

# Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral

---

## Analysis of the Perception of Psychosocial Risks in People with Severe Mental Disorder in the Work Context

Francisco Ballesteros, Carlos Vaquero Mariola Vitutia, Carlos Molinero, Marina Larios, Vanesa Delgado, Adriana Sobrino, Alba Lopez, Gema Herradón, Begoña Gamero, Carolina Garcia, Diana Torres, Eva Maria Muñiz, Beatriz Esteban, Rosana Calvo  
Centro de Rehabilitación Laboral. Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, España

**Resumen:** Un componente básico en la rehabilitación e integración comunitaria de la persona con un trastorno mental grave es el orientado a favorecer la consecución y mantenimiento del empleo. En los entornos laborales, el análisis de los riesgos psicosociales es fundamental. El objetivo del presente trabajo es identificar los factores que promueven riesgos psicosociales. Se cuenta con 175 trabajadores (70% varones), mayoritariamente diagnóstico de esquizofrenia (45.7%) y trabajando como peón (49.1%). Estudio multirecurso, con diseño transversal, con una sola muestra. Las variables fueron las sociodemográficas, laborales, clínicas y de la percepción de los riesgos psicosociales (DECORE). Se detectan riesgos psicosociales en cuestiones como recompensa y control. Hay diferencias significativas en la percepción de riesgos psicosociales entre las personas en CEE y en empresa ordinal en las escalas de demandas cognitivas ( $t = -3.268$ ,  $gl = 173$ ,  $p < 0.05$ ) y recompensa ( $t = 2.479$ ,  $gl = 173$ ,  $p < 0.05$ ). Los resultados tienen implicaciones para las empresas, los trabajadores, Administraciones Públicas y los CRL.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Riesgos psicosociales, Rehabilitación laboral, Centro de rehabilitación laboral, Empleo.

---

La información sobre los autores la puede encontrar en la nota de autor al final del artículo.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al email: [fbailesterospsi@yahoo.es](mailto:fbailesterospsi@yahoo.es)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

**Abstract:** A component in the rehabilitation and community integration of the person with a severe mental disorder is the one aimed at favoring the finding and maintenance of their job. Within work environments, the analysis of psychosocial risks is essential. The objective of this work is to identify the factors that contribute to psychosocial risks. The sample was 175 workers (70% males), mostly schizophrenia-diagnosis (45.7%) and working as a laborer (49.1%). It is a multi-center study, transversal design, with a single sample. The variables measured were sociodemographic, labor, clinical and psychosocial risk (DECORE). Psychosocial risks are detected in issues such as reward and control. There are significant differences in the perception of psychosocial risks between the people who work in CEE and in the regular company in the scales of cognitive demands ( $t = -3.268, gl = 173, p < 0.05$ ) and reward ( $t = 2.479, gl = 173, p < 0.05$ ). The results have implications for companies, workers, Public Administrations and the CRL themselves.

**Keywords:** Schizophrenia, Psychosocial Risks, Work Rehabilitation, Work Rehabilitation Center, Employment.

Los trastornos mentales graves (TGM) tienen una gran repercusión negativa en la salud de las personas que los sufren, en su calidad de vida y en su integración comunitaria general y en el aspecto laboral en particular, con niveles significativos de discapacidad, una importante carga para sus familias y elevado uso de recursos socio-sanitarios.

A lo largo de las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial y Laboral se ha consolidado como intervención en la atención comunitaria a las personas con TMG como proceso cuyos objetivos son: ayudar a superar o compensar las dificultades; mejorar su funcionamiento; y favorecer su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna posible. Todo esto desde el desempeño y manejo de diferentes roles y para la mejora de su calidad de vida.

Un componente básico en la rehabilitación e integración comunitaria de la persona con un trastorno mental grave es el orientado a favorecer la consecución y mantenimiento de su empleo, y que este sirva como medio de vida. El concepto de rehabilitación laboral en España proviene de la Ley de Integración Social del Minusválido (Ley 13/1982) de 1982. En concreto el artículo 18 dice: “*se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado*” (Ley 13/1982, 1982, p. 11107).

Desde hace décadas se puede afirmar que el hecho de desarrollar una actividad laboral es beneficioso para el bienestar general, incluyendo aquí la salud mental (Repetti, Matthews y Waldron, 1989; Winfield y Triggerman, 1989). En esta línea, aparte de ser una fuente de ingresos, la más común dentro de la sociedad actual, el trabajo proporciona una actividad rutinaria, una estructura diaria, un desarrollo de la creatividad, un incremento de las relaciones sociales, una identidad personal y un sentido de utilidad (Goodwin y Kennedy, 2005; Hayes y Nutman, 1981; López, Laviana y González, 2010; Marwaha y Johnson, 2004). Dentro de las estrategias para abordar la salud mental a escala europea, desde junio de 2008 hay recomendaciones específicas donde se habla de promocionar el empleo entre las personas con trastorno mental en pro de tener buena salud mental y bienestar general.

En la línea con las estrategias anteriormente descritas, desde hace más de 25 años se ha desarrollado en la Comunidad de Madrid recursos específicos de ayuda a la integración laboral. Los *Centros de Rehabilitación Laboral* (CRL) están dirigidos a atender a aquellas personas con problemas de salud mental que por diversas razones no están en condiciones de poder acceder directamente al mundo laboral 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 por tanto requieren de un proceso intensivo de rehabilitación laboral que les prepare para su inserción y mantenimiento en el mundo laboral (Consejería de Servicios Sociales, 2001). Son un recurso de especialización en favorecer a las personas con dificultades derivadas de la salud mental a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades necesarias para su plena integración laboral. Los CRL deben trabajar en estrecha coordinación y colaboración con los recursos comunitarios de formación y empleo a fin de facilitar el proceso de integración laboral de las personas. Como objetivos prioritarios están: a) favorecer la recuperación o adquisición de los conocimientos, hábitos y habilidades socio-laborales; b) propiciar y apoyar su inserción laboral tanto en empresas de empleo protegido, como en empresas ordinarias; c) ofrecer el seguimiento y apoyo individualizado para que la persona se mantenga autónomamente en su empleo; d) articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción; y d) fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones para aumentar las ofertas laborales de este colectivo (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2003).

Aunque sin duda las personas con TMG tienen las mismas necesidades, y derechos, que el resto de las personas, siendo una de estas necesidades y derechos desarrollarse a través de una actividad laboral, entendido este término como: “*trabajo productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y se cuenta con una remuneración y protección social adecuada*” (OMS, 2010, p. 120, mencionando la Organización Internacional del Trabajo), en muchas ocasiones no tienen las mismas posibilidades. Ya en 2003 Villa informaba que el 67% de las personas que padecen discapacidad que son población activa estaban en situación de desempleo. Más concretamente, Villa (2003) refería que las personas con discapacidad intelectual y con trastorno mental son poblaciones más castigadas en este sentido. En esta misma línea, en el documento de “El empleo de las personas con discapacidad. 2012” realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2014, refleja una tasa de paro de las personas con trastorno mental de un 47.2%, tasa sólo superada por el colectivo de personas con discapacidad intelectual (48.8%). Autores como López-Álvarez (2001) y fundaciones como FAISEM (2008) elevaban esta cifra hasta al menos a un 80%. El resto de las discapacidades presenta tasas inferiores a estas: visual (21.7%), física y otras (28.7%) y auditiva (29.4%). Algunos de los argumentos que se esgrimen para justificar estas circunstancias son, por un lado, el no poseer muchos de ellos estudios reglados finalizados (solamente alrededor del 7.15% de los usuario/as de los Centros de Rehabilitación Laboral tienen estudios universitarios superiores, siendo lo más frecuente los estudios primarios o elementales, 26.8%) significando eso un descenso de las posibilidades de obtener trabajo. Algunas cifras hablan de hasta un 47.3% (según Encuesta de población activa, INE, 2010) de la población general sin estudio está desempleada. Por otro, la falta de experiencia previa y escasa historia laboral dificulta la integración laboral (Rodríguez, 2001), circunstancias comunes en esta población ya que en muchos casos la crisis personal comienza en el inicio de su vida adulta frenando algunos hitos vitales, como la consecución de su primer trabajo.

Como se aprecia, los datos de empleo de las personas con TMG son deficitarios históricamente, además, no parecen mejorar con los años y las diferentes políticas y planes de empleo. Ya en 1986 se marcaba una tasa de empleo de un 14.1% para las personas con TMG (Sobrino, 2001). Además, parece que es una situación que está generalizada en diferentes países industrializados (Sobrino, 2001). En los últimos datos publicados en 2016 por el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) y recogidos por el Observatorio sobre discapacidad y Mercado de Trabajo (ODISMET, 2016) de la ONCE los contratos de personas con discapacidad solamente representan el 1.31% del total del empleo generado en España. Además, datos como los del *Informe Equipara 2008*, donde se dice que sólo el 14% de las empresas obligadas a la cuota de reserva para personas con discapacidad llegan al cumplimiento total, ponen de relieve una traba más en la integración de las personas con discapacidad (Fundación Equipara, 2008). Finalmente, en el informe de *El Empleo de las Personas con Discapacidad 2016* (INE, 2017b), marca que el trabajo entre las personas con discapacidad por trastorno mental cae más que el resto y se sitúa en el 14.3%.

A parte de esto, una vez que acceden al empleo, las personas con TMG pueden llegar a tener más problemas para mantener su puesto de trabajo ya que como se sabe son más vulnerables a los riesgos psicosociales y sus consecuencias (López et al., 2010) y además tiene que manejarse con los prejuicios y el estigma del propio diagnóstico (Perkins y Rinaldi, 2002) que lleva a que en ocasiones los empresarios tengan una imagen negativa de este colectivo (Sobrino, 2001).

En esta línea, muchos son los estudios en los que se exploran diferentes variables de la persona como son: la edad, el sexo, el diagnóstico, presencia de problemas comórbidos, evolución del trastorno, tiempo de evolución, rehospitalizaciones, el apoyo familiar, la presencia de síntomas positivos o negativos, la adherencia al tratamiento, efectos secundarios de esta, la conciencia de enfermedad, habilidades laborales, habilidades sociales, historia previa de trabajo, formación previa, la motivación, capacidades cognitivas (memoria, capacidad de abstracción y comprensión, etc.), presencia de ingresos a través de pensiones o subsidios, etc..., para predecir el éxito o no en la integración laboral completa de la personas con trastorno mental, todas ellas centradas en la persona (Bedia et al., 2001; Bond y Drake, 2008; Catty et al., 2008; Dickinson, Bellack, y Gold, 2006; Franco, 2008; López, Álvarez y Laviana, 1998; Marwaha y Johnson 2004; Mechanic, Bilder y McAlpine, 2002; Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005; Orviz y González, 1994; Rosenheck et al., 2006; Slade, y Salkever, 2001). Sin embargo, menos se sabe de la percepción de estas personas en cuanto a las condiciones de la empresa como facilitadora de unas condiciones óptimas de trabajo como, por ejemplo, tipo de contrato, características de los turnos, flexibilidad del horario, capacidad de decisión en la planificación del trabajo y un largo etcétera, que se puede atribuir más a cómo se establecen las empresas u organizaciones. Todas estas circunstancias pueden provocar un deterioro de las variables que influyen en el clima organizativo y llevar a la persona a padecer riesgos psicosociales, entendidos estos como:

Aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) que son conocidas popularmente como “estrés” y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración. (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, 2016).

El análisis de los riesgos psicosociales es algo fundamental, pues existe “*una constante infravaloración (hasta el desprecio) del impacto de los riesgos psicosociales en la generación de trastornos mentales*” (Muñiz, 2016, p. 28). Los artículos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 (especialmente lo marcado en los artículo 4.7, 14.1, 15.1, 16) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (concretamente los artículos 1, 2, 3, 4.1, 5 y 34) de la normativa vigente, sustentan la obligatoriedad empresarial de intervenir respecto a los factores de riesgo psicosocial, es decir, los factores de riesgo cuyo origen son determinadas características de la organización del trabajo, de la misma manera que ante los demás tipos de factores de riesgo. Sí bien es cierto que existen informes de este tipo en diferentes trabajos y/o trabajadores (Rubio, Díaz, Martín y Luceño, 2010; Luceño, Martín, Rubio y Jaén, 2008), incluyendo estudios de los riesgos psicosociales que pueden llegar a tener los trabajadores que desarrollan su profesión con personas con discapacidad (CC.OO., 2014), llama la atención el escaso número de evaluaciones hechas directamente a personas con trastorno mental grave. Esto pone de relieve el déficit de valoración de los profesionales con discapacidad derivada de problemas de salud mental grave sobre las condiciones de trabajo que perciben, siendo los contextos ambientales importantes para el mantenimiento de una estabilidad personal.

Teniendo en cuenta, como se ve en la definición, que la presencia de riesgos psicosociales laborales están estrechamente relacionados con la presencia de enfermedades (trastornos músculo-esqueléticos, depresión, abuso de sustancias, problemas cardíacos, entre otros) (Luceño, et al., 2008), o el agravamientos de las ya existentes, además de influir en la calidad de vida de los trabajadores (Luceño et al., 2008), este tipo de circunstancias hace imprescindible estudiar, conocer y mejorar los riesgos psicoso-

ciales, ya que repercute no sólo en las personas que sufren los riesgos sino también en las empresas, familiares de los afectados y en última estancia en la propia sociedad y administraciones públicas (nivel económico, bajas laborales, no productividad, ...).

Por ello, el objetivo del presente trabajo será identificar los factores que propician los riesgos psicosociales, ya que trabajar sobre ellos tiene evidentes ventajas sobre la salud y la adaptabilidad de la persona con TMG en el trabajo. Los resultados de este estudio también facilitarán, por un lado, una guía de recomendaciones para las empresas para que aborden los factores de riesgos, y por otro, una identificación de las necesidades de las personas trabajadoras con TMG que llevará a nuevas intervenciones desde los CRL.

## Método

### Descripción del centro

A parte de lo descrito anteriormente, un CRL tiene capacidad para dar cobertura a 30-65 personas. Para este estudio se contó con los 22 centros que prestaban servicio en la Comunidad de Madrid en el momento de la recogida de datos. En la actualidad hay un total de 27 (julio de 2018).

Los profesionales que forman este tipo de recurso son: un/a director/a, un/a psicólogo/a, un/a terapeuta ocupacional, un/a técnico de apoyo a la integración laboral, un/a preparador/a laboral, 2-3 maestros/as de taller, y personal administrativo y de limpieza.

### Participantes

Para el presente estudio se cuenta con 175 usuario/as que cumplen los criterios de inclusión y exclusión de una muestra posible de 971 personas que durante 2017 tuvieron algún tipo de actividad laboral (18.02%). La muestra se obtuvo de manera incidental.

Los usuario/as acceden al CRL exclusivamente a través de su derivación desde el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) del Servicio de Salud Mental (SSM) del distrito, en las comisiones de derivación y seguimiento. En ellas, el continuador de cuidados responsable del caso hace entrega del protocolo de continuidad de cuidados con los datos sociodemográficos y clínicos del usuario/a, así como una propuesta de los objetivos de intervención, al tiempo que expone brevemente el caso. El resto de los datos de los usuario/as se obtiene en las entrevistas directas con el afectado y en su caso con sus familiares y/o personas relevantes de su entorno. Tras la recogida de toda la información se elabora un informe de evaluación y un Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIRL), que es consensuado con la persona.

### Criterios de inclusión-exclusión

Como criterios de inclusión para el presente trabajo se determinó: a) Estar atendido en un CRL de los 22 de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera (RED); b) Llevar al menos 3 meses en el puesto de trabajo actual en el momento de la recogida de datos; y c) Firmar el consentimiento informado.

Como criterios de exclusión: a) No firmar el consentimiento informado; b) Presencia de problemas cognoscitivos, que influyan en la comprensión y respuesta a las pruebas (discapacidad intelectual, por ejemplo); y c) Que en el momento de la recogida de datos combine más de un trabajo (pluriempleado).

## Variables e instrumentos

Las variables que se tienen en cuenta son:

**Tabla 1:** Variables del estudio

Socio demográficas	Laborales	Clínicas	Riesgos psicosociales
Categoría profesional			
Género	Tipo de trabajo	Diagnóstico	
Edad	Tiempo en el trabajo actual	Años evolución	
Nivel educativo	Tipo de jornada	Baja laboral	Puntuación en Cuestionario DECORE
	Tipo de salario		
	Sueldo	Patología asociada	
	Tipo de contrato		
	Tipo de empresa en la que trabaja		
	Baja laboral		

Los instrumentos que se utilizan para recoger la información son:

- *Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales. DECORE* (Luceño y Martín, 2008): Evalúa la percepción que tienen los trabajadores en relación con algunos riesgos psicosociales que la investigación ha vinculado con estrés y enfermedad, más concretamente: las Demandas Laborales (requerimientos que se le exigen al trabajador), el Control (posibilidad de los trabajadores para determinar qué tareas realizan y cómo), las Recompensas (beneficios que recibe el trabajador por su contribución) y el Apoyo Organizacional (buenas o malas relaciones que se establecen con compañeros y supervisores). También ofrece puntuaciones en los Índices de Desequilibrio Demanda Control (DDC) (relación entre demandas laborales y control), Desequilibrio Demanda-Recompensa (DDR) (relación entre demandas laborales y recompensa), y el Índice Global de Riesgo (IGR) (medida global del riesgo). En general, a puntuaciones superiores, mayor riesgo percibido en cada escala o índice. El instrumento consta de 44 ítems, que se rellena en un tiempo estimado de 10 minutos. Es una prueba de la evaluación de riesgos psicosociales dirigido a población laboral española, cuyas principales características son: ser breve, fácil de entender por el trabajador, fácil de corregir e interpretar. El sistema utilizado cataloga cada puntuación de escala o índice en un rango de “excelente”, “saludable”, “alerta” y “emergencia”. Además, es un instrumento fruto de la investigación (Luceño et al., 2008). En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, el índice de consistencia interna es superior a 0.70, indicando esto una fiabilidad al alta. Asimismo, se informa de una buena validez (Luceño y Martín, 2008). Es citado como uno de los instrumentos de evaluación de los riesgos psicosociales de elección por ser una herramienta fácil, rápida y que interfiere poco en la entidad evaluada (Guàrdia, 2008).

- *Cuestionario ad hoc de información sociodemográfica, laboral y clínica:* Se desarrolla una batería de preguntas que recoge información sobre variables sociodemográficas, laborales y clínicas de interés para la investigación.

## Procedimiento

Para llevar a cabo la recogida de datos, después de aplicar los criterios de inclusión-exclusión, siendo fundamental la explicación del propósito de la investigación y la firma del consentimiento informado, uno de los investigadores del estudio o un colaborador entrenado de los 22 CRL de Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid administra la primera parte de entrevista donde recoge los datos sociodemográficos, laborales y de trabajo, a acto seguido el cuestionario que mide la percepción de los riesgos psicosociales (DECORE), estando en todo momento delante resolviendo cualquier duda.

Los datos quedan registrados de forma que se respete las normas de la ley de protección de datos vigente.

El estudio fue presentado a los responsables técnicos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia (RED) para su aprobación.

## Diseño

Es un estudio multirecurso, con un diseño transversal, con una sola muestra, en la cual se llevar a cabo una estrategia descriptiva de las variables sociodemográficas, laborales, clínicas y de la percepción de los riesgos psicosociales y una estrategia comparativa entre las diferentes variables de interés para el estudio.

## Análisis de datos

Se lleva a cabo análisis descriptivos y de frecuencias de las variables objeto de estudio. Se procedió a realizar análisis de los resultados en la variable de Riesgo Psicosocial a través de los resultados del DECORE, el cual se corrige informatizadamente.

Se condujo una comparación de grupos en las variables de mayor interés mediante *t* de Student y ANOVA. Debido al tamaño de la muestra se asume la normalidad.

## Resultados

En la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos de la muestra utilizada ( $N = 175$ ).

A continuación, en la Tabla 3, se presenta las características laborales de los participantes en el estudio.

En la Tabla 4 se presenta los datos relacionados con otras vivencias de los trabajadores en su quehacer cotidiano.

**Tabla 2.** Perfil de la muestra (N = 175)

Variables	Categoría (%)
Género	Varones: 70 %
Edad (años)	18-35: 8% 31-45: 65.7% Más 45: 26.3%
Nivel formativo (*)	Enseñanza primaria: 16% Enseñanza secundaria: 14.3% Bachillerato: 25.1% FP/Grado superior: 12.6% Licenciado/Grado universitario: 10.3%
Diagnóstico Principal (*)	Esquizofrenia: 45.7% Trastorno Psicótico: 13.7% T. Estado de ánimo: 13.1% T. Personalidad: 9.1% Otros trastornos: 8%
Patología asociada	Psíquicas: 36% Físicas: 12.6% Sensoriales: 2.9% Sin patología 47.4%
Años diagnosticado	Menos de 2 años: 2.9% 2-5 años: 14.9% 6-10 años: 26.9% Más de 10 años: 54.9%

(\*) Se anotan solamente las 5 categorías más frecuentes.

**Tabla 3.** Perfil laboral (N = 175)

Variables	Categoría (%)
Categoría profesional (*)	Ayudante no titulado: 10.3% Auxiliares administrativos: 21.7% Peón: 49.1%
Tiempo en empresa	3-6 meses: 14.9% 6 meses-2 años: 40.6% 2 años-5 años: 26.9% 5 años-10 años: 14.3% Más de 10 años: 2.9%
Tipo de relación laboral	Fijo: 46.9% Fijo discontinuo: 1.1% Temporal con contrato formativo: 1.7% Temporal: 45.1% Interino: 5.1%
Tipo de jornada	Partida: 17.1% Turno fijo de mañana: 45.1% Turno fijo de tarde: 24% Turno fijo de noche: 0.6% Turno rotativos (sin noches): 8.6% Turno rotativos (con noches): 4%

**Tabla 3 (Continuación).** Perfil laboral (N = 175)

Variables	Categoría (%)
Horas semanales	Menos 30 horas: 45.7% 31-35 horas: 22.3% 36-40 horas: 26.3% 41-45 horas: 4.6% Más de 45 horas: 0.6%
Sueldo (€)	Menos 300€: 11.4% 301-450€: 28.6% 451-600€: 45.1% 601-750€: 8.6% 751-900€: 4.0% 901-1200€: 1.1% Más de 1200€: 0.6%
Tipo de salario	Fijo: 82.9% Fijo y variable: 16.6% Variable: 0.6%
Tipo de empresa	CEE: 63.4% Empresa ordinal: 36.6% Con C. Discapacidad: 73.4% Sin C. Discapacidad: 26.6%
Baja laboral actual	Sí: 8% No: 92%

(\*) Se anotan solamente las 3 categorías más frecuentes.

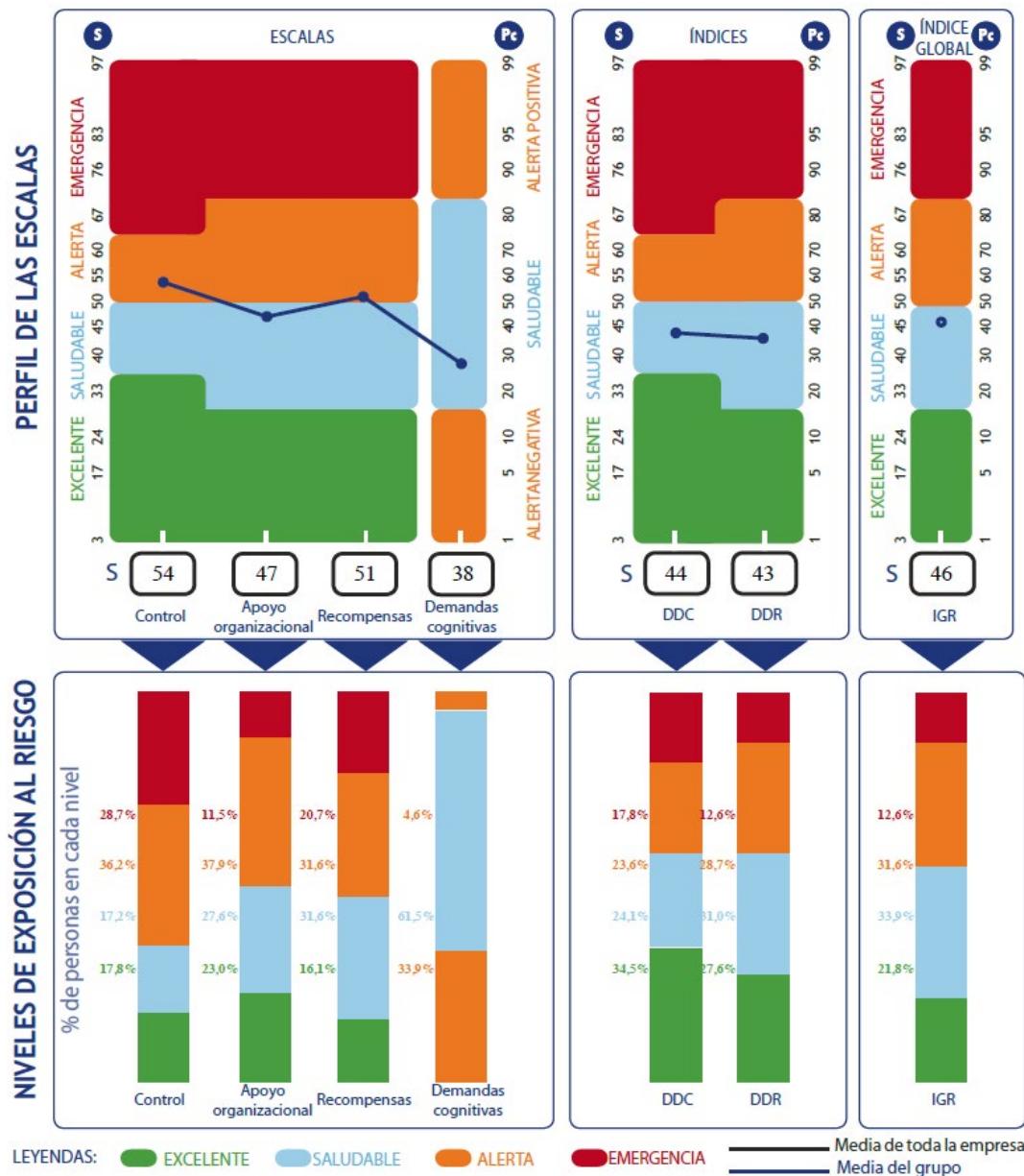
**Tabla 4.** Otras vivencias de los trabajadores (N = 175)

Variables	Categoría (%)
Realización de tareas distintas al puesto de trabajo (*)	Generalmente no: 61.7% Sí, generalmente del mismo nivel: 25.1%
Tus superiores te han consultado cómo mejorar (*)	Algunas veces: 28% Solo alguna vez: 25.1% Nunca: 33.1%
El trabajo corresponde con la categoría profesional (*)	Sí: 80%
Has ascendido (*)	No: 90.9%
Sábados trabajados al mes (*)	Ninguno: 55.4% 3 ó más: 21.1%
Domingo trabajados al mes (*)	Ninguno: 73.7% 3 ó más: 11.4%
Margen de adaptación hora de entrada (*)	No tengo ningún margen: 84.6% Tengo hasta 30 minutos: 6.3%
Si tienes un asunto personal, puedes abandonar tu trabajo (*)	Siempre: 25.1% Solo alguna vez: 20% Nunca: 29.1%
Cambio de hora de entrada/salida (*)	Nunca: 62.9% Solo alguna vez: 16.6%

**Tabla 4 (Continuación).** Otras vivencias de los trabajadores (N = 175)

VARIABLES	CATEGORÍA (%)
Cuántos días prolongas tu jornada (*)	Ninguno: 53.1% Algún día excepcionalmente: 28.6%
Puedes decidir cuándo hacer descanso	Siempre: 19.4% Muchas veces: 10.9% Algunas veces: 21.1% Solo alguna vez: 14.3% Nunca: 34.3%

(\*) Se anotan solamente las categorías más frecuentes.

**Imagen 1.** Perfil de la percepción de riesgos psicosociales. Toda la muestra (N=174).

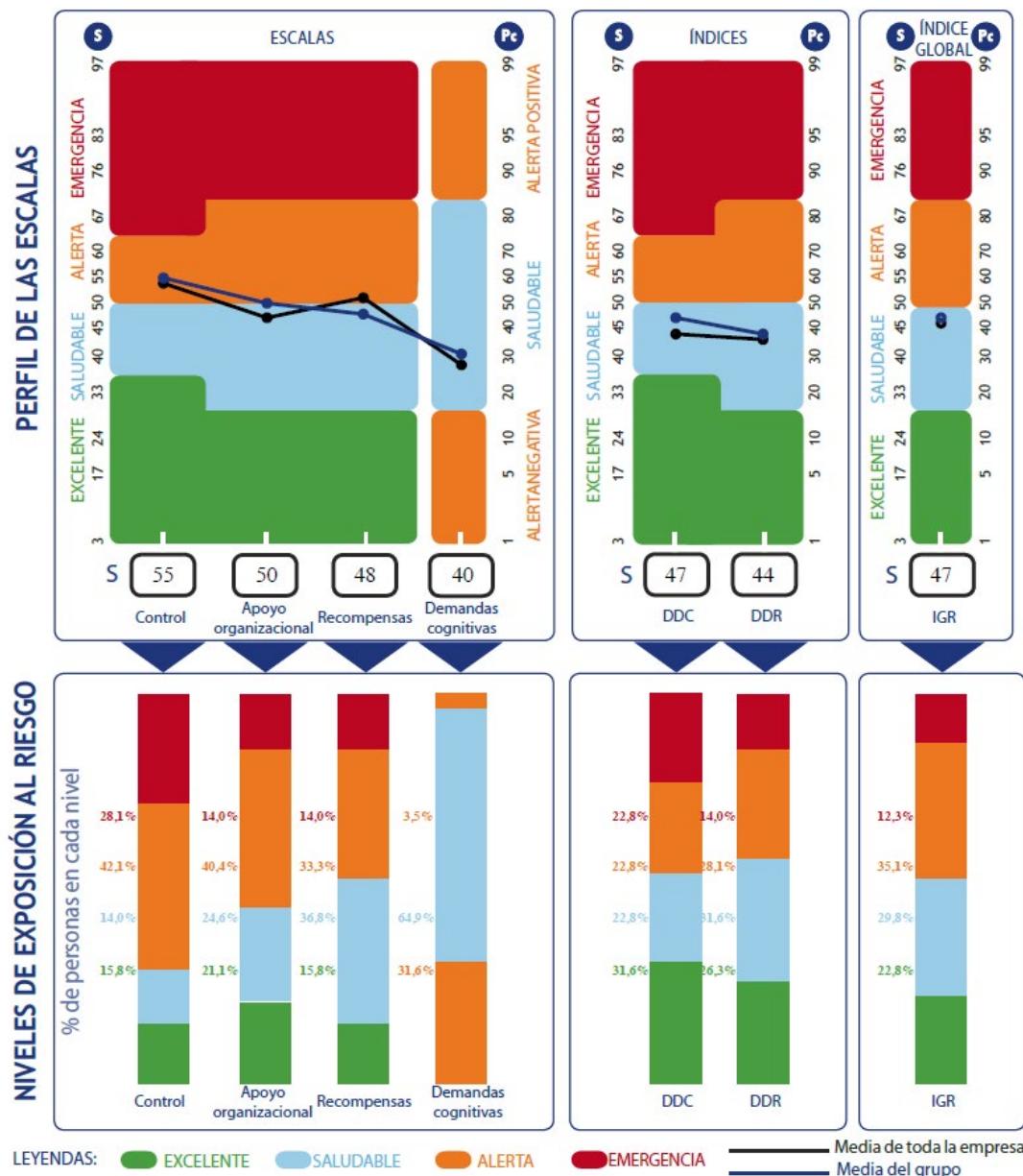
Fuente: Perfil generado por corrección automática de DECORE por TEA Ediciones.

A continuación, se presentan los resultados arrojados por el cuestionario DECORE con respecto a la percepción de los riesgos psicosociales. De la corrección del cuestionario se tuvo que eliminar a un participante por haber dejado muchos ítems sin responder.

En la primera imagen (Imagen 1), se muestran los resultados para el total de la población analizada ( $N = 174$ ).

De este resultado se puede destacar que, como grupo de trabajadores, no identifican riesgos psicosociales medido a través del Índice General de Riesgo (IGR). Si se observan las escalas sí se encuentran problemas en la escala de Control y Recompensa.

En la imagen 2, se presentan los resultados sobre la percepción de riesgos psicosociales en las mujeres ( $N = 57$ ) y su comparativa con el grupo.



**Imagen 2.** Perfil de la percepción de riesgos psicosociales en las mujeres ( $N=57$ ).

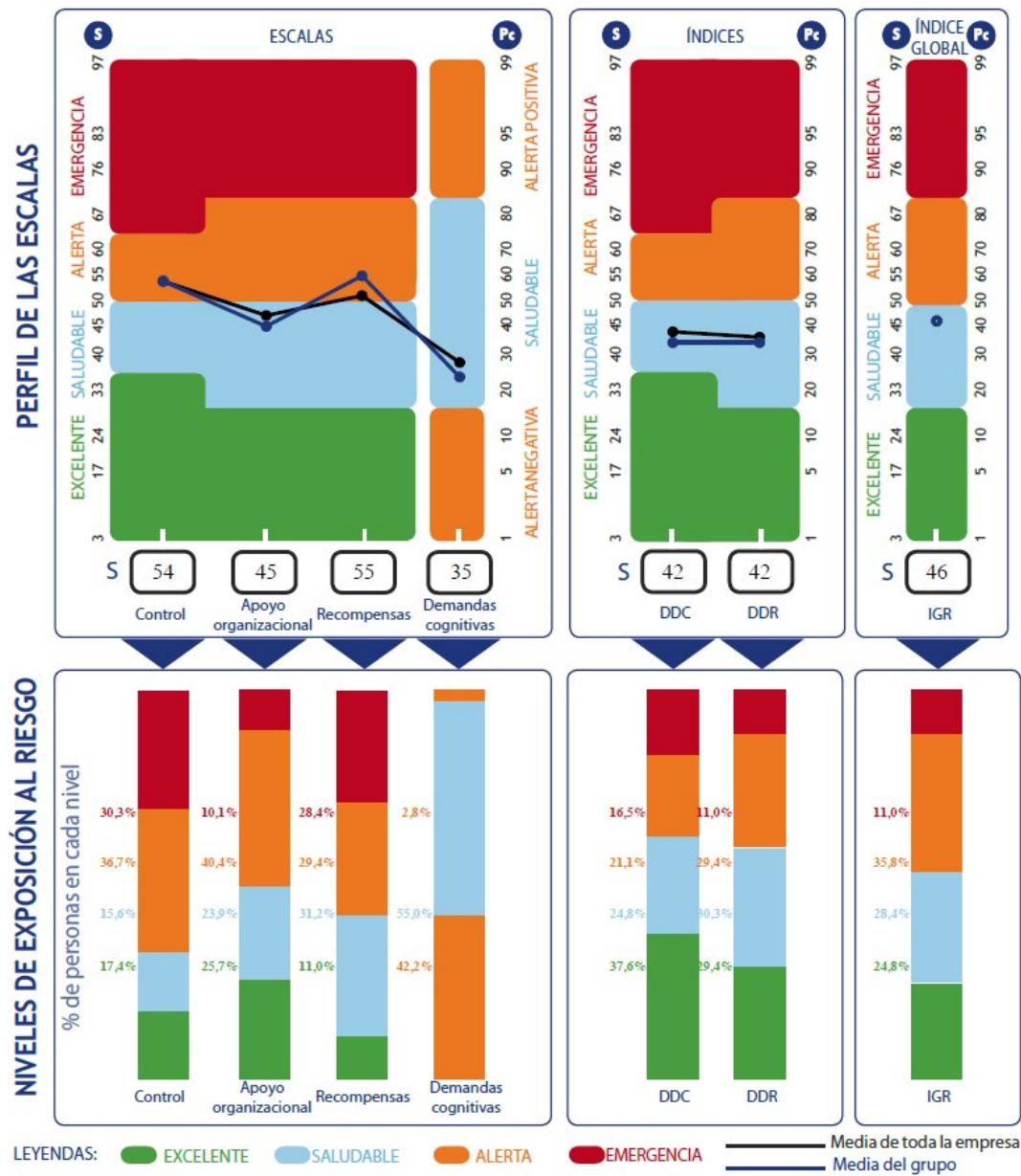
Fuente: Perfil generado por corrección automática de DECORE por TEA Ediciones.

En este caso se resalta que las mujeres tienen una percepción de riesgo general similar a toda la población. Sí que se sienten bien recompensadas, mejor que el grupo entero, pero con menor apoyo por parte de la organización.

No se presentan los resultados para el subgrupo hombre ( $N = 117$ ) ya que se observa un perfil muy parejo al general (Imagen 1).

En las siguientes imágenes se muestra la percepción de los trabajadores dependiendo del tipo de empresa en la que desarrollen su actividad.

En la Imagen 3 nos encontramos al subgrupo de trabajadores que están contratados en CEE ( $N = 109$ ).

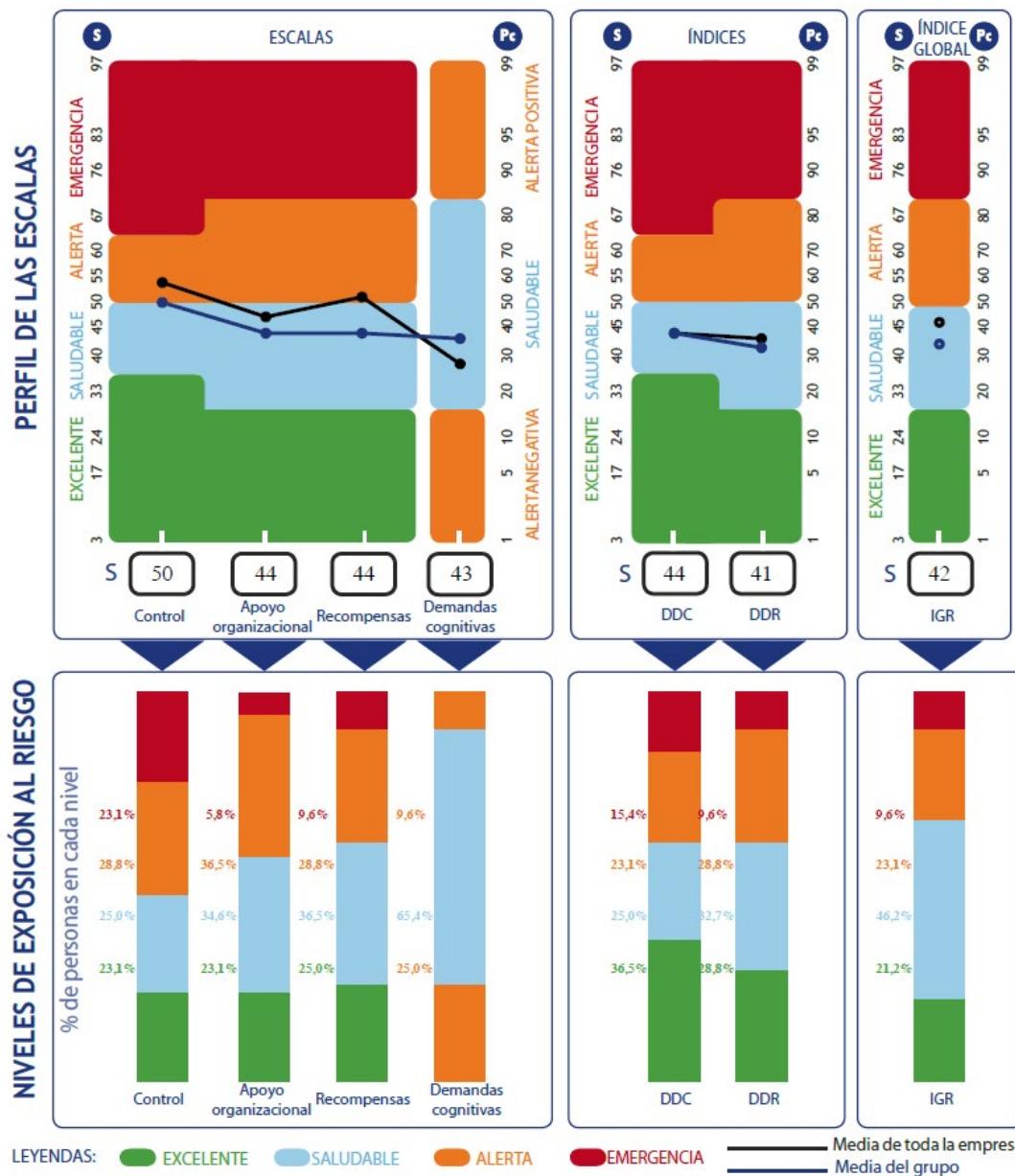


**Imagen 3.** Perfil de la percepción de riesgos psicosociales en trabajadores de CEE ( $N=109$ ).

Fuente: Perfil generado por corrección automática de DECORE por TEA Ediciones.

Se observa en el grupo de personas que trabajan en Centro Especial de Empleo (CEE) se sienten bastante menos recompensados que el resto del grupo, pero con mejor apoyo por parte de la empresa, aun así, el 50% de ellos valora el apoyo de la organización como deficitario.

En la Imagen 4 se encuentran los resultados para las personas que trabajan en empresa ordinaria (EO) con certificado de discapacidad (CD).



**Imagen 4.** Perfil de la percepción de riesgos psicosociales en trabajadores de EO con CD (N=52).

Fuente: Perfil generado por corrección automática de DECORE por TEA Ediciones.

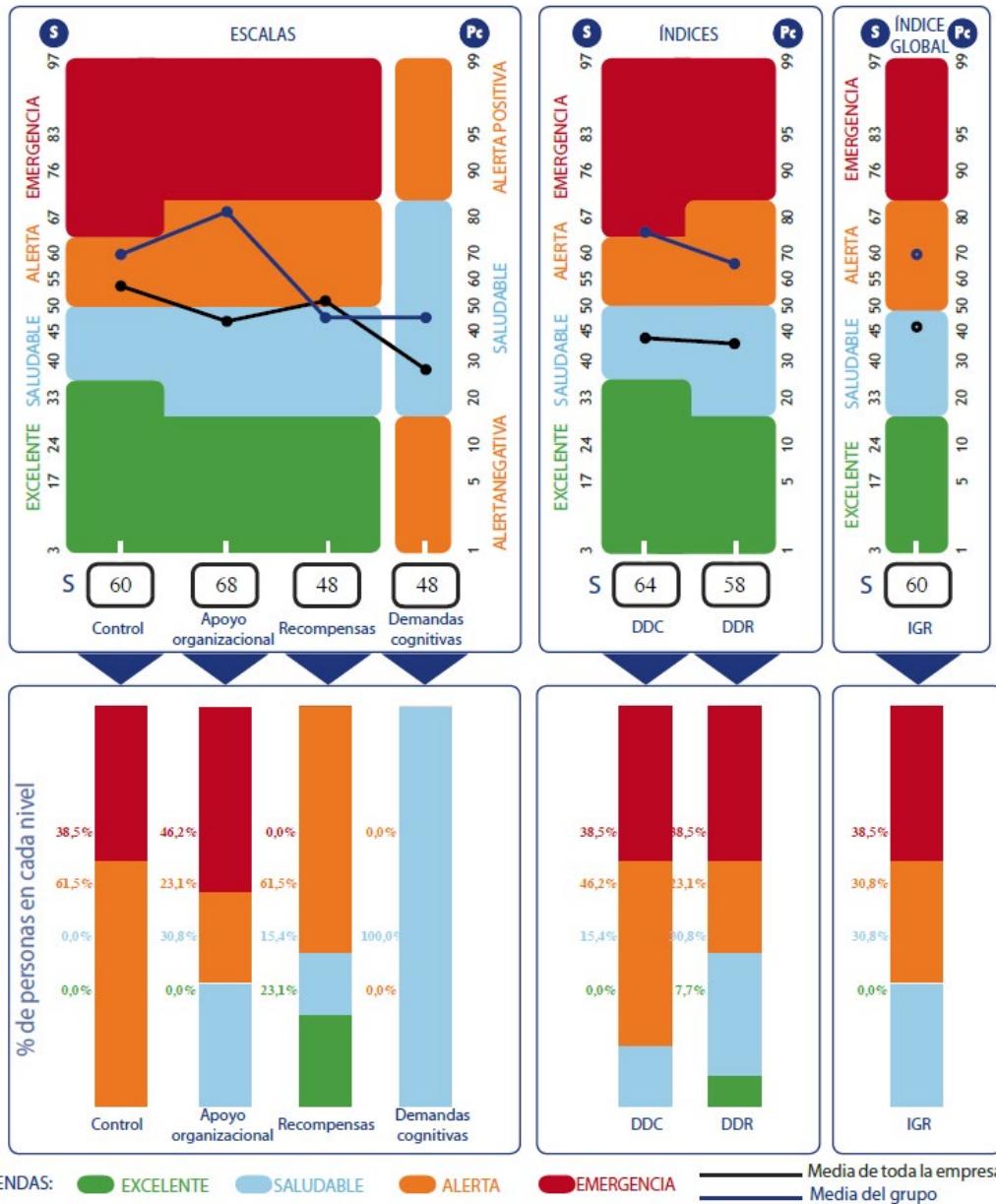
Se presenta un patrón bastante diferente al de la muestra en su conjunto. Las personas que trabajan en EO con CD se perciben con menos riesgos psicosocial en todas las escalas e índices. Cabe resaltar la diferencia en cuanto a la escala de Recompensas.

En la Imagen 5 se encuentran los resultados para las personas que trabajan en empresa ordinario (EO) sin certificado de discapacidad (CD).

En contraposición a lo anterior, las personas que trabajan en EO sin CD presentan un patrón de estrés psicosocial muy marcado. Así, se observa mucha diferencia en todas las escalas medidas por el DECORE, a excepción de la escala de Recompensas.

## PERFIL DE LAS ESCALAS

## NIVELES DE EXPOSICIÓN AL RIESGO



**Imagen 5.** Perfil de la percepción de riesgos psicosociales en trabajadores de EO sin CD (N=13).

Fuente: Perfil generado por corrección automática de DECORE por TEA Ediciones.

ción de Recompensa. Destaca también que es una subpoblación que se sitúa en alerta en cuanto al IGR y en emergencia en el DDC con un 84.7% de trabajadores con problemas percibidos. Hay que tener en cuenta que en este caso solamente son 13 personas.

Finalmente, se presentan los resultados que han alcanzado la significación estadística para alguna de las variables de segmentación de interés en algunos de los índices del DECORE.

Como puede observarse, de todas las variables presentadas al principio del estudio, solamente en dos de ellas las personas preguntadas encuentran diferencias estadísticamente significativas en alguna de las escalas del DECORE. De esta forma las personas que trabajan en empresa ordinaria se sienten mejor recompensadas que las que trabajan en CEE. Por el contrario, también sienten un problema mayor en cuanto a las demandas cognitivas. Recuérdese que a mayor puntuación más riesgo percibido.

**Tabla 5.** Comparación de grupos en variables de interés para escalas del DECORE

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>	Intervalo de confianza 95%	
								Límite Superior	Límite inferior
Demandas Cognitivas	CEE	111	2.52	.678	-3.268	173	.001	-.547	-.135
	Empresa Ordinaria	64	2.86	.642					
Recompensa	CEE	111	3.75	.834	2.479	173	.014	.066	.584
	Empresa Ordinaria	64	3.42	.838					

CEE: Centro Especial de Empleo

## Discusión y conclusión

### Perfil sociodemográfico, clínico y laboral

En cuanto al perfil de la muestra se contó con un total de 175 usuario/as que cumplían los criterios de inclusión-exclusión de los posibles 971 que habían tenido al menos una integración laboral a lo largo del año. Fueron seleccionados de forma incidental, sin aplicarse ningún sistema de aleatorización ya que se pretendía llegar al 100% de la población diana. Con este número de participantes, la muestra aquí descrita se puede presentar como una muestra de referencia en otros estudios empíricos dentro de este campo de estudio, ya que no se tiene constancia de trabajos de este tipo en personas con TMG.

Analizando los datos que se presentan en la Tabla 3 de descripción del trabajo, se observa que en la muestra de este estudio hay un 48% de personas con un contrato indefinido (fijo y fijos discontinuos), y un 45.7% trabaja a jornada parcial. Estos datos distan del resultado del informe “El Empleo de las Personas con Discapacidad de 2016” (INE, 2017a), el cual señala que la mayoría de los trabajadores con discapacidad tenían contratos fijos a jornada completa.

En cuanto a las diferencias relacionadas con el género, se encuentra que el 70% de la muestra son varones. Esto se puede explicar porque los varones se han mostrado más dispuestos a participar o porque este dato es un reflejo de las proporciones en casi todos los centros de rehabilitación para personas con TMG de la RED. Si se pudiera comparar con algo, este dato se parece más al reflejo social actual en el cual tienen más acceso al trabajo los hombres que las mujeres, que es 10 puntos porcentuales menor (INE, 2017b). De cualquier manera, se revela de nuevo la doble dificultad de integración general que pueden tener las mujeres con trastorno mental grave. Por el contrario, este dato choca con la información aportada por la Consejería de Políticas Sociales y Familia (madrid.org) donde muestra que el porcentaje de mujeres atendidas que consigue trabajo se eleva hasta el 65.36% y el de hombre es de 62%. Los datos llevan a la reflexión de un mejor rendimiento de las mujeres una vez que inician el proceso de rehabilitación laboral.

Siguiendo con los datos sociodemográficos, clínico y laborales de la muestra, se aprecia en la Tabla 3 que la mayoría de ellos accede a un trabajo considerado no cualificado o de poca cualificación (un 81.1% entre peones, auxiliares administrativos o ayudantes no cualificados). Una posible razón a este dato es la que rela-

ciona que las personas que padecen TMG están menos formadas en general, solamente un 10% cuenta con estudios universitarios en esta muestra. Es sabido que el inicio del trastorno y de las primeras crisis personales se produce en la primera edad adulta (Rodríguez, 2001) lo que en muchas ocasiones hace que se vea truncada su formación. Aun habiendo terminado los estudios antes de la presencia de síntomas, el mercado actual es exigente en lo formativo y en lo tecnológico, es decir, como profesional debes estar muy preparado, con reciclaje constante, y ser muy competitivo (idiomas, nuevas tecnologías, especialización y versatilidad al mismo tiempo) para integrarte, y el comentado parón no propicia esto. Por otro lado, también se encuentra el deterioro o no adquisición, en los momentos claves, de las habilidades laborales inespecíficas (o competencias clave), como pueden ser la asertividad laboral, la toma de decisiones, el ritmo, etc., que se necesitan para el desarrollo de un puesto de trabajo, y que en según qué puestos es más fácil adquirir o identificar. También estaría la percepción del propio interesado, que en ocasiones prefiere acceder a este tipo de trabajos que son vividos como menos exigentes o estresantes, se llegan a percibir menos vulnerables en trabajos menos cualificados. Finalmente, las personas con esta problemática parece que han tenido un historial de empleo previo escaso, lo que puede que haga más probable una vuelta o inicio en el mercado laboral en trabajos no cualificados.

La edad también parece una variable importante en cuanto a la integración laboral, en la Tabla 4 se encuentra que el porcentaje más alto (65.7%) son personas entre 31-45 años. En principio no es una edad avanzada para trabajar en su rango inferior, sin embargo, en su rango superior puede llegar a ser un problema, de hecho cada vez se describe más el fenómeno del *edadismo* (Nelson, 2002), especialmente en las mujeres, que dificulta mucho la integración en el mercado, que exige personas jóvenes y preparadas.

El anterior dato no se puede desligar del tiempo de evolución del trastorno. Se encuentra que el 55% de las personas tienen el diagnóstico desde hace más de 10 años. Esto puede correlacionar con un mayor deterioro de las competencias claves y específicas para trabajar. En cualquier caso, se puede recomendar que lleguen personas usuarias a los CRL con menor edad, y por tanto con menos evolución del trastorno, en la medida de lo posible, para poder retomar o iniciar el proyecto formativo-laboral lo antes posible.

Se pueden destacar algunas características del trabajo. Se aprecia en los resultados que el 47% de las personas lleva más de dos años en la empresa. Esto describe a un trabajador fiel, por un lado, o con muchos miedos para cambiar una vez que se ha hecho con las rutinas laborales y encuentra que encaja en una organización. En este aspecto, también se ve que solamente un 8% de los trabajadores estaban de baja en el momento de la evaluación. Este dato va en contra de la idea popular de que las personas con TMG están constantemente de baja, mostrando en ocasiones una resiliencia muy destacable ante algunos aspectos.

Hay una clara preferencia de estos trabajadores por las medias jornadas (68%) y por desarrollar su trabajo en un CEE (63.4%). En ambos casos, y bajo la percepción del propio trabajador/a, este hecho se explica por la percepción de tener menos estrés, al trabajar menos horas, y poder compaginar el sueldo con otras fuentes de ingresos (pensiones o subsidios). En ocasiones, trabajar en un CEE responde al hecho de sentirse más protegido y comprendido, donde “*se sabe*” que se está contratado por su discapacidad y que habrá cierta condescendencia con sus posibles problemas, “*días malos*” o visitas al psiquiatra.

Finalmente, en esta primera parte, llama la atención el nivel salarial al que acceden. Un 85.6% de la muestra cobra menos de 600€, siendo el SMI en 2017 de 707.70€. Aunque la respuesta a este resultado puede estar en la preferencia por trabajar media jornada, no se escapa que con este poder adquisitivo no se puede desarrollar un proyecto vital que englobe cosas como independencia del domicilio o formar una familia en condiciones de seguridad económica. Este sueldo también puede deberse al tipo de lugar dónde se desempeña el puesto de trabajo, es decir la mayoría de los casos en CEE, los cuales en ocasiones no contratan a las personas por sus perfiles o competencias, sino por su condición de discapacidad. De hecho, se da la circunstancia de que el mercado laboral en ocasiones rechaza candidaturas debido a una sobre cualificación. Parece conveniente seguir prospectando y orientando a la persona, hacia la empresa ordinaria, que por un lado la recompensa percibida es mayor y por otro lado es un paso más en la integración en la sociedad. Lo que sí es buena noticia es que este sueldo llega de forma fija en la gran mayoría de los casos, lo que da mucha seguridad a las personas, restando incertidumbre y estrés.

## Riesgos psicosociales

Una vez analizada las características sociodemográficas, clínicas y laborales, se pasa a la parte del estudio en el que se explora la percepción de riesgos psicosociales en una población que hasta la fecha no había tenido ninguna evaluación en este sentido, yendo este estudio acorde con las recomendaciones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995). El primer resultado que se obtiene es la puntuación en el DECORE para todo el grupo.

En la Imagen 1, el Índice General de Riesgo (IGR), que es la puntuación que aglutina todas las subescalas e índices, no se aprecian riesgos psicosociales. Sin embargo, un análisis más detallado del resultado nos indica que la muestra global siente riesgos psicosociales (nivel alerta) en aspectos relacionados con el control y la recompensa. Además, observando el porcentaje de cómo se distribuyen las personas, se observa que casi el 50% de la muestra se sitúa en puntuaciones de alerta o emergencia en la escala de apoyo organizacional y recompensas. Casi el 65% se ve mal en la escala de control. Finalmente, algo más de 4 de cada 10 se ven con riesgos en los índices de desequilibrio demanda-recompensa (DDR), desequilibrio demanda-control (DDC) y en el IGC.

La explicación de estos resultados, en especial en la escala de control y recompensa, puede estar en varias razones. Por un lado, todo lo relacionado con la escala control se puede explicar por el tipo de trabajo que están desempeñando, parece que los puestos de peón, auxiliar administrativo y ayudante no cualificado son trabajos con horarios y cuadrantes muy rígidos que marcan claramente la tarea en cada momento y que no se pueden cambiar adaptándose a las circunstancias; en segundo lugar, se puede mencionar aspectos como los relacionados con la sensación de no poder elegir los descansos, cuándo y cómo hacerlos; tercero, y muy relacionado con lo anterior, el no tener flexibilidad de entrada y de salida (el 85.4% de ellos dice no tener ningún margen en este aspecto), lo mismo sucede con la posibilidad de abandonar el puesto de trabajo si una urgencia lo requiere, conciliando de esta manera con la vida personal. Por otro lado, con la escala recompensa, las explicaciones pueden ser; primero, y como se mencionó anteriormente, debido al poco salario que las personas tienen, impidiendo otro tipo de proyectos importantes; segundo, la sensación de no tener acceso a otro tipo de recompensas, más allá de las económicas, por ejemplo, el 90% de los encuestados no ha ascendido nunca. También, y relacionado con esto, estaría el no acceso a un salario emocional, que se traduce en flexibilidad horaria, días libres, acceso a seguros sociales, disponer de espacios de distracción, formación dentro de la empresa o facilitada por esta y/o reconocimiento del trabajo bien hecho, entre otras.

En relación a la recompensa y el salario emocional, ya en 1990 se constataba que “contrariamente a las generaciones anteriores, [la gente] considera que el salario, por sí solo, constituye una escasa compensación si no se acompaña de la sensación de que su trabajo contribuye al bienestar general” (Waterman, 1990, cit. en Boltanski y Chiapello, 2002, p. 106).

En cuanto a los resultados de la Imagen 2, se encuentra que el patrón de riesgos psicosociales detectado por las mujeres es similar al patrón general. Sí se encuentra que este grupo se siente mejor recompensado en comparación con toda la muestra. Aunque en proporción mantienen los mismos sueldos, tal vez lo que reciben es una mayor valoración social y/o familia. También llama la atención que perciben algo menos de apoyo por parte de la empresa. No se puede distinguir si esto se refiere más al apoyo formal por parte de supervisores o al informal por parte de compañeros.

En cuanto al tipo de empresa en el que trabajan las personas preguntadas (Imagen 3, 4 y 5), se ha podido comprobar que un porcentaje alto lo hace en CEE (un 63.4%), y en muchas ocasiones por decisión propia al sentir ciertas ganancias en este tipo de empresas. Sin embargo, al analizar los resultados del DECORE se aprecia que más del 50% de ellos se siente mal apoyados (escala de apoyo organizacional), alejándose de la sensación inicial de que estarán mejor en todos los sentidos en un CEE. Este resultado lleva a la reflexión de cómo son los apoyos en los CEE. Por lado está el apoyo más informal, que llega desde los propios compañeros, se puede dar la circunstancia que estos no sean eficaces al compartir espacios con personas con las mismas problemáticas, que en ocasiones afectan precisamente al área relacional. También, y en la línea del apoyo de los compañeros, se puede estar dando el caso de que con los cuadrantes que parece que manejan los trabajadores, no se favorezca la interacción con los compañeros. Por otro lado, se

encuentran los apoyos de carácter formal, y administrados por los supervisores, según estos resultados no cubren las necesidades de la persona. Debería tender hacia algo más individualizado, por todo ello, sería recomendable fomentar espacios de relación entre compañeros facilitando momentos para ello. A esto se le puede sumar, la posibilidad de un servicio de ajuste más intensivo, que pueda aumentar la sensación de apoyo ante cualquier circunstancia.

Además, las personas que trabajan en CEE tienen peor sensación, y por lo tanto riesgo psicosocial, en el apartado de recompensa. Se sienten menos recompensados que los trabajadores que trabajan en empresa ordinaria con certificado discapacidad o en empresa ordinaria sin certificado de discapacidad. En el análisis más detallado del resultado encontramos que en el CEE el porcentaje de gente más alto (90%) se acumula en los primeros rangos salariales, es decir, hasta 600€, que es inferior al SMI actual. Sin embargo, la frecuencia de personas que trabaja en EO es mayor en rangos económico más medios-altos (54%), a partir de 600€. También, se puede dar la circunstancia de que las personas que trabajan en CEE suelen tener una remuneración inferior para puestos equivalentes en la EO. En ocasiones consideran *per se* que están peor remuneradas que en otro tipo de empresas o comparan los sueldos que tenían hace años con el actual.

Son relevantes las puntuaciones de las 13 personas que en la actualidad están trabajando en una EO sin certificado de discapacidad. Se encuentra que tiene percepción de riesgos psicosociales en las escalas de control y apoyo organizacional. También se encuentra que el 61.5% de ellos se sitúa en alerta dentro de la escala de recompensa, aunque como grupo se sienten mejor recompensados que la muestra en su globalidad. Los índices que mide el DECORE también se sitúan en percentiles de alerta y emergencia, y el IGR también se sitúa en alerta. Esto se puede deber a la autoestigma que se lleva asociada al TMG ya que tienen que hacer esfuerzos por ocultar la condición, que en un primer momento no es un atributo revelado, esto se puede relacionar a la puntuación peor en las demandas cognitivas en las que se tiene que hacer más esfuerzo. En cuanto al apoyo organizacional (relación con compañeros y supervisores), la explicación del resultado puede estar en las expectativas del candidato, es decir, son trabajadores que vienen de espacios protegidos y con constantes apoyos y entran en entornos donde estos desaparecen, la disonancia entre lo que estaban acostumbrados y lo que tienen puede estar generando insatisfacción. También, y vinculado a la relación con los compañeros, el inicio de las interacciones es desde la duda de qué voy a hablar con mis compañeros cuando la costumbre es relacionarse desde el desarrollo del trastorno desde hace años.

Por último, en cuanto a comparaciones entre diferentes grupos, relacionados con los resultados del DECORE, no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción de riesgos psicosociales ( $t = .197$ ,  $gl = 173$ ,  $p = .895$ ); entre aquellos que tienen un contrato fijo o uno temporal ( $t = -.1.635$ ,  $gl = 159$ ,  $p = .104$ ); tampoco hay diferencias teniendo en cuenta los años que se lleva en la empresa ( $F = 1.111$ ,  $p = .346$ ,  $gl = 3; 165; 168$ ) (para este análisis se eliminaron los que llevaban más de 10 años al ser una cantidad muy pequeña).

Sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a los riesgos psicosociales al comparar a las personas que trabajan en CEE con aquellos que trabajan en empresa ordinaria (EO) en relación con la escala de recompensa (Tabla 5). Las personas que desarrollan su actividad en CEE indican mayores riesgos psicosociales que aquellos que lo hacen en EO ( $t = -3.266$ ,  $gl = 173$ ,  $p = .001$ ) que tiene que ver con salario, y otros beneficios asociados a su vinculación con la empresa (formación y otro tipo de ventajas no directamente económicas).

También se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones de personas que trabajan en CEE y EO en las demandas que requiere el propio puesto de trabajo ( $t = 2.479$ ,  $gl = 173$ ,  $p = .014$ ), siendo las personas que trabajan en ordinario las que mayor exigencia tienen. Este resultado puede ser explicado porque verdaderamente las EO sean más exigentes en general con todos sus trabajadores, ya que al trabajar en un empleo con estas características nadie tiene por qué saber si existe algún tipo de discapacidad que impida desarrollar el trabajo. Asimismo, al no tener conocimiento el empleador no debe hacer una adaptación al puesto que pueda facilitar un desempeño excelente. También, en ocasiones se tienen que hacer esfuerzos extras para ocultar el diagnóstico o por demostrar que se está al mismo nivel, suponiendo ambas cosas un coste emocional que repercute en la sensación de carga. Por otro lado, las personas con TMG en ocasiones prefieren trabajar en entornos más protegidos donde puede revelar sus problemas sin

sensación de que van a ser juzgados por ello. Esto hace que la persona trabajadora viva el entorno laboral como menos agresivo.

## Conclusión

Queda constatado (Burns et al., 2009) que el mantenimiento del empleo puede llegar a mejorar la estabilidad clínica y el manejo de la sintomatología, además de, como se comentaba en la introducción, mejorar la calidad de vida, dar una estructura, etc. Pero para lograr estos hitos es necesario que los empleos que las personas desarrollan sean considerados como acogedores y con menores riesgos psicosociales, los cuales pueden generar enfermedad en el más amplio espectro de la palabra. La primera necesidad para poder realizarse y triunfar en la vida es la de poseer un mínimo de seguridad, de manera que el “*espíritu no se encuentre completamente absorbido por la preocupación por el mañana y pueda así consagrarse de lleno a su trabajo*” (Froissart, 1969, cit. en Boltanski y Chiapello, 2002, p. 105). Trabajar con las empresas para superar los déficits vistos en este trabajo y con los usuario/as de los CRL se hace imprescindible para lograrlo.

Seguir fomentando proyectos que faciliten el acceso al mercado laboral de las personas con especiales dificultades y discapacidad, sea la causa que sea, parece de especial relevancia no solamente para los propios interesados, si no para todos los integrantes de la sociedad. Las personas que trabajan comienzan a desarrollar un rol que les aleja del que los llevaba definiendo durante años, y en ocasiones décadas, como se ha visto anteriormente. Se comienzan a desarrollar proyectos vitales personales y familiares, aparte de comenzar a desligarse de una baja percepción de sí mismo y acercarse a una estima equilibrada y saludable. Además, y aunque más prosaico, comienzan a aportar económicamente a todos los niveles, no solo ayudando en sus casas, sino pagando los impuestos y aportando a la seguridad social y a las administraciones públicas. En este sentido, las administraciones públicas deberían apostar fuerte y firmemente por la integración socio-laboral, quitándose la idea de personas no empleables, que llevan a la exclusión laboral, y pasar a conceptualizaciones de trabajadores eficaces laboralmente. En esta línea, el trabajo también es una de las herramientas más poderosas con respecto a la lucha contra el estigma que hay en la sociedad. Con un empleo digno, se hace frente directamente a condiciones que generan muchos prejuicios, por un lado, el ser parado (en esta sociedad actual) y el tener un trastorno mental. Finalmente, las empresas se ven ampliamente beneficiadas, pueden comenzar a contar con un abanico más amplio de trabajadores, en ocasiones cualificados (en este estudio el 22% de la muestra tiene estudios de FP/Grado superior o universitarios). Esto quiere decir que acceden a un sector de trabajadores que está preparado y con un impulso especial.

De los resultados del estudio se desprenden algunas recomendaciones tanto para las empresas, como para los profesionales encargados de la intervención, los usuario/as-trabajadores/as y la Administración Pública. En cuanto a las empresas: mejorar el apoyo de supervisores, facilitar espacios de relación en el entorno de trabajo, aumentar el salario emocional, mayor adaptación a las circunstancias psicosociales; en concreto en los CEE (el 63.4% trabaja en CEE); conocer, incluso ampliar, las medidas para facilitar la adaptación al puesto de sus trabajadores. Las recomendaciones para los CRL: incluir más información de convenios, vincular los procesos de orientación vocacional a la búsqueda activa de empleo, intervenciones dirigidas a facilitar la capacidad reflexiva. A los usuario/as-trabajadores/as: mayor implicación en el conocimiento de sus derechos y deberes, mayor coordinación con responsables para anticipar cambios o situaciones estresantes. Finalmente, para las Administraciones: fomentar políticas de igualdad salarial, revisión de compatibilidades de pensiones o fomentar políticas de igualdad.

Este estudio no está exento de limitaciones. Algunas de ellas están relacionadas con el cómo se ha conseguido la muestra, que es de carácter incidental, lo que hace que no se pueda asegurar una representatividad de la población diana. Por otro lado, se encuentra que no se ha podido diferenciar entre el trabajo desarrollado en el propio CEE o personas que están contratadas por un CEE, pero desarrolla su trabajo en una empresa normalizadas. Este aspecto parece relevante a la hora de la vivencia del trabajo, por ello una posible línea de investigación futura debería incluir esta cuestión.

## Referencias

- Bedia, M. A., Arrieta, M., Tazón, A. Fernández-Madamio, M., Paya, B. y Latra, I. (2001). Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 357-367.
- Boltanski, L. y Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid, España: Editorial Akal.
- Bond, G. R. y Drake, R. E. (2008). Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 362-369. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328300eb0e>
- Burns, T, Catty, J., White, S., Becke ,T., Koletsi, M., Fioritti, A... EQOLISE Group (2009). The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 949–958. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti. A., ... Burns, T. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.041475>
- CC.OO. (2014). *Condiciones de trabajo y exposiciones psicosociales los centros de atención a personas con discapacidad*. Madrid, España: Autor. Recuperada de [http://saludlaboralfeccoo.es/wp-content/uploads/2017/01/IS-0171\\_2013.pdf](http://saludlaboralfeccoo.es/wp-content/uploads/2017/01/IS-0171_2013.pdf)
- Consejería de Servicios Sociales. (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. (Cuadernos técnicos de Servicios Sociales, 14). Madrid, España: Autor.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales. (2003). *Documento técnico de diseño. Centro de Rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental crónica, definición, objetivos, organización, actividades y procesos de atención*. Madrid: Autor.
- Dickinson, D., Bellack, A. S. y Gold, J. M. (2006). Social-Communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1213-1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl067>
- FAISEM. (2008). *Guía para el desarrollo de programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave*. Jaén, España: Autor.
- Franco, T. (2008). Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental. *Revista Zerbitzuan*. 44, 115-125.
- Fundación Equipara. (2008). *Informe Equipara*. Barcelona: Autor. Recuperado de [http://bioinf.uab.es/rker/bloc/Informe\\_Equipara\\_08.pdf](http://bioinf.uab.es/rker/bloc/Informe_Equipara_08.pdf)
- Goodwin, A. M. y Kennedy, A. (2005). The psychosocial benefits of work for people with severe and enduring mental health problems. *Community, Work and Family*, 8(1), 23-35, <https://doi.org/10.1080/1366880052000323986>
- Guàrdia, J. (2008). *Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales*. Universidad de Barcelona. Recuperado de [https://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiapr1/larpsico/sites/es.empleo.webiapr1.larpsico/files/recursos/documentacion\\_normativa/VALORACIONMETODOSDEEVALUACIONRIESGOS.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiapr1/larpsico/sites/es.empleo.webiapr1.larpsico/files/recursos/documentacion_normativa/VALORACIONMETODOSDEEVALUACIONRIESGOS.pdf)
- Hayes, J. y Nutman, P. (1981). *Understanding the unemployed*. Londres: Tavistock.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, (2016). ¿Qué son los riesgos psicosociales? Recuperado de <http://istas.net/web/index.asp?idpagina=3938>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2010). *Encuesta de población activa*. Recuperado de <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0410.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014). *El empleo de las personas con discapacidad. Año 2012*. Recuperado de [http://www.ine.es/metodologia/t22/informe\\_2012.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t22/informe_2012.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017a). *El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016*. Recuperado de [https://www.ine.es/prensa/epd\\_2016.pdf](https://www.ine.es/prensa/epd_2016.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017b): *Encuesta de población activa*. Recuperado de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&i-dp=1254735976595](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&i-dp=1254735976595)

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. Boletín Oficial del Estado (España), 103. Texto consolidado. Última modificación 7 de julio de 2013. Recuperado de <https://boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-9983-consolidado.pdf>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado (España), 269 de 10 de noviembre de 1995.
- López-Álvarez, M. (2001). Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Boletín AMRP*, 8(13), 51-58.
- López, M., Álvarez, F. y Laviana, M. (1998). Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, 735-747.
- López, M., Laviana, M. y González, S. (2010). Rehabilitación laboral y programas de empleo. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (2010). (Dirs.). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 511-537). Madrid, España: Síntesis.
- Luceño, L. y Martín, J. (2008) *DECORE. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S. y Jaén, M. (2008). Psicología y riesgos laborales emergentes, los riesgos psicosociales. *Revista de Psicología y Educación*, 7(2), 111-129.
- Marwaha, S. y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 39, 337-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- Mechanic, D., Bilder, S., Mc Alpine, D. D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 21(5), 242-253. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.21.5.242>
- Milev, P., Ho, B. C., Arndt, S. y Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7- year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 162, 495-506. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.495>
- Muñiz, E. (2016). La tiranía de la evidencia en la rehabilitación laboral. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 40, 23-31.
- Nelson, T. (Ed.) (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older People*. London: MIT Press.
- ODISMET. (2016). *Informe cero. Situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral*. Recuperado de: <http://www.odismet.es/es/informes/informe-cero-del-observatorio-sobre-discapacidad-y-mercado-de-trabajo/3/>.
- OMS. (2010). *Entornos laborables saludables: fundamentos y modelo de la IMS: contextualización, práctica y literatura de apoyo*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Orviz, S. y González, J. (1994). Factores que correlacionan con incorporación y mantenimiento laboral en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Revisión bibliográfica. En *Asociación madrileña de rehabilitación psicosocial. II Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: Tiempo de rehabilitación*. Madrid: Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial.
- Perkins, R. y Rinaldi, M. (2002). Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298, <https://doi.org/10.1192/pb.26.8.295>
- Repetti, R. L., Matthews, K. A., y Waldron, I. (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.11.1394>
- Rodríguez, A. (2001). La experiencia de los centros de rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid. *Boletín AMRP*, 8(13), 35-39.
- Rosenheck, R. A., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., ... Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 411-417, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.411>
- Rubio, S., Díaz, E.M., Martín, J. y Luceño, L. (2010). La carga mental como factor de riesgo psicosocial. Diferencias por baja laboral. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 271-282.
- Slade, E. y Salkever, D. (2001). Symptom effects on employment in a structural model of mental illness and treatment: analysis of patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4, 25-34.

- Sobrino, T. (2001). La inserción laboral de la persona con enfermedad mental crónica. *Boletín AMRP*, 8(13), 13-23.
- Villa, N. (2003). Situación laboral de las personas con discapacidad en España. *Revista Complutense de Educación*. 14(2), 393-424.
- Winefield, A. H. y Tiggemann, M. (1989). Job loss vs. failure to find work as psychological stressors in the young unemployed. *Journal of occupational psychology*, 62(1), 79-86. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1989.tb00479.x>

Artículo recibido: 17/02/2019

Artículo aceptado: 19/06/2019

---

#### Nota de autor

**Francisco Ballesteros** es Psicólogo en CRL Fuencarral y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Carlos Vaquero** es Psicólogo en CRL Aranjuez y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Mariola Vitutis** es Psicóloga en CRL Getafe y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Carlos Molinero** es Psicólogo en CRL Nueva Vida y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Marina Larios** es Psicóloga en CRL Nueva Vida y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid..

**Vanesa Delgado** es Psicóloga en CRL Retiro y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Adriana Sobrino** es Psicóloga en CRL Usera y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Alba López** es Psicóloga en CRL Vázquez de Mella y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Gema Herradón** es Psicóloga en CRL Carabanchel y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Begoña Gamero** es Psicóloga en CRL Villaverde y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Carolina García** es Psicóloga en CRL Hortaleza y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Diana Torres** es Psicóloga en CRL Fuenlabrada y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Eva María Muñiz** es Psicóloga en CRL Latina y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Beatriz Esteban** es Psicóloga en CRL Alcorcón y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

**Rosana Calvo** es Psicóloga en CRL Móstoles y miembro de grupo de trabajo “Intervención en Rehabilitación en Salud Mental” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.