ELECCIÓN DEL TRABAJO

a) **No puede identificar sus intereses laborales.** La persona con enfermedad mental crónica puede carecer de intereses vocacionales o si existen, pueden ser de naturaleza desajustada (no coinciden con sus verdaderas habilidades y capacidades, pueden ser elevados, irreales, mínimos, etc.). Normalmente, el arraigado *rol de enfermo* impide al sujeto plantearse siquiera la realización de una tarea útil. Ese mismo *rol* será el que desvirtúe la naturaleza de determinadas elecciones vocacionales. Existe un interés vocacional que podríamos denominar *interés por intuición* (Galilea y Colis, 1995) que consiste en un arraigado deseo del sujeto en desempeñar un determinado trabajo sin tener datos reales y objetivos sobre el mismo, y sin que exista una justificación fundamentada para ese *interés*. El *interés por intuición* se caracteriza fundamentalmente por el interés expreso del sujeto, a la vez que por su falta de argumentación lógica y la imposibilidad de justificarlo verbalmente.

Existe también un interés vocacional en el sujeto que está inspirado en el deseo familiar o en el de personas significativas de su entorno inmediato, sin que el

afectado aplique su propio criterio en la elección. Esta es una elección que podemos denominar *automática* y que el sujeto asume abandonando su voluntad a la de la familia o allegados.

b) **No puede identificar sus habilidades.** El sujeto desconfía de sus posibilidades y habilidades, cree carecer de conocimientos (aunque los posea realmente), menosprecia cualidades propias en relación al trabajo. Suele referirse a sus conocimientos y habilidades previas a la enfermedad (“*Yo sabía hacer...*”, “*Yo ya no puedo hacer...*”), y suele rechazar trabajos que ha conocido o desempeñado alguna vez, bien porque lo relaciona con periodos críticos o porque en su opinión no rindió suficientemente en ellos. Esta falta de identificación de las propias habilidades desencadena una baja capacidad de afrontamiento, bajo autoconcepto de empleable y, en consecuencia, previsión de baja competencia laboral.

c) **No puede relacionar ocupación e intereses.** El sujeto posee intereses (que podrían aplicarse al entorno laboral) pero no los relaciona con ninguna actividad laboral específica. Suelen ser intereses poco arraigados, concebidos en el área ocupacional o que se remontan al periodo escolar, que necesitan de corroboración objetiva. Por ejemplo: el sujeto conoce, muestra interés y le gustan las plantas, pero no concibe ser jardinero; le gusta escribir a máquina, sabe mecanografía, pero no lo relaciona con una aplicación de sus conocimientos al desempeño laboral. Tampoco el sujeto sabe construir, a partir de ese interés, un itinerario formativo adecuado.

d) **No puede relacionar ocupación y habilidades.** No identifica como posibles trabajos aquellos que podría desempeñar adecuadamente por su capacidad y habilidades. Por ejemplo: El sujeto muestra una gran habilidad manual, pero no piensa que esa aptitud se pueda plasmar en un trabajo manual.

e) **No sabe valorar alternativas laborales basadas en su propio valor.** La elección laboral que realiza el sujeto no corresponde con la realidad del trabajo y sus características. Se trata de una elección basada en ideas erróneas sobre un tipo de trabajo o sobre aspectos meramente accidentales o secundarios. Este interés desajustado se diferencia del *interés por intuición* en que el sujeto justifica, si bien de forma incorrecta, su interés laboral.

f) **No puede hacer una lista con más de un trabajo alternativo.** El sujeto posee un interés laboral y sólo uno, inamovible, sin posibles derivaciones. Este interés es por su naturaleza desajustado y suele estar originado por falsas creencias sobre el trabajo (idílico, exageradamente remunerado, por tradición o indicación familiar, etc.) Por ejemplo, el sujeto quiere ser ayudante de cocina pero rechaza el puesto de “pinche” de cocina; quiere ser recepcionista, pero no telefonista.

g) **Falta planificación profesional para conseguir objetivos.** El sujeto no calcula ni planifica adecuadamente los pasos sucesivos para llegar a un objetivo profesional determinado. Por ejemplo, el sujeto quiere llegar a ser ingeniero pero no cuenta con hacer el Bachillerato; el sujeto aspira a trabajar de mecánico de coches y se prepara inadecuadamente visitando talleres y tiendas de compraventa de coches.

h) **No puede identificar sus carencias laborales.** El sujeto no es consciente de sus propias limitaciones para el desempeño de un trabajo específico; cree estar preparado para el trabajo, aunque carezca de formación, habilidades y hábitos para ello.

3.2.2. DIFICULTADES EN LA CONSECUCCIÓN DEL TRABAJO

a) **No puede identificar las ventajas relativas al trabajo.** El sujeto ignora las ventajas que supone el desempeño de un trabajo; tampoco lo identifica con "encontrarse bien" o "encontrarse mejor", ni con una forma de lograr autonomía ni independencia.

b) **No puede identificar las fuentes de empleo.** El sujeto no sabe dónde dirigirse para encontrar empleo (acude a la panadería de su barrio, al supermercado, pero no se inscribe en la oficina de empleo); busca trabajo de forma que denominaríamos "doméstica", con desconocimiento y sin organización. Este tipo de búsqueda suele responder a repentinos impulsos de poca duración, que suelen alternarse con abandonos prolongados de la búsqueda de empleo.

c) **No sabe identificar las fuentes de información.** El sujeto desconoce dónde encontrar información relativa a la obtención de un trabajo; no maneja prensa laboral, no identifica ofertas ni las discrimina adecuadamente, no se dirige a organismos o instituciones.

d) **No puede elaborar un curriculum vitae.** El sujeto ignora cómo hacerlo, no discrimina entre datos importantes y accesorios. En algunos casos no desea incluir datos relativos a formación o experiencia laboral previa, a pesar de ser objetivamente una importante información curricular.

e) **No puede rellenar un formulario.** No lo comprende, desconoce términos específicos, olvida y mezcla datos, fechas, etc.

f) **No sabe abordar una entrevista de trabajo.** El sujeto intenta *evitar* este requisito, que pone singularmente a prueba su motivación, grado de empleabilidad y capacidad de afrontamiento. No puede escuchar ni responder con atención al entrevistador, olvida aportar datos importantes, no formula preguntas al entrevistador que indiquen interés o iniciativa. En síntesis, desconocen las técnicas adecuadas para una entrevista laboral (contacto visual, postura, volumen y claridad de voz, etc.)

3.2.3. DIFICULTADES EN LA CONSERVACIÓN DEL TRABAJO

a) **No cuida su apariencia personal,** su aseo y vestido.

b) **No puede usar transporte público.** O bien desconoce la forma de utilizar el transporte público o teme usar el transporte público por diversos motivos.

c) **Tiene dificultades para ser puntual.** O bien se duerme y no acude por falta de motivación, o se organiza mal y se retrasa sin causa justificada.

d) **No puede controlar su carácter en el trabajo.** Carece de las habilidades sociales en ambiente laboral; puede no reconocer lo que ha hecho mal, culpar a otros o al supervisor, o bien puede reaccionar con excesiva culpabilidad, desanimándose exageradamente. Se aísla, no interactúa, baja su rendimiento en el trabajo en equipo, o interactúa de forma exagerada interfiriendo en el trabajo de sus compañeros.

e) **No puede dar directrices.** Carece de hábitos laborales, carece de iniciativa en trabajos que ya conoce. Presenta una deficiente organización y planificación de tareas.

f) **No puede trabajar durante largos periodos de tiempo.** Presenta baja tolerancia al trabajo que requiere un tiempo prolongado de dedicación. No confía en su capacidad de resistencia al esfuerzo. Suele relacionar cansancio físico y mental con pasajeros desequilibrios y con sensación de desasosiego.

g) **No puede evaluar su propio trabajo.** No establece un juicio correcto sobre la tarea terminada. Se muestra inseguro y necesita que alguien confirme si ha realizado bien la tarea. Muestra una baja tolerancia a la frustración. Otras veces pasa por alto defectos evidentes. No existe, en fin, una autocrítica ajustada.

ÁREA III: ÁREAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN LABORAL

ÁREA III.I: EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN LABORAL

CAPÍTULO 4: Guía básica de evaluación en rehabilitación laboral

Virginia Galilea y Ana Lavado

CAPÍTULO 5: Organización y elaboración de planes individualizados de rehabilitación laboral

Eva Muñiz

CAPÍTULO 4: GUÍA BÁSICA DE EVALUACIÓN EN REHABILITACIÓN LABORAL

Virginia Galilea y Ana Lavado

Antes de diseñar un programa individual de intervención en rehabilitación laboral es necesario evaluar los conocimientos y el funcionamiento del sujeto en las áreas que luego serán objeto de la intervención propiamente dichas. La evaluación es preliminar a la elaboración del Plan Individual de Intervención (Lieberman, 1988).

El periodo de evaluación no consiste en la aplicación simple y de una vez de una prueba; tal y como indica Shepherd (1996); puede durar semanas o meses recoger toda la información necesaria. Toda evaluación tiene que ser provisional y reflejar el estado actual del conocimiento sobre determinado paciente (Watts y Bennet, 1977).

Los métodos más precisos para la evaluación son los que se basan en la observación directa de la conducta. Las pruebas formales y las entrevistas son de valor limitado. La evaluación es una acumulación gradual de información sobre un paciente; no se puede predecir a priori qué nivel de conducta obtendrá un sujeto en un área concreta; esto sólo se puede determinar pragmáticamente probándolo en diversos ambientes y evaluando los resultados (Shepherd, 1996).

Exponemos a continuación las áreas de evaluación más significativas en rehabilitación laboral, si bien en los capítulos siguientes se desarrollan con detalle cada una de estas áreas:

- 4.1. **Historia clínica.**
- 4.2. **Historia formativa previa y posterior al inicio de la enfermedad.**
- 4.3. **Historia laboral previa y posterior al inicio de la enfermedad.**
- 4.4. **Motivación laboral.**
- 4.5. **Intereses vocacionales.**
- 4.6. **Objetivos laborales actuales.**
- 4.7. **Técnicas de búsqueda de empleo.**
- 4.8. **Ajuste laboral y social: Hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.**
- 4.9. **Asertividad laboral.**
- 4.10. **Apoyo familiar y social.**

4.1. HISTORIA CLÍNICA

En el campo de la rehabilitación psiquiátrica laboral se ha asumido que el diagnóstico no es un factor central, o incluso importante, en el modo en que se diseñan y configuran los servicios (Anthony y Jansen, 1984). Durante muchos años el campo de las minusvalías psiquiátricas ha ignorado los diagnósticos de sus clientes para atender a sus déficit funcionales y a cómo éstos impedían el éxito de la rehabilitación (Cook et al, 1996b). Ahora se vuelve a investigar explorando la naturaleza de las relaciones directas o indirectas entre el diagnóstico y los resultados a nivel laboral.

Un estudio americano (ECA) encontró que las personas con diagnóstico de esquizofrenia tenían cuatro veces más probabilidades de estar en paro que sus conciudadanos psiquiátricamente sanos (Keith et al. 1991). Utilizando la muestra de ECA se hizo un estudio sobre los días de trabajo perdidos por problemas emocionales. Kouzis y Eaton (1994) mostraron que las personas con esquizofrenia tenían 18 veces más probabilidades de perder días de empleo por un problema emocional, comparados con sus compañeros sanos de trabajo.

En otra serie de estudios de personas admitidas por primera vez en quince centros psiquiátricos de Baltimore de 1983 a 1989 (Muntaner et al. 1993) sólo el 53 % de los pacientes esquizofrénicos tenían un empleo, mientras que el 66 % con trastorno bipolar y el 75 % con otros trastornos psicóticos estaban empleados (la proporción nacional de empleo en el periodo 1983-89 oscilaba entre el 57,9% y el 62,9%), y estas diferencias eran estadísticamente significativas incluso cuando se controlaba el efecto de variables como la edad, el género, estado civil, estatus socioeconómico y el tipo de hospital donde ingresaron por vez primera.

La reciente evidencia indica que existe una relación consistente entre síntomas psiquiátricos y funcionamiento laboral en personas con esquizofrenia. Un estudio de 197 pacientes con esquizofrenia (Fenton y McGlashan 1991) encontró que aquellos con muchos síntomas negativos tenían un funcionamiento laboral significativamente peor que aquellos con menos síntomas negativos.

Se han realizado estudios de grupos con diagnósticos diferentes (todos ellos tenían muestras con un 50% o más de sujetos con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos), que indican que elevados niveles de sintomatología se asocian con un desempeño laboral más pobre en lo relativo a habilidades laborales (Massel et. al. 1990), y con una disminución de la probabilidad de conseguir un empleo remunerado a tiempo completo (Anthony et. al 1995). Un estudio (Rogers et. al. 1997) siguió a 275 usuarios en rehabilitación psicosocial en tres centros distintos, y encontró que controlando la variable síntomas, un diagnóstico de esquizofrenia no era significativo a la hora de predecir la situación laboral. De todos modos, los síntomas seguían siendo un predictor significativo junto con la raza y la puntuación de los usuarios en una evaluación situacional de su comportamiento en el trabajo. Estos hallazgos sugieren que no es el diagnóstico de esquizofrenia por sí mismo, sino la intensidad y el tipo de síntomas asociados a él, lo que influye en los resultados laborales y en el desempeño laboral.

Puesto que una mejora de los síntomas parece fundamental para aumentar la habilidad de los sujetos en desempeñar un trabajo, es imprescindible una cuidadosa coordinación entre el psiquiatra de referencia del individuo y el profesional de la rehabilitación. La importancia del manejo de los síntomas y su relación con el empleo subraya la necesidad de una plena integración de los servicios de salud mental y laborales para personas con esquizofrenia (Chandler et al. 1997).

Para evaluar el área relativa a la historia clínica se recogerá información sobre :

- Diagnóstico psiquiátrico.
- Ingresos psiquiátricos.
- Fecha inicio de la enfermedad.

-
- Años de evolución.
 - Medicación. Efectos secundarios.
 - Sintomatología actual.
 - Última descompensación. Motivos.
 - Conciencia de enfermedad.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Uso de recursos de rehabilitación. Objetivos alcanzados.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista semiestructurada con usuario y familia.
- Informe de derivación, información suministrada por profesional de referencia y otros profesionales de rehabilitación, etc.

4.2. HISTORIA FORMATIVA PREVIA Y POSTERIOR AL INICIO DE LA ENFERMEDAD

El evaluador trata de obtener toda la información pertinente sobre los siguientes aspectos:

- El nivel formativo alcanzado: resultados académicos, preferencias, dificultades académicas, relación con compañeros y profesores, etc.
- Cómo afecta la enfermedad a su desempeño formativo (déficit cognitivo, dificultades en habilidades sociales, falta de motivación, etc.).
- Posibilidades actuales de empleo en dichas áreas laborales (nichos de empleo, áreas laborales saturadas, nuevos yacimientos, etc.)
- Motivos que le llevaron a abandonar los estudios, y las atribuciones que realiza ante estas deserciones (dificultad de aprendizaje, problemas con compañeros, profesores, etc.).
- Valoración del usuario ante la posibilidad de reciclar su formación: deseos del usuario y de la familia, ausencia de hábitos de estudio, coherencia con su historia previa, etc.
- El nivel de instrucción actual en gramática, lecto-escritura, y cálculo, cultura general, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista con usuario y familia.
- Informes de recursos formativos: certificados académicos, diplomas, etc.
- Pruebas de lecto-escritura, gramática, cálculo, etc.
- Registros de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en talleres rehabilitadores o en otros contextos laborales.
- Registros de evaluación en asertividad laboral.

4.3. HISTORIA LABORAL PREVIA Y POSTERIOR AL INICIO DE LA ENFERMEDAD

Watts y Bennett (1977) encontraron que la cantidad media del tiempo pasado en cada trabajo era el mejor elemento para predecir una reubicación estable en el empleo. Uno de los predictores de éxito en la rehabilitación laboral es la historia laboral previa del usuario.

En la evaluación inicial se recogerá información sobre:

- Trabajos realizados, funciones, tipo de jornada, relación con jefes y compañeros, duración, grado de satisfacción, nivel de competencia y cualificación logrados, empleo ordinario o protegido, dificultades, motivo de finalización de contrato, atribuciones del usuario, etc.
- Cómo afecta la enfermedad a su historia laboral (ideas erróneas, ausencia de intereses, bajo nivel de motivación laboral, déficit en habilidades sociales, etc.).
- Apoyos recibidos: familia, amigos, recursos de rehabilitación, equipo de salud mental, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista con usuario, familia, antiguos jefes y / o compañeros, etc.
- Informe de vida laboral.
- Currículo elaborado por el usuario.

4.4. MOTIVACIÓN LABORAL

Los síntomas negativos como la falta de energía física, la abulia, la anhedonia y la escasa iniciativa pueden interferir con la toma de decisiones y la planificación necesaria para empezar un proceso de rehabilitación laboral, completar un programa de entrenamiento y continuar en el proceso de búsqueda de empleo (Lehman, 1995).

Otro aspecto importante que en ocasiones acompaña a personas diagnosticadas de esquizofrenia es la desmoralización. El estudio de Hayes y Haldford, 1996, comprobó que el hecho de estar en paro y el de padecer esquizofrenia compartían ciertas características negativas: pensiones mínimas, pérdida de una estructuración del tiempo externamente impuesta, ausencia de rol social valioso, reducido contacto social fuera de la familia y escasas oportunidades de utilizar adecuadas habilidades y capacidades.

Para evaluar la motivación hacia el trabajo tomamos en consideración la siguiente información:

- Motivación laboral expresada por el usuario, la familia, y otros miembros de su red social: motivaciones económicas, personales, sociales, vocacionales, etc.
- Motivación laboral percibida por el rehabilitador. Es necesario distinguir entre la motivación para acudir a un recurso de rehabilitación laboral y la motivación para trabajar; diferenciar entre el deseo de estar ocupado y el de ser empleable.

-
- Acercamientos formativos y laborales. Tipo y resultados.
 - Prestaciones económicas: un aspecto crucial de la rehabilitación laboral de personas con enfermedades mentales es tener en cuenta su nivel de dependencia de pensiones económicas. En un estudio de 48 individuos con esquizofrenia, con un seguimiento medio de 5 años tras su primera hospitalización (Ho et al, 1997) el 56 % era mantenido básicamente por la seguridad social, y el 72% dependía de estos fondos públicos durante gran parte del periodo de seguimiento. Dado este elevado nivel de pobreza (Cohen, 1993), su dependencia de los fondos públicos y su elevada posibilidad de perder días de trabajo por su enfermedad mental (Kouzis y Eaton, 1994) no sorprende que las personas con esquizofrenia tomen decisiones laborales sopesando los costes y beneficios, relativos al empleo remunerado, teniendo en cuenta sus propios contextos económicos y psicosociales.

Cada profesional de los servicios de rehabilitación laboral debe conocer la situación individual de sus usuarios en cuanto a las pensiones que reciben, y cómo éstas se ven afectadas por el empleo. Se necesita conocer esta información y discutirla con el usuario, para que considere las ventajas y desventajas relativas a las diferentes opciones de trabajo. Esto significa que el alivio de la pobreza es una parte importante del proceso de rehabilitación, incluida la rehabilitación laboral (Ware y Goldfinger, 1997).

- Apoyo familiar: situación laboral y económica de la familia. Valor del trabajo para los miembros de la familia.
- Apoyo de otros miembros de su red social: situación laboral de los miembros de la red. Valoración del trabajo para la red social.
- Autoconcepto de empleable, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son :

- Cuestionario de Motivación laboral para personas con enfermedad mental crónica. (Ver Anexo 1)
- Listado de Ítems de acercamientos laborales. (Ver Anexo 5)
- Inventario de preferencias profesionales. (Ver Anexo 2)
- Listado de Ítems de intereses vocacionales. (Ver Anexo 3)
- Entrevista con usuario y familia.
- Observación directa en talleres rehabilitadores o en otros contextos laborales.
- Información suministrada por recursos formativos, laborales, etc.

4.5. INTERESES VOCACIONALES

Uno de los principios de la rehabilitación laboral es adaptar a las preferencias del sujeto tanto el trabajo como los apoyos. Este principio surge como reacción a los modelos de *"lo mismo para todos"* que existían en algunos recursos de rehabilitación. La investigación muestra que los usuarios obtienen mejores resultados cuando los servicios que se les prestan se diseñan para que coincidan con sus preferencias. Becker y cols., (1996) encontraron que 143 clientes con enfermedad mental crónica que obtenían trabajo en su área de preferencia mantenían el trabajo el doble de tiempo que aquellos que no fueron empleados en su área de preferencia. El primer grupo también obtenía más satisfacción en el trabajo que el segundo.

Para poder adaptar el proceso de rehabilitación laboral a las preferencias vocacionales del sujeto es necesario conocer el grado de realidad de dichas elecciones laborales, para lo que recogeremos información sobre los siguientes aspectos:

- Conocimiento del mercado de trabajo: derechos laborales, tipos de contratos, salario mínimo, jornada laboral, E.T.T., empleo protegido, etc.
- Preferencias y habilidades laborales expresadas.
- Relación con el mundo laboral: rechazo a empleo ordinario, temor a la jornada completa, presencia de ideas erróneas, etc.
- Ajuste laboral y social del usuario.
- Expectativas laborales del usuario y de la familia, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Cuestionario sobre conocimiento del mercado laboral. (Ver Anexo 4)
- Entrevista con usuario y familia.
- Listado de Ítems de intereses vocacionales. (Ver Anexo 3)
- Inventario de preferencias profesionales. (Ver Anexo 2)
- Registros de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral. (Ver Anexos 7, 8)
- Auto-registros de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.

4.6. OBJETIVOS LABORALES ACTUALES

Es necesario conocer las metas laborales que pretenden alcanzar el usuario y su familia; para lo que recopilamos información sobre:

- Tipo de demanda del usuario y de la familia: ocupación, formación, empleo, ocio, otros recursos de rehabilitación, pensiones, etc.
- Necesidades expresadas por el usuario y la familia.
- Necesidades percibidas por el equipo de rehabilitación.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista con usuario y familia, otros significativos, etc.
- Información de Talleres Rehabilitadores u otros contextos formativos / laborales.
- Información del profesional de referencia, de otros recursos de rehabilitación, etc.

4.7. TÉCNICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

En un estudio llevado a cabo con 46 pacientes diagnosticados esquizofrenia, en el que se entrenaba en entrevistas laborales simuladas (Charisiou et. al. 1989a), aquellos que puntuaban más en habilidad para comunicar y en ajuste social general tenían más probabilidad de ser valorados como empleables por jueces independientes. Aquellos que tenían altas puntuaciones en síntomas negativos y menos ha-

bilidades en entrevista, eran valorados como menos empleables, y tenían menos probabilidad de ser enviados a cubrir una suplencia laboral o a un servicio de rehabilitación laboral, que aquellos con bajos niveles de síntomas negativos (Charisiou et. al. 1989b).

Es preciso conocer qué habilidades posee el usuario en la búsqueda de empleo; en la evaluación se recogerá información sobre:

- ¿Busca trabajo actualmente? Tipo de empleo, condiciones, orientación, etc.
- Atribuciones del usuario sobre la ausencia de empleo.
- Dificultades pasadas y actuales en la búsqueda de empleo.
- Recursos laborales que conoce. Uso que hace de ellos.
- Apoyo familiar recibido en la búsqueda de empleo.
- Las habilidades del usuario en: identificar, seleccionar y discriminar ofertas de trabajo, manejo de entrevistas laborales, uso del teléfono para concertar entrevistas de trabajo, elaboración de C.V., cartas de presentación, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista semiestructurada con el usuario y familia.
- Listado de Ítems de acercamientos laborales. (Ver Anexo 5)
- Ensayo conductual: entrevista de trabajo y uso del teléfono para concertar entrevistas laborales.
- Observación directa.
- Tareas para casa: elaboración de cartas de presentación, C.V., etc.

4.8. AJUSTE LABORAL Y SOCIAL

La evaluación en los talleres rehabilitadores nos permite conocer el nivel de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en ambiente laboral del usuario.

Uno de los principios de la rehabilitación laboral es: *utilizar valoraciones situacionales en la evaluación de habilidades y potencial laboral*. La valoración situacional es la observación, a lo largo del tiempo, de conductas y actitudes laborales en entornos de trabajo reales o simulados por parte de un evaluador entrenado (Cook et al, 1994).

Esta perspectiva implica el hecho de que la evaluación de las personas que padecen enfermedades mentales crónicas puede resultar complicada a causa de: efectos secundarios de la medicación, la sintomatología y el deterioro cognitivo que afecta a algunos de nuestros usuarios. (Cook y Pickett, 1995). Puesto que las personas con trastornos psiquiátricos actúan de manera diferente en diferentes entornos (Schultheis y Bond, 1993), es preferible una valoración específica en la situación antes que otras valoraciones psiquiátricas tradicionales (Anthony y Jansen, 1984) o que otras evaluaciones laborales diseñadas para personas con minusvalía física o retraso mental (Cook y Razzano, 1994).

A) HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO

Los hábitos básicos de trabajo son: Asistencia, puntualidad, manejo de herramientas, aseo y cuidado personal, atención, memoria, ritmo de trabajo, grado de perfeccionamiento, iniciativa, organización y realización de tareas, uso y cuidado del material, capacidad de aprendizaje, nivel de satisfacción, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista con usuario, familia, otros, etc.
- Registros de hábitos básicos de trabajo en talleres rehabilitadores u otros contextos laborales. (Ver Anexo 7)
- Observación directa.
- Auto-evaluación del usuario en los talleres rehabilitadores.

B) HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL

Las habilidades sociales en ambiente laboral, son: Interacción con compañeros y supervisores, inicio y mantenimiento de conversaciones, aceptación y expresión de críticas, capacidad para ofrecer y recibir ayuda, uso de tiempo de ocio, etc.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son: :

- Entrevista con usuario, familia, antiguos jefes y compañeros, etc.
- Registros de habilidades sociales en ambiente laboral en talleres rehabilitadores o en otros contextos laborales. (Ver Anexo 8)
- Observación directa.
- Auto-evaluación del usuario.
- Evaluación en asertividad laboral. (Ver Anexo 9)

4.9. ASERTIVIDAD LABORAL

Diversos estudios apuntan a una conexión entre el déficit en habilidades sociales y pobres habilidades laborales y de entrevista laboral. Estos hallazgos sugieren también que el entrenamiento en habilidades sociales es algo que podría enfatizarse en los planes de tratamiento laboral de personas con esquizofrenia (Dauwalder y Hoffman 1992).

La evaluación en asertividad laboral aporta información sobre las capacidades del usuario para establecer relaciones interpersonales en un ambiente de trabajo, respetando a sus compañeros y a sí mismo. Es necesario recoger información sobre:

- Capacidad del usuario para iniciar nuevas relaciones interpersonales.
- Habilidad del usuario para solicitar información o ayuda cuando sea necesario.
- Capacidad del usuario para defenderse de posibles abusos.
- Capacidad para hacer y recibir críticas, así como para afrontar la hostilidad.

-
- Capacidad para hacer y recibir valoraciones.
 - Creencias del usuario sobre “lo que deben ser” las relaciones interpersonales en un ambiente laboral.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Observación del funcionamiento social de los usuarios en los talleres rehabilitadores.
- Registro de evaluación de habilidades sociales en ambiente laboral. (Ver Anexo 8)
- Entrevista con usuario.
- Role-play de situaciones en las que el usuario pone en práctica las capacidades arriba indicadas.
- Valoración del ensayo conductual por parte de profesionales y usuario. (Ver Anexo 9)

4.10. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

El apoyo familiar adecuado es uno de los indicadores de éxito para la integración laboral del sujeto. Es importante que la familia colabore en el proceso de rehabilitación, de manera que el usuario reciba un mismo mensaje (por parte de los profesionales de rehabilitación, de salud mental y de sus familiares). Los profesionales deben conocer cómo es la red social del usuario, qué estrategias usan para afrontar la enfermedad y qué tipos de apoyos pueden ofrecerle.

En la evaluación inicial se recoge información sobre:

- Miembros de la unidad familiar, situación económica y laboral, así como la relación con el mercado laboral.
- Tipo de relaciones familiares: sobreprotección, sobreexigencia, nivel de emoción expresada, así como el papel del usuario en su entorno familiar.
- El nivel de implicación de la familia en el proceso rehabilitador del usuario, conocimiento de la enfermedad, apoyos que ofrece, etc.
- Red social ajena a la familia, tipo, conocimiento de la enfermedad, frecuencia de encuentros, características, situación ocupacional / laboral, uso del tiempo ocio, etc.
- Actividades de carácter ocupacional que desarrolla.
- Uso de recursos comunitarios.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

- Entrevista con familia, usuario, otros miembros de su red social, etc.
- Auto-registros de actividades de la vida diaria.
- Registros de ocio y tiempo libre.

CAPÍTULO 5: ORGANIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE PLANES INDIVIDUALIZADOS DE REHABILITACIÓN LABORAL

Eva Muñiz

5.1. ELABORACIÓN

El programa individualizado de rehabilitación laboral es el resultado del proceso de evaluación en el que se han identificado tanto las capacidades como las limitaciones para encontrar y mantener un trabajo, así como la motivación para implicarse en el proceso. Este último aspecto se ve favorecido si desde el primer momento se trabaja de manera consensuada y negociada con el usuario, atendiendo a sus necesidades y demandas y procurando su autonomía.

La programación permite reflexionar sobre la información obtenida, organizarla en forma de objetivos de intervención, diseñar la metodología para alcanzarlos y crear criterios para valorar su eficacia.

La **formulación de los objetivos** va a resultar un elemento determinante para facilitar dicha valoración. Cuando se plantean de manera teórica (sin hacer referencia a los aspectos concretos de la situación del individuo), utópica (sin atender a las limitaciones procedentes del individuo, su entorno o el propio centro) y sin limitación temporal (sin incluir un plazo de tiempo aproximado en el que consideramos que deberían obtenerse resultados), resulta más difícil realizar una atribución causal correcta de los cambios en el funcionamiento laboral de un individuo. Como señalan diversos autores, los objetivos en la programación deben:

- Formularse en infinitivo.
- Ser flexibles y permitir modificaciones en función de los cambios que pudieran producirse durante el proceso.
- Describirse de manera concreta.
- Permitir su medición.
- Diferenciarse unos de otros, no incluir varios en uno solo.
- No confundirse con las intervenciones ni con los recursos que se utilizarán para su consecución.
- Ser coherentes con el objetivo general.

La organización temporal de los objetivos del PIR no puede ser arbitraria: Una secuenciación adecuada facilita y hace más eficaz el trabajo. Algunos aspectos que deben tenerse en cuenta son (Otero, 1997):

1. Motivación/objetivos del usuario.
2. Urgencia. Necesidad de cubrir necesidades básicas o crear las condiciones para que la inserción laboral sea posible (vivienda, recursos económicos básicos, etc.).
3. Relevancia para alcanzar otros objetivos. El grado en que alcanzar un objetivo facilita la consecución de otros, incluso sin necesidad de una intervención específica en aquéllos.

-
4. Probabilidad de éxito en la intervención. Con ello se genera un sentimiento de competencia que incrementa la motivación para abordar objetivos más difíciles.
 5. Consecuencias que pueda tener alcanzarlos. En algunos casos, es necesario realizar una labor previa de preparación para los cambios que se producen con el proceso de inserción laboral (cambios en los roles familiares, exigencia por parte del futuro trabajador de mayor capacidad para tomar decisiones y manejar sus recursos económicos, etc.), con el objeto de facilitar la adaptación y disminuir la probabilidad de conflicto.

El plan individualizado de rehabilitación ha de incluir la **metodología** que se va a utilizar para alcanzar los objetivos. El procedimiento utilizado debe ser coherente con éstos, favorecer la autonomía del individuo y la adquisición de un rol social activo, los procedimientos que faciliten la pasividad y una actitud meramente ocupacional deberán ser asumidos por otros recursos asistenciales. Haciendo esta salvedad se podría decir que cualquier recurso terapéutico es útil (proceda de donde proceda) mientras guarde coherencia con los principios básicos de la rehabilitación laboral, rechazar cualquiera *a priori* supondría una reducción importante de las posibilidades de eficacia y un acto de dogmatismo difícilmente justificable.

La especificación *a priori* de cómo vamos a hacerlo (situaciones, tareas, materiales, personas de apoyo, recursos asistenciales en coordinación, programas complementarios, etc.) nos va a permitir:

- Tener una visión global y organizada de la intervención.
- Disminuir las probabilidades de improvisación.
- Valorar qué aspectos de la intervención han sido efectivos en la consecución de los objetivos y cuáles han resultado estériles.
- Conocer las modificaciones que se han tenido que ir introduciendo en función de los cambios en la situación del individuo.
- Conocer los aspectos que han influido en la rehabilitación y que no estaban previstos en el PIR.

Este último aspecto es especialmente difícil de delimitar dado que en nuestra disciplina resulta casi imposible ponderar la influencia de cada una de las variables ajenas a la intervención que podrían haber estado implicadas (cambios en el curso de la enfermedad, variaciones en la medicación, creación de nuevas relaciones, cambios familiares, etc.). Tampoco conocemos el grado en que nuestra intervención puede afectar a áreas que no habíamos previsto. Todo ello hace que la valoración de nuestra eficacia sea especialmente compleja.

5.2. REVISIÓN. ANÁLISIS DEL PROCESO

Una vez que se ha formulado el plan individualizado de rehabilitación (PIR) es importante proceder a su **revisión**, analizando no sólo los contenidos de los objetivos, sino el proceso a través del que se ha llegado a su formulación. Existen multitud de factores que pueden estar influyendo en la valoración de las prioridades y en la determinación de la metodología con que se va a operar, algunos de ellos son:

a) La demanda de apoyo y atención del individuo. En ocasiones, las quejas son formuladas con tal nivel de intensidad y urgencia, que nos convencen de que determinadas áreas de intervención son prioritarias y en ocasiones, perpetuamos esquemas de funcionamiento inadecuados, que lejos de contribuir a alcanzar el objetivo de la inserción laboral mantienen la situación psicosocial que deseamos modificar.

b) La demanda de intervención en áreas concretas procedente del entorno del individuo:

- Familia.
- Servicio de Salud Mental u otros recursos asistenciales.
- Vecindario.

c) En muchas ocasiones nos vemos instados a intervenir en aspectos del funcionamiento del individuo que no nos resultan relevantes para su inserción laboral pero que son demandados por su entorno y el hecho de no abordarlos dificultaría la colaboración y coordinación entre los distintos recursos sociales (por ejemplo: la familia no desea que su hijo trabaje, pero acepta mantenerle en el centro con un objetivo puramente ocupacional).

d) La presión para obtener resultados en corto espacio de tiempo procedente de instancias políticas, la reivindicación de identificar las disciplinas psicosociales con una ciencia, y más concretamente con el modelo médico, nos ha llevado a tener que medir la eficacia de la intervención en términos temporales que no se ajustan a los plazos reales con los que conseguimos cambios significativos.

e) La ausencia o la falta de conocimiento acerca de recursos alternativos más apropiados nos lleva a asumir áreas de intervención que no son de nuestra competencia.

f) Las características del terapeuta:

- Atribuciones respecto a la motivación subyacente a determinadas conductas.
- Necesidad de ser considerado eficaz y conseguir resultados en un corto espacio de tiempo.
- Necesidad personal de establecer una relación amigable (carente de conflicto) con el usuario.
- Prejuicios respecto a las posibilidades de éxito de determinados individuos.

El análisis de todos los elementos que pueden haber influido en la toma de decisiones respecto al PIR pueden ayudarnos a modificar el diseño de la intervención y aquellos aspectos que son ajenos al proceso de rehabilitación y que están actuando como variables contaminadoras de los resultados.

En rehabilitación laboral, es especialmente importante revisar con frecuencia el grado en que los objetivos han sido alcanzados y la medida en que la situación personal del individuo se ha modificado. Es difícil predecir la capacidad de la familia y del usuario para adaptarse a los cambios que se derivan del proceso de inserción laboral y, en ocasiones, es necesario realizar intervenciones de apoyo que lo faciliten.

Por otro lado, el individuo no siempre sigue el programa planteado y lleva a cabo, por propia iniciativa, actividades para las que no se encuentra preparado (cursos, empleos...) y que pueden tener una incidencia negativa en el proceso. En este caso, la opción más eficaz es favorecer que el individuo tome conciencia de las consecuencias que ha tenido su actuación y retomar los objetivos iniciales si estos siguen siendo pertinentes.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES RESPECTO AL PLAN DE INTERVENCIÓN

1. ¿Cómo llegar a un punto de negociación acerca de la intervención cuando los planteamientos de cada parte parecen incompatibles?

No es difícil que nos encontremos con personas que acuden al recurso con una gran confusión acerca de los objetivos y el proceso de rehabilitación laboral, bien por falta de información, bien por contar con una información distorsionada que les ha sido proporcionada intentando favorecer un falso ajuste entre las necesidades percibidas por el usuario y lo que ofrece el recurso. Esto nos conduce, en muchas ocasiones, a una discrepancia entre las expectativas del individuo y el plan de rehabilitación derivado de la evaluación inicial. Para resolver esto contamos con varias estrategias:

- Analizar con el individuo el grado de adecuación de sus expectativas con los resultados de la evaluación.
- Valorar las razones que subyacen a la falta de acuerdo:
 - Miedo.
 - Sensación de incompetencia y de falta de control para alcanzar los objetivos que se le plantea.
 - Falta de motivación (estilo de vida incompatible, presencia de ingresos económicos...)
 - Ausencia de apoyo familiar.
- Desmontar posibles creencias irracionales acerca de las posibilidades de cambio.
- Analizar alternativas de negociación.
- En caso de que el individuo se niegue a negociar, y siempre que sea posible, aceptar su propuesta delimitando un plazo de tiempo para revisar su situación y valorar el grado de adecuación de su planteamiento para conseguir sus objetivos (ventajas e inconvenientes).

2. ¿Se debe asumir la intervención en la sintomatología?

Es muy importante que en el centro de rehabilitación laboral el individuo adopte el papel de trabajador frente al de persona enferma y que en general se favorezca que la intervención en todo aquello relacionado con la enfermedad se realice desde el Servicio de Salud Mental y desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Sin embargo, este planteamiento no siempre es posible:

- Muchos Servicios de Salud Mental no cuentan con profesionales que complementen la intervención farmacológica, ni con la infraestructura de tiempo que requieren estas intervenciones.

-
- No todas las personas que padecen síntomas pueden acceder a los Centros de Rehabilitación Psicosocial.
 - No existen recursos de atención psicológica públicos a los que derivar a las personas que padecen síntomas que les dificultan su inserción laboral.
 - En muchas ocasiones, la intervención requiere de una estrecha coordinación con el entorno laboral (talleres, recursos formativos, empleos...) que se facilita considerablemente si la intervención se realiza desde el CRL.

3. ¿Cómo evitar tener una *actitud redentora*?

El trabajo es un bienpreciado en nuestra sociedad, compartimos la idea de que permite el desarrollo personal, incrementa la autoestima, favorece que se creen nuevas redes sociales e incrementa las probabilidades de normalización de la vida. Sin embargo, el trabajo también conlleva una serie de aspectos negativos que no siempre compensa afrontar si existe otra opción para cubrir las necesidades básicas. Con frecuencia, en el campo de la rehabilitación laboral tratamos de modificar estilos de vida y comportamientos que no nos parecen adecuados pero que son suficientemente satisfactorios para el individuo y convertimos su conformidad en algo casi patológico que requiere intervención. Analizamos hasta el último resquicio de inconsistencia en la defensa de este estilo de vida, creamos necesidades e intentamos motivar para que se invierta un tremendo esfuerzo en cambiarlo sin estar seguros de que esto vaya a conducir a un nivel de satisfacción superior.

Es muy importante ser coherentes con la idea de que la persona con enfermedad mental debe ser libre de decidir qué vida quiere llevar. Nuestra función es informar, analizar las posibles consecuencias negativas de esta opción y dotar de las herramientas para afrontarlas siempre que el individuo se preste a ello.

4. ¿Cómo trabajar con la resistencia al cambio?

- Analizar las razones de la resistencia y las funciones que puede estar cumpliendo.
- Si se produce por miedo o sensación de incompetencia, ajustar el ritmo del cambio a lo tolerable por el individuo y favorecer que sea una experiencia exitosa.
- Si se produce por una actitud opositora:
 - Redirigir la resistencia hacia actividades incompatibles con la actitud opositora y que favorezcan la consecución de los objetivos.
 - Prescribir una actitud resistente (intervención paradójica).
- Si se produce por una falta de apoyo familiar, realizar intervenciones familiares que favorezcan la colaboración.

5. ¿Cuándo considerar que se debe finalizar la intervención si no se consiguen resultados?

- Cuando se han agotado los recursos terapéuticos disponibles para conseguir el cambio.

-
- Cuando el individuo ha decidido que no quiere continuar porque no le compensa cambiar.
 - Cuando se valora que la situación psicopatológica y socioeconómica del individuo impide que se alcancen los objetivos, por no cumplirse con los requisitos básicos de intervención, por no existir motivación para el cambio, o por no existir el recurso formativo-laboral que se ajuste a las circunstancias del individuo.

ÁREA III.2: ÁREAS DE INTERVENCIÓN EN REHABILITACIÓN LABORAL

CAPÍTULO 6: Orientación vocacional

Virginia Galilea

CAPÍTULO 7: Ajuste laboral. Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral

Elena Alcaín y José Augusto Colis

CAPÍTULO 8: Entrenamiento en asertividad laboral

Ana Lavado y Eva Muñiz

CAPÍTULO 9: Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo

M^a Teresa San Bernardo y Óscar Sánchez

CAPÍTULO 10: Apoyo a la formación

Virginia Galilea y Ana Lavado

CAPÍTULO 11: Búsqueda activa de empleo

Virginia Galilea, Raquel Pagola y M^a Teresa San Bernardo

CAPÍTULO 12: Intervención con familias en el proceso de rehabilitación laboral

Eva Muñiz y Marta Nicolás

CAPÍTULO 6: ORIENTACIÓN VOCACIONAL

Virginia Galilea

6.1. DEFINICIÓN DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

Tradicionalmente no se ha tenido en cuenta la elección del usuario a la hora de decidir su interés vocacional; se pensaba que este tipo de pacientes no eran capaces de desarrollar nuevos intereses laborales. Los bajos promedios en el mantenimiento del empleo vienen marcados, en parte, por la insatisfacción del usuario con el empleo elegido. Betz (1969) encontró que la *satisfacción* se correlacionaba con una correspondencia entre necesidades de trabajo y reforzadores del mismo, y que la satisfacción en el trabajo predecía que se conservaría el empleo.

La ausencia de experiencia laboral, el desconocimiento de las propias habilidades y capacidades, la falta de conocimientos sobre el mercado laboral y el auto-concepto de persona no empleable, son algunos de los factores que conducen a una orientación vocacional desajustada.

La Orientación Vocacional es un proceso que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustar dichos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo. El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral (Anthony y cols., 1984).

La orientación se ha definido de muchas maneras, a saber:

- Orientación escolar: proceso por el que se ayuda al alumno en el estudio, así como en el periodo de adaptación a la escuela.
- Orientación educativa: (educational guidance) concepto más amplio que el anterior, puesto que la educación se extiende más allá de lo académico.
- Orientación profesional: es la ayuda en la elección de una profesión. Es un proceso que se basa en el conocimiento del sujeto y de su entorno.
- Orientación vocacional: proceso de ayuda en la elección de una profesión, la preparación para ella, el acceso al ejercicio de la misma y la evolución y progreso posterior. Según esta definición, la orientación vocacional incluye la orientación profesional.

Otras definiciones a tener en consideración:

- Según Super (1957): la orientación vocacional pretende ayudar a que la persona elabore un concepto adecuado de sí mismo, y de su papel en el trabajo.
- Bisquerra, (1990): la orientación no es un proceso *puntual*, sino continuo en el tiempo; no se dirige sólo a las personas con necesidades especiales, sino a todo el mundo. Se persiguen como objetivos: el desarrollo de la persona, y la prevención de problemas de toda índole; se interviene a través de programas.
- Husen realizó un estudio con jóvenes suecos y llegó a la conclusión de que "el origen familiar y el estrato social en que se nace son las variables que mejor explican el éxito profesional alcanzado".

-
- Robert, (1988) afirma que la conducta vocacional se reduce a la oportunidad de poder trabajar, y por tanto niega la libertad de elegir.
 - Vocación entendida como impulso sostenido que una persona experimenta para llevar a cabo algo importante, con proyección de futuro. Esta tendencia ha perjudicado el estudio de la orientación vocacional, ya que según esta definición se trataría exclusivamente de ocupaciones elevadas; si es un impulso, éste se posee o no, lo que puede generar ansiedad y frustración en aquellas personas que no tienen definidos sus intereses vocacionales; y dado su carácter subjetivo, esta vocación no se puede medir, cambiar ni desarrollar.

6.2. FACTORES QUE INFLUYEN SIGNIFICATIVAMENTE EN EL PROCESO DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

- La *motivación laboral* real del usuario.
- La iniciativa en la *búsqueda de empleo y de formación*: el tipo de acercamientos y frecuencia, la eficacia de dichas iniciativas; dónde y cómo solicita empleo, el método utilizado y la constancia, son factores que nos indicarán su ajuste vocacional, el nivel de motivación para el empleo y su manejo en las técnicas de búsqueda de empleo.
- La percepción de *recursos económicos* que cubran o solucionen las necesidades mínimas restarán impulso y motivación para acceder a un empleo.
- *La situación familiar*: si la familia no cree “necesario” que su familiar enfermo pase por los riesgos y dificultades de encontrar y mantener un empleo, tenderá a solicitar un recurso de carácter ocupacional o una prestación económica para su familiar. El apoyo familiar ofrecido al usuario (iniciativas de la familia respecto a la rehabilitación del usuario, el conocimiento de la enfermedad, la relación con terapeutas, la pertenencia a asociaciones y papel que desempeña en ellas, la búsqueda de recursos adecuados, el nivel de emoción expresada, etc.) y la relación de la familia, y de otros miembros de su red social, con el trabajo (la opinión de su entorno social respecto al mundo laboral, así como su propia situación laboral) van a influir en la motivación del usuario hacia el empleo.
- *La relación del usuario con el mundo laboral*: el nivel de conocimiento de las condiciones laborales actuales, la presencia de ideas erróneas sobre el mercado laboral (percepción idílica, hostil, etc.).
- *La historia formativa / laboral*, vivida por el usuario de manera positiva, es un predictor de éxito en un proceso de rehabilitación laboral.
- *El último trabajo y curso de formación* desempeñados, las funciones realizadas, el tipo de jornada, el motivo de finalización y el nivel de desempeño y de satisfacción alcanzado, nos servirán de indicadores sobre los intereses y preferencias del usuario.
- Los *motivos de abandonos* laborales, formativos, ocupacionales o de ocio aportarán información sobre su sistema atribucional.
- *Las limitaciones y habilidades laborales* expresadas por el usuario y percibidas por el rehabilitador en un contexto lo más parecido al laboral.
- *Los deseos y preferencias laborales* expresados por el usuario: es necesario respetar los deseos del usuario, ya que el grado de satisfacción va a ser determinante en el mantenimiento del empleo.

-
- *El tipo de actividades que realiza durante el día: aficiones, gustos, tareas de casa, lectura, deporte, rehabilitación, etc. (opinión del usuario sobre su estilo de vida).*

6.3. EVALUACIÓN EN ORIENTACIÓN VOCACIONAL

El objetivo de la evaluación en orientación vocacional es: identificar los intereses laborales del usuario, sus expectativas vocacionales, el nivel de conocimiento y relación con el mercado laboral, así como la motivación real hacia el trabajo.

Algunos de los instrumentos empleados son:

— **Test CIPSA**, de F. Seara (1983), que permite al usuario valorar, desde un punto de vista personal, social y económico, más de 160 profesiones de todos los campos. La información aportada por estas pruebas estandarizadas nos sirven sólo a título de orientación o aproximación a la realidad del sujeto; no se deben usar estos resultados como datos definitivos.

— **Test IPP (Intereses y preferencias profesionales)** (De la Cruz, 1993): Recoge más de 200 profesiones, actividades y tareas sobre las que el usuario expresa su opinión: me gusta, no me gusta, la desconozco, me resulta indiferente. El resultado nos permite clasificar sus intereses vocacionales por áreas de trabajo: administrativa, creativa, manual, técnica, etc.

— **Cuestionario de Motivación laboral para personas con enfermedad mental crónica** (Colis, Coy, Galilea, López, Pascual, 1996): Instrumento que mide el grado de motivación para trabajar. Nos permite diferenciar distintos factores motivacionales: satisfacción laboral, integración al entorno laboral, aceptación social, desempeño social, asertividad laboral, etc. (Anexo 1)

— **Listado de Ítems sobre acercamientos laborales** (Galilea y Colis, 2000): Instrumento que nos indica el número de aproximaciones que realiza el usuario hacia el mercado laboral, así como el tipo, la frecuencia, métodos que utiliza, apoyos con los que cuenta, etc. (Anexo 5)

— **Inventario de preferencias profesionales** (Galilea, Pagola, 2001): Inventario que describe más de 50 tareas y trabajos, a las que el usuario debe responder si las elige o no para desempeñarlas a corto y/o medio plazo, así como si precisa formación para realizarlas. También indicará el grado de preferencia en que elige las distintas profesiones. (Anexo 2)

— **Listado de Ítems de intereses vocacionales** (Galilea, 2000) Instrumento que aporta información general sobre las preferencias laborales del usuario, motivación para trabajar, apoyos recibidos de su red social, expectativas laborales, etc. (Anexo 3)

— **Entrevistas semiestructuradas con el usuario**: Mediante estas entrevistas se tratará de conocer la historia formativa y laboral del usuario, el nivel previo al inicio de la enfermedad; descripción de las tareas desempeñadas, sus preferencias labora-

les, el motivo de despidos o abandonos, la relación con compañeros, jefes, sus expectativas laborales y el autoconcepto del usuario como empleable.

— **Entrevista con familiares y otros miembros significativos (jefes, antiguos compañeros, etc.).** En ocasiones la información suministrada por el usuario es vaga y poco concreta. Es necesario conocer la opinión de la familia y de otros significativos respecto al pasado formativo/laboral del usuario, así como los apoyos que le ofrecieron en el pasado. Va a ser significativa la relación establecida entre la familia y el mundo laboral; si los miembros de la familia consideran el trabajo como un valor positivo, esto incidirá positivamente en el proceso rehabilitador del usuario. Así mismo será importante conocer quienes conforman la red social del usuario y su nivel de ocupación: pensionistas, parados, trabajadores, etc.

— **Cuestionario sobre conocimiento del mercado laboral** (Galilea, 1999): instrumento que indica el nivel de conocimientos del usuario sobre el mercado laboral en general (convenio colectivo, salario mínimo, economía sumergida, jornada laboral, empleo protegido, empresa de trabajo temporal, derechos y obligaciones laborales, etc.). (Anexo 4)

— **Observación directa** de los hábitos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral dentro de los Talleres rehabilitadores: nos aporta información sobre el nivel de ajuste laboral y social del usuario (asistencia, puntualidad, manejo de herramientas, calidad de trabajo, etc.), así como de sus preferencias laborales.

6.4. ERRORES MÁS FRECUENTES EN EL PROCESO DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

- No evaluar la motivación real para trabajar.
- No evaluar el nivel de ajuste laboral y social.
- No evaluar el conocimiento del mercado laboral.
- No tener en cuenta las preferencias del usuario.
- No considerar el entorno familiar y sus características (económicas, laborales, culturales, etc.)
- Entender la orientación como un asesoramiento en formación.
- Hacer prevalecer la opinión del asesor vocacional en la decisión final.
- Elegir un único empleo.
- Facilitar toda la información al usuario.
- No tomar en consideración las demandas del mercado de trabajo.

6.5. UN MODELO DE PROGRAMA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL

El objetivo de un Programa de Orientación Vocacional es ajustar las expectativas laborales del usuario, teniendo en cuenta sus intereses vocacionales, sus preferencias, habilidades y conocimientos, así como las demandas del mercado laboral.

Atendiendo a las necesidades y dificultades de cada usuario se intervendrá sobre uno o varios aspectos; no es necesario seguir toda la secuencia del programa.

6.5.1. AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA TRABAJAR

- A través de todas las intervenciones presentes en el Centro de Rehabilitación Laboral: tutorías, talleres rehabilitadores, entrenamiento en asertividad laboral, coloquios laborales, coloquios de información social, ocio y tiempo libre, etc.
- A través de instrucciones y pautas ofrecidas a la familia (ver capítulo 12, *Intervención con familias en el proceso de rehabilitación laboral*).
- Por medio del grupo de usuarios del CRL.

6.5.2. AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS DEL MERCADO LABORAL

Aunque algunos de nuestros usuarios posean experiencia laboral, con frecuencia desconocen conceptos como: convenio laboral, salario mínimo, jubilación, derechos laborales, tipos de jornadas, de contratos, etc. Previamente a analizar y delimitar habilidades y destrezas, el sujeto deberá conocer en qué marco de actuación va a intentar desarrollarlas y cómo es el mercado de trabajo que le rodea.

El orientador o consejero vocacional, encargado de conducir este entrenamiento, ofrecerá al grupo, o al usuario, diversas fuentes para obtener información: miembros de la familia parados o empleados, amigos con experiencia laboral, organismos públicos —INEM, Instituto de la Juventud, Sindicatos—, publicaciones, prensa, charlas laborales, coloquios de información, visitas concertadas a empresas, centros especiales de empleo, etc.

Asimismo, el profesional encargado deberá dotar a los usuarios de los *recursos* necesarios para poder acceder a dicha información. Es probable que alguno de los miembros del grupo no posea un manejo adecuado de habilidades sociales, por lo que será necesario adiestrar al mismo en el desarrollo de la tarea concreta; por ejemplo: el orientador propone que una forma de obtener información sobre las características del mercado laboral es preguntar a los familiares sobre las ventajas y dificultades que tienen en sus distintos empleos, las tareas que desempeña, titulación, posibilidades de solicitar anticipos, derechos, permisos especiales, etc. Además de elaborar con los usuarios las preguntas de la entrevista, será aconsejable que se realicen ensayos conductuales que favorezcan la adquisición de comportamientos asertivos; igualmente, se recomienda que los encuentros avancen en dificultad de manera progresiva; en primer lugar el usuario puede obtener información de un miembro de la familia, más adelante de un amigo cercano, hasta llegar a solicitar información en organismos públicos. En estas primeras sesiones se trata de que sea el usuario el encargado de solicitar, recopilar y elaborar la información que le suministran las personas de su entorno, por lo que serán de gran valor las *tareas para casa*, así como la participación del grupo y la implicación de otros significativos en el entrenamiento; el orientador deberá favorecer expectativas favorables y reforzar positivamente los progresos del grupo.

Algunos de los procedimientos más eficaces para la obtención de información sobre el mercado laboral son:

- Usando “tareas para casa” se recogerá información sobre diferentes aspectos laborales: el usuario entrevista a personas de su entorno acerca de sus profesiones, tipo de contrato, salario, funciones que desempeñan, nivel de formación exigido, etc.
- Visitas, conferencias, paneles informativos, publicaciones, encuestas en el barrio, cursos específicos de orientación vocacional e información laboral.
- Coloquios sobre temas laborales desarrollados dentro del Centro de Rehabilitación Laboral.
- Vídeos de diferentes profesionales, en los que cada entrevistado aporta información sobre las características más relevantes de su trabajo: tareas desempeñadas, salario, nivel de formación necesario, nivel de satisfacción, dificultades, etc.

6.5.3. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS PROPIAS DESTREZAS Y HABILIDADES (CONCEPTO DE AUTOEMPLEABLE)

Mediante:

- Talleres rehabilitadores (autoregistros, registros, *feedback*, modelado, refuerzo..)
- Información que aportan al usuario la familia y otros miembros significativos. Es de especial importancia que todas las personas implicadas en el proceso de rehabilitación laboral envíen al usuario el mismo mensaje: familia, profesionales de salud mental, profesionales de rehabilitación y de otros recursos formativos/laborales.
- Elaboración del C.V.
- Discusión de ideas irracionales. Reestructuración cognitiva.
- Visitas; reuniones con antiguos usuarios, charlas, coloquios, etc.
- Pruebas de realidad: son encuestas dirigidas a recoger opiniones externas de personas, de edad, sexo y clase social con las que el sujeto se identifique y reconozca como válidas. El objetivo es disminuir el nivel de creencia en sus ideas erróneas.

El orientador vocacional ayuda al usuario a analizar y recabar datos relevantes sobre su experiencia formativa y laboral. Uno de los objetivos de la evaluación inicial en el área de orientación vocacional es recoger información sobre la experiencia académica y laboral del usuario, con una doble finalidad: conocer el nivel profesional alcanzado previo a la enfermedad, así como identificar las habilidades y tareas desempeñadas —importantes como factores predictores de éxito laboral—.

El usuario debe conocer con detalle todos los conocimientos adquiridos, tareas, habilidades y destrezas utilizadas en el pasado, independientemente del resultado obtenido. Ayudaremos a los participantes del entrenamiento, con el apoyo de otras personas de su entorno, a identificar con precisión su *historia formativa y laboral*; el objetivo no es únicamente poder elaborar en un futuro un currículo, sino que el usuario valore sus características personales, conocimientos y experiencias laborales, centre sus atribuciones en sus propias actuaciones y modifique las actitudes negativas ante determinadas áreas vocacionales.

La evaluación inicial y continuada en el área de *Ajuste Laboral* nos aporta datos cuantificables y operativos —a través de los registros de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en ambiente laboral— del rendimiento y evolución laboral del usuario dentro de los talleres rehabilitadores; el conocimiento de las habilidades laborales del usuario es esencial para poder facilitar un consejo vocacional ajustado. En el caso de no disponer de un marco de trabajo donde evaluar e intervenir el ajuste laboral, se puede recurrir a: recursos formativos ordinarios o protegidos, talleres ocupacionales, centros culturales, clubes de ocio y tiempo libre, centros de día, grupos de voluntariado o tareas para casa; todos ellos pueden suministrar información sobre nivel de asistencia, puntualidad, relación con compañeros, dificultades de aprendizaje, etc.

6.5.4. FOMENTAR INTERESES AJUSTADOS

En un contexto lo más parecido al laboral se proponen trabajos y tareas que sean susceptibles de desarrollar en el sujeto nuevos intereses vocacionales. Según destacan distintos estudios, para llevar a cabo estos trabajos habrá que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Equipar al usuario adecuadamente para ejercer la actividad.
- Dar al sujeto instrucciones y feedback apropiados, de manera contingente.
- Dotar al contexto de condiciones agradables donde el usuario pueda ejecutar la tarea.
- Permitir que el sujeto observe cómo hacen otras personas dicha actividad: aprendizaje por observación o vicario.
- Respetar el ritmo de aprendizaje del usuario.
- Dejar tiempo suficiente para que el paciente se sienta satisfecho con lo que hace.
- Mostrar al usuario la utilidad de dicha actividad en la vida.

Es importante tener siempre presente el grado de satisfacción del usuario con la opción que desea. Va a ser uno de los indicadores más importantes para asegurar el mantenimiento en el empleo.

6.5.5. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DEL USUARIO SOBRE ÁREAS LABORALES DE INTERÉS

En estas sesiones el usuario y/o el grupo pueden describir áreas vocacionales de interés ajustadas a sus posibilidades y a las necesidades del mercado laboral. No se trata de una elección basada en la sola preferencia, sino argumentada sobre las habilidades y conocimientos adquiridos y en la demanda del exterior.

Al señalar una opción laboral los usuarios indicarán las diferentes tareas que la componen, así como las capacidades necesarias para poder desempeñarla con éxito. La elección girará en torno a un campo laboral, y no a un empleo determinado; de esta manera aumentan las posibilidades de incorporación al mercado laboral. Asimismo se deben valorar nuevas *necesidades o apoyos* para alcanzar el objetivo vocacional: opti-

mizar el nivel de formación, entrenar ciertas habilidades, buscar apoyo social, etc.; así como el *coste* que ello supondrá: económico, de esfuerzo, de tiempo, de renuncia a otras expectativas, etc.

Este aumento del conocimiento del usuario sobre áreas laborales de interés, se realiza mediante:

- Información de otros miembros significativos.
- Talleres rehabilitadores.
- Recogida de información (vídeos, visitas, charlas, encuestas, etc.).

6.5.6. TOMA DE DECISIÓN

Elaborar un plan de actuación que indique:

- Qué objetivos laborales desea alcanzar el usuario.
- Qué áreas laborales son de su interés.
- Identificar las diferentes alternativas (matriz de decisiones): anticipar las consecuencias de llevar a cabo estas alternativas a corto, medio y largo plazo; así como las consecuencias positivas y negativas.
- Tener presente los costes: económicos, esfuerzo, tiempo, abandono de otras actividades, etc.
- Tener en cuenta los apoyos.
- Eliminar alternativas no interesantes o no adecuadas.
- Elección de la opción.

6.5.7. COMIENZO DE LA ACCIÓN

Por medio de aproximaciones sucesivas, y atendiendo a las habilidades y necesidades de cada usuario, se realizan las acciones encaminadas a la elección y acceso a un área laboral: reciclar formación, entrenar hábitos, optimizar habilidades sociales, entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo, acceso a empleo, etc.

6.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INFORMACIÓN VOCACIONAL

Según Rivas (1995), algunos de los métodos y técnicas de información vocacional son:

- Seguimiento de antiguos usuarios: relatan su experiencia laboral al grupo.
- Visitas informativas a la realidad (empresas, establecimientos, etc.). Evitar que estas salidas tengan un carácter festivo, y preparar con el organizador la visita.
- Conferencias: tener en cuenta el nivel formativo de los usuarios; no superar 40 minutos de duración. Es aconsejable elaborar las preguntas previamente.
- Encuestas de información local: conocer los recursos del entorno; el usuario debe ser activo en la búsqueda y obtención de información.

-
- Estudios de casos reales o simulados.
 - Técnicas de documentación escrita. Publicaciones del centro y puntos de información accesibles (paneles, corchos, etc.).
 - Vídeos de profesionales encuestados y coloquio sobre el área profesional observada.
 - Cursos de información laboral.
 - Dinámica de grupos (debate, ensayo conductual, tareas): ayuda al usuario a tomar decisiones a través del trabajo en grupo.

Caso práctico

P.B. fue siempre una niña solitaria con escasas relaciones sociales. Desde los doce años muestra sintomatología obsesiva y fóbica, que remite a los veintidós años con tratamiento farmacológico (neurolépticos y antidepresivos). A los veinticuatro años su situación empeora. Sus contactos y actividades fuera de casa se hacen cada vez menos frecuentes, permaneciendo sin salir de su domicilio durante meses.

En 1991 acude a un Centro de Rehabilitación Psicosocial, donde recibe ayuda para abandonar su aislamiento y mejorar su repertorio en habilidades sociales. En 1994 es derivada al Centro de Rehabilitación Laboral. Se elabora un programa de intervención dirigido a la adquisición de una orientación vocacional adecuada, así como de un ajuste laboral del que carece al no haber trabajado nunca. P.B. en principio expresa su interés en trabajar con niños, pero su falta de experiencia en dicho campo genera en ella temor e inseguridad. Ante la imposibilidad de profundizar en el área elegida por la usuaria, se orienta vocacionalmente hacia una actividad menos exigente y realista: limpieza, por la que muestra interés, a pesar de no conocer las características del trabajo. Con buen rendimiento y resultados adecuados realiza dos cursos en recursos formativos reales: limpieza industrial y limpieza de edificios. Simultáneamente, en el CRL se entrena en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales, usando como contexto el propio edificio del Centro, donde realiza tareas de limpieza, cocina y plancha. Asimismo recibe adiestramiento en habilidades en técnicas de búsqueda de empleo, y pasa a Búsqueda Activa de empleo. Tras diversas entrevistas laborales P.B. firma su primer contrato laboral en junio de 1995, como trabajadora en una empresa de limpieza. Superado el periodo de prueba su rendimiento y grado de satisfacción es bueno. En la actualidad mantiene varios trabajos de limpieza en diferentes empresas, todos ellos con contrato laboral.

CAPÍTULO 7: AJUSTE LABORAL. ENTRENAMIENTO EN HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO Y HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL

Elena Alcaín y José Augusto Colis

El ajuste laboral se desarrolla en los talleres rehabilitadores. Estos talleres son un ámbito de trabajo simulado donde el usuario adquiere o recupera los hábitos y habilidades laborales que son comunes a cualquier tipo de empleo. Muy diferentes en su concepción a los tradicionales talleres ocupacionales, los talleres rehabilitadores son espacios de trabajo abiertos y dinámicos, donde el principal objetivo es el entrenamiento laboral del sujeto y su preparación para una posterior inserción en el mercado de trabajo.

7.1. CARACTERÍSTICAS DEL TALLER REHABILITADOR

7.1.1. El taller rehabilitador reproduce un marco de trabajo normalizado, en el que el usuario adquiere paulatinamente los hábitos y habilidades propias del desempeño laboral. En consecuencia, el taller rehabilitador tiene un horario de trabajo determinado, horas preestablecidas de entrada y de salida y el correspondiente tiempo de descanso. Las relaciones interpersonales que en él se desarrollan deben participar de las características que se atribuyen a estas relaciones en cualquier trabajo, tanto entre compañeros como en la relación con jefes o supervisores. Desde que el usuario se convierte en miembro del taller rehabilitador, pasa a ser un "trabajador" del mismo. Esta distinción entre la palabra "usuario" y la palabra "trabajador" no es anecdótica, como pudiera parecer a simple vista. Más rotunda es la distancia que separa el significado de la palabra "enfermo" del significado de la palabra "trabajador". Desde el mismo momento de acceder al taller, el sujeto va a ser tratado sustancialmente como un trabajador, no como un enfermo. Este *desplazamiento de rol de enfermo* a rol de trabajador, como decíamos en otro capítulo, será factor esencial en la integración sociolaboral.

7.1.2. El taller rehabilitador tiene carácter polivalente y multidisciplinar. Los trabajos que en él se realizan no deben circunscribirse a un área laboral determinada (encuadernación, carpintería, electricidad, etc.), sino abarcar un espectro amplio de tareas. Las tareas se supeditan siempre a las necesidades individuales de cada uno de sus *usuarios (trabajadores)*, a su particular proceso rehabilitador. No existe una tarea fija a la que el *trabajador* deba adaptarse, sino que es la tarea la que se diseña en función de su capacidad, aptitudes y déficit laborales. Las tareas son asignadas según los hábitos y habilidades que, a juicio del terapeuta, requieran un entrenamiento específico.

7.1.3. El taller rehabilitador no tiene carácter productivo ni depende de la exigencia de la obtención de un rendimiento económico. Esa dependencia subordinaría su principal objetivo, que es la rehabilitación individualizada de sus miembros.

7.1.4. El taller rehabilitador no es específicamente formativo. Si bien existe el aprendizaje necesario que permite la realización con éxito de una tarea, el objetivo no es dotar al usuario de los conocimientos íntegros y propios de un oficio o materia determinada. No se trata tanto de que los *trabajadores* adquieran los conocimientos y

destrezas propios de un oficio concreto, como de la adquisición o recuperación de los hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales arriba mencionados.

7.1.5. La tarea propiamente dicha la establece la figura del supervisor o Jefe de Taller, figura siempre distinta a la del terapeuta y alejada en su naturaleza de lo puramente terapéutico, de acuerdo con el Programa de Intervención Individualizado diseñado para cada usuario. Independientemente de las áreas laborales que desarrolle en su taller, el supervisor establece con sus trabajadores una relación normalizada, similar a la que se establece en cualquier trabajo. El supervisor conoce las peculiaridades del colectivo con el que trabaja y aquellos aspectos sociolaborales que cada uno de sus trabajadores necesita eliminar, corregir o potenciar, para lo que mantiene una coordinación continuada con el terapeuta responsable. Asimismo, el supervisor o jefe conoce los fundamentos básicos y los objetivos de la rehabilitación laboral, lo que le permite respetar el tiempo de adaptación y aprendizaje de cada trabajador, observar los progresos, servir de modelo, incentivar y reforzar conductas positivas y evitar o paliar las negativas.

La tarea que el usuario realiza en el taller rehabilitador debe tener las siguientes características:

a) **ser moderadamente interesante**, que despierte el interés del usuario sin que llegue a suponer un factor de estrés o de excesivo estímulo. El conocimiento exhaustivo por parte del Jefe de Taller de la experiencia laboral previa, historia formativa, y aficiones generales (en la actualidad y en el pasado) del usuario, permitirá asignar una tarea que despierte el interés del usuario y reporte la motivación suficiente para asistir diariamente al trabajo en el Taller Rehabilitador.

b) **ajustada a sus necesidades**, que permita el entrenamiento de las carencias laborales del usuario. La competencia laboral, las aptitudes, las actitudes y las destrezas de cada uno de los miembros del taller pueden ser muy diversas. La tarea que sirve para el entrenamiento del uno, puede suponer excesiva simpleza y provocar falta de motivación en el otro; la tarea que mueve a una persona a relacionarse y mejorar su repertorio social, puede propiciar la introversión y el aislamiento de otra. De ahí que la tarea sea asignada individualizadamente y su realización pretenda obtener objetivos concretos. Adiestramiento manual, aprendizaje, aumento de la capacidad de esfuerzo, mayor capacidad de concentración, tolerancia al trabajo repetitivo, tolerancia ante la frustración, desarrollo de la iniciativa, responsabilidad personal ante las propias obligaciones, pueden ser objetivos a conseguir mediante la asignación de una tarea adecuada.

c) **ajustada a sus posibilidades**, que no exceda la capacidad del usuario y se convierta así en un motivo de frustración o de factor que desajuste las expectativas vocacionales del usuario. El Jefe de Taller, tras el período de evaluación del usuario, puede tener ya a su disposición información suficiente sobre la destreza y conocimientos del mismo. Sobre todo en los primeros días y semanas de trabajo, el trabajador no debe encontrar especiales dificultades en la realización de la tarea. Ello le proporcionará una seguridad inicial que mejorará su disposición hacia el trabajo y facilitará su habituación al taller. Responsabilidad del Supervisor es, si observara notables dificultades en la realización, simplificar esa dificultad (mediante supresión de algunas fases, reducción de la exigencia o, directamente, un cambio de tarea).

d) **que admita el aumento del grado de complejidad**, y pueda abarcar el progreso laboral del usuario. La realización exitosa de una tarea no afecta sólo al adiestramiento manual o al aumento de conocimientos sobre ella, sino que provoca efectos adicionales satisfactorios para el trabajador. Comprobar que uno mismo es capaz de realizar correctamente una soldadura de estaño, un empalme eléctrico o el cosido de los lomos de un libro, proporciona no sólo un aumento de la competencia técnica sino, y quizá más importante para el colectivo del que nos ocupamos, el fortalecimiento de la propia imagen personal y laboral. Pero este efecto beneficioso puede llegar a disiparse si la realización se prolonga demasiado en el tiempo, sin otro objetivo que la repetición o la mera ocupación; la tarea entonces deja de tener sentido para quien la realiza y provoca un lógico efecto de saturación. Esta *tarea agotada*, que ya cumplió su doble función de aumento de la competencia y de estímulo personal en el trabajador, ha de ser renovada en su grado de complejidad o sustituida por otra de mayor exigencia.

Después de un período razonable de realización correcta de una tarea, se deben introducir elementos de progresión y avance. Sólo en los casos en los que el objetivo específico sea el aumento de la tolerancia al trabajo repetitivo, aumento de la capacidad de esfuerzo, etc., puede prolongarse el período de realización de una tarea.

e) **susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo**, dependiendo de las necesidades del usuario. En los casos donde el trabajador presente una acusada tendencia al aislamiento y rehuya las situaciones de grupo, el trabajo en equipo o la realización conjunta de una tarea puede ser un instrumento eficaz para lograr progresos en habilidades sociales. En otros casos, cuando el trabajador tiende a una extraversion exagerada o presenta una baja capacidad de concentración, la tarea realizada individualmente puede ser el instrumento para corregir esas conductas.

Caso práctico

Quando **E.H.**, de 31 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, accede al taller rehabilitador, presenta grandes dificultades de interacción y se mantiene aislado del grupo. Durante las primeras semanas, el usuario aprende el manejo de una Base de Datos. En este período de aprendizaje mantiene un alto grado de concentración y sólo de forma esporádica solicita ayuda del supervisor. Prefiere interrumpir su trabajo y esperar la reacción del supervisor, antes que preguntar por propia iniciativa. Cuando el supervisor comprueba que ya tiene conocimientos suficientes del programa informático, encarga al usuario la realización de una Base de Datos de los libros de la biblioteca del taller; que ordenará, entre otros criterios, por temas. Para ese tipo de ordenación se le instruye específicamente para que consulte al supervisor cada vez que tenga dudas sobre cualquier criterio de ordenación de los libros. Con el paso de los días, el usuario se habitúa a iniciar conversaciones y expresar sus dudas al supervisor, pero no aumenta la frecuencia en la relación con sus compañeros.

Al finalizar su trabajo con la biblioteca, se le encomienda la realización de una nueva base de datos. Esta vez deberá cumplimentar una ficha formativo-laboral de

sus compañeros del taller, para lo que deberá entrevistar a cada uno de ellos y pasar un cuestionario de forma oral. Se le instruye en la manera correcta de hacerlo y a ello se dedica durante un par de semanas. Finalizado este tiempo, en que no aumenta significativamente su grado de relación, se le encomienda la responsabilidad de la biblioteca del taller; ello supone atender las solicitudes, registrar los préstamos, cumplimentar las fichas de los solicitantes, comprar personalmente nuevos volúmenes, actualizar la Base de Datos, notificar verbalmente el final de plazos de préstamo, etc., labores todas ellas que requieren de un contacto frecuente con sus compañeros y otros.

Caso práctico

Con varios años de asistencia a centros ocupacionales, de apariencia infantil y modales aniñados, **Silvia**, 30 años, diagnosticada de trastorno de la personalidad, entra en el Taller Rehabilitador sin interés vocacional definido, con breve y alejada en el tiempo experiencia laboral previa (una semana vendiendo en un puesto de frutas), y una muy diversa sucesión de cursillos realizados sin otra ambición aparente que la de ocupar el tiempo. El objetivo prioritario de su entrada al taller es modelar la conducta de Silvia, acusadamente extravertida, verborreica y demandante de la atención de los profesionales.

Se le asigna una tarea sencilla, un trabajo manual que sin embargo requiere tolerancia al trabajo prolongado: plegado en tres partes de un catálogo informativo del propio centro rehabilitador. Desde los primeros días, la trabajadora muestra graves dificultades para realizar su tarea: abandona su lugar de trabajo, se dirige a sus compañeros de forma reiterada, formula constantes preguntas al Supervisor casi nunca referidas al trabajo, etc. Aunque acepta las reiteradas invitaciones del Supervisor a reanudar su trabajo, enseguida éste se interrumpe con cualquier pretexto.

El Supervisor, en coordinación con la terapeuta responsable, habla con la trabajadora y le indica la necesidad de modificar esas constantes distracciones y pausas injustificadas en el trabajo. Para ello, se le habilita un nuevo lugar dentro del taller en el que permanecerá a salvo de elementos distractores; se le invita a mantener períodos cortos de concentración (cinco, diez, quince minutos), seguidos de breves pausas. Esos períodos de trabajo irán aumentando su duración con el paso de los días y reduciéndose progresivamente los lapsos de descanso. Simultáneamente, se invita a la trabajadora a regular la formulación indiscriminada de preguntas. Para ello, se instruye a Silvia en la necesidad de reflexionar y valorar por sí misma si la pregunta que está a punto de formular se refiere a un tema laboral y si es pertinente.

Ambas estrategias obtienen resultados de distinto signo. Aunque aumenta su grado de concentración y su tolerancia al trabajo prolongado, el número de preguntas y comentarios no disminuye.

De acuerdo con la trabajadora, se establece que podrá realizar un máximo de tres preguntas a lo largo de la jornada laboral; superado ese límite, el resto de preguntas no podrá formularlas de forma oral, sino que deberá levantarse, abandonar su puesto de trabajo, recorrer el taller y escribirlas en la pizarra, a la vista del supervisor y del resto de sus compañeros. Sólo si la pregunta escrita es pertinente y ajustada, será respondida por el supervisor.

7.1.6. El Taller rehabilitador debe contribuir a:

a) Despertar intereses vocacionales. Como decíamos en otro apartado, una persona puede entrar en el taller sin ninguna orientación vocacional definida, “no sé a qué dedicarse”, “para qué sirve”, “nada le interesa”. El solo hecho de la asistencia al taller puede obedecer a una frágil y vaga motivación para el cambio. En estos casos, el taller rehabilitador debe ofrecer un diverso abanico de tareas que determinen con la mayor precisión posible aquellas que el usuario realiza con mayor competencia y las que le reportan mayor grado de satisfacción. Con frecuencia, cuando el sujeto descubre su capacidad para realizar con éxito una determinada actividad laboral, que la realiza adecuadamente, tiende a mostrar un interés inicial por ella, interés que con el tiempo puede consolidarse.

Caso práctico

C.E.M., de 26 años, entra en el Taller Rehabilitador sin un interés laboral definido. Aunque posee formación de Administrativo, no muestra ningún interés por desarrollar y profundizar en estos conocimientos. Como única preferencia general, el usuario expresa su afición por los juegos de ordenador. Partiendo de esa afición expresada, se decide evaluar al usuario en informática. Tras un período breve de aprendizaje, se observa que el usuario presenta graves dificultades para el manejo del ordenador y que esta tarea no parece despertar su interés. Simultáneamente se observa que, aunque acude con regularidad al taller y cumple sus horarios, C.E.M. mantiene un alto grado de introversión, no se relaciona con sus compañeros y muestra una deficiente adaptación al taller. El equipo profesional decide cambiar de tarea. El Jefe de Taller encomienda al usuario una tarea manual de escasa complejidad: le instruye en la encuadernación sencilla de unas libretas que van a servir para su utilización por algunos de sus compañeros. Después de un breve período de aprendizaje, el usuario comienza a realizar las libretas por sí mismo, por lo que es reforzado por el supervisor. Su habilidad manual es suficiente y su destreza va aumentando con el paso de los días. Pasadas unas semanas, el Jefe de Taller comprueba que el usuario ya domina su tarea y aumenta gradualmente su grado de complejidad. El usuario presenta una mejoría en su rendimiento general, y la satisfacción que ello le reporta parece predisponerle a un mayor grado de relación con sus compañeros.

b) Modificar aquellos intereses desajustados que pudiera tener el usuario

El usuario puede mostrar intereses laborales de naturaleza desajustada, es decir, que no se correspondan con su grado de competencia, su experiencia formativa, o con la realidad del mercado laboral. Las tareas que realice en el taller no deben reforzar ese desajuste; muy al contrario, deben asignarse teniendo como objetivo despertar nuevos intereses acordes con la competencia real del sujeto.

Caso práctico

F.M., de 21 años, manifiesta sus preferencias y desea ser Programador Informático, profesión de su hermano mayor. Su nivel formativo es Graduado Escolar. Su experiencia en informática es un breve curso en una academia privada y el manejo habitual de juegos de ordenador. Durante la evaluación, F.M. muestra notables dificultades para la informática, pero buenas aptitudes para el trabajo manual, en concreto en el área de electricidad. El equipo profesional decide que el usuario acceda al Taller de Oficios, al que asistirá cuatro días a la semana. Para evitar la frustración inicial de F.M., se le asigna un día en el Taller Informático, en el que recibirá clases de informática de poca exigencia. Desde los primeros días, el usuario muestra satisfacción por sus trabajos de electricidad.

c) Consolidar intereses ajustados

En el caso de que el usuario tenga un interés laboral ajustado a sus posibilidades y compatible con la situación del mercado laboral, el taller puede ser un lugar adecuado para que ese interés se consolide y se convierta en una elección vocacional definitiva.

Caso práctico

C.L.D., de 30 años, es Licenciada en Filología Inglesa. Durante los últimos cinco años ha impartido clases particulares de Inglés de forma esporádica. Muestra un bajo nivel de actividad, baja autoestima y graves dudas sobre su propia competencia laboral, aunque manifiesta sus preferencias por la enseñanza. Accede al Taller Múltiple y el Jefe de Taller le encomienda la preparación de cinco clases de Inglés de cuarenta y cinco minutos de duración. Es la propia usuaria quien aporta material de su propiedad para la preparación de estas clases, trabajo que realiza durante el horario laboral del taller rehabilitador. Cuando las clases están ya preparadas, la usuaria imparte cinco sesiones de Inglés al propio Jefe de Taller, quien comprueba los conocimientos y cualidades pedagógicas de la usuaria, que resultan ser efectivamente las de una profesional competente. Inmediatamente se le asigna la tarea de impartir clases de Inglés a algunos de sus compañeros, tanto de

nivel básico como de conversación, tanto en formato particular como en grupo. Paralelamente a esta actividad, la usuaria trabaja en el taller rehabilitador en el área de informática, donde recicla sus conocimientos y es entrenada para aumentar gradualmente su ritmo de trabajo y nivel general de actividad.

7.1.7. El taller rehabilitador debe ser un ámbito de trabajo abierto y propiciar, si fuera necesario, el acceso a la formación reglada de sus miembros. El taller rehabilitador puede ser antesala de un recurso formativo específico, si así lo requiriera el proceso de rehabilitación del usuario en los siguientes casos:

- a) Si se ha observado que la persona reúne aptitudes para una determinada materia o área laboral, y necesita aumentar su formación.
- b) Si se ha observado que la persona necesita actualizar su formación en materias o áreas laborales de las que ya dispone formación previa.
- c) Si la persona, además de adquirir nuevos conocimientos que aumenten su grado de empleabilidad, necesita consolidar habilidades sociales y de afrontamiento en espacios de formación normalizada.

7.1.8. El taller debe proporcionar apoyo a la formación del usuario fuera del modelo de las siguientes formas:

- a) realizando un seguimiento periódico durante el período formativo.
- b) realizando, si fuera necesario, un apoyo complementario a la formación mediante explicaciones o aclaraciones específicas.
- c) Instruyendo sobre aspectos complementarios a la formación, tales como organización del tiempo de estudio, organización y realización de tareas del curso, resolución de problemas, etc.

7.1.9. El taller rehabilitador debe tener un planteamiento práctico y verosímil. El carácter no productivo de los talleres rehabilitadores puede dificultar el planteamiento verosímil del trabajo individual o en grupo que realiza el trabajador y teñirlo con el tono de lo meramente ocupacional. Las tareas que realiza el sujeto deben tener un sentido, un *por qué* y un *para qué* desde el momento mismo de iniciar su proceso de rehabilitación laboral. El usuario requiere que la utilidad de la tarea realizada en los talleres se establezca en dos direcciones: una interior, hacia sí mismo como protagonista de su rehabilitación laboral; y otra hacia el exterior, en que la tarea concreta se realiza con un fin práctico y verosímil. Esta segunda dirección, la esencia de lo útil, gracias a la cual "*yo realizo un trabajo que sirve para algo*", es la que reporta al individuo el estímulo diario y le hace sentirse verdaderamente partícipe de un ámbito laboral desde el momento mismo de iniciar el proceso rehabilitador.

La rehabilitación laboral requiere el acuerdo y el compromiso con el usuario. No se planifica "para" el trabajador sino "con" el trabajador; de esta implicación inicial surge la posibilidad de que la persona asista puntualmente al desempeño de una actividad laboral por la que puede no percibir retribución económica alguna. Los trabajadores saben que participan en un proceso de rehabilitación que redundará en su beneficio, siendo ese convencimiento el impulso inmediato que les permita acudir regularmente al taller rehabilitador.

Caso práctico

P.M.R., diagnosticado de trastorno maniaco-depresivo, entró en el Centro de Rehabilitación Laboral en Diciembre de 1991. Presentaba conductas inadaptadas, disruptivas y desajuste en sus expectativas vocacionales. Su buena integración en el taller rehabilitador permite que su conducta dentro del centro vaya moldeándose hasta alcanzar un nivel adecuado. P.M.R. asiste simultáneamente a un entrenamiento en orientación vocacional. Con algunos conocimientos básicos de informática, se le asigna un puesto de trabajo en la sala de ordenadores. Dando muestra de excelentes aptitudes para este trabajo, el Centro le proporciona varios cursos de ofimática en un recurso normalizado; tras superarlos con éxito, P.M.R. asiste en el Centro de Rehabilitación a un entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo y se reincorpora al taller. Se le asigna un trabajo de mayor responsabilidad en el que supervisará el trabajo informático de sus compañeros y les enseñará parte de los conocimientos adquiridos fuera del Centro. Una vez que su ajuste laboral es óptimo, se decide, junto al usuario y su familia, su acceso a Búsqueda Activa de Empleo dentro del Centro de Rehabilitación Laboral. Tras varios intentos de acceso a empleo normalizado, le contratan en una empresa en la que realiza funciones de aux. administrativo: realización de nóminas, grabación de datos numéricos, etc. Su horario laboral es de 40 horas semanales, y su salario es el estipulado en su convenio colectivo. Permanece en dicho empleo durante 13 meses, contando siempre con el apoyo de los profesionales del Centro Rehabilitador. Este apoyo profesional se extiende a la familia del usuario, que incumple los consejos profesionales y no secunda con su refuerzo el nuevo rol de trabajador de P.M.R. Surgen dificultades en el seno familiar, que afectan el rendimiento del sujeto en el trabajo. La propia familia llama a la empresa para solicitar el cese, en contra de la opinión del centro rehabilitador. La empresa, que desconoce la circunstancia clínica de su empleado, intenta en dos ocasiones que éste se reincorpore. El trabajador vuelve entonces al Centro Rehabilitador y poco a poco, proporcionándole los apoyos adecuados, vuelve a plantear su vuelta al trabajo normalizado. Sin embargo, los profesionales del Centro aconsejan un periodo de consolidación en el que el sujeto permanezca trabajando en el taller rehabilitador; se trabaja con el usuario el motivo de abandono del puesto, a fin de no generar temores en futuros empleos. Actualmente, P.M.R., una vez identificada la causa del abandono, se muestra seguro y está en condiciones de acceder a la búsqueda activa de un nuevo empleo.

7.2. HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO EN EL TALLER REHABILITADOR (VER ANEXO 7)

— **La asistencia:** En el grado de asistencia influyen muchos factores, la motivación, la responsabilidad de ser protagonista del proceso rehabilitador o la conciencia clara de los beneficios del desempeño de un trabajo. Quizá el más importante de todos ellos sea el de la motivación. Se requiere un grado mínimo de motivación para iniciar el proceso de rehabilitación.

— **La puntualidad:** Pueden existir dificultades para asistir puntualmente al taller, pero es problema que suele solucionarse con flexibles instrucciones del supervisor o jefe. Si la actitud persiste conviene profundizar en la causa de los retrasos. Como advierte Anthony (1988), el enfermo tiene problemas para ser puntual. O bien se duerme (lo que denota falta de motivación) o, como hemos observado, se organiza mal y se entretiene sin una causa justificada: decidiendo si acudir o no al centro de rehabilitación o al puesto de trabajo, o simplemente ocupándose en otras actividades ajenas a lo laboral. Hay quien se levanta a las seis de la mañana para acudir al trabajo a las nueve, y no sabe justificar convenientemente el retraso. Un buen recurso para eliminar retrasos injustificados es el de incluir al sujeto en trabajos de equipo donde sea imprescindible su asistencia desde el primer momento. Esta situación influirá directamente en su grado de responsabilidad.

— **Aseo y cuidado personal:** La tendencia del usuario al desaseo puede disminuir reforzando las conductas de higiene adecuadas. Asimismo, la pertenencia a un grupo cuyas personas cuidan de su aseo y apariencia orientan al individuo a adquirir hábitos similares de higiene. Si la actitud de desaseo persiste, se puede recurrir al uso de registros y auto-registros de higiene personal.

— **Actitud frente al trabajo (manejo de equipo y herramientas, cuidado del material, ritmo de ejecución, etc.):** La actitud frente al trabajo es consecuencia del grado de motivación, de la experiencia laboral y del tipo de tarea. Puede existir, por ejemplo, una marcada tendencia a descuidar la recogida del material al terminar la jornada. Este hábito se corrige si desde el comienzo se explica la importancia de este tipo de tareas complementarias al trabajo propiamente dicho. El ritmo de trabajo puede ser lento, incluso parsimonioso al principio; igualmente, exageradamente rápido, compulsivo. Ambos defectos se corrigen con pautas constantes a regular ese ritmo. Corregido el hábito, el ritmo puede llegar a ser el adecuado. En la resistencia al trabajo es preciso respetar especialmente el tiempo de adaptación de cada trabajador; no es conveniente forzar su resistencia, porque puede provocar consecuencias negativas en su motivación y autoimagen laboral. Wing y cols. (1964) encontraron que el 13% de los pacientes esquizofrénicos transferidos a una unidad de rehabilitación industrial mostraron síntomas psicóticos floridos al cabo de la primera semana de transferencia, aunque se habían mantenido latentes durante muchos años. Esto pone de relieve la importancia de garantizar que la exigencia en el cumplimiento aumentará gradualmente a lo largo del proceso rehabilitador (Watts y Bennett, 1990). Si el supervisor observa cansancio en el trabajador, propiciará pausas periódicas que irán reduciéndose con el paso de los días.

— **Organización y realización de tareas:** Las personas con trastornos mentales severos pueden carecer de capacidad organizativa del propio trabajo y del proceso de realización de una tarea. Con frecuencia pasan por alto fases intermedias de una secuencia laboral (aunque conozcan la tarea íntegramente) para llegar cuanto antes al final del trabajo. Si para pintar una pared es necesario prepararla previamente, tienen tendencia a suprimir esa fase preparatoria y pintar directamente. Es necesario incidir cuantas veces sea preciso en las fases intermedias y en su razón de ser. Como decíamos, el trabajador tiene dificultades a la hora de tomar iniciativas e igualmente cuando tiene que discernir la importancia entre varias tareas. No sabe priorizar las tareas de mayor importancia en un proceso. Vuelve aquí esa incapacidad para discernir entre lo

importante de lo menos importante y de lo accesorio. El supervisor o jefe debe estructurar adecuadamente la secuencia de cualquier tipo de tarea y explicarla, si es preciso de forma pormenorizada, a sus trabajadores; si se distribuye entre los trabajadores las distintas fases de una misma tarea, es preciso que cada trabajador conozca la secuencia en su integridad y sepa de la importancia de su trabajo particular respecto de la tarea acabada; siempre que sea posible, el papel del individuo en el grupo de trabajadores estará encaminado a la interacción, a la toma de iniciativas personales y *hacia un protagonismo claro de la realización de su tarea*.

— **Comprensión de instrucciones, memoria y capacidad de atención y concentración:** El posible deterioro cognitivo determina estos hábitos laborales. Se ha observado que en algunos casos el entrenamiento pautado y graduado disminuye estos déficits. Una disminución de la incapacidad no conduce automáticamente a una disminución de la deficiencia, aunque es posible que se produzca (Farkas, 1996). Las instrucciones deben darse de forma gradual, nunca más de cinco instrucciones en una misma secuencia. El supervisor o jefe deberá cerciorarse de que sus instrucciones han sido comprendidas, y si es necesario, realizar él mismo la secuencia ante el trabajador para servir de modelo. En algunos casos puede resultar necesario anotar por escrito la secuencia de instrucciones y que el trabajador pueda consultarla cuando tenga dudas. Este apoyo escrito tenderá a ser retirado gradualmente.

— **Relación laboral entre trabajador y jefe:** La figura del supervisor o jefe del taller rehabilitador debe estar definida claramente para el trabajador *rehabilitando*. Su apoyo será siempre encaminado a resolver las dificultades formativo-laborales del sujeto. En continua coordinación con el terapeuta responsable, el supervisor o jefe actuará para conseguir los objetivos laborales establecidos en el Programa Individual de Intervención. La relación entre jefe y trabajador del taller rehabilitador no ha de ser distorsionada por circunstancias ajenas al entorno laboral y su contacto personal debe ceñirse a la relación estrictamente profesional. El supervisor o jefe deberá estar puntualmente informado de las circunstancias terapéuticas que puedan influir en los aspectos laborales o ser susceptibles de intervención en el taller. El supervisor o jefe debe conocer, como decíamos anteriormente, las características generales de las personas afectadas por una enfermedad mental crónica y los objetivos de la rehabilitación laboral.

Entre las funciones del Jefe de Taller rehabilitador, vemos las siguientes:

1. Coordinación permanente con el terapeuta para establecer los objetivos del Programa Individual de Intervención.
2. Asignación y diseño de tareas individualizadas para cada trabajador, e inclusión de los cambios y modificaciones que marque la evolución del sujeto.
3. Formación del trabajador para la correcta realización de la tarea.
4. Respetar y valorar el tiempo de adaptación y aprendizaje de cada trabajador
5. Conocer y observar cambios significativos de conducta o rendimiento del trabajador y ponerlos en conocimiento del terapeuta.
6. Favorecer los objetivos rehabilitadores que corresponden a las habilidades sociales en ambiente laboral (adecuada interacción con compañeros, independencia y autonomía laboral del sujeto, aceptación de críticas y valoraciones, etc.).

-
7. Favorecer la adquisición de los objetivos rehabilitadores que corresponden a los hábitos básicos de trabajo (asistencia, puntualidad, iniciativa, manejo y cuidado de herramientas, etc.).
 8. Incentivar y reforzar conductas positivas.
 9. Paliar y evitar las conductas negativas, siempre refiriéndose específica y claramente a la conducta y no a la persona (Lieberman, 1988); así evitará incurrir, siquiera involuntariamente, en descalificaciones personales que pudieran afectar en la autoimagen laboral de su trabajador y propiciar discusiones. Cuando el supervisor deba corregir conductas inadecuadas, lo hará de forma particular y flexible.
 10. Servir de modelo laboral al trabajador.

Técnicas a emplear por el jefe de taller: modelado, instrucciones, moldeamiento, ensayo de conductas, registros, auto-registros y tareas para casa.

— **Iniciativa:** Sobre este punto, Anthony (1988) advierte de la incapacidad del sujeto para dar directrices. Es decir, carece de hábitos laborales, carece de iniciativa en tareas que ya conoce, tiene dificultades para planificar y organizar. Se ha de reforzar al trabajador a la hora de tomar iniciativas, favoreciendo situaciones de independencia laboral. El supervisor o jefe debe fomentar que el sujeto afronte la realización de la tarea de la forma más autónoma posible; con frecuencia, el trabajador demandará ayuda prematuramente, sin aplicar el tiempo necesario para resolver su problema laboral. El supervisor deberá entonces propiciar el tiempo necesario para la realización independiente del trabajo. Paralelamente es conveniente que el trabajador evalúe por sí mismo la trascendencia de posibles errores o equivocaciones; con frecuencia, el sujeto no tiene una conciencia clara de las consecuencias: o las exagera en forma desmedida o no les presta atención. En fases iniciales y de preparación para el desempeño laboral hay que amortiguar en lo posible este *miedo al error* que suele ser causa de inhibición de la iniciativa.

— **Reacción al trabajo repetitivo o a los cambios de trabajo:** El trabajo repetitivo no se afronta convenientemente, bien por el grado de esfuerzo que supone, bien por un paulatino desinterés por la tarea que acaba afectando al grado de atención y concentración. Se fomentará un acercamiento progresivo a la tarea repetitiva, aumentando poco a poco el tiempo de trabajo. Un cambio de trabajo no previsto o repentino puede provocar una reacción de inseguridad en el sujeto. Si el cambio supone un nuevo espacio y nuevos compañeros, deberá ponerse énfasis en respetar el nuevo período de adaptación personal del trabajador.

7.3. HABILIDADES SOCIALES EN EL TALLER REHABILITADOR (VER ANEXO 8)

Las Habilidades Sociales en Ambiente Laboral son aquellas habilidades imprescindibles en la convivencia laboral que el usuario debe adquirir, recuperar o potenciar, tales como la adecuada interacción con compañeros y jefes, la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, la capacidad para solicitar y ofrecer ayuda, la administración del tiempo de ocio, etc.

Siguiendo a Liberman (1988), las habilidades sociales comprenden las transacciones entre las personas cuyos resultados son el logro de los objetivos tangibles social-emocionales particulares. La habilidad social en un ámbito rehabilitador como el taller laboral está estrechamente ligada a la consecución de objetivos particulares específicos (la obtención de trabajo, de formación, de integración en un grupo, etc.) y a la necesidad individual de establecer relaciones interpersonales. El adiestramiento en habilidades sociales del taller rehabilitador está *implícito* en la actividad laboral y en las relaciones que naturalmente se establecen entre los trabajadores. Para sujetos que presentan déficit cognitivos severos y problemas significativos en su repertorio conductual, podrán diseñarse entrenamientos específicos siguiendo modelos básicos, atencionales y de resolución de problemas (Orviz y Fernández, 1996).

Numerosos estudios advierten de la importancia del entrenamiento en habilidades sociales para personas con trastornos mentales severos, pero es importante recalcar que las habilidades trabajadas se adquirirán mejor y serán más duraderas si el adiestramiento forma parte de un amplio y general programa de rehabilitación (Liberman, 1988). Las habilidades sociales adquiridas en el adiestramiento implícito de los talleres pueden generalizarse a otros ámbitos. Se pueden generalizar las conductas habituales que han supuesto para el sujeto cualquier tipo de compensación material o afectiva, o el enriquecimiento personal en aspectos como eficacia, competencia o interacción con otros (Galilea y Colis, 1997).

Los sujetos que se incorporan al taller rehabilitador necesitan de un *tiempo de adaptación* superior al habitual en otros colectivos y es ese particular tiempo el que debe ser respetado y tenido en cuenta al valorar el rendimiento inicial. Esta adaptación paulatina se refiere tanto a la tarea a realizar como al ámbito laboral y a los compañeros. Ambas son importantes y están estrechamente ligadas, pero no siempre se producen simultáneamente. Es de mayor relevancia la adaptación al lugar de trabajo y a los compañeros (Galilea y Colis, 1997). Conseguida ésta, el individuo estará en las mejores condiciones posibles para afrontar la tarea con éxito; y al contrario, la inadaptación social prolongada dificultará el rendimiento laboral satisfactorio. No es menos importante comprobar que el desempeño exitoso de una actividad satisfactoria supone para el sujeto un aporte de autoestima y percepción de autoeficacia que lo predispone a la interacción social (Galilea y Colis, 1997).

La sociabilidad del trabajador debe tender a ajustarse poco a poco. Quien muestra tendencia al aislamiento y la introversión necesita que se introduzcan en su trabajo progresivos elementos de relación con compañeros (compartir herramientas o material, compartir mesa o lugar, necesidad de pedir ayuda o solicitar nuevas instrucciones), hasta llegar al trabajo en equipo propiamente dicho. Los trabajadores que muestren extraversión excesiva que afecte al trabajo personal y al de sus compañeros, deben ser invitados cuantas veces sea necesario a corregir su conducta mediante instrucciones directas. A éstos trabajadores conviene responsabilizarlos más en la tarea y ponerlos a salvo de factores distractores. Con frecuencia, algunos trabajadores recurrirán a monosílabos o a secuencias verbales cortas. Es preciso fomentar una interacción adecuada e introducirlos en situaciones de trabajo en equipo. A partir de la realización conjunta de una tarea, el sujeto se verá en la necesidad de introducir elementos conversacionales (solicitud de herramientas, observaciones sobre la realización, etc.). Al finalizar la jornada, el supervisor o jefe puede

solicitar al trabajador un informe oral sobre el trabajo realizado, procurando que las secuencias verbales aumenten de frecuencia y contenido.

Solicitar y ofrecer ayuda en el trabajo es un buen indicador de la habilidad social; solicitar ayuda es síntoma de buena capacidad de afrontamiento de problemas (Lieberman, 1988). Quien ofrece ayuda (sin haber sido requerida) muestra un alto nivel de cooperación y buen repertorio conductual. Quien no la ofrece debe ser incentivado para hacerlo. Quien solicita ayuda adecuadamente al supervisor o jefe o a sus propios compañeros demuestra tener una correcta sociabilidad. Quien no la solicita o la solicita exageradamente debe ser instruido y reforzado para adecuar su independencia en el trabajo. La expresión de críticas y sentimientos negativos hacia sí mismo, hacia los compañeros de trabajo o hacia el jefe o supervisor, deben ser ajustadas y razonadas; si la crítica está bien razonada y justificada demostrará un grado adecuado de asertividad laboral. Si la crítica es desajustada y no razonada, se procurará la adecuación de este déficit mediante constantes y flexibles invitaciones a expresar sentimientos de forma adecuada. Si persistiera esta actitud puede plantearse la necesidad de un entrenamiento específico fuera de los talleres rehabilitadores.

El trabajador debe aprovechar el tiempo de descanso durante el trabajo de forma adecuada. No podrá permanecer trabajando ni en el espacio laboral en el tiempo establecido para el descanso. La distinción entre el tiempo de trabajo y el tiempo de descanso debe de ser clara; para ello, los horarios de trabajo del taller rehabilitador deben estar establecidos adecuadamente y respetarse escrupulosamente. Es conveniente dotar al sujeto de un tiempo y un espacio claramente estructurados. La rehabilitación laboral, a través del trabajo, intenta que el tiempo del individuo se acompañe progresivamente al tiempo de la sociedad que va a integrarlo (Galilea y Cólís, 1996). Tiempo de trabajo y tiempo de ocio son tiempos complementarios que se alimentan recíprocamente, ningún sentido tienen el uno sin el otro. La rehabilitación laboral se establece en la lógica alternancia ocio-trabajo, donde la actividad va a dotar al tiempo libre de su verdadero sentido. Si fuera posible, sería necesario habilitar un espacio de descanso distinto al espacio propiamente laboral.

7.4. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE APOYO

Estas actividades pretenden aportar conocimientos, habilidades y hábitos que complementen los adquiridos en los otros entrenamientos del modelo.

7.4.1. CLASES DE LECTO-ESCRITURA Y CÁLCULO

Algunas personas con trastornos mentales severos no tienen los conocimientos básicos en estas materias, bien porque no los han tenido nunca (a causa del temprano desencadenamiento de la enfermedad) bien porque los han perdido total o parcialmente. Para estas clases es conveniente crear grupos de alumnos de conocimientos y aptitudes semejantes, que no sobrepasen las cinco personas. El enfoque de estas clases debe de ser eminentemente práctico, para dotar al alumno de

los conocimientos imprescindibles para cualquier desempeño laboral (correcta escritura de partes de trabajo, cumplimentación de informes laborales, cálculos básicos, medición, etc.)

7.4.2. COLOQUIOS DE INFORMACIÓN SOCIAL (ANEXO 12)

Esta actividad tiene como objetivos:

- a) modelar y moldear las habilidades de conversación e interacción social.
- b) aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo en situaciones de grupo.
- c) aumentar y dinamizar la actividad personal del sujeto en áreas de cultura general.
- d) aumentar los conocimientos del sujeto sobre la sociedad a la que pertenece.

En grupos de no más de diez personas, y dirigidos por un moderador (profesionales, voluntarios, etc.), los coloquios tienen una duración aproximada de sesenta minutos, fuera del horario laboral de los talleres. La conveniencia o no de asistir a esta actividad, así como los objetivos individualizados de la misma, estarán reflejados en el Programa Individual de Intervención.

Los coloquios estarán regidos por las siguientes normas (*que deberán ser entregadas a los participantes antes de intervenir en la actividad*):

1. El coloquio es una conversación entre dos o más personas. La diferencia de opiniones en un coloquio nunca puede dar lugar a una discusión
2. No existe obligación de hablar si no se desea, aunque sí se solicita atención mientras intervienen los demás participantes.
3. Antes de expresar la propia opinión, se debe pensar lo que se va a decir.
4. Cuando el moderador nos conceda el uso de la palabra, procuraremos expresar nuestra opinión de forma clara y breve.
5. Hay que procurar atenerse al tema del que se conversa, sin expresar opiniones sobre otros temas diferentes.
6. Se debe procurar no hablar sobre uno mismo ni contar anécdotas personales que no aporten información al tema del coloquio.
7. Siempre que manifestemos una opinión personal, procuraremos razonarla suficientemente.
8. Cuando otro participante esté en el uso de la palabra, escucharemos siempre con atención.
9. Se intervendrá siempre libremente, expresando nuestra opinión de forma respetuosa para con las opiniones diferentes.
10. Evitaremos expresiones que manifiesten enfrentamiento y falta de respeto hacia otros miembros del coloquio.
11. Sólo podrá estar en el uso de la palabra una persona, evitando así conversaciones cruzadas.
12. El participante en un coloquio debe mostrar una actitud abierta y tolerante respecto de las opiniones contrarias.
13. El moderador del coloquio se encargará de la presentación del tema del día, de conceder el uso de la palabra a quien la solicite y de plantear preguntas

y nuevos aspectos relativos al tema. El moderador nunca expresará sus propias opiniones.

14. El encargado del cumplimiento de estas normas será el moderador.

7.4.3. CHARLAS-COLOQUIO LABORALES (ANEXO 12)

Esta actividad pretende que el trabajador aprenda aspectos específicos del mercado laboral (legislación, tipos de contrato, etc.) en charlas impartidas por profesionales de distintas áreas. Esta actividad incluye los testimonios reales —en persona o grabados en vídeo— de profesionales que cuentan a los usuarios las características reales de su trabajo, los problemas cotidianos, cómo se formaron, las ventajas, los inconvenientes; el usuario puede así acercarse a la realidad del mercado laboral obteniendo testimonios directos de algunos de sus protagonistas.

CAPÍTULO 8: ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD LABORAL

Ana Lavado y Eva Muñiz

8.1. INTRODUCCIÓN

La población de enfermos mentales crónicos presenta serios déficit en su desempeño social en distintas áreas de la vida cotidiana, que llegan incluso a constituirse en uno de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia o de los trastornos de la personalidad (Véase DSM-IV, APA 1994). Estas dificultades no son consecuencia directa de los llamados síntomas positivos (delirios, alucinaciones...) y no desaparecen al remitir estos con el uso de medicación antipsicótica. Antes bien, se van acentuando a medida que progresa la enfermedad, contribuyendo a empeorar los síntomas psicóticos y menguando la calidad de vida de los sujetos que padecen una enfermedad mental crónica y su capacidad para vivir en la comunidad.

Hace más de dos décadas y coincidiendo con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, que postula que las personas con una enfermedad mental crónica pueden aprender nuevas habilidades y estrategias para funcionar de un modo cada vez más autónomo, se empieza a tomar interés por los entrenamientos en habilidades sociales con el colectivo (Hersen y Bellack, 1976; Benton y Schroeder, 1990; Orviz, S. y Fernández, J.A. 1997). Desde entonces se han llevado a cabo multitud de programas para entrenar distintas habilidades en áreas en que los enfermos mentales crónicos suelen presentar problemas: conversación, conseguir citas, uso de recursos comunitarios... Si bien estos programas han demostrado ser eficaces a la hora de dotar a los enfermos mentales crónicos de aquellas habilidades de relación que no poseen, la mayoría de ellos presentan dificultades cuando se trata de generalizar las habilidades aprendidas a otros contextos diferentes al terapéutico (Lieberman et al. 1985).

Hasta los años 60 se hablaba de sujetos socialmente habilidosos y de otros que no lo eran como polos opuestos de un continuo. Es decir, las habilidades sociales se consideraban rasgos generalizados con una sola dimensión (Drake, 1946; Eysenk, 1947; Cattell y cols., 1967). La evidencia empírica ha demostrado que esto no es así, y hoy en día se habla de habilidades sociales como capacidades funcionales discretas (Kelly, 1987), es decir, como un conjunto de habilidades diferentes que cumplen un objetivo en función de un contexto. No es que una persona sea o no socialmente habilidosa, sino que el hecho de poseer una determinada habilidad social no implica tener otras. Y por otro lado, el hecho de poner en práctica una determinada habilidad social con éxito en un determinado contexto no implica que se haga con los mismos resultados en otro contexto diferente. De aquí surgen los problemas a la hora de generalizar lo aprendido fuera de las sesiones de entrenamiento.

A la hora de diseñar un entrenamiento específico, el término habilidades sociales resulta poco operativo. Para que el entrenamiento resulte eficaz es necesario limitar las habilidades concretas que se van a entrenar y llevar a cabo el entrenamiento en un entorno similar al contexto real donde luego deberán ponerse en práctica. Por tanto, cuando el objetivo es la rehabilitación laboral del enfermo mental crónico, el entrenamiento en

habilidades sociales ha de llevarse a cabo en un contexto similar a un entorno laboral real, en este caso, en los talleres rehabilitadores donde los sujetos han de interactuar con jefes (maestros de taller) y compañeros en circunstancias parecidas a las de un empleo real. Ahora bien, en los talleres rehabilitadores, los maestros de taller tienen una serie de restricciones en su trato con los usuarios: no pueden descargar su ira con los trabajadores, no pueden cometer injusticias ni permitir las entre compañeros... En definitiva, han de minimizar el posible estrés que pudieran generar aquellas interacciones sociales donde hay un conflicto de intereses (han de generar ambientes de baja emoción expresada) de cara a ir mejorando de forma gradual el ajuste laboral de sus usuarios. Sin embargo, en un puesto de trabajo real, las interacciones sociales no son siempre necesariamente "cordiales". En muchas ocasiones surgen conflictos y problemas cuyo afrontamiento requiere la puesta en práctica de una serie de habilidades sociales distintas a las entrenadas en los talleres (habilidades asertivas). Consideramos que provocar situaciones conflictivas en los mismos para que los usuarios adquirieran las capacidades de afrontamiento necesarias podría resultar contraproducente de cara a trabajar otros aspectos. Así surge el entrenamiento en asertividad laboral, como un dispositivo fuera de los talleres rehabilitadores que, por un lado, refuerza la adquisición de aquellas habilidades sociales "cordiales" que se trabajan en los talleres; y por otro, entrena aquellas otras "poco cordiales" que no van a ponerse en práctica en ellos.

8.2. OBJETIVOS

El entrenamiento en asertividad laboral tiene como objetivo principal el de dotar a los usuarios del CRL de las habilidades de relación necesarias para desenvolverse de un modo eficaz en un medio social y laboral normalizado.

No obstante, este objetivo resulta demasiado amplio y se hace necesario plantear una serie de objetivos más específicos y objetivables que son los siguientes:

1. Mejorar los aspectos básicos de la comunicación tales como: conductas no verbales (contacto visual, expresión facial, postura corporal), conductas para-verbales (volumen, tono afectivo, fluidez verbal, latencia de respuesta, escucha empática) y conductas verbales (contenido del discurso y duración de la intervención).
2. Mejorar la capacidad para iniciar/ mantener/ finalizar una conversación con desconocidos y conocidos.
3. Moldear un estilo de comportamiento asertivo en el entorno laboral, especialmente en las siguientes áreas:
 - Pedir ayuda/información
 - Decir no
 - Defender la opinión propia
 - Hacer / recibir críticas
 - Afrontar la hostilidad
 - Negociar en ausencia de acuerdo.
 - Hacer y recibir valoraciones sobre el trabajo y la propia persona

-
4. Disminuir el número y grado de convicción de las creencias que dificultan la puesta en práctica de las habilidades objeto de entrenamiento.
 5. Dotar de estrategias de afrontamiento para manejar la ansiedad que se produce en situaciones sociales.
 6. Mejorar la capacidad para tomar decisiones en situaciones conflictivas del entorno laboral, flexibilizando la conducta de cada miembro del grupo de manera que se pongan en práctica las estrategias aprendidas teniendo en cuenta el lugar, momento y características de la persona con la que se interactúa.
 7. Incrementar la probabilidad de ampliación de las redes sociales a partir de las relaciones laborales.
 8. Incrementar el sentido de eficacia / competencia en el ámbito de las relaciones interpersonales.

El grado de consecución de los objetivos será valorado de manera individualizada para cada sujeto, comparando el nivel de la habilidad al inicio del grupo y su nivel al finalizarlo.

8.3. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

La enfermedad mental crónica conlleva multitud de vicisitudes, no siempre relacionadas directamente con la sintomatología, que afectan la capacidad para desarrollar adecuadamente las habilidades sociales.

El periodo de aislamiento prolongado que en general han sufrido las personas con una enfermedad mental crónica, ha disminuido el número de ensayos de conducta necesarios para desarrollar un criterio propio sobre cómo comportarse en función de distintos parámetros, y por ello, utilizan reglas fijas que no siempre son pertinentes.

Por otro lado, han tenido experiencias negativas que distorsionan sus expectativas respecto a futuras interacciones.

Su tendencia a interpretar la realidad en función de pocos datos y extraer conclusiones precipitadas favorece el desarrollo de conflictos especialmente en situaciones tan ambiguas como las sociales, en las que casi siempre carecemos de información suficiente para desarrollar un juicio cierto.

Los efectos secundarios de la medicación y la sintomatología negativa condicionan e inhiben su comunicación no verbal y afectan el nivel de motivación.

De todas estas dificultades, vinculadas con la enfermedad y su evolución, surge un gran número de limitaciones que impiden el buen funcionamiento en el área social:

- No identifican las señales sociales pertinentes (cuando la otra persona está enfadada, o bromeando...).

-
- A nivel de la topografía de la conducta:
 - Expresión facial: dificultades para mostrar emociones.
 - Postura corporal: excesivamente rígida y estática.
 - Escucha empática: no muestran señales de oír.
 - Duración del discurso: tienden a hacer intervenciones cortas con respecto a su interlocutor.
 - Contenido del discurso: dificultades para seleccionar lo relevante de aquello que no lo es.
 - No muestran ninguna iniciativa. Sólo responden.
 - Tienden a actuar de forma pasiva.
 - Dificultades a la hora de decidir qué hacer (aunque hayan aprendido distintas habilidades sociales, no saben cuándo ponerlas en práctica). Quizá porque tengan dificultades para diferenciar los estímulos sociales relevantes.

No obstante, existen multitud de problemas, comunes a las personas sin enfermedad mental, que están presentes en esta población de manera generalizada:

- Presentan ideas irracionales sobre lo que deben de ser las relaciones sociales en el área laboral.
- Manifiestan un estilo inhibido (aunque generalmente se espera que sea agresivo) en sus interacciones, es decir, tienden a asumir cualquier propuesta, aceptar cualquier petición o a omitir sus propias opiniones por miedo a las consecuencias.
- Elevados niveles de ansiedad ante interacciones sociales, producto de la anticipación de fracaso.
- Nivel muy bajo de sensación de competencia en esta área.
- Dificultades en las siguientes situaciones sociales:
 - Expresar sentimientos.
 - Recibir críticas injustificadas
 - Hacer críticas.
 - Pedir información/ayuda.

8.4. EVALUACIÓN

Antes de comenzar el entrenamiento en asertividad laboral, se ha de evaluar a cada uno de los asistentes, con el fin de determinar cuáles son las destrezas y los déficits de los usuarios en su desempeño social. Esto permite, no sólo adecuar el entrenamiento a las necesidades del grupo, sino obtener medidas de línea base con las que contrastar los resultados al final del mismo. La evaluación se lleva a cabo de manera individual y consiste en:

- Recopilación de la información sobre el comportamiento social de los usuarios en los talleres rehabilitadores.
- Cumplimentación de un registro de situaciones sociolaborales que resultan difíciles o desagradables al sujeto y otro de situaciones fáciles o agradables. También se hace entrega de los registros a un familiar o allegado como fuente de información alternativa. Este registro nos sirve no tanto para tener informa-

ción sobre el desempeño social real del sujeto sino para recopilar información con respecto a la percepción que ellos tienen del mismo.

- Representación mediante *role-play* de distintas situaciones sociolaborales. Se escogió el *role-play* como medida principal del rendimiento de los usuarios porque: gran parte de las situaciones que se van a evaluar no pueden darse en talleres, y porque la información obtenida de autoinformes y cuestionarios cumplimentados por estos usuarios está claramente sesgada dadas sus distorsiones perceptivas e inferencias interpretativas.

Las situaciones de *role-play* fueron escogidas por los miembros del equipo del C.R.L. en función de aquellas que resultaban más problemáticas para los usuarios una vez incorporados a un medio laboral normalizado, y pueden incluirse en una de las siguientes categorías:

1. Iniciar, mantener y finalizar conversaciones con jefes y/o compañeros de trabajo.
2. Expresar emociones y sentimientos.
3. Negociar.
4. Recibir críticas justificadas.
5. Recibir críticas injustificadas.
6. Hacer críticas.
7. Pedir información/ayuda.
8. Negarse a peticiones abusivas de jefes/compañeros.
9. Hacer valoraciones positivas sobre el trabajo de otros.
10. Recibir valoraciones positivas sobre el propio trabajo y/o persona.

Todos los *role-play* se graban en vídeo y posteriormente, de cada *role-play* y de cada usuario se evalúan las siguientes conductas:

- Conductas no verbales (posturas y movimientos que acompañan al habla):
 - Contacto visual.
 - Expresión facial.
 - Postura corporal.
- Conductas paraverbales (elementos que modulan el habla):
 - Volumen.
 - Tono afectivo.
 - Fluidez verbal.
 - Latencia de respuesta.
 - Escucha empática.
- Conductas verbales (el habla propiamente dicha):
 - Contenido del discurso.
 - Duración.
- Así mismo, hay un apartado de Evaluación General en el que se evalúa:
 - Ansiedad percibida.
 - Agresividad/Asertividad/Pasividad.
 - Iniciativa.

-
- Además, se registra la percepción que el propio usuario tiene de su desempeño en esa situación en concreto. Esto nos sirve para detectar posibles ideas irracionales sobre lo que ha de ser un desempeño social correcto en un ambiente laboral y para comprobar si su percepción de las señales sociales es o no correcta.
 - Finalmente, se añade un apartado de Observaciones para reflejar cualquier dato relevante no incluido anteriormente.

Puesto que los elementos evaluados son susceptibles de verse influenciados por la subjetividad del evaluador, es imprescindible definir operacionalmente cada uno de los mismos, con el fin de facilitar la concordancia interjueces. Un ejemplo de definición operativa de los criterios de evaluación puede verse en el Anexo 9.

8.5. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

8.5.1. FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS SESIONES

El entrenamiento tiene una duración total de entre 15 y 20 sesiones a razón de una sesión semanal, de hora y media de duración.

8.5.2. TAMAÑO Y ESTRUCTURA DEL GRUPO

Grupos mixtos compuestos por una media de 8 usuarios, con niveles similares en cuanto a tipo y grado de sus déficits en habilidades sociales y asertividad laboral. La elección de los usuarios que van a componer el grupo la lleva a cabo el equipo profesional del centro en función de los resultados de la evaluación inicial.

8.5.3. MATERIAL A UTILIZAR

Fotocopias del programa y de la información a discutir en cada una de las sesiones, cintas de vídeo, T.V., reproductor de vídeo, cámara, registros de tareas y bolígrafos.

8.5.4. METODOLOGÍA

Con el fin de entrenar cada uno de los componentes de las conductas objetivo se utiliza el método de aprendizaje estructurado propuesto por Goldstein y cols., que consiste en:

a) **Instrucciones:** explicación de las partes que componen la conducta que se va a entrenar. Por ejemplo, se le explica al sujeto cómo hacer una petición de ayuda a un compañero de trabajo:

-
- 1º Elegir el momento y el lugar adecuados.
 - 2º Definir el problema en términos concretos.
 - 3º Expresar pensamientos/sentimientos/deseos ("mensajes yo") y no dar órdenes ("mensajes tú").
 - 4º Ser flexible: estar abierto a negociar.
 - 5º Resaltar las consecuencias positivas si el otro nos ayuda (no amenazar si no nos ayuda).

b) Modelado: una persona que domina la habilidad que se está entrenando, la pone en práctica, sirviendo como modelo para el resto del grupo. Siempre que sea posible, el modelo será un miembro del grupo, y su actuación tendrá una consecuencia positiva: es decir, conseguirá lo que se proponía. Es mejor que el grupo vea al modelo como alguien similar a ellos, para que se sientan más identificados con él, y que el modelo muestre sus dudas y vacilaciones.

c) Role-play: cada uno de los participantes deberá representar una escena poniendo en práctica la habilidad que se está entrenando y siguiendo las instrucciones que se han dado anteriormente.

d) Feed-back: los compañeros del grupo y el terapeuta han de dar información al sujeto que ha hecho el role-play sobre cómo lo ha hecho. Es decir, han de "corregir" su actuación indicando siempre en primer lugar qué ha hecho bien (para reforzarlo) y luego aquello que convendría mejorar (no lo que ha hecho mal). Incluso cuando la actuación del sujeto haya sido completamente incorrecta hay que resaltar primero algo positivo de la misma (por ejemplo, que se haya atrevido a hacer el role-play). El feed-back siempre ha de hacerse en términos de conducta: hay que utilizar términos concretos y decir qué ha hecho el sujeto, no cómo es.

e) Generalización: Para que la conducta se consolide, no basta con practicarla dentro del entrenamiento, sino que es necesario que la lleven a cabo fuera de él, en situaciones reales. Se planifican tareas para casa en las que sea necesario practicar la conducta entrenada. Para fomentar la práctica fuera del contexto terapéutico, es fundamental hacer mucho hincapié en la importancia de las tareas y mandar registros donde el sujeto tenga que anotar la situación en que ha llevado a cabo la habilidad, cómo lo ha hecho y que resultados ha tenido para él actuar así.

8.5.5. CONTENIDO

A pesar de que el contenido del entrenamiento va variando con cada grupo en función de los resultados de la evaluación, un esquema básico sería el siguiente:

8.5.5.1. Presentación

- Presentación de todos los miembros del grupo.
- Recogida de información sobre los conocimientos previos que los usuarios tengan sobre las habilidades sociales y la asertividad y sus expectativas con res-

pecto al taller (Habilidades sociales ¿qué son? ¿Se nace o se hacen? ¿Qué esperan del taller?...)

- ¿Qué es la asertividad?
- Explicación del programa del entrenamiento.
- Explicación del método de aprendizaje a utilizar a lo largo de las sesiones.

8.5.5.2. Detección y modificación de creencias irracionales respecto al trabajo

- Detección de posibles ideas irracionales con respecto al trabajo (expectativas de rendimiento, relaciones socio-laborales, etc.) de cada uno de los usuarios.
- Modificación de creencias irracionales con respecto al trabajo mediante la técnica de las tres columnas de Beck (situación, pensamiento, alternativas de pensamiento). Esto se lleva a cabo de forma grupal, utilizando ejemplos individuales propuestos por cada uno de los usuarios

Ejemplo:

Situación: El primer día de trabajo, todos los compañeros me miran.

Pensamiento: Me miran porque soy raro.

Alternativas de pensamiento: Me miran porque soy nuevo.

Me miran porque no saben quién soy.

Me miran porque quieren conocerme.

Me miran por curiosidad.

Me miran porque me parezco a...

Me miran porque el jefe está a mi lado.

8.5.5.3. Entrenamiento en asertividad propiamente dicho

Utilizando la metodología antes explicada , se entrenan cada una de las siguientes habilidades:

- Ajuste entre el mensaje verbal y no-verbal.
- Habilidades para iniciar, mantener y finalizar conversaciones en el área laboral.
- Hacer y negarse a peticiones de forma asertiva.
- Hacer y recibir críticas.
- Afrontar la hostilidad.
- Habilidades para expresar y recibir valoraciones en un contexto laboral.

8.5.5.4. Resolución de problemas

Una vez entrenados los componentes más importantes de la conducta socialmente competente, se procede a enfatizar la importancia que cobra el tomar la decisión de cómo y cuándo poner en práctica una o varias habilidades concretas. Se entrena a los miembros del grupo en resolución de problemas, con el fin de facilitar la generalización de lo aprendido fuera del contexto del entrenamiento, de la siguiente manera:

- a) Definición y formulación del problema.
- b) Generación de alternativas de comportamiento ante situaciones complejas.
- c) Elaboración de una matriz de decisiones:

Matriz de decisiones:

<i>Solución propuesta:</i>		
	<i>Consecuencias positivas</i>	<i>Consecuencias negativas</i>
A corto plazo		
A largo plazo		

- d) Elección de la solución más adecuada en cada caso.
- e) Elaboración de un plan de acción y puesta en práctica de la solución.
- f) Revisión de los resultados y elección de otra solución si fuera necesario.

8.5.5.5. Repaso y despedida

- Repaso a nivel teórico de todo el material entregado de cara a despejar posibles dudas sobre el mismo.
- Selección de secuencias complejas de interacción sociolaboral que requieran poner en práctica distintas habilidades de forma simultánea, integrando aspectos tan básicos como el comportamiento no verbal con aquellos de máxima dificultad como toma de decisiones y solución de problemas.
- *Role-play* y corrección de las actuaciones de los usuarios.
- Despedida y finalización del grupo.

8.6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Una de las características fundamentales del proceso de rehabilitación laboral es la relevancia otorgada a las peculiaridades de cada individuo al diseñar el plan de intervención. En el caso del entrenamiento en habilidades sociales es necesario atender a cada uno de los aspectos que están influyendo para que la ejecución de las mismas sea deficiente, desde el desconocimiento sobre **cómo** llevar a cabo la interacción hasta todo un conjunto de creencias básicas (respecto a sí mismos, el otro, las características del mundo laboral, las consecuencias de sus conductas, etc.) insuficientemente contrastadas con la realidad, que generan ansiedad y disminuyen la motivación e iniciativa para conducirse con un estilo asertivo en el puesto de trabajo.

El grupo es un contexto especialmente interesante para el entrenamiento de cada uno de estos problemas; las ventajas fundamentales que ofrece son las siguientes:

- **Reduce el coste de la intervención.** Uno o dos terapeutas pueden atender a unas 8 personas.

- **Genera una dinámica de interacción natural.** Las personas que participan en el grupo intervienen durante su desarrollo haciendo preguntas, comentarios, dando su opinión e incluso criticando a otros miembros, estas interacciones que surgen de manera natural pueden ser moldeadas y utilizadas para el entrenamiento.
- **Permite una exposición controlada a situaciones** sociales a través de los *roleplays*. El grupo proporciona la oportunidad de estar implicado con gente en relaciones cercanas e intensas sin necesidad de establecer amistades íntimas. En ocasiones, las situaciones que se plantean en el entrenamiento reproducen problemas reales que se dan en los talleres o entre los miembros del grupo, dando la oportunidad de aprender a resolverlos en un entorno predecible en su estructura y límites.
- **Se plantean un mayor número de situaciones problemáticas reales.** Cada persona que participa aporta sus propias experiencias y dificultades, lo que enriquece el entrenamiento.
- **Se aporta una información más rica sobre las ejecuciones de cada miembro.** Todos los participantes aportarán sus opiniones sobre cómo se han conducido sus compañeros obteniendo un número mayor de puntos de vista.
- **Favorece la interiorización de las valoraciones,** dado que no solo proceden del terapeuta sino también de *iguales* con dificultades y situaciones personales similares.
- **Agiliza la reestructuración de creencias irracionales** a través de las opiniones de los otros miembros del grupo.
- **El trabajo con otros** favorece el desarrollo de la empatía y tolerancia.
- **Posibilita la ampliación de la red social** de los asistentes al grupo.

Sin embargo, uno de los problemas básicos en todo entrenamiento realizado en un entorno artificial es la generalización de lo aprendido. Esta capacidad para aplicar estrategias básicas de funcionamiento en otros momentos, personas y contextos se ve dificultada por varios factores:

- La intervención en grupo limita las posibilidades de trabajar con profundidad **las creencias individuales**. Para ello, se realizarán intervenciones individuales con el objetivo de reestructurar las creencias distorsionadas.
- Uno de los aspectos positivos del grupo es la posibilidad de recibir información de iguales sobre la propia ejecución, dado que generalmente se considera una valoración más objetiva y sin la "distorsión" que aporta el profesional. Sin embargo, los compañeros suelen ser **excesivamente positivos**, probablemente debido a la carencia de un criterio adecuado con el que comparar y a la anticipación de problemas de relación con los compañeros. La estructuración del feedback en las sesiones puede ayudar a que los compañeros sean capaces de proporcionar una información más ajustada de las ejecuciones atendiendo a criterios preestablecidos.
- **Las situaciones de hostilidad o agresividad real no se dan ni en el contexto del grupo** (en este existe una conciencia clara de artificialidad) ni en los talleres (dado que dificultaría el proceso de entrenamiento), también resulta improbable que se presente una trasgresión de los derechos que justifique una conducta asertiva. Por otro lado, durante el entrenamiento se adquiere un nivel de **confianza y comodidad** que disminuye la tensión necesaria para llevar a cabo

los roleplays y en los contextos de entrenamiento de los centros **no aparecen los siguientes miedos, o si aparecen lo hacen en una intensidad muy inferior a la real:**

- Miedo a perder el puesto de trabajo o a recibir un trato diferente que le perjudique o que le haga perder privilegios.
- Miedo a perder la relación afectiva.
- Miedo a que la gente se forme una idea negativa de uno dado que es una actitud muy reforzada.

Para resolver estas tres dificultades, se puede implicar y entrenar a otros significativos que puedan actuar como coterapeutas en situaciones reales.

- En estas personas, que habitualmente han tenido un estilo inhibido, las **conductas asertivas pueden ser interpretadas como un signo de alteración** y tener consecuencias negativas. Ante esto se puede informar a la familia del entrenamiento en asertividad, con el objeto de que discriminen entre un cambio de comportamiento adecuado y una exacerbación de la sintomatología.
- Uno de los problemas que se presenta con frecuencia en las personas que han tenido problemas de comunicación y aislamiento es carecer de un **criterio propio sobre cómo, cuándo y dónde dar qué tipo de información**. Estos aspectos, que carecen de reglas fijas, se adquieren a través de los ensayos de conducta que se producen a lo largo del proceso de socialización. La ansiedad que les genera esta falta de criterio dificulta la puesta en práctica de la habilidad y favorece que entren en un círculo vicioso difícil de romper. Al final del entrenamiento se puede dedicar un tiempo a la toma de decisiones y resolución de problemas donde los usuarios tengan que reproducir todo el proceso que se lleva luego a cabo en el medio natural: análisis de la situación, detección del problema, propuesta de alternativas y plan de acción con las habilidades a utilizar.
- Existen serias dificultades para **moldear algunas de las habilidades sociales en situación real** dado que no siempre es posible la presencia del monitor, la posibilidad de corrección de los déficits se reduce al análisis de la información que proporcione el usuario y al ensayo en un contexto nuevamente artificial. La estructuración de las tareas para casa de manera que se aumenten las posibilidades de que se hagan fiablemente (proporcionando autorregistros, indicaciones de grabarse, contacto con familiares, etc.) permitirá entrenar las habilidades sobre una información realista.

Como se ha mencionado al inicio del capítulo, existen importantes dificultades para entrenar a los usuarios en la resolución de situaciones de conflicto en los talleres, dado que la adopción de una actitud injusta, punitiva, hostil y autoritaria por parte del maestro (situación que se puede dar en un trabajo real) podría alterar el proceso de rehabilitación. Sería muy importante contar con la colaboración de particulares o empresas de la comunidad que, en coordinación con los profesionales del centro, permitieran la integración de los usuarios en un contexto laboral real, realizando los trabajos pertinentes como paso posterior al entrenamiento en talleres.

CAPÍTULO 9: ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

M^a Teresa San Bernardo y Oscar Sánchez

9.1. FUNDAMENTACIÓN

La rehabilitación de las personas con enfermedad mental crónica debe caminar a la consecución de un empleo, siempre y cuando sea oportuno. En este camino, existen diferentes etapas y no todos consiguen la meta final. Hablaremos de rehabilitación e integración socio-laboral siempre que hayamos conseguido una mejor calidad de vida de estas personas, tengan empleo o no.

Según Anthony, Cohen y Farkas (1990), las personas con enfermedad mental grave quieren un empleo remunerado, y los profesionales que trabajamos con ellos ponemos todos nuestros esfuerzos en que esto se consiga.

Un paso importante para la consecución de un empleo es el entrenamiento y la práctica de todas las habilidades necesarias para encontrarlo, de ahí que vayamos a definir y estructurar de forma clara y concisa qué es el entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.

Las habilidades que hay que poner en marcha para la búsqueda de empleo son, entre otras, uno de los componentes importantes y necesarios en el proceso de inserción laboral de cualquier persona que quiere incorporarse al mundo laboral. Dichas habilidades deben ser las ajustadas a las demandas del mercado laboral del momento, por lo que las personas que buscan incorporarse al trabajo, deben valorar tanto sus propias habilidades personales como las exigencias del mercado laboral, para obtener los resultados más eficaces posibles en la inserción laboral. Por tanto, en la búsqueda de un empleo entran en juego dos elementos importantes:

- Las propias habilidades y capacidades de la persona que busca empleo.
- Las características del mercado de trabajo.

Las personas con trastornos mentales crónicos sufren una serie de déficit importantes que les impiden o dificultan acceder al mundo laboral y formativo de una forma normalizada. La evaluación de todos los componentes que constituyen las capacidades de inserción laboral da como resultado ciertas deficiencias, entre las que se detectan dificultades para la puesta en marcha de las habilidades necesarias en la búsqueda de empleo e incorporación laboral.

Del anterior análisis, surge la necesidad de establecer acciones para entrenar y mejorar las habilidades necesarias para la búsqueda de empleo de las personas con enfermedad mental crónica, haciendo una evaluación previa individualizada de todas las capacidades de empleabilidad y planteando los correspondientes objetivos en el programa individualizado de rehabilitación (P.I.R.).

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. GENERALES

El entrenamiento en habilidades para la búsqueda de empleo tiene como fin último la adquisición de técnicas y habilidades básicas suficientes para desenvolverse con éxito en la búsqueda de un empleo.

9.2.2. ESPECÍFICOS

- Practicar e integrar las habilidades sociales básicas necesarias para la búsqueda de empleo y/o formación.
- Adecuar expectativas y posibilidades.
- Autoconocimiento de las capacidades e intereses.
- Conocimiento del mercado laboral.
- Formación y entrenamiento en las técnicas propias de la búsqueda de empleo.
- Entrenamiento para aumentar la eficacia en los procesos de selección.

Estos objetivos los realizaremos de menor a mayor dificultad, con etapas intermedias que al conseguirlas, refuercen y motiven a la persona que quiere encontrar empleo.

9.3. PERFIL PARA EL ENTRENAMIENTO

El perfil de las personas que se pueden beneficiar de este entrenamiento son aquellas con enfermedad mental crónica en edad de trabajar, con unos hábitos laborales ajustados y unas capacidades de ajuste socio-laboral apropiadas, con una orientación vocacional-laboral definida y suficiente motivación para desempeñar un trabajo.

9.4. PROCESO DE INTERVENCIÓN

9.4.1. PLANIFICACIÓN

Planificar el entrenamiento supone que la persona organice la búsqueda de su futuro empleo:

- Definiendo con claridad objetivos.
- Estableciendo prioridades.
- Temporalizando estas prioridades.
- Definiendo estrategias.

9.4.2. SECUENCIA

Es importante que la persona sepa dar respuesta a estas preguntas:

- ¿En qué quiero trabajar?
- ¿Qué formación y experiencia tengo?

-
- ¿Qué destrezas y habilidades puedo aportar al empleo?
 - ¿Necesito aumentar mis conocimientos?

El proceso de entrenamiento debe seguir una secuencia lógica basado en una serie de aspectos que la persona que busca empleo debe contemplar:

9.4.3. ANÁLISIS PERSONAL

- Detectar intereses y capacidades.
- Análisis de la formación y experiencia laboral.

9.4.4. CONOCIMIENTO DEL MERCADO LABORAL

- Análisis de ofertas
- Perfil exigido en los puestos seleccionados.
- Características del puesto.
- Dónde buscar empleo. Acceso y selección de las fuentes de información laboral.

9.4.5. PLAN DE ACCIÓN

- Definir objetivos a corto, medio y largo plazo.

9.4.6. ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS Y HABILIDADES DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

- Cumplimentación de instancias y solicitudes, se le dan diferentes modelos de solicitudes, ofreciéndole ayuda para resolver aquellos conceptos que no identifica.
- Diseño y elaboración de cartas de presentación, que acompañan al *currículum vitae* cuando lo mandamos por fax o por correo, con el objetivo de conseguir una entrevista de trabajo.
- Redacción del C.V., ayudándoles a recordar fechas, a ordenar datos según las necesidades del puesto de trabajo, transformando la información a positiva y cubriendo esas lagunas que tanto preocupan a nuestros usuarios.
- Selección de ofertas de empleo en diferentes fuentes: prensa laboral, Internet, conocidos, INEM, etc.
- Utilización del teléfono como el medio más rápido de comunicación con el empresario; Medio que ha de trabajarse mucho, pues con la misma rapidez podemos abrir o cerrar una puerta al empleo.
- Dominio de los procesos de selección: pruebas psicotécnicas y otros procesos de selección.
- Entrevistas de trabajo. Realizar con soltura las entrevistas no es fácil, pero sí es algo que con la práctica se puede conseguir. Hay que entender la entrevista

como una conversación entre dos personas, candidato – entrevistador, donde cada uno debe obtener la información deseada. Es un intercambio de frases donde el entrevistador trata de ver en la otra persona, al candidato con el perfil que ha definido para cubrir su vacante; y el candidato, por su parte, buscará la información necesaria para saber si le interesa el puesto de trabajo. Cualquier resultado siempre será positivo, pues o bien hemos conseguido el empleo o bien, si el resultado no ha sido satisfactorio, sí nos ha permitido seguir practicando.

9.5. METODOLOGÍA

9.5.1. TÉCNICAS UTILIZADAS

- Información.
- Conducción y retirada progresiva de apoyos.
- Modelado.
- Role-playing
- Feed-back.
- Observación.
- Autoevaluaciones.
- Realización de tareas individuales y grupales.
- Grabaciones con vídeo.

9.5.2. FORMATO DE INTERVENCIÓN

Las intervenciones se pueden realizar de forma individual o grupal. La aplicación de técnicas grupales se fundamenta en el enriquecimiento que crea el grupo en el proceso de información y entrenamiento mutuo que se realiza entre los participantes. Las diferentes intervenciones grupales deben de buscar crear grupos con similares necesidades y demandas, valorando en todo momento las necesidades individuales de cada usuario que se trabajarán a través de intervenciones individualizadas o a través de otro tipo de programas. A veces es conveniente incluir a personas con perfiles diferentes, que sirvan de entrenamiento mutuo y de modelo de conductas.

9.5.3. INTERVENCIONES

- Sesiones participativas en las que se entrenen las habilidades sociales necesarias para la búsqueda de empleo, así como la capacidad para resolución de problemas.
- Sesiones participativas de formación en las que se trabajen las diferentes técnicas de búsqueda de empleo.
- Tutorías individualizadas, entrenamiento y mejora de diferentes técnicas o habilidades para la búsqueda de empleo.
- Apoyo en la búsqueda activa de empleo.

-
- Tareas para fuera del C.R.L. en las que se potencie la autonomía de los usuarios de forma progresiva.
 - Actividades específicas de contacto directo con diferentes recursos laborales (INEM, IMAF, IMEFE, escuelas taller, bolsas de empleo, prensa laboral, etc.) en los que se entrenen diferentes objetivos del programa individualizado de cada usuario.
 - Charlas de información o entrenamiento impartidas por diferentes profesionales externos, respecto a sectores del mercado laboral, procesos de selección, nuevos yacimientos de empleo, empresas de trabajo temporal.
 - Visitas a diferentes empresas, instituciones públicas, escuelas de formación, etc., con el objetivo de conseguir información sobre las diferentes formas de acceso laboral o formativo. Dichas actividades se realizarán en función de la orientación formativo-laboral de los diferentes usuarios.
 - Utilización de diferentes medios audiovisuales (vídeos, cámaras, programas informáticos, Internet, etc.) para entrenamiento específico de diferentes aspectos del programa.
 - Elaboración de diferente tipo de documentación informativa sobre técnicas y recomendaciones en la búsqueda de empleo. Se realizan en diferentes formatos (carteles informativos, cuadernillos, formato informático, video, etc.)

9.6. ORGANIZACIÓN PRACTICA DE LA INTERVENCIÓN

9.6.1. COMPOSICIÓN

- Perfil adecuado de los participantes: personas con una orientación laboral ajustada, y con unos hábitos básicos de trabajo y de ajuste laboral muy adaptados.
- N^o de personas: de 5 a 10 usuarios.
- N^o de sesiones: de 15 a 25 sesiones.
- Duración: 1 hora a 1'30 horas.
- Frecuencia: 1 o 2 horas por semana

9.6.2. ESTRUCTURACIÓN DE LAS SESIONES

- Repaso de tareas realizadas.
- Explicación de los nuevos contenidos.
- Trabajo grupal y fase de entrenamiento.
- Indicación de tareas.

9.6.3. MATERIAL

- Pizarra.
- Máquina de transparencias y documentación en transparencias.
- Televisión y video.
- Cámara de video y cintas de grabación.

-
- Documentación escrita y visual sobre técnicas de búsqueda de empleo.
 - Ordenador, impresora y conexión a Internet.
 - Folios, bolígrafos y lapiceros.
 - Fuentes de información de ofertas laborales (prensa laboral, listados de empresas, etc.).
 - Personal: 1 técnico medio o superior.
 - Hay que planificar las intervenciones con flexibilidad en función de las características de la persona o grupo en cuestión.

9.6.4. CONTENIDOS DE INTERVENCIÓN EN CADA ÁREA

9.6.4.1. Identificar lo que se quiere hacer

- Crear un nuevo concepto positivo de uno mismo y aumentar el entusiasmo.
- Potenciar una perspectiva individual de búsqueda y mantenimiento de empleo.
- Analizar y repasar la historia ocupacional y orientación vocacional.

9.6.4.2. Aprender a superar los obstáculos

- Preparación personal para la búsqueda.
- Cálculo del tiempo que necesita en función de los logros.
- Análisis de las técnicas de búsqueda de empleo.
- Aumento de la eficacia mediante la definición de objetivos estratégicos.
- Identificación de los obstáculos para superarlos.
- Obtención de la ayuda necesaria.

9.6.4.3. Selección de las fuentes de información laboral

- Conocer y manejar los recursos del INEM., CAM y otras instituciones públicas y privadas.
- Conocer y utilizar los diferentes tipos de prensa laboral.
- Navegar en Internet.
- Desarrollar una lista de empresas con bolsas de trabajo.
- Descubrir otras alternativas de empleo.
- Obtener información sobre trabajos y perfiles profesionales exigidos.
- Organizar tus contactos.
- Aumentar la información a través de conocidos.

9.6.4.4. Técnicas básicas para la búsqueda de empleo

- Cumplimentación de instancias o cualquier otro documento relacionado con el empleo.
- Redacción de cartas de presentación, para captar la atención del empresario resaltando aquellos puntos que se relacionan con el trabajo solicitado, demostrando así su idoneidad con el trabajo ofertado.

-
- Elaboración del C.V., Resaltando la información relevante de aquella que no lo es. Reorganización de la información en función de los periodos de inactividad. Utilización de un lenguaje claro, conciso y con verbos que expresen acción. Dando a conocer aquellos aspectos positivos de nuestra experiencia. .Atendiendo a las necesidades de la empresa, adaptaremos el c.v. para cada oferta de empleo.
 - Utilización del teléfono como medio de obtener información sobre la oferta de empleo y concertar la entrevista de selección.
 - Entrevistas de selección: entre otros, los aspectos más importantes en una entrevista de selección son:
 - Recoger información sobre la empresa.
 - Entender al entrevistador y sus necesidades.
 - Ser puntual.
 - Ser natural, cordial y amable.
 - Mostrar interés por el empleo.
 - Ser claro y específico en las respuestas.
 - Prepararse para responder cuestiones difíciles con soltura.
 - Dar respuestas concretas y bien argumentadas.
 - Vigilar los comportamientos no verbales.
 - Demostrar en todo momento que somos el candidato idóneo.

Caso práctico

M.J. es una mujer de 35 años de edad, cuya experiencia laboral era muy discontinua, combinando periodos de inactividad con trabajos en un principio de tipo auxiliar administrativo y posteriormente en la economía sumergida sin contrato (limpieza doméstica o cuidado de ancianos). Sus esfuerzos durante los últimos años los ha centrado en prepararse y presentarse a convocatorias públicas de empleo, con resultados ineficaces. Cuando se realiza la evaluación inicial en habilidades para la búsqueda de empleo, se detectan dificultades importantes en cuanto a: la calidad de sus técnicas (no utiliza ningún tipo de carta de presentación y el currículum vitae es poco apropiado), sus habilidades sociales para la utilización del teléfono son defectuosas, tiene pocas habilidades para ejecutar una entrevista de selección eficazmente sobre todo en los componentes laborales, poca utilización de los recursos sociolaborales y mala organización de la búsqueda, sin llevar a cabo un plan estructurado eficaz. Se elabora con ella en un principio un plan estructurado de entrenamiento grupal en búsqueda de empleo que no puede seguir por dificultades con el inicio de un trabajo sin contrato realizando tareas de limpieza (con unas condiciones laborales precarias), por lo que se pasa a entrenamiento individualizado. Una vez finalizado el entrenamiento se decide de acuerdo con ella pasar a una búsqueda activa para mejora de empleo, necesitando un apoyo intenso en cuanto a la organización de los horarios, constancia de la búsqueda y ajuste de expectativas. Después de 1 mes y medio de búsqueda activa encuentra empleo en una empresa de servicios con un contrato inicial de 3 meses de duración.

Caso práctico

S.D., persona de 40 años con trastorno bipolar, licenciado en imagen y sonido, con experiencia profesional como: cartero, reportero, trabajos en t.v., fotografía y con formación adecuada; Después de seis años de inactividad, trabaja con buen rendimiento en la Filmoteca Nacional.

En la evaluación demuestra buena disposición, buen nivel de comprensión, con bloqueos en momentos puntuales, su contacto visual era casi nulo. No sabía qué ofertas buscar aunque es un apasionado de la fotografía.

Se le notaba nervioso, inseguro, con temor de hacer mal las cosas, sobre todo la llamada telefónica. En la entrevista tenía dificultades para mantener la mirada, su volumen y tono de voz era aceptables, pero no así la fluidez de su lenguaje que sufría constantes cortes, quedándose bloqueado con frecuencia. Manifestaba falta de concentración ante el exceso de trabajo, no soportaba la tensión ni el estrés, angustiándose ante la idea de buscar trabajo.

Empieza el entrenamiento con buenos deseos de lograr mayor seguridad en sí mismo y perder los miedos que tanto le angustian a la hora de conseguir y mantener un trabajo. Le preocupaba, trabajaría para estar ocupado y perder el miedo a la vida. Sus intereses se centraron en el área artística – creativa. Entre sus cualidades según registros hechos por él no figura la capacidad de organizar- mandar, dice no tener gancho con la gente y ser muy lento en el aprendizaje.

Sus puntos fuertes son: la curiosidad, interés por aprender, sentido artístico, voluntad y responsabilidad.

Sus puntos débiles son: miedo al trabajo, inseguridad, dificultades de relación, lento en el aprendizaje y baja tolerancia al estrés.

Trabajamos sus bloqueos ante la llamada telefónica que le impide enterarse de lo que le dicen, aumentando su miedo a ser rechazado. Para ello utilizamos registros específicos, redactando incluso el dialogo y practicando con interés.

En la entrevista sigue sintiéndose inseguro, pero ya desea encontrar un puesto de trabajo. Utilizamos la técnica de modelado, *feed-back* y sobre todo *role-playing* donde observa su comportamiento, al principio era muy crítico con su imagen incluso decía no reconocerse. Era el grupo quien le animaba valorando positivamente su participación en la entrevista. Utilizamos el refuerzo positivo cuando era iniciativa propia su participación en el grupo y fue pasando de quedarse callado dejando que los demás hablaran por él a imponer con buen criterio sus opiniones.

Hacia el final del entrenamiento describe como habilidades la facilidad de aprendizaje y la buena comunicación con compañeros. Sus limitaciones se refieren al tipo de jornada, desplazamientos y horarios; es ahora cuando habla de trabajar como fotógrafo profesional, diseñador gráfico por ordenador o como documentalista.

Terminado el entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo con éxito pasó a un módulo de práctica continuada de entrevistas de trabajo, donde continúa actualmente poniendo en práctica con soltura todo lo aprendido. Siendo sus deseos pasar a búsqueda activa y encontrar trabajo como fotógrafo.

CAPÍTULO 10: APOYO A LA FORMACIÓN

Virginia Galilea y Ana Lavado

10.1. IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL

Un aspecto importante dentro de la rehabilitación laboral es la formación o cualificación profesional de las personas con enfermedad mental crónica: muchas personas con discapacidades psiquiátricas graves quieren más oportunidades de enseñanza (Farkas, 1996). Un gran número de personas con trastornos mentales severos abandonaron sus estudios sin culminar o bien su escasa formación les convierte en difícilmente empleables.

A continuación señalamos el nivel de formación de los usuarios del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida"; datos extraídos de la memoria del año 2000.

Tabla 1: Nivel formativo de las personas que acceden al C.R.L. "Nueva Vida". Año 2000.

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin estudios	1,6
Certificado escol.	12,7
Graduado escolar	22,2
1º B.U.P.	4,8
2º B.U.P.	3,2
3º B.U.P.	9,5
C.O.U.	3,2
C.O.U.+ Selec.	7,9
Diplomatura	3,2
Licenciatura	11,1
F.P. I	9,5
F.P. II	11,1

La formación es un elemento mediador entre el propio sujeto y el entorno social, porque contribuye a mejorar la autoestima, le da un mayor poder contractual y acrecienta su valoración social. Esa acción de poner valor —invirtiendo en formación—, y reconocer implícitamente capacidades —basadas en la esperanza de aprender— a personas definidas con el estereotipo de paciente mental —o sea de presunto incapaz—, es un acto desinstitucionalizador por excelencia (González, 1998).

Llegado el momento de la integración laboral, surgen problemas relativos a la falta de conocimientos o a la escasa cualificación profesional del usuario. La rehabilitación laboral pretende dotar a estas personas de las habilidades necesarias para aumentar su formación y reciclar sus conocimientos. Hay que considerar este proceso de forma sincrónica a la realidad presente del sujeto; los profesionales rehabilitadores debieran

atender sólo a las capacidades que sobrepasaron el proceso clínico para estimar desde ellas lo que una persona puede llegar a ser al margen de lo que ha sido (Colodrón, 1990).

La participación del usuario en recursos *formativos reales* va a generar distintos logros:

- Aumentar y actualizar la cualificación profesional.
- Compartir espacio con un grupo social (normalizado o protegido).
- Aumentar sus intereses vocacionales.
- Definir su orientación profesional.
- Generalizar al ambiente natural aquellas habilidades entrenadas dentro del centro de rehabilitación laboral.
- Posibilitar el acceso a módulos de técnicas de búsqueda de empleo, impartidos en el centro de formación.
- Posibilidad de acceso a bolsas del empleo.
- Servir como muestra y eliminar posibles prejuicios sociales.

Tradicionalmente, y dada la escasez de recursos especializados, se ha incurrido en el error de no ofrecer a las personas con enfermedad mental una serie de alternativas formativas acordes a su capacidad, así como el apoyo humano que facilite el mantenimiento en dichos recursos. Es por ello que las personas con discapacidad psiquiátrica han sido destinadas, habitualmente, hacia recursos formativos protegidos, diseñados para otros colectivos de minusválidos, generalmente para personas con deficiencia mental severa. La importancia del contexto, tanto formativo como laboral, ha sido destacada por varios autores. La enseñanza se define en función de dónde se realiza, es decir, un programa integrado de enseñanza, antes que por un marco de salud mental, (Farkas, 1996). Existen contextos marginales que descalifican todo el valor del trabajo, porque lo impregnan de una cultura de gueto. El contexto debe reunir características que favorezcan la interacción, extendiendo progresivamente la complejidad de las relaciones con otros ámbitos y, en fin, con el entorno social. Será un contexto revalorizador y por tanto desprovisto de elementos que amplifiquen el estereotipo de enfermo y desviación (García González, 1998). Todo ello ha originado que con frecuencia los usuarios hayan pasado por muy diversas áreas de formación, con escasos resultados, tanto a nivel de capacitación profesional como de adaptación al medio. Se debe tender a facilitar al usuario el acceso hacia recursos de *enseñanza real* (Farkas, 1996), ofreciendo apoyo humano continuado, siempre que sea necesario.

Algunas características presentes en la “enseñanza real”:

- Horario delimitado.
- Justificación de ausencias, número de faltas limitadas, etc.
- Está descrita la metodología de trabajo.
- Se ofrece titulación.
- Se sabe cuando empieza y cuando finaliza.
- En ocasiones hay prácticas laborales.
- Pueden ofrecer un módulo de orientación laboral y/o técnicas de búsqueda de empleo.

- Está impartida por profesional especializado.
- Está inmersa en un circuito formativo más amplio, y reconocido.
- Hay un programa previo, que refleja los temas y contenidos de la formación a impartir.
- Existen métodos de evaluación de conocimientos, y calificaciones (aprobado, suspenso, etc.).
- Existen unas normas, propias del centro de formación.
- Hay requisitos de entrada (titulación, experiencia, INEM..), y plazos señalados de matriculación.

Los profesionales del modelo de rehabilitación laboral deberán contactar con todo tipo de recursos de "enseñanza real" (sin despreciar recursos formativos protegidos), con una doble finalidad: dar a conocer la existencia del modelo y favorecer la integración del usuario en dichos recursos de formación. Un adecuado apoyo y seguimiento, nos proporcionará información valiosa sobre el rendimiento del usuario en un nuevo ámbito. Ese mismo apoyo profesional contribuirá a aumentar la probabilidad de éxito del mantenimiento de la persona en el recurso formativo.

10.2. DIFICULTADES PARA EL ACCESO A FORMACIÓN

Con frecuencia, el sujeto no afrontará convenientemente la posibilidad de completar su aprendizaje en áreas que antes de la enfermedad constituían la base de su proceso formativo. La indicación familiar para que el sujeto se reincorpore a antiguos estudios; la propia sensación de fracaso académico que siente el sujeto y la conducta de evitación ante las posibles dificultades de aprendizaje, suponen otros tantos factores de estrés que suelen aconsejar el cambio en la elección formativa.

Algunas de las dificultades que puede presentar el usuario en el momento de acceder y mantenerse con éxito en recursos formativos reales, son:

- Rechazar cualquier posibilidad de formación: el sujeto no relaciona formación con empleo, ausencia de motivación real para el trabajo, etc.
- Elecciones erróneas: precipitación en las decisiones formativas, elecciones no basadas en sus propias capacidades, elecciones basadas en expectativas vocacionales desajustadas, etc.
- Falta de coherencia en su itinerario formativo previo.
- Búsqueda de recursos ocupacionales, no específicamente formativos.
- Temor a integrarse en ámbitos de formación normalizados.
- Rechazo a recursos formativos en contextos protegidos: rechazo hacia el certificado de minusvalía, no conciencia de enfermedad, etc.
- Inseguridad en la propia capacidad de aprendizaje.
- Dificultades en el mantenimiento de la formación: desánimo, inconstancia, problemas de relación social, de puntualidad, falta de recursos económicos, falta de apoyo familiar, ausencia de hábitos de estudios, déficit cognitivo, expectativas erróneas, etc.

10.3. TIPOS DE APOYOS

Las personas con discapacidad psiquiátrica grave no necesitan apoyo intensivo en el ámbito formativo para triunfar; más bien, necesitan ayuda para el *desarrollo y la aplicación* de habilidades sociales, emocionales e intelectuales, imprescindibles para enfrentarse con el reto de las exigencias académicas y sociales en un ámbito de enseñanza (Danley, Sciarappa y MacDonald-Wilson, 1992).

El apoyo ofrecido por el personal rehabilitador va a facilitar que estas personas puedan afrontar estas dificultades con mayor probabilidad de éxito; este apoyo debe ser flexible, atendiendo siempre a las distintas necesidades de los usuarios. La enseñanza apoyada proporciona una oportunidad de asistir a programas reales de enseñanza (Farkas, 1996).

En otros países se han puesto en marcha varios modelos de enseñanza apoyada (Anthony y Unger, 1991; Unger, Danley, Kohn y Hutchinson, 1987, Walsh, 1990):

- **Modelo de apoyo móvil:** los alumnos acuden a cursos reales con apoyo específico del personal del modelo de rehabilitación laboral. El apoyo se ofrece en el propio lugar de formación: el usuario puede necesitar ayuda para desplazarse físicamente, o bien a la hora de acceder a la clase, o bien requerir apoyo para estudiar, o necesitar adiestramiento para relacionarse con sus compañeros o profesores. El apoyo puede ampliarse al propio recurso rehabilitador: los talleres rehabilitadores deben servir igualmente como marco de estudio complementario.
- **El modelo de apoyo en el lugar,** donde los alumnos acuden al recurso formativo con apoyo por parte del profesorado en el mismo espacio de formación; este modelo exige coordinación periódica entre el recurso formativo y los profesionales de rehabilitación laboral.
- **El modelo de clase independiente:** el usuario asiste al recurso formativo sin apoyos específicos por parte del personal rehabilitador, ni del profesorado de enseñanza. Este modelo está destinado a aquellos usuarios que poseen un alto nivel de autonomía personal y social. Estos tres modelos no son excluyentes entre sí.

10.4. SEGUIMIENTO EN EL PROCESO FORMATIVO

A continuación, presentamos una ficha modelo, con la que el profesional podrá recabar la información necesaria para un adecuado apoyo y seguimiento del proceso formativo del usuario.

Ficha de Apoyo y seguimiento en un recurso formativo.

- Nombre del recurso de formación.
- Colectivo al que atiende.
- Persona de contacto.
- Características del recurso.
- Tipo de dependencia.
- Admite al colectivo de personas con enfermedad mental.
- Ubicación del recurso.
- Desplazamiento desde casa, uso de transporte, coste.
- Nombre del curso de formación.
- Duración. Fecha de inicio y finalización.
- Titulación y nivel de cualificación obtenido.
- Horario.
- Vacaciones.
- Coordinación con Salud Mental.
- Apoyo familiar necesario. Apoyo real.
- Rendimiento del usuario —autoinforme—.
- Relación con compañeros y profesores —autoinforme—.
- Uso del tiempo de descanso.
- Dificultades con contenidos teórico/prácticos. Apoyos necesarios en el CRL.
- Faltas de asistencia. Motivos.
- Información suministrada por el recurso formativo.
- Planificación del tiempo de estudio.
- Refuerzos posibles: materiales, sociales, etc.
- Ritmo sueño/vigilia. Alimentación.
- Medicación.
- Grado de satisfacción con el desarrollo del curso.
- Nivel de expectativas alcanzado.
- Resultado final.
- Observaciones del recurso formativo.
- Incluye módulo de técnicas de búsqueda de empleo.
- Posibilidad de bolsa de empleo.

Caso práctico

P.G.S., de 20 años, con un diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad, carece de formación profesional cuando accede al Centro de Rehabilitación Laboral; la enfermedad se hizo evidente cuando P.G. cursaba primero de BUP, lo que provocó el abandono académico. Además de esta ausencia de formación, P.G. presenta serias dificultades en el área de habilidades sociales en ambiente laboral; no acepta críticas, presenta problemas para solicitar ayuda y ofrecerla, no tolera instrucciones del supervisor y su red social es

escasa y marginal. Sus hábitos básicos de trabajo son adecuados, salvo en puntualidad, que es mejorable. No presenta dificultades en su capacidad de aprendizaje. Sus preferencias vocacionales están sin definir y desconoce el mercado laboral. Se describe una intervención dirigida a modificar estas carencias en su ajuste laboral, en la que el eje central va a consistir en trabajar su déficit en habilidades sociales dentro del taller rehabilitador, a la vez que sirve de marco para aumentar sus preferencias laborales; de manera simultánea se incorpora a un entrenamiento en grupo de orientación vocacional. Transcurridos ocho meses, P.G. presenta un adecuado nivel de habilidades sociales y muestra un interés ajustado por el área de electricidad. Una vez descrita esta preferencia laboral, nos ponemos en contacto con una Escuela Taller en la que ofertan formación profesional real en este sector. En un primer momento establecemos un apoyo móvil, siendo el maestro del taller rehabilitador el responsable de llevarlo a cabo: contacto con el profesorado de la escuela, apoyo al usuario en las dificultades que surgen, tareas para casa, preparación de exámenes, y ensayos de conducta en solución de problemas (cómo iniciar conversaciones con su compañero de mesa, cómo solicitar aclaraciones al profesor, etc.). Tanto el personal del centro rehabilitador como su terapeuta del servicio de salud mental ofrecen refuerzo positivo y constante ante sus progresos (elogio, aumento de responsabilidades en el taller rehabilitador, instrucciones a la familia para que ofrezca recompensas materiales, etc.). Tras los primeros meses de formación P.G. se encuentra satisfecho; las relaciones con sus compañeros y profesor son buenas, está integrado en el grupo, y en los primeros exámenes obtiene la calificación de notable. La Escuela Taller ha ofrecido a P.G. de forma complementaria al desarrollo del curso varios trabajos que el alumno ha resuelto de forma óptima. Actualmente el apoyo ofrecido por el maestro del taller rehabilitador se limita a resolver dudas de carácter académico cuando el usuario lo solicita.

Caso práctico

C.E.S., varón de 36 años, soltero, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, vive con su madre, viuda, en el domicilio familiar. Tiene estudios a nivel de C.O.U. y apenas posee experiencia laboral (ha trabajado en dos compañías de seguros durante un periodo de tiempo muy breve). Posee declaración de minusvalía (65%) y cobra dos pensiones: una no contributiva y otra de orfandad. Accede al Centro de Rehabilitación Laboral en 1994. Desde su llegada hasta 1999 rechaza cualquier propuesta de formación. La principal dificultad para acceder a ella es el hecho de desplazarse. El sujeto manifiesta una serie de miedos tales como:

1. Viajar en metro o tren.
2. Caminar por calles anchas con muchos carriles y mucho tráfico. Cruzarlas.

3. Coger autobuses que no utiliza habitualmente.
4. Pasar por calles por las que no pasa habitualmente.

Todo esto restringe la zona por la que se mueve a unas pocas calles en el centro de Madrid, a la calle donde vive y a la calle en la que está situado el Centro de Rehabilitación Laboral. Según relata el propio usuario, su padre murió atropellado por un coche y él teme perder el control con el sonido del tráfico o del metro y arrojarse o caer y ser atropellado. A nivel fisiológico el sujeto describe: pulso acelerado, palpitaciones, sensación de vértigo, sudoración y sensación de pérdida de control. A nivel cognitivo: pensamientos del tipo "Voy a perder el conocimiento y me voy a caer", "Voy a perder el control", "Me van a atropellar y voy a morir"... Todo esto se traduce en conductas de evitación, que han llegado al punto de impedir que el sujeto salga a la calle si no es absolutamente necesario (acudir al centro de rehabilitación, acudir a su médico o psiquiatra...) y solo por la "zona segura" para él. Ni formarse ni trabajar son motivantes para él (no tiene urgencias económicas). Tras pasarle un cuestionario de refuerzos y hacer varias entrevistas, se concluye que lo único por lo que estaría motivado a salir de casa sería para hacer actividades de ocio y/o comer.

Se decide comenzar una intervención individual con el objetivo de que el usuario recicle su formación con vistas a un futuro empleo. Para conseguirlo se proponen los siguientes subobjetivos:

- Eliminar los pensamientos negativos cuando sale a la calle.
- Disminuir su nivel de ansiedad aumentando su percepción de control sobre las situaciones.
- Eliminar las conductas de evitación, haciendo exposiciones graduadas a los estímulos ansiógenos.

En un primer momento se determinaron cuáles eran las zonas exactas por donde el usuario salía sin ninguna dificultad: 10 calles del centro de Madrid, la calle donde vive y la calle donde se sitúa el Centro de Rehabilitación Laboral (cuando tenía que ir a otros sitios lo hacía en taxi), así como las variables que modulaban su nivel de ansiedad cuando se enfrentaba al hecho de salir a la calle (mejor acompañado que sólo, mejor si las calles por las que tenía que pasar estaban cerca de su "zona segura", mejor pasar por calles estrechas, mejor si la calle tenía una acera ancha con árboles o setos que la separaban de la carretera, mejor si sabía de antemano qué autobús tenía que utilizar para llegar hasta allí).

Con toda esta información se elaboró una jerarquía de situaciones ansiógenas con el objetivo de ir ampliando la "zona segura" para el sujeto, exponiéndolo a las mismas, en un primer momento acompañado por su terapeuta.

Paralelamente se le entrenó en técnicas de control de la ansiedad, a fin de proporcionarle estrategias que le permitieran aumentar su sensación de control sobre las situaciones.

Se le animó a acudir al grupo de ocio del Centro de Rehabilitación Laboral y a participar en sus actividades (la mayoría de las veces salir a cenas o comidas) con compañeros del C.R.L. que estaban trabajando o formándose. Se utilizó al grupo en dos sentidos: por un lado, para que actuaran como coterapeutas a la hora de hacer exposiciones y ampliar la "zona segura" de C.E.S. ; por otro, como grupo de presión que podía cambiar sus expectativas de futuro y motivarle para avanzar en su proceso de rehabilitación.

También se le instó a hacer exposiciones graduadas solo. En estos casos se planificaba la salida de antemano con el terapeuta, utilizando un plano para ver el recorrido y los medios de transporte necesarios para desplazarse hasta allí. Usualmente eran calles a las que antes había ido con el terapeuta.

Después se proporcionó al usuario información sobre recursos formativos y se le pidió que eligiera uno con el que poder aumentar y reciclar su formación. Aquí se aplicó el mismo procedimiento, de la siguiente manera:

- Situar en el plano los lugares a los que debía acudir para pedir información sobre el curso, inscribirse, hacer una entrevista de selección y realizar el curso.
- Determinar los transportes que era necesario utilizar para acceder a esos lugares.
- Exponer al sujeto a las situaciones de acudir a esos lugares, acompañado por el terapeuta, previamente a llevar a cabo las gestiones reales.
- Realizar las gestiones necesarias para iniciar el curso (exposición en solitario).

C.E.S. hizo el curso de formación propuesto y lo finalizó con éxito. En la actualidad ha llevado a cabo otro curso de formación y está esperando un tercero. Ha aumentado su "zona segura", aunque todavía evita algunas calles así como viajar en metro. Sigue en contacto con el grupo de ocio, con el que realiza actividades con una frecuencia semanal. Estas actividades ya no se pautan desde el Centro de Rehabilitación Laboral.

10.5. DATOS DE ACCESO A FORMACIÓN

Señalamos a continuación los resultados de acceso a formación de los usuarios del Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida", extraídos de la Memoria del año 2000.

ÁREAS DE FORMACIÓN

<i>Nº Usuarios</i>	<i>Área de Formación</i>
13	Informática (Windows NT, Ofimática, Diseño gráfico, Maquetación, Internet, Artes Gráficas, Diseño Web, Autocad2000, Programador Informático)
4	Idiomas
3	Administrativo
2	Operario reciclado
2	Tapicería
1	Ayte. Peluquería
1	Electricidad
1	Teleoperador
1	Dependiente
1	Jardinería
29	

RESULTADOS DE FORMACIÓN

<i>Resultado</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Aprobados	21	72,4
Continúan	3	10,3
Abandonos por descompensación	2	6,9
Abandonos por empleo	2	6,9
Suspensos	1	3,4

CARÁCTER DE LOS CURSOS FORMATIVOS

<i>Carácter de los cursos</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Ordinarios	17	58,6
Protegidos	12	41,4

*Datos extraídos de la memoria del CRL Nueva Vida año 2000.

CAPÍTULO 11: BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO

Virginia Galilea, Raquel Pagola y M^a Teresa San Bernardo

11.1. INTRODUCCIÓN

Son muy diversas las posibilidades de integración laboral para una persona con discapacidad psiquiátrica, a pesar de que la historia nos indique lo contrario. Hasta hace pocos años, en nuestro país no existían empresas capaces de contratar a trabajadores con enfermedad mental grave; hoy día existen en casi todos los puntos de la geografía española diversas iniciativas de colocación para este colectivo. Así pues, no debemos hablar de una sola posibilidad de empleo, como pudiera pensarse, sino que debemos partir de un planteamiento que abarque todo grado de discapacidad; *algunas veces las personas están parcialmente capacitadas y parcialmente discapacitadas, en vez de insistir en que deben ser una cosa u otra* (Shepherd, 1996).

En el empleo normalizado u ordinario el sujeto localiza el puesto de trabajo y accede a él sin apoyo visible de cara al empresario. El personal de rehabilitación puede facilitar este empleo o bien ofrecer apoyo en el acceso al mismo (preparar entrevistas, concertar citas, entrenar hábitos laborales, etc.). Para este fin se pueden crear clubes de empleo, o módulos de búsqueda activa de empleo, que ofrezcan la posibilidad de proporcionar un espacio donde fomentar la búsqueda de empleo, motivar a sus miembros y facilitar estrategias de solución de problemas en esta fase de acceso al mercado. Es importante que en esta nueva etapa el usuario se vea recompensado con refuerzos de manera contingente, por parte de los profesionales de rehabilitación, de salud mental, de la familia, de su red social, etc.

Hay diversos estudios que reflejan las actitudes de los patronos respecto a la contratación de pacientes con trastornos mentales. En un estudio llevado a cabo por Whatley (1964), un 79 por ciento de los patronos manifestaron que "suponían" que los pacientes psiquiátricos realizarían el trabajo más o menos igual que los que tenían las mismas cualificaciones; sin embargo, sólo un 38 por ciento contestó que le daría igual contratar a un paciente que ha estado en un hospital psiquiátrico, que a cualquier otra persona (Watts y Bennett, 1990).

En un estudio realizado por Farina y Felner (1971), los entrevistados no eran pacientes psiquiátricos, pero colaboraron en el experimento; algunos manifestaron al empresario que habían estado de viaje desde hacía nueve meses, otros que habían estado en un hospital psiquiátrico durante los últimos nueve meses. Los patronos a quienes se les hizo creer que estaban entrevistando a expacientes mostraban actitudes menos favorables, eran menos amistosos, estaban menos dispuestos a ofrecer empleo y reducían la posibilidad de que el aspirante obtuviera trabajo. Se encontraron resultados semejantes en un experimento con empleados que tenían trabajos parecidos a los que se solicitaban. Quienes creían que se encontraban con personas con enfermedades mentales expresaron que los aspirantes presentaban

ciertos inconvenientes y que no se llevarían bien con los demás trabajadores. (Watts y Bennett, 1990).

Hay pruebas de que los prejuicios operan con menos fuerza contra los pacientes que tienen referencias de trabajo (Cole y cols, 1964).

El método más usado, por las personas con trastornos psiquiátricos, a la hora de enfrentarse a una entrevista laboral, es ocultar su situación. Además de incrementar las oportunidades de encontrar empleo, hay pruebas (Farina y cols., 1971) de que los pacientes se desenvuelven mejor si creen que los demás desconocen sus antecedentes psiquiátricos. Cuando el usuario persiste en la idea de manifestar su condición de enfermo mental se puede recurrir al empleo con apoyo o hacia empresarios concienciados.

11.2. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO

Describimos “Búsqueda activa de empleo” como la fase previa a la incorporación laboral. En este estadio el usuario debe haber adquirido un buen ajuste laboral y social, una orientación vocacional definida en un área laboral y ajustada a sus posibilidades reales y a las demandas del mercado de trabajo; así mismo, el sujeto debe saber qué empleo desea buscar, dónde lo debe solicitar y qué medios tiene a su alcance para lograrlo.

Las técnicas empleadas para llevar a cabo la búsqueda de empleo son: modelado, moldeamiento, ensayo de conducta, instrucciones, tareas para casa, registros y auto-registros.

Los objetivos de la búsqueda activa de empleo son:

- Generalización: extender al ambiente natural lo entrenado y aprendido en un marco simulado, dentro del centro de rehabilitación laboral.
- Promover un grupo de discusión, de motivación y de apoyo entre los integrantes del grupo de búsqueda activa de empleo.
- Afrontar situaciones conflictivas en cualquier momento de la búsqueda. Dotar al usuario de estrategias de solución de problemas.
- Detectar conductas de evitación o desmotivación hacia el empleo; planificar estrategias de intervención que favorezcan el acercamiento hacia el empleo.
- Acceder a empleo ordinario y/o protegido.

A modo de orientación, podemos enumerar algunos indicadores que informan sobre la evolución favorable del sujeto en el módulo de Búsqueda Activa de Empleo:

- Acude con regularidad o justifica adecuadamente sus ausencias.
- Selecciona ofertas de empleo ajustadas a su perfil laboral.
- Se interesa por ofertas de empleo que surgen fuera del módulo.
- Aporta la documentación necesaria.

-
- Se informa de cómo, cuándo, dónde y qué debe hacer al acudir a una entrevista laboral.
 - Se preocupa de facilitar información laboral que puede utilizarse en el grupo.
 - Solicita ayuda ante las dificultades que surgen en el desarrollo del módulo.
 - Comparte sus experiencias en la búsqueda de empleo con el grupo.
 - Comparte con su familia y entorno social la búsqueda de empleo.
 - Cuida su aspecto personal, aseo, vestimenta, etc.

El apoyo que se ofrezca al usuario una vez que se ha convertido en trabajador de una empresa ordinaria y/o protegida va a depender de varios factores: capacidad de afrontamiento, tipo de jornada, características del empleo, grado de autonomía del sujeto, etc. El apoyo y seguimiento pretende garantizar el mantenimiento del individuo en el nuevo puesto de trabajo de la manera más satisfactoria. En algunas ocasiones son los propios usuarios quienes rechazan este apoyo; en otros casos se pautará la forma y frecuencia de apoyo idónea: contacto telefónico, entrevistas con la familia, con el usuario en tiempo de descanso, etc.

Aunque sin valor de certidumbre y basándonos en la experiencia y en la literatura existente, indicamos a continuación algunos de los factores que pueden servir como predictores de éxito en la rehabilitación laboral de cara a la consecución de un empleo:

Factores que predicen el éxito laboral:

- Poseer adecuado ajuste laboral en contextos laborales.
- Tener una historia laboral previa exitosa.
- Mostrar expectativas laborales ajustadas.
- Autoimagen o autoconcepto de persona empleable.
- Participación activa en programas de búsqueda de empleo y de ajuste laboral.
- El apoyo profesional continuado.
- Poseer un nivel adecuado de motivación laboral —real, no sólo expresada—.
- El apoyo familiar adecuado.

Factores no predictores:

- El diagnóstico psiquiátrico
- La historia psiquiátrica.
- Los resultados en test de inteligencia, de aptitudes y de personalidad.
- Un funcionamiento determinado en otros ambientes no laborales.
- La sintomatología psicopatológica presente.

11.3. DATOS DE ACCESO A EMPLEO

A continuación detallamos algunos datos relevantes sobre el acceso a empleo de usuarios del Centro de Rehabilitación Laboral “Nueva Vida” durante el año 2000: tipo de empleo, contrato, finalización del trabajo y motivos.

DATOS DE ACCESO A EMPLEO

<i>Datos relevantes</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Empleo ordinario	40	80
Empleo protegido	10	20
Con contrato	47	94
Sin contrato	3	6
Tipo de jornada:		
— por horas	14	28
— media	9	18
— completa	27	54
Situación actual:		
— Fin contrato	16	32
— Abandono voluntario	2	4
— Despidos	0	0
— Fin mejora empleo	9	18
— Fin por formación	1	2
— Continúan	22	44

*Datos extraídos de la memoria del CRL Nueva Vida. Año 2000.

**Nota: 32 usuarios acceden a 50 empleos.

Como se indica en otro capítulo de este cuaderno, el profesional rehabilitador ha de usar todos los recursos disponibles que favorezcan la integración laboral del usuario. Por ello, remitimos al lector al Anexo 13, donde encontrará información sobre diversas entidades que proporcionan asesoramiento y orientación sobre empleo, formación, talleres y bolsas de trabajo; también indicamos la dirección postal y electrónica, el teléfono de contacto, los servicios que prestan y el colectivo al que se dirigen estas entidades. En este mismo Anexo 13 incluimos una relación de bolsas de empleo a las que se puede acceder a través de Internet.

CAPÍTULO 12: INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL.

Eva Muñiz y Marta Nicolás

12.1. LA NECESIDAD DE UNA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS

12.1.1. JUSTIFICACIÓN

Desde que el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica se puso en marcha en España, las familias han desempeñado un papel fundamental en la rehabilitación del enfermo mental crónico. La carencia de recursos alternativos a los manicomios les obligó a hacerse cargo de un problema para el que no estaban preparados, asumiendo la responsabilidad de su cuidado y supervisión diarios, sin más herramienta que el sentido común.

Los programas de rehabilitación fueron incorporando a las familias en el proceso terapéutico, proporcionándoles información sobre la enfermedad y estrategias para manejar determinadas situaciones. De este modo, se producía una mayor generalización de los logros alcanzados y se trabajaban aspectos básicos (aseo, alimentación, sueño, autocontrol, tareas domésticas, etc.) en un contexto natural.

En la actualidad, los objetivos de la rehabilitación no se limitan a alcanzar un mejor funcionamiento social, sino que existen cada vez más evidencias de que gran parte de las personas que sufren enfermedades mentales crónicas pueden desempeñar puestos de trabajo de distintos niveles de cualificación con un adecuado rendimiento, sin que ello se traduzca en un agravamiento de su patología. De nuevo debemos contar con las familias cuya función en el proceso será de apoyo, supervisión y fomento de la motivación en el trabajo.

Algunos estudios indican que uno de los factores con más influencia en la inserción laboral del enfermo mental crónico es el apoyo de sus familias en el mantenimiento del puesto. Se ha encontrado que aquellas personas cuyas familias preferían que realizara actividades ocupacionales y cobrara una pensión se mantenían menos en el puesto de trabajo que aquellas que vivían en un ambiente potenciador de la actividad laboral y la resolución de problemas.

Sin embargo, no podemos esperar que todas las familias cuenten con la información necesaria y las estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones problemáticas que se planteen. Nuestra función como profesionales de la rehabilitación es valorar en qué grado las creencias y actitudes de las familias pueden estar interfiriendo en el apoyo a la inserción laboral, y cuáles son los orígenes de las mismas para realizar una intervención adecuada.

12.1.2. EL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

En todo grupo que convive se establecen unas reglas de funcionamiento y se adoptan unos roles que se ajustan en función de las capacidades y limitaciones de cada miembro. La flexibilidad para modificarlos o ajustarlos cuando se produce un cambio facilita la adaptación a las situaciones nuevas. Siendo muy simplistas el modelo tradicional ha tenido las siguientes características:

Madres con el siguiente perfil:

- La principal función es el cuidado de los hijos.
- Actúan como intermediarias entre los hijos y el padre.
- Se encargan de la solución de problemas liberando e incluso excluyendo deliberadamente al cónyuge. En ocasiones se encuentran incapacitadas de imponer ciertas normas por lo que le utilizan como instrumento de regulación pero dirigiendo cómo debe hacerlo.
- Han abandonado las actividades de ocio o laborales que venían desempeñando antes de casarse o tener hijos. Entienden que su deber es ocuparse de la familia y las actividades domésticas.
- Carecen de apoyo social.
- Se consideran las últimas responsables de los problemas de sus hijos dado que han sido las que han estado más implicadas en su educación.

Padres cuyas características fundamentales son:

- Funciones de proveedor de recursos.
- Durante mucho tiempo se han mantenido al margen del funcionamiento familiar con lo que resultan algo incompetentes en el manejo de las situaciones problemáticas y delegan fundamentalmente en sus esposas.
- Encuentran importantes obstáculos cuando quieren implicarse activamente en la toma de decisiones, fundamentalmente por parte del cónyuge pero también por parte de los hijos.
- Suelen ejercer la función de poner normas, generalmente a demanda de la esposa que por otro lado, intenta actuar como árbitro e intermediaria en esta acción.
- Suelen tener menos sobrecarga emocional con los problemas de sus hijos y por tanto, en muchas ocasiones son los que tienen una mejor perspectiva para actuar pero no pueden o no quieren hacerlo.

Entre nuestros usuarios también existen otros modelos familiares (p.e. madres viudas o separadas que han tenido que asumir otros roles, o padres que se han implicado activamente con sus hijos a raíz de un malestar físico o psíquico de sus esposas), aunque son menos frecuentes.

Este esquema de funcionamiento que generalmente dificulta la adaptación a la independencia de los hijos se hace más rígido con la presencia de una persona con enfermedad mental.

Desde el inicio de la enfermedad se han cristalizado pautas de funcionamiento dedicadas exclusivamente al cuidado del miembro enfermo. Los importantes proble-

mas de convivencia que ha planteado han suscitado agresividad, frustración, sensación de ineficacia y un importante sentimiento de culpabilidad que ha sido compensado con una implicación excesiva y una renuncia constante en favor del miembro enfermo.

La familia, por un lado, desea que normalice su vida pero, por otro, percibe que no puede valerse por sí mismo y perpetúa su protección impidiendo de este modo que aquél desarrolle sus estrategias de afrontamiento y se haga más independiente. Como consecuencia aparecen en el usuario actitudes de inmadurez y falta de responsabilidad, baja tolerancia a la frustración, miedos, etc., que cursan en paralelo con una importante necesidad de trabajar y de ser independiente.

Una inserción laboral exitosa requiere que se flexibilicen estos patrones de funcionamiento que han estado operando durante muchos años de manera rígida. Sin embargo, las familias no siempre cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso y ante la falta de estrategias se refugian en las soluciones que han venido poniendo en práctica hasta el momento y que forman parte del problema.

12.1.3. CREENCIAS Y ACTITUDES MÁS FRECUENTES

Las creencias y actitudes manifestadas durante la evaluación suelen diferir de aquellas que surgen en situaciones problemáticas reales, siendo las primeras muchos más adecuadas y propiciadoras de la inserción laboral que las segundas. Uno de los factores que podrían estar implicados en estas diferencias es la deseabilidad social.

Examinando la actuación de las familias durante el proceso de rehabilitación en el CRL "Vázquez de Mella", hemos observado con más frecuencia el siguiente conjunto de creencias:

1. La enfermedad (ya sean los síntomas, desmotivación o falta de hábitos) les imposibilita para cumplir con las exigencias de un trabajo normalizado y por tanto:
 - Toda exigencia supone estrés que aumenta la probabilidad de una crisis.
 - Dado que el enfermo mental no se va a poder adaptar a un trabajo, es preferible solicitar una pensión que cubra sus gastos personales y que realice actividades ocupacionales que mantengan su tiempo ocupado.
 - Podrían adaptarse a trabajos protegidos o con el apoyo de un profesional de la salud mental.
 - Si tienen un problema deberían recibir ayuda para resolverlo de los compañeros, jefes o la propia familia.

2. En caso de que puedan acceder a un trabajo, éste debería tener las siguientes características:
 - a) Fundamentalmente manual, sin excesivas demandas intelectuales.
 - b) De pocas horas, no pueden soportar una jornada completa.
 - c) Protegido tanto en el nivel de exigencia como de responsabilidad.
 - d) Flexible en cuanto a horarios, asistencia, etc.
 - e) En el que se dé un trato fundamentalmente amable.

-
- f) Que no exija excesivo esfuerzo físico.
 - g) Que permita un seguimiento cercano por parte de la familia.
 - h) Preferentemente empleos del tipo de: limpieza, trabajos repetitivos, conserjería, dependienta, cuidando niños...

El trabajo serviría fundamentalmente para:

- Descanso familiar.
- Mejorar el estado de ánimo.
- Mantenerse ocupados y pensar menos en sus problemas.
- Impedir el aislamiento y ampliar su red social.
- Realizar más actividades de ocio.

Estas creencias pueden resumirse en tres:

- Expectativas de fracaso ante un trabajo normalizado.
- Actitud de protección.
- El trabajo cubre necesidades diferentes en el enfermo mental que en la población normal.

Estas creencias pueden tener su origen en:

- Falta de información sobre la enfermedad.
- Falta de información sobre el mercado laboral.
- Creencias sobre cómo debe ser el funcionamiento familiar que se han ido cristalizando a lo largo de generaciones.

Y conducen a una actitud por parte de la familia que va a dificultar el proceso de inserción laboral. El programa de Escuela de Familias tiene como objetivo proporcionar la información de que carecen las familias y un contexto para aprender a resolver problemas.

12.1.4. CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA FAMILIA COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO DE INSERCIÓN LABORAL

Si concebimos la familia como un conjunto de elementos interrelacionados, cualquier cambio en su situación repercutirá de alguna manera en la de los demás. Esta influencia es mutua y circular, de manera que resulta difícil discriminar qué elementos inician la cadena. Con fines explicativos nos situaremos en distintos puntos del proceso de inserción y expondremos la repercusión que puede tener en el funcionamiento de la familia.

- El cambio de un rol pasivo o meramente ocupacional a uno activo/laboral genera incertidumbre y, por tanto, la exacerbación de distintos miedos:
 - Miedo a invertir esfuerzo en un proceso que no garantiza que se obtengan resultados positivos y puede propiciar que se den efectos negativos.
 - Miedo al empeoramiento de la enfermedad.
 - Miedo al fracaso.
 - Miedo a perder un equilibrio precario, pero conocido.

Que suelen conducir a conductas protectoras de evitación y de resistencia al cambio:

- La adopción de un funcionamiento más autónomo tanto social como económico conlleva:
- Ajuste del proceso de toma de decisiones en el que el usuario reivindica participar (ha mejorado su autoestima y es reconocido como un individuo más válido)
- Ajuste de normas de funcionamiento (horarios, ocio, tareas domésticas, etc.)
- Ajuste de las funciones de los miembros más implicados, dado que la menor dependencia del usuario hace necesaria una redefinición de las mismas dotándolas de nuevos contenidos.
- Dado que el usuario aporta recursos, es necesario ajustar la administración de los mismos (aporte de dinero a la casa, reducción/eliminación del dinero que se proporcionaba para sus gastos, etc.)

El planteamiento de un proceso de inserción laboral, en líneas generales, supone la adopción de las siguientes pautas:

- Inducir una actitud de responsabilización de la propia vida, reduciendo paulatinamente la tendencia a cubrir todas sus necesidades.
- Flexibilizar los mecanismos de toma de decisiones en el funcionamiento familiar e implicar activamente a cada miembro en los procesos de negociación.
- Inducir una actitud activa de enfrentamiento de los problemas y no una actitud pasiva de evitación.
- Favorecer la implicación de la familia en procesos dirigidos a su propio desarrollo, de manera que el funcionamiento del familiar enfermo deje de ser el foco de atención.

12.2. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS

12.2.1. PSICOEDUCACIÓN: LA ESCUELA DE FAMILIAS

Este programa ha sido diseñado para aquellas personas que en la evaluación psicosocial inicial han mostrado carecer de información realista sobre la integración laboral del enfermo mental crónico y presentan un patrón de comportamiento que podría interferir en el proceso de rehabilitación de su familiar. Algunos de estos patrones son:

1. Actitudes que fomentan la conducta infantil del usuario (anulación de la capacidad de decisión del usuario, bloqueo de sus iniciativas, bloqueo de su capacidad de resolución de problemas, implicación excesiva con los profesionales...)
2. Expectativas de inserción reducidas al área ocupacional (preferencia por la pensión no contributiva...)
3. Atribución externa de las dificultades de inserción laboral del familiar.
4. Falta de reconocimiento de las limitaciones del usuario (sobreevaluación, constante crítica por atribuir sus dificultades a la vaguería o a la falta de motivación...).

-
5. Minusvaloración de las capacidades del usuario (fomento de una identidad anormal).
 6. Desconocimiento del mundo laboral.

12.2.1.1. Objetivos

a) Generales

- a) Evaluar las creencias distorsionadas de cada miembro del grupo acerca de la integración laboral del enfermo mental crónico.
- b) Mejorar el conocimiento de lo que es un Centro de Rehabilitación Laboral y sus funciones.
- c) Mejorar la cantidad y calidad de apoyo que se presta al familiar durante el proceso de rehabilitación en el centro.
- d) Mejorar el conocimiento del mundo laboral y las posibilidades de integración del enfermo mental crónico.
- e) Mejorar las actitudes hacia la integración en el trabajo del enfermo mental crónico
- f) Mejorar la capacidad para manejar situaciones conflictivas derivadas de la integración al mundo laboral.

b) Específicos

- Evaluar la presencia de las siguientes actitudes hacia el enfermo mental crónico:
 - a) Minusvaloración de las capacidades de inserción laboral (actitud crítica).
 - b) Sobrevaloración de las capacidades de inserción laboral
 - c) Sobreprotección ante situaciones problemáticas.
 - d) Abandono /ausencia de apoyo.
 - e) Sobreexigencia /Presión excesiva.
- Proporcionar información sobre:
 - Características del CRL (funciones, filosofía, proceso) y la manera en que la familia puede apoyar el proceso de rehabilitación.
 - Efectos positivos y negativos del empleo en las personas con enfermedades mentales crónicas.
 - Riesgos reales de recaída.
 - Posibilidades reales de ser empleados (estadísticas de inserción laboral).
 - Dificultades más frecuentes en la búsqueda de un empleo.
 - Dificultades más frecuentes en el mantenimiento de un empleo.
- Reducir las creencias distorsionadas en torno a las posibilidades de integración laboral del enfermo mental crónico y generar alternativas.
 - Proporcionar estrategias para:
 - Mejorar la comunicación.
 - Mejorar la capacidad de negociación.
 - Mejorar la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.

-
- Incrementar la frecuencia de las conductas adecuadas.
 - Disminuir la frecuencia de las conductas inadecuadas.
 - Manejar situaciones de crisis.
 - Las conductas agresivas.
 - La amenaza de suicidio.
- Mejorar el conocimiento del mercado laboral en los siguientes aspectos:
 - Requisitos que debe tener un futuro trabajador para acceder y mantener un empleo. Limitaciones y capacidades del enfermo mental crónico en el mercado laboral (selección, rendimiento, mantenimiento).
 - Actitud del empresario frente al enfermo mental.
 - Impacto de la formación en el empleo. Tipos y recursos formativos. Formación profesional ocupacional (Escuelas Taller y Casas de Oficios).
 - Puestos de trabajos más demandados. Adaptación de los enfermos mentales crónicos a los mismos. Tipos de trabajos que las familias consideran que estos enfermos podrían desempeñar mejor.
 - Modalidades de empleo (ordinario, protegido, con apoyo, etc). El apoyo a la creación de empresas y al empleo.
 - Ventajas e inconvenientes del Certificado de minusvalía y de las pensiones en relación a un trabajo. Tramitación del Certificado. Tipo de pensiones e incompatibilidad de éstas con un trabajo.

12.2.1.2. Estructura de la escuela de familias y metodología

a) Contenidos

- Presentación del programa y de los miembros del grupo. Evaluación inicial a través de un cuestionario. Primera aproximación a las actitudes y creencias.
- Qué es el CRL. Objetivos y proceso. Importancia de las familias en el proceso.
- Debate sobre las creencias acerca del mercado laboral y las posibilidades de integración del enfermo mental. Información realista sobre el mercado laboral, capacidades y limitaciones del enfermo mental, pensiones, etc.
- Selección de problemas prácticos que se anticipen con la inserción laboral.
- Resolución práctica de los problemas.
- Alternativas al empleo ordinario.

b) Esquema de las sesiones

- ¿De qué vamos a hablar?. Objetivos de la sesión.
- ¿Qué opinión/información tienen sobre el tema?
- ¿Con qué información realista contamos?
- Roleplay
- Discusión.
- Tareas.

c) *Procedimiento*

Se utilizarán las estrategias cognitivo-conductuales básicas para favorecer el aprendizaje:

- Psicoeducación
- Análisis de las creencias distorsionadas y alternativas.
- Aprendizaje de conductas a través de modelos.
- Ensayo de conducta y "feedback correctivo".
- Tareas para casa y revisión de las mismas en grupo.

12.2.1.3. Eficacia de la escuela de familias. La experiencia del CRL "Vázquez de Mella".

La Escuela de Familias, como todo programa psicoeducativo, tiene una eficacia parcial que debería ser completada con otras intervenciones. Los objetivos que se alcanzan son:

- Mejorar la información objetiva de los participantes.
- Favorecer la flexibilidad de las creencias teniendo en cuenta la experiencia de otros en situación similar y no sólo del terapeuta.
- Favorecer la generación de alternativas en la solución de problemas.
- Poner en práctica soluciones distintas a las habituales y recibir feedback sobre la ejecución.

Sin embargo, la puesta en práctica y la generalización de las pautas depende del funcionamiento previo de la familia y el nivel de cristalización de estas pautas de actuación, así como de la estructura de la familia y el grado de flexibilidad en la movilización de funciones y estructuras que supondría cualquier cambio. En algunos casos es fundamental realizar un análisis pormenorizado de las estrategias de afrontamiento que utilizan, quién las pone en práctica y a qué estructura familiar corresponden, para así buscar alternativas que sean válidas para cada caso.

12.2.2. APOYO AL AJUSTE FAMILIAR

Se trata de un tipo de intervención individual que trata de inducir la motivación de la familia para invertir el esfuerzo que supone la modificación de los patrones de funcionamiento. Las familias necesitan entender que el cambio es necesario y que va a ser más eficaz que sus soluciones habituales. Los pasos que podemos seguir son:

- Asegurar la colaboración. Es fundamental:
 - Implicar al máximo número de personas del núcleo familiar.
 - No convertirnos en los jueces de sus actuaciones.
 - No generar sentimientos de culpa o de fracaso.
 - Explorar los objetivos de la familia respecto a su familiar.
 - Valorar en qué grado se han alcanzado esos objetivos y generar motivación en la familia para conseguirlos.

-
- Analizar las soluciones que se están poniendo en práctica y su papel en el mantenimiento del problema.
 - Cuestionar la eficacia del funcionamiento familiar y de las estrategias de solución utilizadas para alcanzar sus objetivos.
 - Proponer alternativas de funcionamiento para cada miembro.
 - Evaluar las expectativas y creencias respecto a las consecuencias del cambio
 - Pautar el cambio en función de la tolerancia de la familia.

ÁREA IV: ACCESO AL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

CAPÍTULO 13: Alternativas de inserción laboral

Teo Sobrino

CAPÍTULO 13. ALTERNATIVAS DE INSERCIÓN LABORAL

Teo Sobrino

Todo el proceso de rehabilitación laboral debe realizarse no sólo adecuándose a las características individuales de cada sujeto sino también a las especificidades del mercado de trabajo en el momento concreto en el que se va a dar el paso de la inserción laboral.

En este apartado se realiza en primer lugar un análisis somero, pues no somos especialistas en la materia, de la situación del mercado laboral español y posteriormente se indican las principales alternativas que se pueden barajar para lograr el objetivo final de acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo.

13.1. LA SITUACIÓN DEL MERCADO LABORAL

A lo largo de la última década se ha producido una profunda transformación en el trabajo que responde a una serie de factores externos: las nuevas condiciones económicas, la innovación tecnológica, las condiciones sociales y los cambios demográficos.

En **la economía**, el cambio más importante es el relacionado con la tendencia hacia la internacionalización y la globalización de los procesos económicos. El empleo se crea allí donde se realiza con mayor eficacia. Una consecuencia es el incremento de la competitividad y la variabilidad de la demanda y un cambio en la estructura de los sectores económicos: un fuerte crecimiento del sector servicios, que representa el 60-70% del total de la economía, especialmente los denominados "servicios de intermediación"

La **innovación tecnológica** supone una sustitución de la actividad laboral humana, una disminución del trabajo físico y una "mentalización" de la actividad laboral. Cada vez se trabaja más en pequeño grupo incrementándose el contacto directo con proveedores y clientes. Se produce una reducción de los niveles jerárquicos y se da mayor énfasis a la responsabilidad (menor supervisión directa y menor apoyo de los directivos).

Las empresas exigen cada vez más mano de obra flexible: salarios bajos y retribuciones con demora, horarios cambiantes que aumentan o disminuyen, polivalencia y adaptabilidad a diferentes puestos, sobrecualificación encubierta y movilidad territorial.

En cuanto a las **condiciones sociales y los cambios demográficos**, se produce un crecimiento de la población activa (en la Comunidad de Madrid la población activa se incrementa en un 1,6% el primer trimestre del año 2000 con respecto al trimestre anterior). Se produce asimismo un aumento de la edad media de los trabajadores, un incremento de la tasa de incorporación de la mujer y un mayor nivel de cualificación.

Pero esta transformación no ha tenido como consecuencia la disminución del número de parados ni la mejora de las condiciones laborales.

En 1991, España tenía una proporción muy elevada de trabajadores con más de veinte años en el empleo y con menos de uno; en cambio escaseaban los trabajadores que llevaban entre uno y cinco años.

Esta situación se intentó rectificar con la reforma laboral de 1994, a través de dos medidas:

- Disminuir la flexibilidad de entrada, limitando la contratación temporal de fomento de empleo a unos cuantos colectivos.
- Flexibilizar la salida, eliminando en algunos casos la autorización administrativa y regulando de manera más precisa los casos en los que se podían realizar despidos por causas de tipo económico.

Con ello se pretendía que aumentara la contratación fija y que la contratación temporal se limitara a la causal.

La situación del empleo mejoró desde 1994 por el cambio del ciclo económico y por la mayor confianza en la estabilidad futura, pero también aumentó la rotación en los empleos temporales.

Durante 1996 se contabilizó un 18% más contratos que el año anterior y un 43% más que en 1994, debido en gran parte a que a partir de 1993 deben comunicarse al INEM modalidades de contratos que no es obligatorio registrar. Descontando éstos, el número de contratos se incrementó en un 38% de 1994 a 1996. El número de asalariados también aumentó, pero sólo en un 8,6%. Esto implica que la duración media de los contratos temporales se ha reducido (los contratos temporales de duración determinada registrados en el INEM en 1996 tenían en el 70% de los casos una duración prevista de menos de 3 meses). Los contratos indefinidos seguían representando sólo un 4% del total.

Los problemas que el mercado de trabajo español viene arrastrando no afectan igual a todos los colectivos. Los jóvenes tienen mayores tasas de paro y, entre los que tienen empleo, mayor temporalidad. Por el contrario entre los trabajadores mayores hay una clara dicotomía: aunque hay una mayor proporción de ocupados, y, dentro de éstos, mayor porcentaje de fijos, los que pierden su empleo tienen una mayor dificultad para encontrar otro que los jóvenes.

La tasa de paro de menores de 25 años se sitúa en España en prácticamente el doble que el promedio europeo, siendo superior también la proporción de los que se encuentran más de un año en esta situación.

También es mayor el peso de la temporalidad. En el conjunto de la Unión Europea el 34% de los jóvenes varones y el 31% de las mujeres tienen un empleo temporal. En España, en el primer trimestre de 1997, es el 74%. Entre los jóvenes ocupados españoles, el 57% ha estado desempleado al menos dos veces en los últimos 5 años (en Europa, el 42%)

Esta situación se agrava en el caso de las personas con discapacidad. Según el Informe del IMSERSO de 1998, el 26,3% de la población general está parada frente a un 62,6% de las personas con discapacidad.

Con respecto a la población con enfermedad mental crónica no existen datos actuales, este último informe ni la menciona. La Encuesta de Población Activa y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1987, ofrece la información que aparece a continuación:

Situación laboral de las personas con discapacidad y de la población general, 1986

<i>Personas de entre 16 y 64 años</i>	<i>Todas las personas con discapacidad</i>	<i>Personas con retraso mental</i>	<i>Personas con enfermedad mental</i>	<i>Población general</i>
Total miles	2.626	129	123	24.020
Activos (miles)	758	18	32	14.070
Tasa de actividad	28,6%	14,3%	26,0%	58,6%
Con empleo (miles)	553	9	17	11.111
Tasa de ocupación	73,0%	48,5	54,4%	79,0%
Tasa de paro	27,0%	51,5%	45,6%	21,0%
Tasa de empleo	21,1%	6,9%	14,1	46,3%

En lo que se refiere a nuestra población, el cuadro anterior muestra cifras de aquellos que tienen reconocida la condición de minusválido (certificado de minusvalía), que no son ni mucho menos la totalidad de los enfermos mentales. Sirva como ejemplo que tan sólo entre un 40 y un 50% de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid posee el certificado.

También sigue siendo dudosa la utilidad que este certificado tiene para la integración laboral. En general, el empresario manifiesta un concepto estereotipado del minusválido al que considera poco rentable. Si a este estereotipo se suma una disminución de su capacidad por "esquizofrenia", la respuesta es, en muchos casos, de auténtico terror y rechazo absoluto.

Además, el empresario ignora y, si lo conoce, incumple la obligación legal de contratación del 2% de minusválidos en plantillas de más de 50 trabajadores. Cuando cumple, suele hacerlo con personas con minusvalía sobrevenida que ya eran trabajadores de la empresa o, en su defecto, con minusválidos físicos. En otros países se penaliza este incumplimiento, pero no en el nuestro.

Afortunadamente esto puede empezar a cambiar con el "Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores".

Las principales novedades que introduce este decreto son, por una parte, la exención de esta obligación sólo cuando los servicios de empleo públicos no puedan atender la oferta de empleo, no haya demandantes de empleo discapacitados o éstos acrediten no estar interesados en el puesto, circunstancias que tendrán que ser certificadas por el INE.

Por otra parte, se regulan las medidas alternativas a la obligación de reserva, que pueden ser de dos tipos: realización de un contrato mercantil o civil con un CEE o con un trabajador autónomo discapacitado, para el suministro de materias, bienes o servicios por un importe anual de al menos 3 veces el salario mínimo interprofesional anual por cada trabajador minúsválido que se haya dejado de contratar por debajo de la cuota o bien la realización de donaciones o patrocinio de carácter monetario para el desarrollo de actividades de inserción laboral y creación de empleo por un importe de al menos 1,5 veces el SMI.

Sólo nos queda esperar que estas medidas den sus frutos.

Pero, el panorama que acabamos de dibujar, unido a las múltiples dificultades del enfermo mental crónico que se vieron en páginas anteriores, no debe sumirnos en la desesperanza. La integración laboral es posible, son muchos los enfermos mentales que pueden trabajar y que, de hecho, lo hacen con los debidos apoyos.

Además del entrenamiento en todos los hábitos y habilidades para buscar, encontrar y mantener un empleo, debemos tener en cuenta que las demandas de cada puesto de trabajo son diferentes y una persona puede no tener capacidad para afrontar unas demandas y sí otras y que, al igual que el mercado de trabajo, las capacidades de cada persona no son estáticas.

Se trata, pues, de buscar la interacción usuario/puesto, realizando dos perfiles que se diseñan en base a información de aspectos externos al trabajo (tipo de trabajo, duración de la jornada, distancia del domicilio, turnos, etc.), del análisis de las tareas, evaluando la calidad y el rendimiento exigido, así como el impacto que un error cometido tendrá en el trabajo y qué hábitos pueden flexibilizarse y cuales no.

En función de todas estas variables, optaremos por una fórmula u otra de inserción. Las diferentes posibilidades se comentan a continuación.

13.2. LA INSERCIÓN EN EL MERCADO LABORAL ORDINARIO

El mercado laboral ordinario es la opción de inserción laboral más normalizada y más habitual por ser en el momento actual la que ofrece más puestos de trabajo a todo tipo de población y también a nuestros usuarios.

En este contexto, una opción que está resultando interesante a pesar de todas las críticas que se le puedan hacer son las **Empresas de Trabajo Temporal (ETT)**. Desde su regulación en 1994, este tipo de empresas proliferaron e incrementaron notablemente su actividad a la vez que los derechos laborales y la protección social de los trabajadores fueron disminuyendo. Los trabajadores contratados para ser cedidos a las empresas usuarias no sólo sufrieron la precariedad laboral derivada del carácter temporal de este tipo de contratación sino que sus salarios eran también inferiores a los de los trabajadores de la empresa usuaria, la cual, además aprovechaba, en muchas ocasiones esta fórmula por ser más flexible y barata para tener trabajadores por períodos largos de tiempo, a veces años, sin ningún compromiso y con una reducción importante en sus derechos (vacaciones, días libres, etc.).

Esta situación lleva a promulgar una Ley (Ley 29/1999, de 16 de Julio) que modifica la anterior introduciendo modificaciones en diferentes artículos. En especial, hay que destacar la que se refiere al artículo 11 de la Ley 14/1994 que asegura al trabajador una retribución al menos igual que la del trabajador de la empresa usuaria, excepto que por convenio de la ETT se establezcan retribuciones más altas, en cuyo caso se aplicarían éstas.

Estas empresas tienen grandes ventajas para nuestra población, para momentos y situaciones puntuales. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Menor competitividad en los procesos selectivos. Son poco exigentes tanto en la entrevista de selección como en la cualificación exigida o en la experiencia laboral previa.
- Disponen de un abanico amplio de ofertas laborales en trabajos poco cualificados y en diferentes jornadas.
- Vuelven a ofertar puestos, aunque haya habido despido.
- Ofertan contratos de poca duración que son de enorme utilidad para personas que no tienen experiencia laboral o para las que tienen un pasado laboral caracterizado por los abandonos.

Respecto a la empresa ordinaria, lo más destacable en los últimos años es que se ha intentado fomentar la contratación indefinida, con una gran reticencia por parte de los empresarios. La reticencia de los empleadores a realizar contratos indefinidos tiene muchas causas, pero una de ellas es la complejidad y coste del despido. La reforma de 1994 pretendió clarificar las causas del despido procedente, pero esto resultó difícil para los jueces.

Para hacer más atractiva la contratación indefinida se tomaron varias medidas a partir de 1997:

1. Las bonificaciones se extienden a cualquier manifestación de la contratación indefinida a tiempo completo.
2. Los contratos de duración determinada o temporal que se transformen en indefinidos pueden tener derecho a bonificación si se encuentran suscritos y vigentes en el momento de entrada en vigor del RDL 9/97 (17 de Mayo de 1997). Los contratos de aprendizaje, prácticas, para la formación, de relevo y de sustitución por anticipación de la edad de jubilación pueden beneficiarse de las bonificaciones e incentivos aunque se suscriban con posterioridad a esta fecha.
3. Salvo en el caso de los minusválidos, las medidas incentivadoras se traducen en bonificaciones a la cotización empresarial a la Seguridad Social. Se entiende que la bonificación al ser un beneficio al que se accede periódicamente (cada mes) y durante la vigencia del contrato, es una medida más adecuada y más ligada a la realidad de la contratación que la subvención que se recibe a tanto alzado por una sola vez y que, por tanto, es más susceptible de desligarse de los períodos de duración real y efectiva de los contratos.
4. Se regulan las incompatibilidades con otras ayudas públicas a la contratación indefinida. Frente a la total incompatibilidad, se opta por admitir la posible concurrencia de las destinadas con el mismo fin por distintas Administraciones Públicas.

El siguiente cuadro resume los incentivos para este tipo de contratos:

INCENTIVOS A LA CONTRATACIÓN INDEFINIDA

Contrato De Trabajo Indefinido Para Jóvenes Menores De 30 Años

35% de bonificación de la cuota empresarial a la Seguridad Social durante el 1º año y 25% durante el 2º.

En caso de que sea con mujer se incrementa en 5 puntos siempre que sean a tiempo completo.

Idem Para Parados De Larga Duración

40% de bonificación de la cuota empresarial a la Seguridad Social durante el 1º año y 30% durante el 2º.

En caso de que sea con mujer se incrementa en 5 puntos siempre que sean a tiempo completo.

Idem De Mujeres Desempleadas De Larga Duración En Profesiones Y Ocupaciones Con Menor Índice De Empleo Femenino

45% de bonificación de la cuota empresarial a la Seguridad Social durante el 1º año y 40% durante el 2º.

Idem Para Mayores De 45 Años

45% de bonificación de la cuota empresarial a la Seguridad Social durante el 1º año y 40% durante el 2º.

En caso de que sea con mujer se incrementa en 5 puntos siempre que sean a tiempo completo.

Idem Para Trabajadores Minusválidos

650.000 pts por cada contrato a tiempo completo.

Bonificación de las cuotas empresariales a la Seguridad Social incluidas las de accidente de trabajo y enfermedad profesional, en las siguientes cuantías:

- 70% por cada trabajador menor de 45 años
- 90% por cada trabajador mayor de 45 años

Subvención para la adaptación de puestos de trabajo o dotación de medios de protección personal hasta 150.000 pts.

Deducción de la cuota íntegra del Impuesto de Sociedades de la cantidad de 800.000 pts por cada persona/año de incremento de la plantilla de trabajadores minusválidos contratados por tiempo indefinido respecto a la plantilla media de trabajadores minusválidos del ejercicio inmediatamente anterior con dicho tipo de contrato.

Este tipo de contratos ha aumentado en el último año, debido probablemente a las bonificaciones y a que se ha reducido considerablemente el coste del despido: veinte días por año trabajado hasta un máximo de 12 mensualidades si el despido es procedente y 45 días por año trabajado hasta un máximo de 42 mensualidades si éste es improcedente.

En cambio, sí ha supuesto una mejora subjetiva para la persona contratada, haciéndole sentirse más segura y más integrada en la empresa.

Además de este tipo de contratos se siguen celebrando todos los que la legislación permite, predominando en el sector servicios el "contrato por obra".

A pesar de sus dificultades y limitaciones, el mercado laboral ordinario es el principal referente para integrar al enfermo mental crónico, convirtiéndose en una opción en la que cada vez se encuentran más empresarios dispuestos a contratar y donde merece la pena invertir esfuerzos para cambiar la imagen del enfermo mental.

13.3. EL EMPLEO PROTEGIDO

Otra alternativa a tener en cuenta para la integración laboral de los enfermos mentales crónicos es la del Empleo Protegido, que en España se articula a través de las fórmulas de los **Centros Especiales de Empleo (CEE)** y las **Empresas de Inserción**.

13.3.1. LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Los CEE se crearon en nuestro país en el inicio de la década de los 80, fundamentalmente promovidos por el movimiento asociativo de minusválidos. Su misión es intentar asegurar un empleo remunerado para aquellas personas con al menos un 33% de minusvalía reconocido y que no pueden acceder al mercado laboral ordinario.

Están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de Abril), en su título VII como "aquellos (centros) cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado". Estos centros están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de Diciembre y por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de Julio, que regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los CEE.

Se constituyen como empresas que operan en el mercado, pero con unas características específicas que le dan el carácter de empleo protegido. Los CEE pueden tener titularidad pública, esto es, creados por las Administraciones públicas, o bien privada, promovidos por personas físicas o jurídicas.

Según la LISMI, su plantilla ha de estar integrada en su totalidad por personas con minusvalía, pero ultimamente se ha flexibilizado este requisito, pudiendo obtener la calificación de CEE las empresas que cuenten en su plantilla con un mínimo del 70% de trabajadores con discapacidad. Deben ser, asimismo, no sólo centros de trabajo productivo sino que han de ofrecer servicios de ajuste personal y social que favorezcan la autonomía personal y social del minusválido.

Los CEE reciben diferentes subvenciones e incentivos: bonificación del 100% de la cuota empresarial a la Seguridad Social, subvención del coste salarial por un impor-

te del 50% del salario mínimo interprofesional, subvención de 2.000.000 de pts por cada puesto de trabajo estable creado si la plantilla es de más del 90% de trabajadores minusválidos o de 1.500.000 pts si este porcentaje está entre el 70% y el 90%, subvención de hasta 300.000 pts para adaptación de puestos de trabajo o eliminación de barreras. Además, subvención por una sola vez para equilibrar o sanear financieramente los centros, subvención para equilibrar el presupuesto de los centros sin ánimo de lucro y subvenciones para asistencia técnica de hasta el 50 o el 100 por cien.

Es en esta modalidad de empleo donde se han producido las mayores tasas de crecimiento anual, pasándose de 5.018 empleados en 1988 a 8.393 en 1992 y más de 19.000 en 1998. En la Comunidad de Madrid existían, en 1998, 56 CEE registrados con un total de 1.851 trabajadores, de los cuales el 52% presentaban una minusvalía psíquica.

La mayoría de los trabajadores minusválidos en CEE son de tipo físico, sensorial o con deficiencia mental. Aunque no existen datos, se puede decir que las personas con enfermedad mental ocupan un pequeño porcentaje del total. En la Comunidad de Madrid no existía hasta el año 2000 ningún CEE para enfermos mentales. En el momento actual, existen dos, creados por entidades sin ánimo de lucro.

Los CEE como fórmula de integración laboral pueden resultar interesantes para nuestro colectivo, aunque a la luz de la experiencia de estos años conviene indicar algunas de sus dificultades o limitaciones:

La práctica totalidad de estos centros surgió del movimiento asociativo que incorporó entre sus reivindicaciones los conceptos de normalización e integración. Pero estas reivindicaciones resultaron ser parciales no llegando a trasladarse al ámbito laboral. Muchas personas formaban parte de las plantillas de estos centros sin aportar un rendimiento y por tanto un beneficio económico, sino que se mantenían en ellos con un carácter humanitario y por el beneficio social asociado al trabajo y no por el trabajo en sí.

Por otra parte, el propio sistema no tiene los mecanismos adecuados para que los recursos cumplan la función para la que fueron diseñados, no habiéndose establecido un control para que se dé la transición desde los Centros Ocupacionales a los CEE y de éstos a la empresa ordinaria, tal como prevee la LISMI, con lo cual estos centros en muchos casos se han convertido en "ghettos" segregados que, además no suelen contar con los servicios de ajuste personal y social, que deberían ser obligatorios si nos atenemos a la ley.

Ha faltado una adecuada planificación de la gestión económica y financiera. Muchos han surgido más a través del voluntarismo que de adecuados planes de viabilidad, estudios de mercado y organización empresarial, lo que lleva a que se encuentren en situaciones precarias, intentando mantenerse como empresas subsidiarias de una gran empresa matriz y solo una, con lo cual si esta empresa fracasa o deja de adquirir los bienes o servicios al CEE, éste deja de existir.

Han nacido, en muchas ocasiones, con plantillas sobredimensionadas, por un interés en acaparar subvenciones, que no rinde lo suficiente. A veces ocurre que un peque-

ño número de trabajadores rinde lo suficiente como para poder acceder el mercado laboral ordinario, pero se les mantiene en estos centros porque son los que están supliendo los déficits productivos del resto de la plantilla.

En suma, muchos CEE han surgido con un sentido de servicio social y no con un talante empresarial, cuentan con plantillas elegidas de forma intuitiva, con un perfil de profesionales de apoyo reconvertidos y con discapacitados inadaptados. A esto hay que añadir la no concreción de su función empresarial, del tipo de productos o servicios en los que pueden ser competitivos y de objetivos comerciales.

A pesar de todo esto, con las debidas correcciones, pueden y deben seguir existiendo los CEE como fórmula de empleo protegido que facilite la integración laboral de las personas con discapacidad, y concretamente con nuestro colectivo deben seguir surgiendo iniciativas en este sentido.

13.3.2. LAS EMPRESAS DE INSERCIÓN

Con la entrada de España en la Unión Europea, se empiezan a desarrollar acciones que fomenten el empleo, incidiendo especialmente en los colectivos con más dificultades para acceder a un puesto de trabajo. Es el momento de los cursos de formación profesional ocupacional, escuelas taller, casas de oficios, iniciativas comunitarias de formación y empleo. Con ello se pretende formar y cualificar profesionalmente a las personas para acceder al mercado de trabajo, pero sin que se produzca un cambio real en la posición de la persona con respecto al mercado puesto que:

- a) No se trabaja sobre el mercado directamente.
- b) No se dota a la persona de la autonomía y capacidad necesaria para ser agentes activos en su propio proceso de inserción.
- c) No se tiene en cuenta las situaciones reales y dificultades de las que parten los participantes en los procesos, que no son únicamente la falta de formación, sino que son carencias educativas, sociales, relacionales y personales.

Por otra parte, los incentivos a la contratación empresarial de los colectivos en dificultad han tenido escasos resultados debido a la no-discriminación positiva.

Las capacidades de empleo de los excluidos están muy limitadas por situaciones de desestructuración personal que provoca la falta de aptitudes y hábitos apropiados para el desempeño de una actividad laboral normalizada.

La marginación social y exclusión que sufren las personas excluidas socialmente no es un problema de carencias materiales sino, además, es una cuestión de falta de expectativas y posibilidades para el desarrollo de un proyecto de vida.

En el ámbito laboral, la falta de expectativas se concreta en la carencia de requisitos básicos que exige el mercado laboral para desempeñar un empleo y que se identifica con condiciones de empleabilidad que serían la síntesis de aptitudes y actitudes que en el resto de las personas aparecen como cualidades convencionales (hábitos

sociales y laborales, conocimientos educativos mínimos, cualificación laboral y actitudes relacionadas con la motivación, sentido de la responsabilidad).

La diferencia que existe entre poseer o no las condiciones mínimas de empleabilidad es lo que justifica que deban existir políticas específicas de empleo de inserción laboral, dirigidas a mejorar las carencias básicas, y posibilitar que las personas se sitúen en condiciones de igualdad de oportunidades de acceso al mercado de trabajo.

Las nuevas políticas activas de empleo de inserción laboral deberían tener en cuenta:

- Que no todos los parados se encuentran en igualdad de situaciones frente a las oportunidades del mercado de trabajo o aplicar medidas universales discriminadas que tratan por igual la problemática (de un joven desempleado que no haya finalizado los estudios básicos respecto a la de un licenciado).
Las nuevas políticas de empleo deben concebirse con un carácter personalizado tendente a mejorar las condiciones de empleabilidad de una persona concreta. La experiencia de las organizaciones sociales en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral, muestra que éstos son más efectivos y eficientes que los que se aplican de forma indiscriminada.
- En el trabajo de inserción laboral, la mera transmisión de información y asesoramiento son insuficientes pues no son los problemas fundamentales sino el apoyo personalizado para la realización de su itinerario de inserción laboral.
- El deterioro personal que producen las situaciones de exclusión y los problemas estructurales de empleo no se pueden superar en cortos plazos de tiempo, y requieren períodos de trabajo de inserción de medio plazo, próximo a los dos o tres años.
- El modelo de formación para la cualificación laboral basada en una formación teórica alejada de las condiciones habituales de trabajo resulta frustrante e improcedente para personas con dificultades importantes de empleabilidad. El rechazo que despierta la formación académica, unido al hecho de que el tipo de aprendizaje que se busca es integrar, ha de dar como resultado la creación de un modelo de aprendizaje en el que se reproducen lo más fielmente posible las condiciones reales de trabajo (objetivos de productividad, trabajo en equipo, responsabilidad individual, etc).

La consolidación de este modelo de cualificación laboral requiere que se aplique un sistema de titulación de certificado de aptitudes profesionales previsto en la reforma de la formación profesional, homologables a los títulos académicos de la formación profesional. Esto permitiría dar una salida al esfuerzo formativo que realizan las personas en procesos de inserción.

Conscientes de esta problemática, diferentes promotores de organizaciones sociales han creado las denominadas Empresas de Inserción (EI), que se definen como "estructuras de aprendizaje que reproducen las condiciones de trabajo y las relaciones laborales de una empresa, cuyo promotor mediante una iniciativa empresarial y estando sensibilizados con el problema de la integración laboral de personas en exclusión social proporcionan un trabajo real en condiciones reales de empresa".

Teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de estas personas, realizan un itinerario personal donde se adquieran las habilidades y experiencias necesarias para desenvolverse con garantías en el mundo laboral.

Sus características principales son:

- Los destinatarios son colectivos en exclusión social.
- Persiguen un fin social –la inserción–, pero deben ser autosuficientes económicamente (sin fórmulas de empleo protegido ni subsidiario).
- Compiten en igualdad de condiciones con el resto de las empresas del mercado.
- La base de su financiación es la inversión, no la subvención.
- El planteamiento es el de pedir mercado, no subvenciones, puesto que es la competencia en el mercado y los beneficios de la actividad económica lo que mantiene los puestos de trabajo.
- Los protagonistas son los propios individuos, no las instituciones de ayuda o tutela (la persona es la protagonista de su proceso de aprendizaje desarrollando las habilidades necesarias que exige la práctica de cualquier trabajo: aprenden haciendo).
- Su planteamiento es que las estructuras estables en la empresa estén integradas por personas que hayan desarrollado su proceso de inserción en la empresa, dotándolas de los procesos de formación y capacitación necesarios.
- Trabajan en sectores de expansión, no de recesión, a través de estudio de las necesidades laborales locales.
- Permiten al trabajador acceder en las mismas condiciones, derechos y obligaciones que se dan en las empresas comunes, pero teniendo en cuenta las características especiales del colectivo al que se dirige.
- Permiten unir lo que podrían parecer dos fines incompatibles: el social y el económico, puesto que, por un lado, las personas se sienten como parte fundamental de una organización que depende de su trabajo y se automotivan en su proceso de aprendizaje, y por otro, se empiezan a utilizar términos como eficiencia y eficacia que sólo se utilizaban en el sector privado.
- La permanencia en las empresas de inserción es sólo temporal, mientras que dure el período de aprendizaje, puesto que no pretenden crear puestos de trabajo indefinidos, sino formar y capacitar a las personas para poder acceder a un puesto de trabajo fuera.
- Elaboran un proyecto personal de empleo que especifique las acciones que la persona llevará a cabo para acceder al mercado de trabajo y mejorar su empleabilidad.
- Los beneficios repercuten por entero o se reinvierten en los fines previstos de generación de empleo e inserción laboral.

Para que una empresa pueda ser calificada como EI debe:

- a) estar promovida por una o varias entidades no lucrativas, las cuales crean la empresa y la hacen viable. La EI no podría subsistir como actividad empresarial pues el capital social, los contratos laborales, la organización del trabajo, la gestión y la actividad comercial dependen de la OSP (Organización Social Promotora).

-
- b) Mantener, por centro de trabajo y en cómputo anual, un porcentaje de trabajadores en proceso de inserción entre el 50 y el 70% del total de la plantilla.
 - c) No tener vinculados sus balances, cuentas de resultados y patrimonio a otras actividades económicas que no sean las de su objeto social.
 - d) Aplicar al menos el 75% de los resultados o excedentes disponibles obtenidos en cada ejercicio a la mejora o ampliación de sus estructuras productivas y de inserción.
 - e) Encontrarse inscritos en el registro de EI que debería crearse para ello.

Se pueden distinguir varios tipos de EEII:

- *Empresas de transición*: Designan parte importante de sus puestos de trabajo a personas en inserción y preparan a personas para que puedan acceder en las condiciones menos desfavorables al mercado de trabajo normal.
 - Los puestos son permanentes pero por períodos limitados (entre seis meses y dos años).
 - Se trata de empresas que deben ser rentables y competitivas ya que tienen una menor productividad y necesitan una compensación sobre el costo laboral que ello representa (subvenciones para costear actividades de acompañamiento social o de formación en el sentido estricto del término que queda fuera del ámbito de la actividad mercantil)
- *Empresa solidaria*: Empresas con puestos de trabajo destinados a ser ocupados de forma permanente (o al menos muy prolongada) por personas con graves dificultades para acceder al empleo normalizado y con escasas posibilidades de poder hacerlo (incluso tras una fase de formación y rehabilitación).
 - Sobrecosto laboral mayor (funcionamiento similar a los anteriores).
 - Con necesidad de personas de apoyo externo permanente.
- *Empresas de trabajo temporal de inserción*: Ofrecen trabajos temporales de inserción por cuenta de terceros a personas con dificultad social. La diferencian las horas anuales que pueden desarrollarse y en la orientación hacia mercados diferentes.
- *Empresas tuteladas*: Surgen como iniciativas de creación de empleo para personas con dificultad pero que tienden a evolucionar a empresas normales. La transición de la exclusión hacia la integración laboral plena la recorren la empresa y las personas de forma paralela.

Actualmente la presencia de enfermos mentales en este tipo de empresas es prácticamente inexistente, pero por su filosofía puede ser de enorme interés para nuestro colectivo, aunque cuentan aún con grandes dificultades, que se resumen a continuación:

- No existe un marco legislativo de apoyo a las EI, lo que supone una enorme carencia y dificultad añadida al trabajo que realizan. Los diferentes tipos de estructuras y de empresas son a efectos jurídicos inexistentes.
- Su escasez de recursos económicos imposibilita la contratación de personal cualificado.

- Es difícil mantener el equilibrio entre la actividad económica que desarrollan y el fin social que las promueve (una EI tiene que ser productiva y no debe de estar sujeta a subvenciones, pero no puede dejar que la necesidad de obtener recursos interfiera en la labor de inserción y formación que pretende llevar a cabo)
- Es difícil ofrecer bienes y servicios que superen la calidad que exige la empresa privada (al ser colectivos socialmente marginados existe el riesgo de conformarse con unos niveles de calidad que no son suficientes en un medio competitivo)
- Habría que buscar nuevos mercados, diversificando sus productos o servicios dentro de una misma empresa y del sector de EEI en general, puesto que el abanico de actividades donde se mueven es reducido.
- Cuentan con una falta de apoyo y recursos para desarrollar una formación específica adaptada.
- Las EEI tienen un carácter temporal para los trabajadores. Sin embargo, la falta de una ley de apoyo las está convirtiendo en empresas de permanencia (se ven obligadas a mantener a los mismos trabajadores sin poder dar paso a otras personas).

13.4. EL MODELO DE EMPLEO CON APOYO

El "Empleo con Apoyo" surge para dar respuesta precisamente a las personas con discapacidades moderadas y severas que no podrán percibir nunca un salario en un entorno laboral ordinario sin la existencia de un apoyo continuado.

En Estados Unidos, país donde nació el empleo con apoyo, se ha llegado a definir este concepto y a operativizar lo que debe ser un programa de estas características (Danley, 1993):

- Un trabajo competitivo y real en un contexto laboral ordinario e integrado.
- Un trabajo a tiempo completo o al menos 20 horas semanales a tiempo parcial.
- Con salarios equiparables al resto de los trabajadores no discapacitados.
- El lugar de trabajo ha de ser integrado, esto es, la mayoría de los compañeros de trabajo no presentan discapacidades y los individuos con discapacidades no constituyen un grupo aparte.
- Se debe organizar un conjunto de apoyos flexibles, individualizados y continuados tanto con la persona discapacitada como con el entorno laboral.

De todos los modelos de empleo con apoyo que existen –empleo competitivo con apoyo, grupos de trabajos móviles, enclaves y pequeños negocios, entre otros–, optamos por el primero, por ser el más integrador y por tener varias ventajas con respecto a los demás, que a continuación especificamos:

En el Empleo competitivo con apoyo, denominado por algunos autores trabajo individual, un profesional cualificado, el preparador laboral, realiza un entrenamiento en el propio lugar de trabajo y el usuario percibe desde el primer día el salario por parte del empresario. Se realizan evaluaciones con una periodicidad diaria o semanal.

Una vez que el individuo aprende la tarea, el preparador laboral va disminuyendo gradualmente el tiempo de apoyo. En muchos casos, los compañeros de trabajo o los

jefes de departamento pasan a asumir estas funciones, prestando su apoyo al trabajador en situaciones puntuales.

Este modelo tiene unos beneficios económicos altos para la sociedad en cuanto que la persona con discapacidad entra a formar parte del sistema productivo y realiza una contribución al producto interior bruto similar a la de cualquier persona sin discapacidad. Como contrapartida, los costes económicos para la sociedad son limitados especialmente a largo plazo, a pesar de la *ratio* preparador laboral/usuario –un profesional para cada cliente.

Otra ventaja importante es el margen de beneficios para el empresario, que es equivalente al del resto de los compañeros desde el primer momento que se empieza a realizar el entrenamiento, puesto que la productividad está garantizada por el preparador laboral. A esto hay que añadir las exenciones fiscales previstas por la ley para determinados tipos de contratos.

Respecto al usuario del programa, percibe el salario mínimo interprofesional o un salario parecido al del resto de los trabajadores de la misma categoría, lo cual es un elemento normalizador importante.

METODOLOGÍA Y FASES DE UN PROGRAMA DE E.P.

El Empleo con Apoyo “constituye un proceso de inserción laboral que pasa por diferentes fases, durante las cuales se realizan actuaciones sociales, se aplican procedimientos de enseñanza y tecnología del análisis conductual aplicado, se utilizan instrumentos de registro apropiados, etc. de tal manera que el equipo técnico pueda apoyar acertadamente a cada sujeto según sus necesidades, y garantizar así el éxito en su integración laboral y social” (Bellver, 1993).

Las fases del proceso son:

- Búsqueda de empleo
- Análisis del puesto de trabajo
- Estudio y valoración de candidatos
- Selección y colocación del individuo
- Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo
- Seguimiento y valoración global del proceso

1ª FASE: Estudio y Valoración de Candidatos:

Es importante conocer, en esta fase, cuáles son los resultados que se esperan obtener a través del empleo, ya que no todas las personas trabajan por las mismas razones. Posibles metas de obtener y mantener un empleo pueden ser: desarrollar relaciones, ganar dinero o incrementar la autoestima.

Como dicen Menchetti y Rusch (1988), el proceso de valoración de los candidatos debe orientarse hacia la medida de aquellas variables que aporten información sobre

las necesidades específicas de entrenamiento de las personas con discapacidad, de tal manera que se pueda elaborar un plan individual de preparación para el empleo, en el que figurarán todas aquellas habilidades que el individuo debe mejorar y aprender, para poder adaptarse con éxito al mundo laboral.

En esta fase, por tanto, estarán evaluados todos los aspectos psicosociales que pueden potenciar o dificultar la integración laboral (conciencia de enfermedad y síntomas, estrategias de afrontamiento, autonomía personal, red social, etc.), así como las habilidades de ajuste laboral.

En líneas generales, el candidato al programa de empleo con apoyo, responderá al siguiente perfil:

- Que quiera ir a trabajar a una empresa del mercado ordinario y que acepte este modelo de integración laboral. Puede darse el caso de que el usuario no desee tener a una persona permanentemente a su lado en el trabajo.
- Psicopatológicamente compensado y sin problemas de conducta.
- Con un grado de autonomía personal aceptable.
- Con una familia que haya demostrado una actitud colaboradora, que esté interesada en la integración laboral de su familiar y que acepte este modelo.
- Usuarios que, teniendo unas habilidades de ajuste laboral aceptables, no son capaces de generalizar los aprendizajes obtenidos en los talleres múltiples a otros ambientes, bien por problemas de relación social o bien por dificultades en la secuencialización y el encadenamiento de tareas.
- Personas con una historia laboral de fracasos por problemas de habilidades sociales en ambiente laboral.
- Personas que han fracasado en cursos de formación no reglada bien por dificultades cognitivas o bien por aislamiento social.
- Usuarios sin historia laboral previa y que, por sus múltiples dificultades no es previsible su inserción en la empresa laboral ordinaria.
- Se priorizará a aquellos que posean la calificación de minusvalía, por los beneficios fiscales que supone para el empresario, y a los que no perciban ningún tipo de prestación económica sobre los que sí la perciben.
- Otro aspecto importante será garantizar que el S.S.M. de referencia del usuario responde eficazmente ante la posible aparición de descompensaciones.

2ª FASE: Búsqueda de Empleo:

En esta fase hay que tener previstos algunos aspectos organizativos que afectan a un programa de Empleo con Apoyo, como, por ejemplo, la difusión del programa en la comunidad.

Paralelamente, se realiza la prospección del mercado laboral local y regional, que es lo más específico de esta fase. Para ello nos servimos de las siguientes fuentes de información:

- A. Ofertas del INEM
- B. Cámaras de Comercio

-
- C. Asociaciones Empresariales
 - D. Páginas amarillas
 - E. Prensa Especializada

Se reúne información sobre las empresas que se han de visitar, procurando elegir aquéllas que se encuentren en un buen momento productivo, que tengan en su plantilla trabajadores con minusvalía y que hayan demostrado tener un talante integrador.

El factor determinante para la contratación de personal nuevo es que la empresa necesite mano de obra. Otros factores importantes en la decisión del empresario son:

- El participar en un programa atractivo y bien estructurado.
- El apoyo que da el preparador laboral dentro de la empresa.
- El dar la oportunidad a una persona de poder trabajar, por primera vez en su vida.
- Los incentivos en forma de bonificaciones o deducciones fiscales a que dan derecho algunos tipos de contratos laborales.
- El talante de empresa moderna solidaria y colaboradora.
- El poder aumentar su influyente imagen en la sociedad.

Una vez que se ha concertado la entrevista y según se desarrolla la misma, se presentan al empresario de una manera atractiva y positiva los servicios que le ofrece el programa:

- Selección adecuada del trabajador según los requisitos del puesto.
- Instrucción sistemática y entrenamiento del trabajador en el mismo puesto de trabajo, mediante la figura de un nuevo profesional, el preparador laboral.
- Consecución de los estándares de producción de la empresa.
- Técnicas de supervisión.
- Entrenamiento y técnicas para la modificación de la conducta, cuando sea necesario.
- Pautas de interacción social para los compañeros de trabajo y supervisores.
- Seguimiento a largo plazo.

También es muy importante la imagen del programa que percibe el empresario. Por ello, es importante utilizar técnicas de auténtico *marketing*: un tríptico publicitario, tarjetas, resúmenes del Programa, impresos sobre las características de los contratos laborales más ventajosos, una carta de presentación de los responsables y/o patrocinadores del programa y en general cualquier otra fórmula que invite a la colaboración empresarial en esta iniciativa.

Hay que mantener alta la motivación del empresario, por lo cual se suele agradecer con una carta personal cada vez que una empresa ofrece un nuevo puesto de trabajo; y periódicamente se hace un reconocimiento público en la prensa local y en programas de radio, mencionando todas las empresas que colaboren en el programa.

3ª FASE: Análisis del puesto de trabajo:

Una vez que el empresario nos ha informado de que tiene un puesto vacante y puede ser ocupado por uno de nuestros usuarios, se realiza el análisis inicial de las tareas y habilidades que implica este puesto concreto, y también del ritmo de producción que exige. Hay que observar la ubicación del puesto dentro de la empresa, su encuadre y las condiciones de la producción.

Es muy importante que el puesto ofrezca oportunidades del intercambio social, que no sea un puesto aislado. Habrá que comprobar siempre las habilidades de comunicación y relación personal que requiere el nuevo empleo.

Este análisis de las tareas del puesto hay que realizarlo en diferentes momentos de la jornada laboral, principalmente, si el trabajo en cuestión tiene horas punta en que se requiere más rapidez. El análisis de las tareas lo realiza el preparador laboral, ya que este profesional es el encargado de instruir, estimular y apoyar dentro de la empresa, en definitiva, quien tiene la misión de guiar todo el proceso de inserción laboral del trabajador.

Lo ideal es tener valorados bastantes usuarios, antes de que aparezca un puesto nuevo. Es conveniente, pues, formar una lista de espera de candidatos.

4ª FASE: Selección y colocación del individuo:

Cuando un empresario oferte un puesto de trabajo, se procede a seleccionar un/una usuario/a de entre los que hay previamente valorados en una lista de espera. Se comparan los perfiles de al menos tres candidatos con el perfil del puesto ofertado, fijándose fundamentalmente en las características que desde el punto de vista del empresario son requisitos imprescindibles para acceder y mantenerse en ese empleo.

Después de cotejar ambos perfiles, se elige al individuo que reúne más requisitos exigidos por el puesto, es decir, el que, aún con sus limitaciones, presenta mejores aptitudes para adaptarse con éxito a ese puesto de trabajo.

5ª FASE: Adaptación y entrenamiento en el puesto de trabajo:

El preparador laboral es el profesional que analiza y controla todas aquellas variables que contribuyen a la adaptación del sujeto al puesto de trabajo, así como al mantenimiento del mismo, asegurando en todo momento rendimiento y una calidad óptimos.

Las funciones que realiza son:

- Desarrollo de estrategias de aprendizaje: aprendizaje por imitación, técnicas de autoinstrucción, etc.
- Un entrenamiento "in situ" de las habilidades complementarias, sobre todo de índole social, que contribuirán al mantenimiento del puesto de trabajo.

-
- Potenciar la interacción social del trabajador integrado en la empresa con los otros trabajadores de la misma. Ello abarca las horas de trabajo y de descanso, y hace referencia, principalmente, a la adquisición de habilidades que producirán un mejor aprovechamiento de su tiempo libre, y una multiplicación de sus oportunidades de experiencia social.
 - El preparador laboral se va retirando gradualmente del escenario del puesto de trabajo. Esta retirada progresiva es muy importante y deberá hacerse de manera programada.

6ª FASE: Seguimiento y valoración global del proceso:

El preparador laboral debe realizar los pasos adecuados para que el proceso de integración en el sistema regular de trabajo siga adelante, pasos que pueden concretarse en los siguientes:

- a) Evaluación del rendimiento y calidad del trabajo: hace referencia explícitamente a la tasa de producción, a la regularidad en el trabajo, y a los informes de progreso.
- b) Reducción progresiva de la cantidad e intensidad del apoyo. Esta disminución del apoyo quedará reflejada en la "hoja de registro del tiempo de intervención del preparador laboral".
- c) Implicar a la familia: información sobre el proceso de integración de su familiar, su evolución, y sobre otros aspectos puntuales, como contratos, incidentes, etc
- d) Establecer un seguimiento a largo plazo: corregir posibles desajustes, mantener el contacto semanal con la empresa –cuando menos telefónico–, enseñar nuevas habilidades, cada vez que la empresa o la situación sugieren que es conveniente que el trabajador aprenda nuevas tareas, etc.

Anexos

ÍNDICE DE ANEXOS

	<u>Página</u>
• Anexo 1: Cuestionario de motivación para el trabajo para personas con enfermedad mental crónica.....	167
• Anexo 2: Inventario de preferencias profesionales.....	173
• Anexo 3: Listado de ítems de intereses vocacionales.....	177
• Anexo 4: Cuestionario sobre conocimiento del mercado laboral.....	179
• Anexo 5: Listado de Ítems de acercamientos laborales.....	181
• Anexo 6: Evaluación y planificación de la intervención en rehabilitación laboral.....	183
• Anexo 7: Hoja de registro de hábitos básicos de trabajo.....	191
• Anexo 8: Hoja de registro de habilidades sociales en ambiente laboral....	197
• Anexo 9: Entrenamiento en asertividad laboral: definición de los ítems y criterios de evaluación.....	201
• Anexo 10: Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo. Registros e instrumentos de evaluación.....	207
• Anexo 11: Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo. Evaluación del role-play de entrevistas de trabajo.....	213
• Anexo 12: Registro de los coloquios de información social y laboral.....	215
• Anexo 13: Listado de bolsas de empleo.....	219

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO PARA
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

Cuestionario elaborado por Colis, Coy, Galilea, López, Pascual,
(1996)

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

— ¿A que tipo de trabajo cree usted que puede acceder? Y ¿Qué condiciones laborales exigiría para aceptarlo (horario, turnos, salario, etc.)?

— ¿Qué es para usted trabajar?

— De las frases y expresiones que va a leer a continuación, indique por favor, si, según su opinión, son verdaderas (V) o falsas (F), poniendo un círculo alrededor de la opción que usted crea correcta.

- | | |
|---|-----|
| 1. Cuando trabajo me siento mejor. | V/F |
| 2. Prefiero que mis compañeros de trabajo desconozcan que estoy en tratamiento. | V/F |
| 3. La gente no me entiende. | V/F |
| 4. Fuera de casa me siento vulnerable. | V/F |
| 5. Trabajar con los demás me supone un esfuerzo. | V/F |
| 6. Cuando trabajo aprendo cosas. | V/F |
| 7. Me siento incapaz de trabajar. | V/F |
| 8. Disfruto de gran parte del dinero que gano. | V/F |
| 9. Ganar dinero me da independencia. | V/F |
| 10. Es preferible una pensión segura a un posible trabajo. | V/F |

-
11. Mi familia me ayuda a buscar trabajo. V/F
 12. Mi familia cree que puedo desempeñar un trabajo adecuadamente. V/F
 13. La vida en casa se complica cuando trabajo. V/F
 14. Trabajar me impide hacer otras cosas que me gustaría. V/F
 15. No volvería a desempeñar trabajos similares a otros donde tuve problemas. V/F
 16. Preferiría trabajar en sitios especiales para gente como yo. V/F
 17. Tengo dudas sobre si podré mantener un trabajo durante mucho tiempo. V/F
 18. Me da miedo alejarme mucho de casa. V/F
 19. Coger muchos transportes es demasiado complicado. V/F
 20. Si me alejo mucho de casa me siento desprotegido. V/F
 21. No me gusta obedecer. V/F
 22. Me molesta que critiquen mi trabajo. V/F
 23. Necesito que los demás reconozcan mi trabajo. V/F
 24. Me cuesta relacionarme con mis compañeros. V/F
 25. Los cambios en las condiciones de trabajo me ponen nervioso. V/F
 26. Los demás no se preocupan de llevarse bien conmigo. V/F
 27. Es fundamental que mi jefe tenga en cuenta mi enfermedad. V/F
 28. Trabajar tiene más ventajas que inconvenientes. V/F
 29. Por lo que me han contado, cuando trabajas te encuentras con demasiados problemas. V/F
 30. Preferiría que me ofreciesen otros recursos (mini-residencia, pensiones económicas, centro ocupacional,...) a trabajar. V/F
 31. Es probable que tenga problemas con la puntualidad. V/F
 32. Arreglarme para ir a trabajar requiere demasiado esfuerzo. V/F
 33. Es probable que tenga problemas con la puntualidad. V/F
 34. Mi enfermedad me impide acceder a un buen trabajo. V/F
 35. Me angustia la idea de tener que buscar trabajo. V/F

36. Si no encuentro trabajo pronto, es mejor que lo deje. V/F

37. Me molesta reconocer que estoy sin trabajo. V/F

— Dejaría el trabajo por:

1. Porque me miren mal. V/F

2. Falta de materiales. V/F

3. Discutir con un compañero. V/F

4. Tener un salario bajo. V/F

5. Tener un jefe que no me caiga bien. V/F

6. Porque me cambien de turno V/F.

7. Porque me aburra. V/F

8. Sentirme cansado/a. V/F

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

FACTORES:

1. SATISFACCIÓN LABORAL

Puntuación máxima: 9

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	11,1 %
2	22,2 %
3	33,3 %
4	44,4 %
5	55,5 %
6	66,6 %
7	77,7 %
8	88,8 %
9	100 %

2. INTEGRACIÓN AL ENTORNO LABORAL

Puntuación máxima: 6

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	16,6 %
2	33,3 %
3	50 %
4	66,6 %
5	83,3 %
6	100 %

3. ACEPTACIÓN SOCIAL

Puntuación máxima: 2

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	50 %
2	100 %

4. DESEMPEÑO SOCIAL

Puntuación máxima: 4

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	25 %
2	50 %
3	75 %
4	100 %

5. HABILIDADES LABORALES

Puntuación máxima: 5

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

6. AUTOESTIMA

Puntuación máxima: 2

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	50 %
2	100 %

7. PERCEPCIÓN APOYO FAMILIAR

Puntuación máxima: 3

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	33,3 %
2	66,6 %
3	100 %

8. ASERTIVIDAD LABORAL

Puntuación máxima: 6

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	16,6 %
2	33,3 %
3	50 %
4	66,6 %
5	83,3 %
6	100 %

PUNTUACIÓN TOTAL

<i>Puntuación directa</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0 %
1	2,7%
2	5,4%
3	8,1%
4	10,8 %
5	13,5 %
6	16,2%
7	18,9 %
8	21,6 %
9	24,3 %
10	27 %
11	29,7 %
12	32,4%
13	35,1%
14	37,8 %
15	40,5%
16	43,2 %
17	45,9%
18	48,6 %
19	51,3%
20	54 %
21	56,7%
22	59,4%
23	62,1%
24	64,8%
25	67,5%
26	70,2%
27	72,9%
28	75,6%
29	78,3%
30	81,1%
31	83,7%
32	86,4%
33	89,1%
34	91,8%
35	94,5%
36	97,2%
37	100 %

HOJA DE RESPUESTAS:

<i>V/F</i>	<i>ÍTEM</i>
V	1
V	2
F	3
F	4
F	5
V	6
F	7
V	8
V	9
F	10
V	11
V	12
F	13
F	14
F	15
F	16
F	17
F	18
F	19
F	20
F	21
F	22
V	23
F	24
F	25
F	26
F	27
V	28
F	29
F	30
V	31
F	32
F	33
F	34
F	35
F	36
V	37

FACTORES DEL CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN

- Satisfacción laboral: 1, 6, 8, 9, 10, 14, 28, 29 y 30.
- Integración al entorno laboral: 2, 5, 16, 24, 25 y 27.
- Aceptación social: 3 y 26.
- Desempeño social: 4, 18, 19 y 20.
- Habilidades laborales: 21, 32, 33, 35 y 36.
- Autoestima: 7 y 34.
- Percepción del apoyo familiar: 11, 12 y 13.
- Asertividad Laboral: 15, 17, 22, 23, 31 y 37.

ANEXO 2 INVENTARIO DE PREFERENCIAS PROFESIONALES

Instrumento elaborado por Galilea, V., Pagola, R. (2001)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Indique con una cruz en qué empleos puede o podría trabajar (más de 6 meses), a corto y / o medio plazo, teniendo en cuenta sus capacidades y preferencias.

<i>PREFERENCIAS: ÁREAS DE TRABAJO</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
1. Trabajar en una frutería: colocando, reponiendo, pesando y vendiendo fruta		
2. En la venta de mercancías, recibir el dinero que entreguen los clientes y devolver el cambio utilizando máquinas registradoras y entregando factura de la compra realizada		
3. Formar parte de una cadena de montaje en una fábrica		
4. Trabajar en una pescadería: colocando, limpiando y vendiendo pescado		
5. Aplicar masajes con fines terapéuticos, cosméticos y/o deportivos		
6. Preparar y tratar la madera para obtener muebles, así como repararlos		
7. Diseñar y confeccionar prendas de vestir		
8. Limpiar los cristales de los edificios		
9. Trabajar como fotógrafo profesional		
10. Tener a mi cargo la recepción y atención de llamadas telefónicas		
11. Trabajar en la reparación mecánica, eléctrica, electrónica e hidráulica de los vehículos		
12. Crear y realizar dibujos acompañándolos con frases. Realizar ilustraciones para libros		
13. Cortar y confeccionar cortinas, visillos, cojines y colchas. Cubrir, forrar (tapizar) y montar muebles		
14. Atención general en los domicilios de las personas mayores (limpieza, alimentación, higiene,...)		
15. Instalar y reparar equipos eléctricos		
16. Maquillar, hacer la manicura, pedicura... y aplicar tratamientos de belleza		
17. Utilizar la red Internet (navegador, correo electrónico y transferencia de ficheros, diseño y creación de páginas Web)		
18. Realizar tareas de limpieza en domicilios particulares		

<i>PREFERENCIAS: ÁREAS DE TRABAJO</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
19. Hacer y arreglar instalaciones de agua, grifos, cañerías, calentadores, etc.		
20. Convertir pliegos impresos en revistas, libros o folletos en varias páginas, utilizando la maquinaria necesaria		
21. Construir edificios y obras colocando ladrillos, puertas, cañerías, suelos, azulejos, etc.		
22. Organizar y controlar la recepción, almacenamiento y salida de mercancías		
23. Recibir a los clientes y proporcionarles la información necesaria		
24. Limpiar edificios usando maquinaria especializada (enceradora, aspiradora, etc.)		
25. Cuidar animales (vacas, caballos, gallinas, etc.)		
26. Ordenar, clasificar y archivar documentos y libros		
27. Lavar cabezas, secar, tinter, permanentar, cortar y peinar el cabello		
28. Pintar las paredes, puertas, marcos, techos, etc. de los edificios		
29. Arreglar y fabricar calzado, cinturones, bolsos, etc.		
30. Cuidar, vigilar, limpiar y realizar labores de mantenimiento en un establecimiento o edificio		
31. Organizar y explotar una finca agrícola para obtener productos de la tierra y venderlos		
32. Trabajar en una carnicería: cortando, pesando y vendiendo carne		
33. Hacer cerraduras y otros instrumentos de hierro		
34. En un establecimiento, atender al público, ordenar los artículos y realizar gestiones de cobro y limpieza		
35. Identificar, reproducir, cultivar y proteger las plantas		
36. Trabajar como charcutero / a colocando, cortando y vendiendo embutidos		
37. Trabajar como basurero		
38. Atender al cliente y servir comida y bebida en la barra y/o en la mesa		
39. Tratar de forma informatizada la documentación, realizar funciones de archivo, correspondencia y contabilidad		
40. Criar ganado para aprovechar su carne, lana, leche u otros productos		
41. Clasificar y distribuir el correo y / o la publicidad comercial		
42. Trabajar como artesano / a o ceramista		
43. Elaborar platos básicos. Limpiar y fregar la vajilla		
44. Trabajar como planchador / a en una lavandería industrial		
45. Introducir datos alfabéticos y numéricos en el ordenador a 300 pulsaciones por minuto		

<i>PREFERENCIAS: ÁREAS DE TRABAJO</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
46. Trabajar como auxiliar en los comedores en los colegios		
47. Elaborar distintos tipos de masas, cremas y helados; decorar tartas, pasteles y otros productos		
48. Atender la demanda de servicios y productos en una farmacia		
49. Cultivar hortalizas para comercializar sus productos		
50. Trabajar como celador en un hospital		
51. Realizar fotocopias, transparencias, ampliaciones, reducciones, etc.		
52. Trabajar como mozo de mudanzas. Hacer tareas de carga y descarga		
53. Llevar a cabo tareas de limpieza, lavandería y servicio de habitaciones en un hotel		
54. Llevar a cabo labores de manipulado, embalaje, ensobrado y empaquetado de objetos, alimentos...		
55. Montar o instalar muebles de cocina		
56. Instalar y reparar equipos informáticos		
57. Trabajar en una floristería: realizando ramos y vendiendo plantas		
58. Instalar y reparar equipos de aire acondicionado		
59. Crear programas informáticos		
60. Trabajar en un kiosco de prensa		
61. Instalar y reparar equipos electrónicos		

- Rodee con un círculo aquellos empleos en los que cree que puede o podría trabajar pero *necesitaría formación* para desempeñarlos.

- Además, indique los tres empleos que prefiera desempeñar:

1º.-

2º.-

3º.-

-
- ¿Existe algún empleo en el que estaría interesado, que no venga aquí indicado?

1. _____

2. _____

3. _____

ANEXO 3

LISTADO DE ÍTEMS DE INTERESES VOCACIONALES.

Instrumento elaborado por Galilea, V. (2000)

1. ¿Quiere trabajar? Indique los motivos.
2. Describa las ventajas e inconvenientes de trabajar.
3. ¿Qué tipo de trabajo cree que podría realizar en este momento?
4. ¿Qué horario estaría dispuesto a realizar?
5. ¿Cómo cree que sería su relación con jefes y compañeros?
6. ¿Qué haría si su jefe le felicita por su trabajo?
7. ¿Y si le critica sin razón alguna?
8. ¿Y si le critica con motivos?
9. ¿Y si le exige más de lo que es su trabajo?
10. ¿Qué haría si no consigue encontrar empleo?
11. ¿Por qué motivos abandonaría un trabajo?
12. ¿Qué diría su familia cuando encuentre un empleo?
13. ¿Qué diría su familia si lo pierde?
14. ¿Cree que tiene suficiente formación académica?
15. ¿Estaría dispuesto a estudiar? Indique qué tipo de estudios.
16. Describa sus habilidades laborales.
17. Describa sus preferencias laborales.
18. ¿En qué lugar de sus intereses actuales sitúa el acceso a un empleo?
19. Prefiere el trabajo en grupo o individual.
20. ¿Qué trabajo no aceptaría nunca? Por qué.
21. ¿Hace cuánto tiempo que no trabaja.
22. ¿Cuántas veces ha intentado encontrar empleo en el último año? Indique los métodos utilizados.

-
23. ¿Sabe elaborar su C.V.?
 24. ¿Dónde iría a solicitar empleo?
 25. ¿Cómo acudiría a una entrevista laboral?
 26. ¿Cuáles cree que son los trabajos más valorados del mercado, y los menos valorados? Indique las razones.
 27. ¿Está inscrito en la oficina de empleo? Qué tipo de trabajos demanda.
 28. Cobra alguna prestación económica. Indique el motivo, la duración y la cuantía.
 29. ¿Ha tenido problemas a lo largo de su historia laboral? ¿De qué tipo?
 30. ¿Estaría dispuesto a trabajar en un empleo por debajo de sus expectativas?
 31. ¿A qué dedica su tiempo de ocio?
 32. Describa lo que hace un día cualquiera.

ANEXO 4 CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DEL MERCADO LABORAL

Instrumento elaborado por Galilea, V. (2000)

1. Qué significa el término *convenio colectivo*.
2. Qué supone una *baja laboral*.
3. Cuál es el *salario mínimo* interprofesional.
4. Qué es el *subsidio de desempleo*. Por qué motivos se puede cobrar.
5. Qué es la *seguridad social*.
6. Qué es un *currículum vitae*.
7. Qué es un *certificado de vida laboral*.
8. En qué consiste el *empleo protegido*.
9. Sabe qué es una *empresa de trabajo temporal* (E.T.T.).
10. Qué *deberes y derechos* tiene un trabajador.
11. Qué es una *nómina*.
12. Conoce el término de *economía sumergida*.
13. Qué significa ser un trabajador *autónomo*.
14. Qué tipos de *contrato* conoce.
15. Qué es un *Centro Especial de Empleo*.
16. Para qué sirve un *certificado de minusvalía*.
17. Por qué motivos pueden *despedir* a un trabajador.
18. Conoce el *empleo con apoyo*.
19. Sabe qué son las *empresas de inserción*.
20. Para qué sirve el *INEM*.
21. Qué son las *Escuelas Taller o Casas de Oficios*.
22. Qué diferencias hay entre *empleo ordinario y protegido*.
23. En qué consiste el *periodo de prueba* en un empleo.

ANEXO 5

LISTADO DE ÍTEMS DE ACERCAMIENTOS LABORALES

Instrumento elaborado por Galilea, V., Colis, J. (2000)

1. Qué tipo de empleo está buscando. Describa el puesto, incluyendo las tareas que quiere realizar, así como el horario, salario y ubicación preferida.
2. Hace cuánto tiempo que busca empleo.
3. Dónde se dirige para buscarlo.
4. Cuántas veces a la semana busca empleo. Cuánto tiempo invierte en buscar empleo al día, a la semana, y al cabo del mes.
5. Tiene actualizado su C.V. Qué datos relevantes figuran en su C.V.
6. A qué empresas ha enviado recientemente su C.V.
7. Sabe su familia que está buscando empleo. Qué opinan. De que forma le apoyan.
8. Saben sus amigos que está buscando empleo. Qué opinan. De qué forma le apoyan.
9. Está inscrito en el INEM. Cuál es su demanda de empleo.
10. Está inscrito en alguna bolsa de empleo. Indique cuáles son.
11. Con qué frecuencia acude al INEM. Qué tipo de gestiones realiza. Tiene alguna dificultad en alguna de ellas.
12. Ha acudido en los últimos seis meses a alguna empresa de trabajo temporal. Con qué resultados.
13. Acude a antiguos jefes y compañeros para buscar empleo. Cómo lo hace. Qué respuesta ha obtenido de ellos.
14. Ha acudido a alguna entrevista de trabajo en los últimos seis meses. Cómo la consiguió; cuál fue el resultado. Qué dificultades encontró.
15. Si en una entrevista de trabajo le piden que se defina como trabajador, ¿qué diría?
16. Cuál fue su último empleo. Indique la fecha, duración, funciones y nivel de satisfacción. ¿Cuál fue el motivo de finalización del empleo?

ANEXO 6
EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
EN REHABILITACIÓN LABORAL

Instrumento elaborado por Lavado, A., y Galilea, V. (1999)

INFORME DE EVALUACIÓN

— NOMBRE USUARIO: _____

— SERVICIO DE SALUD MENTAL: _____

— FECHA DE ENTRADA: _____

— EDAD: _____

— HISTORIA FORMATIVA:

— CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD:

— GRADUADO ESCOLAR:

— B.U.P.: (Curso: _____).

— C.O.U.: SELECTIVIDAD:

— DIPLOMATURA: _____

— LICENCIATURA _____

— OTROS TERMINADOS: _____

— OTROS ABANDONADOS: _____

— RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE:

GRAMÁTICA: 1 2 3 4 5 6 7

ORTOGRAFÍA: 1 2 3 4 5 6 7

CÁLCULO: 1 2 3 4 5 6 7

Totalmente Inadecuado

Totalmente Adecuado

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA?

SÍ ■

NO ■

— **HISTORIA LABORAL:** SÍ NO

Trabajo

Duración

Motivo de
finalización

Trabajo	Duración	Motivo de finalización
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

— **DEMANDA I.N.E.M.:** SÍ NO

— **TIPO DE DEMANDA:** _____

— **ANTIGÜEDAD:** _____

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA?

SÍ ■

NO ■

— **MOTIVACIÓN LABORAL:**

— **CUESTIONARIO MOTIVACIÓN (Resultados por factores):**

— **SATISFACCIÓN LABORAL** _____ %

— **INTEGRACIÓN AL ENTORNO LABORAL:** _____ %

— **ACEPTACIÓN SOCIAL:** _____ %

— **DESEMPEÑO SOCIAL:** _____ %

— **HABILIDADES LABORALES:** _____ %

— **AUTOESTIMA:** _____ %

— **PERCEPCIÓN APOYO FAMILIAR:** _____ %

— **ASERTIVIDAD LABORAL:** _____ %

— **TOTAL** _____ %

— **¿EL USUARIO BUSCA TRABAJO?** SÍ NO

— **Nº ACERCAMIENTOS LABORALES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:** _____

— **MOTIVACIÓN OBSERVADA:** 1 2 3 4 5 6 7
Totalmente inadecuada *Totalmente adecuada*

- Información obtenida de: Entrevista Cuestionario de acercamientos laborales
 Talleres Cuestionario de motivación laboral para enfermos mentales

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA? SÍ ■ NO ■

— **ORIENTACIÓN VOCACIONAL:**

— **CONOCIMIENTO DEL MERCADO LABORAL:**

1	2	3	4	5	6	7
<i>Totalmente inadecuada</i>					<i>Totalmente adecuada</i>	

— **PREFERENCIAS EXPRESADAS:** _____

- Información obtenida de: I.P.P. ENTREVISTA
 CUEST. MERCADO LABORAL
 CUEST. INTERESES VOCACIONALES

— **EXPECTATIVAS (en cuanto a condiciones de trabajo: horario, salario...):**

INEXISTENTES AJUSTADAS DESAJUSTADAS

— **ORIENTACIÓN (en cuanto a áreas laborales):**

INEXISTENTE ADECUADA INADECUADA

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA? SÍ ■ NO ■

— TÉCNICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO:

HABILIDAD PARA:	<i>Totalmente inadecuada</i>				<i>Totalmente adecuada</i>		
	1	2	3	4	5	6	7

— CUMPLIMENTAR INSTANCIAS:

— REDACTAR CARTAS DE PRESENTACIÓN:

* CONTENIDO:

* PRESENTACIÓN:

— ELABORAR CURRÍCULUM VITAE:

* CONTENIDO:

* PRESENTACIÓN:

— SELECCIONAR OFERTAS DE TRABAJO:

— CONCERTAR ENTREVISTAS POR TFNO.:

— MANEJARSE EN ENTREVISTA LABORAL:

* CONTACTO VISUAL:

* AFECTO:

* VOLÚMEN, CLARIDAD DE LA VOZ, FLUIDEZ:

* COMENT. POSIT. (EXPERIENCIAS ANTERIORES):

* COMENT. POSIT. (AFICIONES Y METAS):

* PREGUNTAS DIRIGIDAS AL ENTREVISTADOR:

* COMENTARIOS DE INTERÉS POR EL TRABAJO:

* CONDUCTAS INADECUADAS:

— VERBALES: NO Sí Especificar:

Conducta

Frecuencia

	<i>Inapro- piada</i>	<i>Mejora- ble</i>	<i>Buena</i>	<i>Exce- lente</i>
— REACCIÓN AL TRABAJO REPETITIVO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CALIDAD DEL TRABAJO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— COMPRENSIÓN Y SEGUIM. INSTRUCCIONES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— MEMORIA PARA LAS INSTRUCCIONES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— RELACIÓN CON EL SUPERVISOR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— COOPERACIÓN CON EL SUPERVISOR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— INDEPENDENCIA DEL SUPERVISOR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— TOLERANCIA A CRÍTICAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— ACEPTACIÓN DE VALORACIONES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— ADAPTACIÓN AL CENTRO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— INICIATIVA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD DE AFRONTAR PROBLEMAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA?

SÍ ■

NO ■

B) HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL:

	<i>Inapro- piada</i>	<i>Mejora- ble</i>	<i>Buena</i>	<i>Exce- lente</i>
— PAPEL EN EL GRUPO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— INTERACCIÓN CON COMPAÑEROS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD INICIAR CONVERSAC.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD MANTENER CONVERS.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD SOLICITAR AYUDA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD OFRECER AYUDA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD EXPRESAR CRÍTICAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— CAPACIDAD HACER VALORACIONES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— ADMINISTRACIÓN TIEMPO DE OCIO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— HABILIDAD TRABAJAR CON OTROS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— NIVEL DE COMUNICACIÓN:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— ASERTIVIDAD LABORAL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA?

SÍ ■

NO ■

— DIFICULTADES / ÁREAS PROBLEMA:

- RECHAZO A FORMACIÓN:
- RECHAZO A EMPLEO ORDINARIO:
- ESCASA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:
- DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA:
- NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:
- INCAPACIDAD EN TRÁMITE:
- RECHAZO AL CERTIFICADO DE MINUSVALÍA:
- LA FAMILIA RECHAZA EL TRABAJO:
- OTROS (Especificar):

¿INTERVENIR EN ESTA ÁREA?

SÍ

NO

ANEXO 7
HOJA DE REGISTRO DE HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO

Instrumento elaborado por Colis, J., y Galilea, V. (1991)

Nombre:

Apellidos:

Nº Historia:

Profesional:

Fecha:

Hábitos básicos de trabajo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Puntualidad					
Manejo de equipo y herramientas					
Cuidado del material					
Aseo y cuidado personal					
Actitud frente al trabajo					
Ritmo de ejecución					
Atención y concentración					
Organización y realización de tareas					
Reacción a los cambios de trabajo					
Calidad de trabajo					
Comprensión y seguimiento de instrucciones					
Memoria para las instrucciones					
Relación con el supervisor					
Cooperación con el supervisor					
Independencia del supervisor					
Tolerancia a críticas					
Aceptación de valoraciones					
Adaptación al centro					
Iniciativa					
Capacidad para afrontar problemas					

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE HABITOS BÁSICOS DE TRABAJO

Calificación:	1	-----	Inapropiada
	2	-----	Mejorable
	3	-----	Buena
	4	-----	Excelente

1. Asistencia

1. *No asiste casi nunca al centro rehabilitador.*
2. *Asiste raramente.*
3. *Asiste con regularidad.*
4. *Asiste siempre.*

2. Puntualidad

1. *Llega con mucho retraso sin justificación (45 min. de retraso).*
2. *Llega con retraso (20 min. de retraso).*
3. *Llega alrededor de la hora acordada.*
4. *Llega a la hora acordada.*

3. Manejo del equipo y herramientas (Destreza manual)

1. *Maneja los útiles con torpeza.*
2. *Maneja los útiles con alguna dificultad.*
3. *Maneja los útiles adecuadamente.*
4. *Maneja los útiles con habilidad.*

4. Cuidado del material

1. *No cuida el material ni se responsabiliza de él.*
2. *Muestra poca preocupación por el material.*
3. *Muestra preocupación y se responsabiliza del material.*
4. *Cuida el material con total responsabilidad.*

5. Aseo y cuidado personal

1. *Se presenta sucio y descuidado.*
2. *Su aspecto es mejorable.*
3. *Acude bien aseado.*
4. *Pone especial empeño en presentarse correctamente aseado.*

6. Actitud frente al trabajo: Motivación e interés

1. *Nunca muestra interés por los trabajos que se le asignan. Se queja constantemente y es difícil que realice una tarea a no ser que sea presionado.*
2. *Trabaja en las tareas que se le asignan pero no pone ningún entusiasmo en su realización. Requiere un mayor nivel de motivación.*
3. *Se muestra interesado por la mayoría de los trabajos, y los realiza sin necesidad de ser reforzado.*
4. *Trabaja en todas las tareas con gran interés: demanda más trabajo cuando ha finalizado el anterior.*

7. Ritmo de ejecución: Constancia, regularidad

1. *No termina el trabajo a causa de la lentitud e inconstancia.*
2. *Termina el trabajo, pero es lento e irregular en el ritmo de trabajo.*
3. *Presenta el trabajo en el tiempo establecido, siendo constante y regular.*
4. *Presenta un ritmo de trabajo excelente; realiza las tareas antes del tiempo fijado, manteniendo un ritmo de elaboración constante y regular.*

8. Atención y concentración

1. *Es extremadamente distraído. Mantiene la atención en la tarea durante muy poco tiempo.*
2. *A menudo es distraído, pero ocasionalmente mantiene la atención y se concentra en la tarea.*
3. *Presta atención y se concentra en el trabajo que está realizando.*
4. *Es capaz de mantener la atención y concentración en el trabajo, por difícil que ello resulte.*

9. Organización y realización de tareas

1. *Es muy desordenado; no sigue el orden lógico de elaboración de tareas.*
2. *Es desordenado; con frecuencia altera el orden de las secuencias. O por el contrario es excesivamente meticuloso y ello incide negativamente en su evolución.*
3. *Sigue el orden de elaboración casi siempre, alterando este orden pocas veces.*
4. *Realiza la secuencia de las tareas en su orden correcto.*

10. Reacción a los cambios de trabajo

1. *No los acepta.*
2. *Los acepta con dificultad y le cuesta adaptarse a ellos.*
3. *Parece que no le afectan.*
4. *Le gustan los cambios y se adapta a la nueva tarea perfectamente.*

11. Reacción al trabajo repetitivo

1. *Rechaza el trabajo repetitivo y se niega a realizarlo.*
2. *Prefiere el trabajo repetitivo a los cambios de tarea.*
3. *Lo realiza aunque le aburre.*
4. *Lo realiza e introduce alguna variación siempre que la tarea lo permite.*

12. Calidad de trabajo: Grado de perfeccionamiento

1. *Su trabajo no muestra calidad; no termina bien las tareas o están incompletas.*
2. *La calidad de su trabajo es mejorable; bien por precipitación o por falta de destreza, las tareas que realiza presentan escasa calidad.*
3. *La calidad de sus tareas es buena.*
4. *La calidad de sus tareas es excelente; pone especial cuidado en la realización del trabajo, atendiendo a todos los detalles del proceso de elaboración.*

13. Comprensión y seguimiento de instrucciones

1. *No puede comprender las instrucciones aunque estas se refieran a una sola tarea. Necesita una demostración previa.*
2. *Comprende las instrucciones que se refieren a una sola tarea.*
3. *Comprende instrucciones que se refieren a cinco tareas específicas dentro de un mismo trabajo.*
4. *Comprende instrucciones que se refieren a más de cinco tareas dentro de un mismo trabajo.*

14. Memoria para las instrucciones

1. *Olvida las instrucciones inmediatamente.*
2. *Recuerda las instrucciones durante un periodo de trabajo, pero es necesario volver a dárselas al día siguiente.*
3. *Recuerda las instrucciones de un día a otro.*
4. *Recuerda las instrucciones pasados tres o más días.*

15. Relación con el supervisor

1. *Se muestra hostil, distante o excesivamente retraído con el supervisor; rechaza todo posible acercamiento.*
2. *No es del todo satisfactoria la relación (excesivo apego o dependencia, o falta de cooperación)*
3. *La relación es buena y correcta.*
4. *Se muestra cordial y coopera con el supervisor dentro de los límites del proceso de rehabilitación.*

16. Cooperación con el supervisor

1. *No responde a las peticiones e instrucciones del supervisor.*
2. *Responde a las peticiones e instrucciones del supervisor tras varios intentos.*
3. *Es cooperador con el supervisor.*
4. *Responde adecuadamente a todas las peticiones e instrucciones del supervisor.*

17. Independencia del supervisor

1. *Es incapaz de realizar las tareas sin supervisión.*
2. *Generalmente requiere ser supervisado de cerca, pero puede realizar independientemente algunas tareas.*

-
3. *Ocasionalmente necesita ser supervisado de cerca, pero por lo general trabaja independientemente.*
 4. *Rara vez necesita supervisión; se maneja solo correctamente.*

18. Tolerancia a las críticas del supervisor

1. *No acepta las críticas ni las entiende; se molesta ante ellas y continúa trabajando igual.*
2. *Se desanima cuando le critican aunque entiende el sentido de la corrección, opone resistencia.*
3. *Acepta las críticas de buen grado.*
4. *Acepta las críticas de muy buen grado, y responde a ellas positivamente.*

19. Aceptación a las valoraciones del supervisor

1. *No entiende ni responde a las valoraciones del supervisor.*
2. *Entiende las valoraciones, pero no responde a ellas.*
3. *Responde positivamente a los elogios del supervisor.*
4. *Responde positivamente a los elogios, aumentando significativamente sus progresos.*

20. Adaptación al centro: a las normas

1. *No conoce las normas y por lo tanto no sabe cuando las transgrede.*
2. *Conoce las normas pero las cumple ocasionalmente.*
3. *Conoce las normas y las cumple.*
4. *Conoce las normas y las cumple de muy buen grado.*

21. Dar prioridad a tareas: Iniciativa

1. *No muestra capacidad alguna para iniciar voluntariamente tareas; y además es reacio a posibles sugerencias sobre trabajo independiente.*
2. *Muestra escasa capacidad para iniciar tareas sin supervisión.*
3. *Prioriza tareas según su propio criterio.*
4. *Prioriza tareas con un resultado excelente.*

22. Capacidad para afrontar problemas

1. *Es incapaz de resolver los problemas laborales que surjan dentro del taller. Desconoce las estrategias, no identifica problemas, etc.*
2. *Resuelve los problemas laborales de forma inadecuada.*
3. *Los resuelve adecuadamente.*
4. *Resuelve los problemas laborales perfectamente; sopesando cual puede ser la mejor estrategia de solución.*

ANEXO 8
HOJA DE REGISTRO DE HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL

Instrumento elaborado por Colis, J., y Galilea, V. (1991)

Nombre:
Apellidos:
Nº Historia:
Profesional:
Fecha:

Habilidades sociales	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Papel en el grupo					
Interacción con compañeros					
Capacidad para iniciar conversaciones					
Capacidad para mantener conversaciones					
Capacidad para solicitar ayuda					
Capacidad para ofrecer ayuda					
Capacidad para expresar críticas					
Capacidad para expresar valoraciones					
Administración tiempo de ocio					
Habilidad para trabajar con otros					
Nivel de comunicación verbal y no verbal					

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL

Calificación:	1	-----	Inapropiada
	2	-----	Mejorable
	3	-----	Buena
	4	-----	Excelente

1. Papel en el grupo

1. *No es aceptado por el grupo (se muestra hostil, agresivo, excesivamente retraído, etc.)*
2. *Generalmente presenta problemas en el grupo: aislamiento, propicia discusiones, etc.*
3. *Se relaciona sin problemas y es aceptado por el grupo.*
4. *Es un miembro activo del grupo: iniciativa, cualidades de liderazgo, dirigente, etc.*

2. Interacción con compañeros

1. *Se relaciona muy mal con los demás. Discute y se muestra hostil la mayor parte del tiempo.*
2. *Se relaciona mal con sus compañeros; en ocasiones crea fricciones con sus compañeros.*
3. *Se relaciona bien con sus compañeros; generalmente es agradable y no crea fricciones.*
4. *Se relaciona muy bien con sus compañeros; presenta un buen repertorio conductual.*

3. Capacidad para iniciar conversaciones

1. *Desconoce las estrategias necesarias y no inicia conversaciones.*
2. *Posee las habilidades necesarias pero no suele iniciar conversaciones.*
3. *Posee las estrategias necesarias para iniciar conversaciones y lo hace regularmente.*
4. *Posee un nivel adecuado para iniciar conversaciones y lo hace con normalidad.*

4. Capacidad para mantener conversaciones

1. *No puede mantener conversaciones (discurso disperso, incoherencia, sobreinclusión, etc.)*
2. *Posee habilidades de conversación pero no suele mantener conversaciones.*
3. *Posee las habilidades necesarias y lo hace regularmente.*
4. *Posee un nivel normalizado en su conversación.*

5. Capacidad para solicitar ayuda

1. *Nunca solicita ayuda y desconoce cómo hacerlo. No reconoce cuándo necesita ayuda. Solicita ayuda sistemáticamente, mostrándose muy dependiente.*
2. *Reconoce cuándo necesita ayuda pero no la solicita espontáneamente ni con regularidad. Solicita ayuda en ocasiones sin justificación.*
3. *Solicita ayuda regularmente de forma ajustada*
4. *Solicita ayuda siempre que la necesita.*

6. Capacidad para ofrecer ayuda

1. *No ofrece ayuda aún cuando se la soliciten, pero no suele prestarla.*
3. *Ofrece ayuda regularmente. Desconoce el procedimiento para hacerlo.*
2. *Reconoce cuándo puede ofrecer ayuda*
4. *Ofrece ayuda cuando es conveniente.*

7. Capacidad para expresar críticas y sentimientos negativos

1. *No expresa críticas.*
Expresa críticas de forma sistemática y sin razonarlas suficientemente.
2. *No suele expresar críticas, y si lo hace, no es capaz de razonarlas suficientemente. Tiene tendencia a expresar críticas y sentimientos negativos.*
3. *Expresa críticas de forma adecuada y trata de justificarlas razonablemente.*
4. *Posee adecuado espíritu crítico.*

8. Capacidad para expresar valoraciones y sentimientos positivos

1. *No expresa valoraciones ni sentimientos positivos.*
Expresa valoraciones desajustadas, exageradas.
2. *No suele expresar valoraciones, y si lo hace, no es capaz de justificarlas suficientemente.*
3. *Expresa valoraciones de forma adecuada y trata de justificarlas razonablemente.*
4. *Posee adecuado espíritu crítico.*

9. Administración tiempo de ocio

1. *No aprovecha adecuadamente el tiempo de ocio y le provoca problemas.*
2. *No aprovecha su tiempo de ocio de forma adecuada.*
3. *Suele aprovechar su tiempo de ocio de forma adecuada.*
4. *Aprovecha su tiempo de ocio.*

10. Habilidad para trabajar con otros

1. *Carece de habilidad para trabajar con otros; aislamiento, ansiedad, competitividad, etc.*
2. *Carece de habilidad para trabajar con otros pero muestra interés por el trabajo en equipo.*
3. *Posee habilidad para trabajar con compañeros y normalmente lo hace sin dificultad.*
4. *Posee habilidad para trabajar con otros.*

11. Nivel de comunicación: respuestas verbales y no verbales.

1. *Muestra un bajo nivel de comunicación verbal y no verbal.*
2. *Posee cierto nivel de comunicación verbal que no emplea adecuadamente.*
Predomina la comunicación no verbal (gestual, contacto ocular, etc.)
3. *Posee un adecuado nivel de comunicación verbal. En ocasiones disminuye esa capacidad.*
4. *Posee un correcto nivel de comunicación.*

ANEXO 9

ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD LABORAL DEFINICIÓN DE LOS ÍTEMS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Instrumento elaborado por Lavado, A., y Fernández, O. (1996)

Cada uno de los ítems se evalúa mediante una escala tipo Lickert (de 0-10) siguiendo los criterios que se presentan a continuación:

A. CONDUCTAS NO-VERBALES

1. Contacto visual: Porcentaje del tiempo en que, durante una interacción social, uno mira a los ojos de su interlocutor.

Criterio de Evaluación:

0 = Ausencia total de contacto visual (0%).

1-4 = Rara vez mira a los ojos de su interlocutor y durante muy breves periodos de tiempo.

5 = Alternancia entre mirar a los ojos del interlocutor, y a otros puntos del campo visual.

6-9 = Rara vez separa los ojos de su interlocutor.

10 = Contacto visual constante (100%) resultando intimidante.

2. Expresión facial: Conjunto de gestos que un sujeto hace con la cara acompañando al discurso, y dando información emocional sobre el contenido de éste mientras tiene lugar una interacción social.

Criterio de Evaluación:

0 = Ausencia total de expresión facial (o expresión facial fija durante toda la interacción).

1, 2 = En raras ocasiones hace algún gesto (adecuado al contenido emocional del discurso) pero que resulta casi imperceptible.

3, 4 = Rara vez hace gestos (aunque éstos sean claramente perceptibles) o efectivamente hace gestos pero éstos resultan poco perceptibles (concordantes con el contenido emocional del discurso).

5 = Gestos faciales perceptibles que acompañan de forma regular al discurso y que son concordantes con el contenido emocional de éste.

6, 7 = Proliferación de gestos, o expresión facial exagerada (teatral) aunque concordante con el contenido emocional del discurso.

8, 9 = Expresión facial inadecuada o discordante con el contenido emocional del discurso.

10 = Proliferación de gestos exagerados durante el discurso e inadecuados al contenido emocional del mismo.

3. Postura corporal: Orientación espacial, proximidad física y grado de relajación del cuerpo del sujeto durante una interacción social.

Criterio de Evaluación:

0 = Cuerpo orientado en todo momento hacia otro lugar que no sea el interlocutor, alejamiento total, y muestras evidentes de tensión muscular durante toda la interacción.

1, 2 = Tiende a excesivo distanciamiento y tensión y no orienta su cuerpo hacia el interlocutor durante la mayor parte de la interacción.

3,4 = Idem, pero sólo en algunas ocasiones.

5 = El sujeto orienta su cuerpo hacia el interlocutor sin invadir el espacio de éste (aproximadamente 1 metro) y mostrando el grado adecuado de relajación o tensión que la situación requiera.

6,7 = Tiende a una excesiva proximidad física y relajación extrema en algunas ocasiones durante la interacción.

8,9 = Idem, durante la mayor parte del tiempo que dura la interacción.

10 = Invasión del espacio vital del interlocutor y muestras de relajación excesiva durante toda la interacción.

B. CONDUCTAS PARAVERBALES

1. Volumen: Volumen de voz del sujeto al emitir mensajes verbales durante una interacción social.

Criterio de Evaluación:

0 = Volumen totalmente inaudible durante toda la interacción.

1-4 = Tiende a volumen excesivamente bajo durante la mayor parte de la interacción.

5 = Volumen de voz suficientemente alto para ser audible, sin ser molesto o estridente.

6-9 = Tiende a volumen excesivamente alto durante la mayor parte de la interacción.

10 = Volumen molesto y estridente durante toda la interacción.

2. Tono afectivo: Inflexiones de voz que denotan un afecto.

Criterio de Evaluación:

0 = Afecto plano: Ausencia total de tono afectivo.

1-4 = La mayor parte del tiempo que dura la interacción, tiende a mostrar un afecto plano o escaso.

5 = Tono afectivo concordante con el contenido verbal del mensaje.

6-9 = La mayoría del tiempo tiende a mostrar un tono afectivo inadecuado, o excesivamente exagerado.

10 = Tono afectivo totalmente inadecuado o excesivamente exagerado.

3. Fluidez verbal: Velocidad y claridad del discurso del sujeto.

Criterio de Evaluación:

0 = Discurso extremadamente lento y titubeante

1-4 = El discurso tiende a ser lento y titubeante

5 = Sujeto se expresa de forma clara, a un ritmo y velocidad constantes que permite entender perfectamente el contenido del discurso.

6-9 = Discurso tiende a ser demasiado rápido, dificultando su comprensión.

10 = Discurso excesivamente rápido y atropellado, de forma que es prácticamente imposible entenderlo.

4. Latencia de respuesta: Tiempo que el sujeto tarda en intervenir tras la interacción del interlocutor.

Criterio de Evaluación:

0 = El sujeto no reacciona en absoluto.

1-4 = Su reacción tiende a ser lenta.

5 = El sujeto permite que el interlocutor acabe su intervención y responde en un tiempo razonable.

6-9 = El sujeto tiende a intervenir demasiado rápidamente, incluso interrumpiendo a su interlocutor.

10 = El sujeto responde de forma impulsiva, no dejando finalizar la intervención del interlocutor durante toda la interacción.

5. Escucha empática: Conjunto de gestos, ademanes y sonidos (como asentir con la cabeza o con la voz...) que una persona emite durante el discurso del interlocutor y que denotan interés y comprensión del mismo.

Criterio de Evaluación:

0 = Ausencia total de escucha empática.

1-4 = Tiende a mostrar escucha empática tan sólo en breves ocasiones durante la interacción.

5 = Gestos, ademanes y sonidos emitidos de forma regular durante el discurso del interlocutor y que denotan interés y comprensión del mismo.

6-9 = Tiende a una proliferación de gestos, ademanes y sonidos que resultan excesivos.

10 = Proliferación de gestos, ademanes y sonidos de forma teatral durante toda la interacción.

C. CONDUCTAS VERBALES

1. Contenido del discurso: Significado de la información que el sujeto transmite de forma verbal durante la interacción.

Criterio de Evaluación:

0 = La información transmitida no tiene ningún significado, o el sujeto no se expresa verbalmente.

1-4 = La información tiende a ser escasa.

5 = El sujeto expresa verbalmente ideas acordes con el tema de la interacción, sin monopolizar ésta.

6-9 = La información tiende a ser demasiado extensa (el sujeto da más información de la necesaria), o fuera de contexto con el tema de la interacción.

10 = La información está totalmente fuera de contexto, o es incoherente con el tema de la interacción.

2. Duración: Tiempo que dura la intervención verbal del sujeto.

Criterio de Evaluación:

0 = El sujeto no se expresa verbalmente (no interviene en absoluto).

1-4 = Las intervenciones del sujeto son escasas.

5 = Duración suficiente para comunicar las ideas necesarias, y equilibrada con respecto al interlocutor.

6-9 = Tiende a que sus intervenciones sean más largas y frecuentes que las de su interlocutor.

10 = El sujeto monopoliza totalmente la conversación.

D. EVALUACIÓN GENERAL

1. Agresividad/Asertividad/Pasividad: Impresión subjetiva del evaluador con respecto a la actitud que el sujeto mantiene ante el interlocutor.

Criterio de Evaluación:

0 = Pasividad total.

1-4 = Tiende a ser pasivo, aunque muestra cierta asertividad.

5 = El sujeto se muestra asertivo en todo momento.

6-9 = Sujeto tiende a la agresividad, aunque muestra cierta asertividad.

10 = El sujeto se muestra totalmente agresivo durante toda la interacción.

2. Iniciativa: Tendencia del sujeto a tomar parte en la interacción sin que el interlocutor tenga que presionarle para ello.

Criterio de Evaluación:

0 = Ausencia total de iniciativa.

1-4 = Tiende a no tomar la iniciativa en la mayoría de los casos.

5 = Toma la iniciativa permitiendo al interlocutor tomar la suya propia.

6-9 = Suele tomar la iniciativa en la mayoría de los casos, dificultando al interlocutor tomar la suya propia.

10 = Acapara la interacción de forma que el interlocutor es incapaz de tomar ninguna iniciativa.

3. Ansiedad percibida: Impresión subjetiva del evaluador con respecto al nivel de ansiedad del sujeto durante la interacción y que se manifiesta a través de síntomas tales como tics nerviosos, sudores, temblores, titubeos, voz entrecortada, sequedad de boca, respiración agitada, etc.

Criterio de Evaluación:

0 = Ausencia total de ansiedad, excesiva relajación.

1-4 = El sujeto tiende a una relajación excesiva.

-
- 5 = Grado de ansiedad coherente (o esperado) con la situación.
6-9 = El sujeto tiende a mostrar ansiedad excesiva.
10 = Ansiedad extrema, manifestándose con los síntomas mencionados y dificultando seriamente la interacción.

4. Percepción de auto-eficacia: Ajuste entre la puntuación que el sujeto da a su propia actuación tras cada escena de la evaluación y la puntuación media obtenida en esa escena.

Criterio de evaluación:

- 0 = El grado de percepción de control subjetivo sobre la situación es muy inferior a la puntuación real obtenida en la situación.
1-4 = El grado de percepción de control subjetivo sobre la situación tiende a ser inferior a la puntuación real obtenida en la situación.
5 = El grado subjetivo de control se ajusta a la puntuación real obtenida en la situación.
6-9 = El grado de percepción de control tiende a ser mayor que la puntuación real obtenida en la situación.
10 = El grado de percepción de control es muy superior a la puntuación real obtenida en la evaluación.

E. OBSERVACIONES

1. Interrumpe al otro: El sujeto interrumpe a su interlocutor, no dejándole completar sus intervenciones.

Criterio de evaluación: SÍ/NO

2. Excesiva expresión negativa o de desagrado: El sujeto da muestras evidentes tanto verbalmente, como con su expresión facial, etc., de que la situación le resulta desagradable, haciendo que resulte desagradable también para su interlocutor.

Criterio de evaluación: SÍ/NO

3. Habla del delirio: El sujeto incluye durante la interacción contenidos delirantes en su discurso.

Criterio de evaluación: SÍ/NO

4. Acercamientos sexuales inadecuados: Intenta una aproximación sexual fuera de contexto con su interlocutor.

Criterio de evaluación: SÍ/NO.

5. Toca temas excesivamente privados: El sujeto incluye en el discurso aspectos íntimos de su propia vida o de la del interlocutor violando las reglas de simetría y reciprocidad de la comunicación.

Criterio de Evaluación: SÍ/NO.

6. Otros: Comentarios que puedan aportar información relevante sobre la actuación del sujeto durante las interacciones.

La evaluación se lleva a cabo por dos evaluadores independientes. La puntuación final será la media de las puntuaciones de los evaluadores.

ANEXO 10
ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO
REGISTROS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Instrumento elaborado por Sánchez, O. (1999)

APELLIDOS Y NOMBRE:

FECHA PRE:

REGISTRO DE HABILIDADES DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

COMPONENTES	nº+/10
GRADO DE AJUSTE DE SU ORIENTACIÓN VOCACIONAL-LABORAL	
PLAN DE BÚSQUEDA DE EMPLEO	
UTILIZACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO	
UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO PARA CONTACTAR E INFORMARSE	
RELLENAR UNA SOLICITUD DE EMPLEO	
CARTA DE PRESENTACIÓN	
CURRÍCULUM VITAE	
ENTREVISTA LABORAL – COMPONENTES LABORALES	
ENTREVISTA LABORAL – PUNTUACIÓN VERBAL	
ENTREVISTA LABORAL – PUNTUACIÓN NO VERBAL	
	/100

INFORME:

PLAN DE BÚSQUEDA DE EMPLEO	SÍ	NO
1. Conoce los recursos existentes para la búsqueda de empleo.		
2. Maneja regularmente diferentes métodos de búsqueda de empleo.		
3. Se informa de la creación de recursos de búsqueda de trabajo y formación.		
4. Todos las semanas dedica un tiempo a buscar trabajo (más de 3 horas).		
5. Lleva un control de dónde busca trabajo.		
6. Sus conocidos saben y apoyan la búsqueda de trabajo.		
7. Sabe cual es su categoría profesional.		
8. Conoce y domina las funciones propias de su categoría profesional.		
9. Tiene sus expectativas profesionales ajustadas.		
10. Tiene actualizado su curriculum vitae y carta de presentación estándar.		
UTILIZACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO	SÍ	NO
1. Esta apuntado en el INEM.		
2. Sella la tarjeta del INEM en la fecha indicada sin olvidos.		
3. Se informa y utiliza los servicios del INEM.		
4. Sabe los tipos de prensa laboral que existen en el mercado.		
5. Compra periódicamente la prensa laboral.		
6. Utiliza la prensa laboral de forma eficaz y apropiada.		
7. Conoce el funcionamiento básico de las E.T.T.		
8. Sabe cómo contactar con E.T.T.		
9. Sabe dónde y cómo obtener información sobre cursos de formación para el empleo.		
10. Sabe dónde conseguir listados de diferentes empresas.		
UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO PARA CONTACTAR E INFORMARSE	SÍ	NO
1. Escoge sitios para llamar ajustados a sus intereses profesionales.		

2. Saluda, agradece, y se despide.		
3. Explica el objetivo de su llamada.		
4. Escucha activamente.		
5. Espera el turno de palabra.		
6. Apunta los datos importantes.		
7. Pide aclaraciones importantes.		
8. Habla fluidamente. Modula.		
9. Utiliza un vocabulario apropiado, expresando emociones adecuadamente.		
10. Aclara y concluye.		
RELLENAR UNA SOLICITUD DE EMPLEO	SÍ	NO
1. Mantiene la solicitud limpia y cuidada.		
2. Rellena todos los datos esenciales de la solicitud.		
3. Deja libres los espacios que no se deben rellenar.		
4. Utiliza la letra exigida en la solicitud, y escribe claramente.		
5. Rellena sus datos personales básicos.		
6. Rellena su D.N.I. (lo tiene memorizado).		
7. Rellena su N ^o de Seguridad Social, grado de minusvalía, etc.		
8. Indica datos verídicos.		
9. Rellena la fecha y firma de forma adecuada.		
10. Adjunta la documentación necesaria para la solicitud.		
CARTA DE PRESENTACIÓN	SÍ	NO
1. Esta realizada a maquina u ordenador.		
2. Ocupa el espacio apropiado: no más de medio folio.		
3. Incluye la fecha y la firma.		
4. Se dirige a la persona u organismo competente.		
5. Utiliza una terminología educada y apropiada.		
6. Indica sus datos personales importantes para ponerse en contacto.		
7. Indica el puesto para el que ofrece sus servicios.		
8. Da las gracias.		

9. La acompaña del curriculum vitae.		
10. La ha realizado sin ayuda.		
CURRÍCULUM VITAE	SÍ	NO
1. Esta realizado a máquina u ordenador.		
2. Utiliza sobre (adecuado al tamaño del folio).		
3. Utiliza una terminología educada y apropiada.		
4. Indica sus datos personales importantes para ponerse en contacto.		
5. Lo organiza de forma básica en: datos personales, formativos y laborales.		
6. Incluye todas las fechas y datos importantes en cada sección.		
7. Tiene una organización apropiada al objetivo de búsqueda de empleo.		
8. Los datos que incluye son verídicos.		
9. Lo acompaña de una carta de presentación.		
10. Lo ha realizado sin ayuda.		
ENTREVISTA LABORAL – COMPONENTES LABORALES	SÍ	NO
1. Se identifica como un trabajador.		
2. Presenta interés, compromiso y responsabilidad consistentes con el trabajo.		
3. Tiene unos objetivos profesionales claros con el trabajo.		
4. Hace comentarios positivos con el trabajo en equipo.		
5. Hace comentarios positivos acerca de la experiencia laboral previa.		
6. Hace comentarios positivos acerca de aficiones, intereses y metas.		
7. Hace hincapié en su formación para el puesto.		
8. Pone límites de forma adecuada y apropiada.		
9. Conoce, se orienta y explica su historia formativa y laboral, de forma consistente con el C.V.		
10. Justifica el tiempo sin trabajo de forma positiva.		

ENTREVISTA LABORAL – INTERACCIÓN VERBAL	SÍ	NO
1. Escucha activamente y espera el turno de palabra.		
2. Su tiempo de respuesta es adecuado.		
3. Utiliza un tono de voz adecuado.		
4. Habla fluidamente.		
5. Utiliza un vocabulario apropiado.		
6. Sus respuestas tienen coherencia con los temas tratados.		
7. Expresa emociones adecuadamente.		
8. Aclara y concluye.		
9. Hace preguntas adecuadas dirigidas al entrevistador.		
10. Agradece.		
ENTREVISTA LABORAL – INTERACCIÓN NO VERBAL	SÍ	NO
1. Saluda.		
2. Da una imagen personal positiva (vestido, peinado, etc.).		
3. Se posiciona adecuadamente.		
4. Tiene pautas de comportamiento adecuadas a la situación (no fuma, no se come las uñas, ...).		
5. Muestra posturas que expresan interés durante la entrevista.		
6. Mantiene pautas de interacción visual adecuadas.		
7. Gesticula adecuadamente.		
8. Mantiene una distancia personal adecuada con el entrevistador.		
9. Se despide correctamente.		
10. Su imagen, en general, esta dentro de los actuales conceptos de normalidad.		

ANEXO 11
ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO
EVALUACION DEL ROLE-PLAY DE ENTREVISTAS DE TRABAJO

Instrumento adaptado de: Entrenamiento de las Habilidades Sociales, J.A. Kelly, (1998). Ed. Descleé De Brouwer

NOMBRE: _____ N^o H^a: _____
TIPO DE INTERVENCIÓN: EVALUACIÓN: _____ ENTRENAMIENTO : _____
REALIZADO POR: _____ FECHA: _____

— CONTACTO VISUAL.

Nunca se estableció 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% contacto visual constante.

AFECTO

Extremadamente plano	1	2	3	4	5	6	Muy adecuado.
No responsividad emocional	1	2	3	4	5	6	Responsividad emocional
Desinteresado	1	2	3	4	5	6	Vivaz, interesado

VOLUMEN, CLARIDAD DE LA VOZ, FLUIDEZ

Inaudible	1	2	3	4	5	6	Volumen apropiado
Poco claro	1	2	3	4	5	6	Muy claro
No fluida	1	2	3	4	5	6	Fluido

COMENTARIOS POSITIVOS ACERCA DE EXPERIENCIAS ANTERIORES

Recuento:

..... Total

COMENTARIOS POSITIVOS SOBRE AFICIONES INTERESES Y METAS

Recuento:

..... Total

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL ENTREVISTADOR

Recuento:

..... Total

COMENTARIOS QUE DENOTEN INTERÉS POR EL EMPLEO

Recuento:

..... Total

**OTROS COMPONENTES EVALUADOS (CONDUCTA NO DESEABLE ,
INADECUADA)**

Definición de la conducta:

- Comportamientos no verbales:
- Comportamientos verbales :

OBSERVACIONES:

FACTORES OBSERVADOS

Participación:	
0	No participa
1	Participa sólo cuando se le requiere
2	Participa poco sin ser requerido
3	Participa activamente
4	Participa en exceso

Argumentación:	
0	No expresa sus opiniones
1	Expresa sus opiniones con secuencias verbales breves o sin coherencia
2	Expresa sus opiniones de forma inadecuada (Discurso predicativo, no se adapta al tema, asociaciones inadecuadas, asíndesis, sobreinclusión, verborrea, etc.)
3	Expresa sus opiniones de forma adecuada, pero no las argumenta suficientemente
4	Expresa sus opiniones, suficientemente y de forma adecuada

Regularidad:	
-	Disminución significativa del rendimiento general
=	No hay variaciones significativas del rendimiento general
+	Mejoría significativa del rendimiento general

Contacto Visual:	
0	Ningún contacto visual
1	Poco contacto visual
2	Contacto visual adecuado
3	Mucho contacto visual
4	Excesivo contacto visual

Distracción:	
0	Se distrae (mira la hora, bostezo,...)
1	Distrae a sus compañeros

Llamadas de atención:	
0	Las realiza el usuario
1	Las realizamos nosotros

Interés: (Sugiere, coopera, ayuda a moderar, etc.)	
0	No
1	Lo normal
2	Sí

ANEXO 13
LISTADO DE BOLSAS DE EMPLEO

Virginia Galilea, Raquel Pagola y M^a Teresa San Bernardo

NOMBRE: AGENCIA DE DESARROLLO LOCAL DE COLLADO VILLALBA.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Batalla de Bailén, 24. 28400. Collado Villalba.
TELÉFONO: 91 851 51 87.
SERVICIOS: Bolsa de empleo.

NOMBRE: C.C.O.O. (AGENCIA DE EMPLEO Y DESARROLLO).
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Pardo de Santallana, 44. 28400. Collado Villalba.
TELÉFONO: 91 850 60 48.
SERVICIOS: Orientación laboral / información para el autoempleo, formación, etc.

NOMBRE: PROGRAMA DE INTEGRACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON MINUSVALÍA. AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA.
DESTINATARIO: Personas con y sin discapacidad.
DIRECCIÓN: C/ Batalla de Bailén, 24. 28400. Collado Villalba.
TELÉFONO: 91 849 21 48.
SERVICIOS: Bolsa de empleo, cursos, orientación laboral, información sobre ayudas y subvenciones y sobre la obtención del certificado de minusvalía.

NOMBRE: ASOCIACIÓN NACIONAL AYUDA A MINUSVÁLIDOS.
DESTINATARIO: Personas con minusvalía.
DIRECCIÓN: C/ Ponzano, 44. 1ª D. 28003. Madrid.
TELÉFONO: 91 399 31 37.
SERVICIOS: Bolsa de empleo.

NOMBRE: GRUPO ÁGORA.
DESTINATARIOS: Colectivos excluidos.
DIRECCIÓN: Travesía del Conde Duque, 19. 28015. Madrid.
TELÉFONO: 91 547 90 30 / 91 547 90 29.
E-MAIL: gaid@redestb.es
WEB: redestb.es/grupo_agora
SERVICIOS: Intervención sociocomunitaria. Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo y búsqueda activa.

NOMBRE: C.C.O.O.
DESTINATARIO: Público en general demandante de empleo.
DIRECCIÓN: C/ Lope de Vega, 38. 1ª planta. 28014. Madrid.
TELÉFONO: Sede: 91 536 53 19 / Serv. de orientación: 91 536 87 27.
SERVICIOS: Información sobre empleo.

NOMBRE: CENTRO DE EMPLEO PARA LA MUJER (FEDERACIÓN DE MUJERES PROGRESISTAS)
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Ribera de curtidores, 3.
TELÉFONO: 91 539 02 38.
E-MAIL: fmp@fmujeresprogresistas
SERVICIOS: Orientación y asesoramiento laboral.

NOMBRE: CÁRITAS – SECCIÓN JUVENIL.
DESTINATARIO: Colectivos marginados.
DIRECCIÓN: C/ Martín de los Heros, 21. 28008. Madrid.
TELÉFONO: 91 542 01 00 / 91 547 14 03.
SERVICIOS: Inserción laboral de marginados.

NOMBRE: CORREOS Y TELÉGRAFOS.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Hiedra, 7. 3º. 28070. Madrid.
TELÉFONO: 91 396 20 90.
SERVICIOS: Ofrecen trabajos eventuales.

NOMBRE: EUROMERCHAN.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ General Yagüe, 64. 1º drcha. 28020.
TELÉFONO: 91 579 59 55.
SERVICIOS: Ofrecen trabajo de reponedor y promotor.

NOMBRE: LA KALLE.
DESTINATARIOS: Colectivos en dificultad social.
DIRECCIÓN: C/ Javier De Miguel, 92. 28019. Madrid.
TELÉFONO: Sede: 91 777 28 22 / 91 380 05 69.
E-MAIL: lakalle@nexo.es
SERVICIOS: Talleres ocupacionales (carpintería, ebanistería) y programas de garantía social.

NOMBRE: MINISTERIO DE TRABAJO – OFICINA DE INFORMACIÓN SOCIO-LABORAL.

DESTINATARIO: Público en general.

DIRECCIÓN: C/ Bretón de los Herreros, 41. 28003. Madrid.

TELÉFONO: 91 441 15 00.

SERVICIOS: Información sobre contratos, mercado de trabajo y empleo.

NOMBRE: FUNDOSA SOCIAL CONSULTING S.A.

DESTINATARIO: Personas con minusvalía.

DIRECCIÓN: C/ Bernardino Obregón, 26. Madrid. 28012.

TELÉFONO: 91 468 85 00.

SERVICIOS: Formación, información para el autoempleo y bolsa de empleo.

NOMBRE: SEMILLA.

DESTINATARIO: Público en general.

DIRECCIÓN: Sede: C/ Manola y Rosario, 9. 28021. Madrid.
Bolsa de empleo: C/ Doctor Criado, 1. 28021. Madrid.

TELÉFONO: Sede: 91 798 69 55 / Bolsa: 91 797 48 19.

E-MAIL: semilla@arrakis.es.

WEB: www.semilla.net.

SERVICIOS: Taller escuela en hostelería, informática, moda y confección. Club de empleo para la inserción laboral.

NOMBRE: INSERTA LABOR-3 AFANIAS.

DESTINATARIO: Personas con retraso mental y otras minusvalías.

DIRECCIÓN: C/ José Marañón, 9. 1º izda. 28010. Madrid.

TELÉFONO: 91 447 73 05

WEB: www.labor3.com/bolsa.html

SERVICIOS: Orientación laboral, prácticas en empresas, formación y bolsa de empleo.

NOMBRE: AGENCIA PARA EL EMPLEO DE MADRID.

DESTINATARIO: Público en general.

DIRECCIÓN: Vía Lusitana, 21. 28025 Madrid.

TELÉFONO: 900721721

SERVICIOS: Prácticas no laborales, agencia de colocación, información, formación y asesoramiento para el autoempleo. Pertenece a la Red de Centros de Empleo y Desarrollo.

NOMBRE: U.G.T.

DESTINATARIO: Público en general.

DIRECCIÓN: C/ Maldonado, 53. 28006. Madrid.

TELÉFONO: 91 563 06 27.

E-MAIL: pvillarreal@madrid.ugt.org

SERVICIOS: Centro de orientación y empleo y contacto con empresas.

NOMBRE: ASOCIACION EMPRESARIAS DE MADRID.

DESTINATARIO: Mujeres.

DIRECCIÓN: C/ Fortuny, 3, 1º izq. 28010. Madrid

TELÉFONO: 91 319 66 69

SERVICIOS: Cursos de formación y orientación laboral. Está integrado en la Red de Centros de Empleo y Desarrollo.

NOMBRE: ASOCIACION SENUN 40

DESTINATARIO: Adultos (31 a 65 años)

DIRECCIÓN: C/ Joaquín Costa 61, 1º. 28002. Madrid
TELÉFONO: 91 562 91 98
SERVICIOS: Información, orientación y asesoramiento para el autoempleo.

NOMBRE: ASOCIACION JOVENES EMPRESARIOS (AJE)
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Nuñez de Balboa, 108, 2º planta. 28006 Madrid.
TELÉFONO: 91 411 11 62
SERVICIOS: Orientación laboral, información para el autoempleo, prácticas y servicios a empresas.

NOMBRE: CENTRO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN PARA EL EMPLEO (U.A.M.)
DESTINATARIO: Titulados por la Universidad Autónoma.
DIRECCIÓN: Carretera Colmenar Viejo. Km. 15. 28049 Madrid.
TELÉFONO: 91 397 49 69.
SERVICIOS: Cursos, información sobre carreras universitarias, prácticas para estudiantes en el último año de carrera, información sobre formación y empleo, y becas para formación.

NOMBRE: INSTITUTO MADRILEÑO PARA LA FORMACIÓN (IMAF)
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: Vía Lusitana, 21. 28025. Madrid.
TELÉFONO: 91 580 54 92.
SERVICIOS: Formación a través de convenios con entidades.

NOMBRE: SERVICIO DE ORIENTACIÓN PARA EL EMPLEO "VALLECAS TODO CULTURA".
DESTINATARIO: Público en general.

DIRECCIÓN: C/ Andaluces, 20 (posterior). 28038. Madrid.
TELÉFONO: 91 777 07 60.
SERVICIOS: Información sobre autoempleo, talleres de búsqueda de empleo y bolsa de empleo.

NOMBRE: UNIÓN INTERPROFESIONAL DE COLEGIOS.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Alcalá, 155. 2º F. 28009. Madrid.
TELÉFONO: 91 575 99 27.
SERVICIOS: Información general sobre recursos para el empleo, orientación y asesoramiento para la búsqueda activa de empleo, información sobre prácticas en empresas y autoempleo.

NOMBRE: ASOCIACIÓN, FORMACIÓN E INTEGRACIÓN DEL MINUSVALI-
DO (AFIM).
DESTINATARIO: Personas con minusvalía.
DIRECCIÓN: C/ García Martín, 2. 2º D. 28224. Pozuelo de Alarcón.
TELÉFONO: 91 352 88 98.
E-MAIL: afim@fundacionafim.org
WEB: www.fundacionafim.org
SERVICIOS: Orientación laboral, cursos y programas de ocio y tiempo libre.

NOMBRE: AYUNTAMIENTO DE VILLANUEVA DE LA CAÑADA.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: Pza. España, s/n. 28691. Villanueva de la Cañada.
TELÉFONO: 91 811 73 00.
SERVICIOS: Bolsa de empleo con preferencia a las personas que residan en el municipio.

NOMBRE: CÁRITAS (PROGRAMA DE PARO Y CONCIENCIA SOCIAL).
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Sandoval, 20. 28015. Madrid.
TELÉFONO: 91 445 25 97.
SERVICIOS: Formación ocupacional, servicio de información y orientación al empleo y bolsa de empleo.

NOMBRE: OFICINA DE PROMOCIÓN DE EMPLEO. AYUNTAMIENTO DE TORRELODONES.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: Pza. de la Constitución, 2. 28250. Torrelozones.
TELÉFONO: 91 859 41 61.
SERVICIOS: Información sobre cursos, orientación laboral y bolsa de empleo.

NOMBRE: PUNTO JOVEN. AYUNTAMIENTO DE GALAPAGAR.
DESTINATARIO: Público en general.
DIRECCIÓN: C/ Guadarrama, 66. Galapagar.
TELÉFONO: 91 858 60 36.
SERVICIOS: Información sobre cursos, asesoramiento para el autoempleo y orientación laboral.

NOMBRE: SERVICIO DE EMPLEO Y FORMACIÓN DE LA C.A.M.
DESTINATARIO: Profesionales de la electricidad, mecánica y soldadura.
DIRECCIÓN: Camino del Cementerio, 5. 28914. Leganés.
TELÉFONO: 91 680 00 17.
SERVICIOS: Hacen una entrevista previa para posteriormente derivar a formación y empleo.

NOMBRE: ALMMA.
DESTINATARIO: Personas con certificado de minusvalía.
DIRECCIÓN: C/ Santa María de la Cabeza, 42. 5ºB. 28045. Madrid.
TELÉFONO: 91 539 27 41.
SERVICIOS: Tras cumplimentar un formulario, realizan un perfil de acceso a empleo.

NOMBRE: FONTARRÓN.
DESTINATARIO: Colectivos desfavorecidos.
DIRECCIÓN: C/ Ramón Pérez de Ayala, 24. Local 10. 28038. Madrid.
TELÉFONO: 91 328 14 75 / 91 328 27 77.
SERVICIOS: Formación, empleo, talleres de garantía social, programa de inserción laboral y bolsa de empleo.

NOMBRE: ESLABÓN – ARAÑA.
DESTINATARIO: Jóvenes entre 16 y 30 años.
DIRECCIÓN: C/ Antonio Arias, 2. 28009. Madrid.
TELÉFONO: 91 504 54 38.
E-MAIL: eslabon@arrakis.es
SERVICIOS: Promoción del empleo juvenil, orientación laboral, autoempleo y técnicas de búsqueda de empleo.

BOLSAS DE EMPLEO EN INTERNET

- **FUNDACION ADECCO**
<http://www.fundacionadecco.es>
Contiene ofertas de empleo y un servicio de asesoramiento. Se dirige especialmente a discapacitados, mayores de 40 años, parados de larga duración, ex - deportistas y mujeres con cargas familiares.
- **CENTRO DE EMPLEO ON-LINE DE ESPAÑA**
<http://www.bolsadetrabajo.com/>
Tiene servicios a empresas, bolsa de trabajo y base de datos.
- **COMPUTRABAJO ESPAÑA**
<http://www.es.computrabajo.com/>
Tiene ofertas diarias, publicación del currículum, base de datos y ofertas y demandas de empleo.
- **DISCAPNET**
<http://www.discapnet.es>
Bolsa de empleo para minusválidos perteneciente a la Fundación ONCE.
- **DISTRIBUCIÓN DE OFERTAS DE EMPLEO Y BECAS**
<http://www.rediris.es/list/info/ofer/trabec.html>
Tiene posibilidad de información y suscripción.
- **EMPLEO**
<http://www.empleo.com>
Para ver y publicar ofertas de empleo. Si incluyes tu dirección de correo electrónico y tu currículum, recibes en tu buzón las ofertas de trabajo que más corresponden a tu perfil.
- **EMPLEOFACIL**
<http://www.empleofacil.com/>
Información sobre cursos y ofertas de empleo, publicación del currículum vitae. Ofrece servicios a empresas.
- **FORUM TRABAJO**
<http://www.guia-santander.com/forum/trabajo.html>
Para ver ofertas y demandas de empleo. Hay posibilidad de anunciarse.
- **INFOEMPLEO**
<http://www.infoempleo.es>
Tiene ofertas de empleo privado y público, trabajos voluntarios, publicación del currículum, servicios de reclutamiento para empresas y creación de empleo.
- **INTERNET 2000**
<http://www.internet-2000.net.mx/bolsa.html>
Para ver y publicar ofertas de empleo.

-
- **JOBPILOT**
<http://www.jobpilot.es>
Puedes ver ofertas de empleo, buscar becas, insertar tu currículum y recibir ofertas en tu dirección de correo electrónico. Además, existe un listado de empresas.
 - **LABORIS**
<http://www.laboris.net>
Para la publicación de tu currículum y ofertas de empleo. Ofrece asesoramiento, guías de formación y un listado de empresas de selección.
 - **MERCAEMPLO**
<http://www.mercaempleo.es>
Si incluyes tu dirección de correo electrónico y tu currículum, recibes en tu buzón las ofertas de trabajo que corresponden a tu perfil.
 - **MONSTER**
<http://www.monster.es>
Para buscar ofertas de empleo y publicar hasta 5 currículum diferentes. Además, tiene expertos que orientan tu carrera profesional.
 - **OFICINA DE EMPLEO DE ESPAÑA ON-LINE**
<http://www.oficinaempleo.com/>
Para la publicación del currículum y ver ofertas de empleo público y privado.
 - **SEGUNDAMANO**
<http://www.segundamano.es>
Periódico virtual que, en su sección de trabajo, ofrece insertar el currículum vitae, ofertas de empleo, etc.
 - **TODOTRABAJO**
<http://www.todotrabajo.com>
Ofrece bolsa de empleo, publicación del currículum, servicios a empresas y noticias del mundo del trabajo.
 - **TRABAJO**
<http://www.trabajo.org>
Tiene ofertas, demandas, servicios, consejos y noticias, así como la posibilidad de publicación del currículum.

Bibliografía de referencia

Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Comps) (1996): **Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación**. Madrid: Edit. S.XXI.

Allúe, A.; Rodríguez, D.; Sánchez, R. y Segoviano, J. (1999): **Manual práctico de contratación laboral**. Madrid: Fundación Confemetal

American Psychiatric Association (1994): "**D.S.M.-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**". Madrid. Masson, S.A.

Anthony, W.A (1984): Vocational Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled. En Mirabi, R: (ED): **The Chronically Mentally III. Research and Services**. N.Y. Sage, Pub.

Anthony, W.A, Blanch (1987): Supported Employment for Persons Who are Psychiatrically Disabled: An Historical and Conceptual Perspective. **Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.XI nº 2_p.5-21**.

Anthony, W.A.; Cohen, M.R. y Danley, K.S. (1988): The Psychiatric Rehabilitation Model as Applied to Vocational Rehabilitation . En J.A Ciardello and M.D Bell (eds): **Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders**. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Anthony, W.A. y Jansen, M.A. (1984): Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mentally III: Research and Policy Implications. **American Psychologist 39 (5)**, Mayo.

Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986): The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historial, Conceptual and Research Base. **Schizophrenia Bulletin,12(4)**.

Anthony, W.; Cohen, M.. y Farkas, M. (1990): **Psychiatric Rehabilitation**. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University.

Aparicio, V (1993): **La Reforma Psiquiátrica en 1985**. En: V. Aparicio (coord): Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid. A.E.N.

Aranguren, J.L.L (1989): **De la intimidad**. Ed. Crítica. Grupo editorial Grijalbo. Barcelona.

Azrin, N.H y Philip, R.A (1979): The job club method for the job handicapped: A comparative outcome study. **Rehabilitation Counseling Bulletin, 23. 144-155**.

Azrin, N.H y Besalel, V.H (1980): **Job Club Counselors Manual: A behavioral approach to vocational counseling**. Baltimore. University Park Press.

Bellver, F; Moll, B.; Roselló, R. y Serra, F. (1993): "El empleo con Apoyo: un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía". **Siglo Cero, Vol 24 (3) nº 147**, Mayo-junio, 15-24.

Birchwood, M. (Ed) (1995): **Tratamiento psicológico de la esquizofrenia**. Madrid: Edit. Ariel.

Bisquerra Alzina, R. (1992): **Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo**. Boixareu Universitaria. Barcelona.

Bolton, B (1988): Vocational Assesment of Persons with Psychiatric Disorders. En J.A. Ciardello y M.D Bell (eds): **Vocational Rehabilitation of Persons with Prolongued Psychiatric Disorders**. Baltimore. John Hopkins University Press.

Bond, G.R y Friendmeyer, M.H. (1987): Predictive validity of situational assessment at a psychiatric rehabilitation center. **Rehabilitation Psycology**, **32** 99-112.

Broustra, J. (1979): **La esquizofrenia**. Biblioteca de Psicología. Herder. Barcelona.

Castanyer, O. (1996): **La asertividad: Expresión de una sana autoestima**. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer.

Cáritas (2.000): Las Empresas de Inserción a Debate. **Documentación social**, Nº **117-118**. Madrid: Cáritas.

Cook, J.A. y Razzano, L.: Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Research and implications for practice. **Schizophrenia Bulletin**, **26(1)**: 87-103, 2000.

Colodrón, A. (1990): **Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin- Bleuler**. Siglo XXI de España Editores. S.A. Madrid.

Colodrón, A: Rehabilitación Integradora, **La Gaceta del CRL**, Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida", de la Consejería de Servicios Sociales. Madrid, julio 2001

Consejería de Servicios Sociales (1999): **Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica**. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Integración Social (1988): **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Consejería de Integración Social. Madrid.

Consejería de Integración Social (1991): **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Mapa de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social.

Consejería de Integración Social (1994): **Memoria 1988/1993 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales Especializados .Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1995): **Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1997): **Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica**. Madrid. Dirección General de Servicios Sociales .Comunidad de Madrid.

Costa, M. y López, E. (1991): **Manual para el educador social**. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones.

Coy, P.; López, M. y Pascual, M. (1996): **Investigación sobre inserción laboral en el Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" de la Comunidad Autónoma de Madrid**.

Cuevas Rivas, P. (1996): El modelo psicoeducativo en la rehabilitación psicosocial de pacientes psicóticos crónicos, **Clinica y Salud, 1996, vol 7 nº1- págs 7-17**.

Curso de Expertos en Inserción Social. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Curso 1995-1996.

Danley, K. (1993): Supported Employment for people with psychiatric disabilities. **Conferencia Internacional "Emprego Apojado en Meio Competitivo di Trabalho"**, Lisboa, Portugal.

De la Cruz, M^a. (1993): **Cuestionario de Intereses y Preferencias Profesionales**. TEA Ediciones.

Desviat, M. (1995): **La Reforma Psiquiátrica**. Madrid: Ediciones DOR S.

Farina y cols. (1971): Mental illness and the impact of believing others know about it. **Journal of abnormal psychology**.

Farkas, M. (1996): Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En J.A. Aldaz, C. Vázquez: **Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación** Ed. Siglo XXI. Madrid.

Fernández, J. (1983): **Cuestionario CIPSA de intereses vocacionales**. TEA Ediciones.

Galilea, V. y Colis J. (1999): Enfermos mentales crónicos y su integración. Tribuna Sanitaria. **Diario El País**, Madrid 26 de octubre de 1999.

Galilea, V. y Colis, J. (1997): Rehabilitación Laboral. En Rebolledo S. (ed): **Rehabilitación Psiquiátrica** (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

Galilea, V. y Colis, J. (2000): Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. **Rev. Trabajo Social Hoy. Nº 28. Monográfico 1er semestre. págs. 104-112**. Agosto 2000.

Galilea, V. y Colis, J. (1996): Apuntes sobre Rehabilitación Laboral. **Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación**. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Junio 1996, 22-23.

Galilea, V. y Colis, J. (1995): Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral. En Varios Autores: **Integración**

Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo. Ponencia marco presentada en el **I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.** Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.

García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds.) (1998): **La Psiquiatría en la España de fin de siglo.** Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A. y Tanbe, C.A. (1981): "Defining and counting the chronically mentally ill." En **Hospital and Community Psychiatry.** 32,22.

Goldstein, A.P.; Sprafkin, R.P.; Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989): **Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza.** Barcelona. Martínez-Roca.

González, A. (1993): "Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable". **Siglo Cero, Vol 25 (3) nº 148,** Julio-Agosto, 49-53.

González, J.; Orvz , S.; Blanco, A; Pastor, A; Galilea, V. y Cólis, J. (1995): Filosofía de la Rehabilitación Laboral. En Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo.** Ponencia marco presentada en el **I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.** Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.

Hersen y Bellack (1986): "Social Skills Training for chronic psychiatric patients. Rationale, research findings, and future directions". **Comprehensive Psychiatry, 17.** 559-580.

Jacobs, H.E. (1988/1993): Rehabilitación ocupacional. En R.P. Liberman (Ed): **Rehabilitación integral de enfermos mentales crónicos.** Barcelona Martínez Roca.

Jansen, M.A. (1988): **The Psychological and Vocational Problems of persons with Chronic Mental Illness.** En J.A. Ciardiello and M.D. Bell (eds): Opus cit.

Kelly, J.A. (1987): **Entrenamiento de las habilidades sociales.** Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer.

Lara Palma, Ladislao (1992): **Jornadas Internacionales de Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias.** Oviedo, España.

Lara, L y López, M (1998): La Provisión de Recursos de Apoyo Social en Andalucía. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998): **La Psiquiatría en la España de fin de siglo.** Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Lehman A.F. ; Ward, N.C. y Linn, L.S. (1982): Chronic mental patients: the quality of life issue. **American Journal of Psychiatry, 139,** 1271-1276.

Ley 13/ 1.982, de 7 de abril de **Integración Social de Minusválidos.**

Ley 29/1999, de 16 de julio, de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las **Empresas de Trabajo Temporal.**

Liberman R.P. (Ed) (1988/1993): **Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico**. Barcelona. Martínez Roca.

Liberman, R.P.; Massel, H.K.; Mosk, M.D. y Wong, S.E. (1985): Social Skills training for chronic mental patients". **Hospital and Community Psychiatric**, 36 (4) 396-403.

Lipsedge, M. y Summerfield, A. (1987): **The Employment Rehabilitation Needs of the Mentally III**. Final Report to the Manpower Services Commission. London.

López, M.; López, A. y Fernández, G. (1998): La Organización de Servicios para la Atención Comunitaria al Paciente Mental Crónico. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998): **La Psiquiatría en la España de fin de siglo**. Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Mancuso, L.L. (1990): Reasonable Accommodation for Workers with Psychiatric Disabilities. **Psychosocial Rehabilitation Journal** 14 (2), 1-19.

Martí Tusquets, J.L. y Murcia Grau, M.J. (1988): **Enfermedad mental y entorno urbano**. Metodología e investigación. Autores, textos y temas psicología. Ed. Anthropos. Barcelona.

Mechanic, D. (1974): Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, and J.E. Adams, eds, **Coping and adaptation**, Basic Books, Nueva York.

Menchetti, B. y Rusch, F. (1988): Vocational Evaluation and Eligibility for Rehabilitation Services. En P. Wehman y S. Moon (eds). **Vocational Rehabilitation and Supported Employment**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Montejo, J. y Espino, A. (1998): Sobre los resultados de la Reforma Psiquiátrica y de la Salud Mental en España. En García, J.; Espino, A.; y Lara, L. (Eds) (1998): **La Psiquiatría en la España de fin de siglo**. Madrid: Editorial Diaz de Santos

Moryl, S.A. y Bond, G.R.: Situational assesment rating of work behaviors: Changes across time and between setting **Psychosocial Rehabilitation Journal**, 17 (2), 106-119.

Mueser, K.T. y Liberman, R.P. (1988): **Skills Training in Vocational Rehabilitation**. En J.A. Ciardiello y M.D. Bell (Eds): Opus cit.

Orviz García S. y González Cases, J. (1994): Factores que correlacionan con incorporación y mantenimiento laboral en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Revisión bibliográfica. Comunicación presentada en las **II Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: "TIEMPO DE REHABILITACIÓN"**. Madrid, España.

Orviz, S. y Fernández, J.A. (1997): "Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos". En A. Rodríguez (coord.) **Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos**. Madrid: Edit. Pirámide.

Otero, V. (1997): Planes individualizados de intervención. En Rebolledo S. (ed) **Rehabilitación Psiquiátrica** (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

Pastor, A y Blanco, A. (1995): Evaluación en Rehabilitación Laboral. En Varios Autores: **Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo**. Ponencia marco presentada en el **I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial**. Madrid, 22 y 23 de Mayo de 1995.

Phipps, C. y Liberman, R.P. (1988/1993): "Apoyo Comunitario". En R.P. Liberman (Ed): **Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico**. Barcelona: Martínez Roca.

Pilling, S.(1991): **Rehabilitation and Community Care**. London. Routledge.

Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros especiales de Empleo (**BOE nº 189, de 8 de agosto**).

Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.

Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.

Rebolledo, S. (Comp.) (1997): **Rehabilitación Psiquiátrica** (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos celebrado en Santiago de Compostela de noviembre de 1994 a junio de 1995). Universidad de Santiago de Compostela.

Rebolledo, S. y Lobato, M J. (1994): **Como Afrontar la Esquizofrenia**: Guía para las familias. Madrid. Asociación Psiquiatría y Vida. Fundación ONCE.

Rivas, F. (1995): **Manual de asesoramiento vocacional**. Síntesis. Madrid.

Roder, D y otros (1996): **Terapia integrada de la esquizofrenia**. Madrid: Edit. Ariel.

Rodríguez, A. (Coord.) (1997): **Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos**. Madrid: Editorial Pirámide.

Rodríguez, A.; Sobrino, T.; Galilea, V.; Colis, J.; González J. y Orviz S. (1997): Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En A. Rodríguez (Coord.): **Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos**. Madrid: Editorial Pirámide.

Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1995): El Empleo con Apoyo como formula de inserción en el mercado laboral ordinario. En Varios Autores: **Integración Laboral de**

Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos: De la Rehabilitación al Empleo. Ponencia marco presentada en el **I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial**. Madrid, 22 y 23 de mayo de 1995.

Rotelli, F. (1995): Tiempo de rehabilitación. **Boletín de la Asociación madrileña de Rehabilitación**, Asociación Madrileña de Rehabilitación. nº 4 . 3-8 . Madrid.

Ruffner, (1986): How psychiatric Disability Expresses Itself as a barrier to Employment. . **Psychosocial Rehabilitation Journal**. Vol. 17. Nº 3. Enero 1994.

Shepherd, G. (1996): Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. Aldaz, J. y Vázquez C.: **Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación**. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Stroul, B. A. (1989): "Community Support Systems for Persons with Long-term Mental Illness: A conceptual framework". **Psychosocial Rehabilitation Journal**. Vol. 12. N 3.

Test, M.A. (1989): **Community Support Programs**. En A.S. Bellack (ed): Schizophrenia. N.Y. Grune & Statton.

Verdugo, M.A. y Jenaro, C. (1993): El Empleo con Apoyo: Una nueva posibilidad laboral para Personas con discapacidad. **Siglo Cero**. Vol. 24 (3) nº 147, Mayo-Junio, p. 5-12.

Watts, F. (1983/1991): Empleo. En F. Watts y D. Bennett (Ed): **Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica**. México. Limusa.

Watts, F. y Bennett, D. (1983/1992): **Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica**. Méjico. Edit. Limusa.

TÍTULOS ANTERIORES DE CUADERNOS TÉCNICOS DE SERVICIOS SOCIALES

- Nº 1. *LA POBLACIÓN INFANTIL EN SITUACIÓN DE DESAMPARO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Cecilia Simón, J. L. López Taboada y José Luis Linaza Iglesias.
- Nº 2. *LOS RETOS DE LA SOLIDARIDAD ANTE EL CAMBIO FAMILIAR.*
Jesús Leal y M^a José Hernán.
- Nº 3. *ATRAPADOS EN LA CALLE.*
Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez.
- Nº 4. *PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN NEONATOLOGÍA.*
Profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y del Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, bajo la coordinación del Instituto del Menor y la Familia.
- Nº 5. *LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES MADRILEÑOS SEGÚN LA ZONIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.*
Equipo de Trabajo del Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico.
- Nº 6. *PROYECTO ÚNICO DE INTERVENCIÓN. Normalización y territorialización en la atención residencial a la infancia.*
Servicio de Coordinación de Centros del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Nº 7. *ACTITUDES Y MOTIVACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES HACIA SU DESARROLLO PERSONAL.*
Marta Torres. CONSULTRANS. S.A.
- Nº 8. *PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA.*
Luis Cortés, Óscar López. Colaboradores/as: Manuel Álvarez, Isabel Agudo, Concepción García, Rosana Jiménez, Montserrat López.
- Nº 9. *RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL: FACTORES SOCIALES INFLUYENTES SEGÚN LOS PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Ferrán Casas (coordinador), Mónica González, Carme Calafat, Montserrat Fornells.
- Nº 10. *ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES CARACTERÍSTICAS EN LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS DISTINTOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES PRESENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.*
Rosa Aparicio, Andrés Tornos
- Nº 11. *DEMOGRAFÍA Y CAMBIO SOCIAL. SIMPOSIO ORGANIZADO POR LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES. MADRID, 12 Y 13 DE JUNIO DE 2000.*
Lourdes Gaitán
- Nº 12. *NACIMIENTO, EVOLUCIÓN Y DISEÑO DEL CENTRO OCUPACIONAL "NAZARET" (DEL S.R.B.S., CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES). DE LA NADA Y EL CAOS A UNA REALIDAD CON FUTURO*
Guillermo García, Eva Mayayo, Javier Montejo e Inmaculada Vidarte (Equipo Técnico del Centro Ocupacional "Nazaret")

Nº 13. *LA ATENCIÓN EDUCATIVA A LOS NIÑOS/AS EN LAS RESIDENCIAS DE PRIMERA INFANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID*

Raúl Casas, Celiano García, Socorro Martín, Paloma Martín, Marisol Marrón, Julia Sánchez, María Sáiz, Vicente Tinajero, Carmen Yeves.



CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid