EDICIONES COMPLUTENSE

Cuadernos de **Relaciones Laborales**
ISSN: 1131-8635

MISCELÁNEA

Tres décadas de innovación en políticas de empleo para personas con problemas de salud mental grave (1991-2021): rehabilitación laboral, empleo con apoyo y recuperación de la ciudadanía[1]

Segundo Valmorisco Pizarro
Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Ciencia Política y de la Administración. Instituto Complutense de Ciencia de la Administración (ICCA)

Carlos de Fuentes García-Romero de Tejada
Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Instituto Complutense de Ciencia de la Administración (ICCA)

https://dx.doi.org/10.5209/crla.86595 Recibido: 10 de marzo de 2023 / Aceptado: 7 de febrero de 2024

ES **Resumen:** Este artículo analiza el grado de cumplimiento de los principios del modelo IPS (Individual Placement and Support) de empleo con apoyo establecidos por *Bond*, Drake y *Becker* (IPS Employment Center, USA) en los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid. Para estos autores, el éxito en la contratación de personas con problemas de salud mental grave pasa por identificar qué factores crean facilitadores vocacionales para la consecución y mantenimiento del empleo. El análisis basado en la explotación de datos de las memorias de actividad y en entrevistas en profundidad y *focus group*, realizados a pacientes, familiares y personal de dichos centros, indica que en el modelo de rehabilitación laboral, se cumplen cinco de estos principios y que debería darse una readaptación de este modelo hacia la recuperación de la persona (enfoque integral más allá del empleo), mejorando el cumplimiento de alguno de los principios del modelo IPS.
Palabras clave: Salud mental, empleo con apoyo, rehabilitación laboral, modelo IPS, recuperación

ENG Three decades of innovation in employment policies for people with mental health problems (1991-2021): occupational rehabilitation, supported employment and recovery of citizenship

Abstract: This article analyzes the degree of compliance with the principles of the IPS (Individual Placement and Support) model of supported employment established by Bond, Drake and Becker (IPS Employment Center, USA) in the Labor Rehabilitation Centers (CRL) of the Community of Madrid. For these authors, success in hiring people with serious mental health problems involves identifying which factors create vocational facilitators for achieving and maintaining employment. The analysis based on the exploitation of data from activity reports and in-depth interviews and focus groups, carried out with patients, family members and staff of said centers, indicates that five of these principles are met in the work rehabilitation model and that there should be a readjustment

[1] Investigación realizada dentro del Grupo de Investigación "El futuro del trabajo: transformaciones y retos (97092-UCM)".

of this model towards the recovery of the person (comprehensive approach beyond employment), improving compliance with some of the principles of the IPS model.
Keywords: Mental health, supported employment, occupational rehabilitation, IPS model, recovery.

Sumario: 1. Introducción. 2. Método. 3. Resultados y discusión. 4. Conclusiones 5. Bibliografía.

Cómo citar: Valmorisco Pizarro, S.; De Fuentes García-Romero de Tejada, C. (2024). Tres décadas de innovación en políticas de empleo para personas con problemas de salud mental grave (1991-2021): rehabilitación laboral, empleo con apoyo y recuperación de la ciudadanía, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 42(2), 385-399.

1. Introducción

A principios de la década de los noventa del siglo pasado (en concreto en mayo 1991), comenzaron a ponerse en marcha una serie de recursos de apoyo al empleo en la Comunidad de Madrid[2] denominados Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) a través de un programa piloto desarrollado por la Asociación Psiquiatría y Vida, en el barrio madrileño de Ventas, bajo la modalidad de concierto[3]. Dichos CRL siempre han estado ubicados en el área de asuntos sociales y como señalamos, tienen un recorrido de más de treinta años de vida.

Para situarnos en el contexto histórico, es preciso indicar que, unos años antes, en 1986, se emprende la Reforma Psiquiátrica con la aprobación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), lo que produjo un cambio radical de orientación hacia "la rehabilitación y reinserción social" de todos los pacientes en general (art. 6), y del paciente psiquiátrico, en particular. En efecto, posibilitó un Capítulo III (artículo 20) dedicado íntegramente a la salud mental, por el cual, por primera vez: 1) Se integra plenamente este campo de la atención médica en el sistema sanitario general; 2) Se consigue equiparar a la persona con problemas de salud mental grave con las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales; 3) Se establece que, el principio de actuación para la atención de los problemas de salud mental grave, debe realizarse en la comunidad, potenciando los recursos a nivel ambulatorio y en el ámbito domiciliario, reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización; 4) Que cuando la hospitalización sea necesaria, se realizará en unidades específicas que se crearán en los hospitales generales; y 5) Se promueve el desarrollo de unos servicios sociales específicos para la rehabilitación, reinserción social y atención integral de la persona con problemas de salud mental grave, para lo cual ha de buscarse la necesaria coordinación sociosanitaria. Como se puede comprobar, esta Ley pasa a ser el verdadero hito histórico en la protección social del colectivo, y a partir de ella, se ha establecido un sistema de atención sociosanitaria de la Salud Mental a nivel de cada Comunidad Autónoma, al estar descentralizadas las competencias en materia de Sanidad. Dicho sistema, está presidido por la atención en la comunidad y el cierre de los manicomios, como máximos exponentes de la anterior forma de tratar los problemas de salud mental grave, contraria a los principios más esenciales de la dignidad de la persona, "fundamento del orden político" establecido en nuestra Constitución de 1978 (art. 10.1 CE)[4].

---

2 En la actualidad, existe una red de 30 dispositivos sociales con unos datos de inserción laboral muy meritorios, como luego se podrá comprobar. Ciertamente, no es el único ejemplo existente en nuestro país, pero sí el que hemos querido analizar, debido a la experiencia laboral e investigadora de los autores de esta comunicación.

3 Aunque la Red actual de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera comienza a funcionar en 1988 en la Comunidad de Madrid, con los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).

4 Sobre la reforma psiquiátrica ver (Desviat, 2007: 17), este autor indica: "La reforma psiquiátrica surge cuando la sociedad quiere otro destino para la locura". Tras la II Guerra Mundial "por razones técnicas (el fracaso del hospital psiquiátrico como herramienta terapéutica) y razones éticas —la devolución de la dignidad, el res-

La salud mental en España lleva años siendo un problema de primer orden. En efecto, según las muestras sobre población adulta analizadas en nuestro país por el estudio ESEMeD-España 2006, el 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (Haro et al., 2006). Datos actualizados quince años después, y recopilados a partir de una amplia muestra de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (4,8 millones), recogidas en la Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAT)[5], indican que la prevalencia global de los problemas de salud mental es del 27,4% (siendo la frecuencia mayor en mujeres, con el 30,2%, respecto a los hombres, con un 24,4%).

Los trastornos mentales más frecuentes son: la ansiedad, que afecta al 6,7% de la población española, seguida por el trastorno por somatización (5,5%), los trastornos del sueño (5,4%),+ y el trastorno depresivo, el cual aparece en el 4,1% de la población. Los factores asociados a padecer un trastorno mental según perfiles son: el género femenino, estar separado/a, divorciado/a o viudo/a, estar desempleado/a, de baja laboral o con una incapacidad.

Las causas concretas de los trastornos mentales graves están aún por descubrir. Sin embargo, "la OMS recuerda que los avances en la neurociencia y las ciencias de la conducta han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales" (Desviat, 2010: 55)[6]. Esto es, existen ciertas predisposiciones genéticas que interactúan ante situaciones concretas de estrés ambiental y pueden producir estas enfermedades (modelo de vulnerabilidad).

En cuanto al empleo de este colectivo, las personas con problemas de salud mental es uno de los que atesora mayores tasas de desempleo. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), su tasa de empleo es el 18,9%, siendo el grupo de personas con discapacidad (en adelante PCD) que atesora una menor ratio de inserción laboral. Asimismo, también su tasa de actividad es la más baja de todos los tipos de discapacidad, ya que sólo 26 de cada cien personas en edad laboral se encuentran o bien trabajando, o bien buscando activamente empleo, frente al 76,1% de las personas sin discapacidad o el 34,3% de la media del conjunto de personas con discapacidad. En contraposición a este panorama, se ha evidenciado que el empleo tiene efectos beneficiosos para las personas que sufren trastornos mentales (Henderson et al., 2011: 199). Como han demostrado estos autores, "estar en el trabajo se asocia con una menor prevalencia de la

---

peto de los derechos de los pacientes mentales—, propician nuevos modelos de atención a los trastornos mentales y, en especial, a la psicosis". Como dato importante del estado de la atención a la salud mental previo a la reforma, se recogen estadísticas del Ministerio de Sanidad del año 1982, momento en el que había 37.613 camas psiquiátricas públicas y el 91% estaban situadas en hospitales psiquiátricos y sólo el 9% en hospitales generales. Además, la mayoría de estas plazas estaban inmovilizadas por estancias de por vida. Por otro lado, sólo el 1,6% de los psiquiatras trabajaban en atención extrahospitalaria. Para una breve aproximación histórica a la protección social del colectivo, véase (De Fuentes, 2016: 101 ss.).

5 Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Ministerio de Sanidad. 2021.

6 (Desviat, 2010: 55) continúa con la siguiente cita del Informe Salud Mental en el Mundo 2001, publicado por la OMS "Aunque nos queda mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en todo el mundo". En el mismo sentido, (Lahera, 2022) en su artículo publicado en El País, 7 de agosto de 2022. "hay consenso académico en considerar la interacción gen-ambiente como el elemento básico para entender el desarrollo de la psicopatología. Sabemos que los trastornos mentales graves tienen una alta heredabilidad y una naturaleza poligénica, pero que esta predisposición interacciona de manera dinámica y compleja con muchos factores ambientales, decisivos para que alguien desarrolle o no el cuadro clínico. (...) las complicaciones en el embarazo y parto, los eventos adversos y/o traumáticos en la infancia, el funcionamiento familiar agresivo, el consumo de drogas —especialmente cannabis, vivir en mega urbes, el bajo estatus socioeconómico o pertenecer a minorías étnicas segregadas. No es, por tanto, una dicotomía gen-ambiente, es una interacción dinámica. La genética modula la sensibilidad o la probabilidad de exposición al factor de riesgo, de la misma forma que el factor ambiental produce cambios epigenéticos objetivables. (...) La genética nos permite interaccionar con el ambiente y esta interacción es subjetiva y a veces inaprensible con medidas objetivas, teniendo que entrar en juego disciplinas que aborden el mundo interior de las personas. En el futuro habrá más proyectos interdisciplinares que hilvanen el sustrato biológico, psicológico y social de la enfermedad mental".

depresión y una menor incidencia de suicidio, mientras que estar en desempleo de larga duración, conlleva estos riesgos". Es por ello, que la existencia de políticas públicas de apoyo a la inclusión laboral es un asunto que debe ocupar espacio en la reflexión científica.

Como hemos señalado, y tal y como han demostrado diferentes estudios científicos, los beneficios del empleo en las personas con problemas de salud mental grave son innegables. La historia de los recursos de rehabilitación laboral en la Comunidad de Madrid en particular, y en España en general, nos indica que se han ido desarrollando diferentes modelos de atención en los treinta años de historia analizados (1991-2021). De este modo, podemos citar tres modelos: 1) El modelo CRL "primero entrena y después coloca" con origen, como hemos señalado, en 1991 en la Comunidad de Madrid[7]; 2) el modelo IPS (Individual Placement and Support) "primero coloca y después entrena" con origen en EE.UU en 1995 en la Dartmouth Psychiatric Research Center; y c) el modelo de recuperación de la persona que impera en la actualidad, también con origen en EE.UU (Arizona) en el año 2000. Vamos a definir cada uno de ellos.

Se entiende por modelo CRL, propio de la rehabilitación laboral, como aquel proceso continuado para la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena, como meta bien definida (Danley, 1996). También es denominada rehabilitación vocacional y puede darse tanto en entornos protegidos como ordinarios.

Entendemos por modelo IPS (Individual Placement and Support), como aquella fórmula de empleo con apoyo que trata de proporcionar a las personas con problemas de salud mental grave (p. ej., trastorno del espectro esquizofrénico, trastorno bipolar, depresión) empleos regulares de su elección (Becker y Drake, 2003). Es necesario destacar que únicamente se contabilizan los empleos competitivos en entornos normalizados u ordinarios. En este modelo, se seleccionan a las personas del colectivo que quieren trabajar en un empleo competitivo y se les ayuda a identificar objetivos realistas para la búsqueda de un puesto de trabajo adecuado de forma rápida.

Por su parte, el modelo de recuperación (del enfoque biomédico a la recuperación de la persona) según directrices de la Organización Mundial de la Salud (2021) y de la Convención de derechos para personas con discapacidad de la ONU (2006) engloba a todos aquellos paradigmas de recuperación en los que son fundamentales la esperanza, la autodeterminación, la autogestión, el empoderamiento y la promoción. También es fundamental el derecho de una persona a la plena inclusión y a una vida significativa de su propia elección (conexión con el mundo social), libre de estigma y discriminación. Los/as autores/as defensores de este modelo, han identificado cinco procesos de recuperación producto de la investigación y de la práctica clínica: colectividad; esperanza y optimismo sobre el futuro; identidad; significado en la vida; y empoderamiento (Leamy, et al., 2011 y Knapp et al., 2015), propios del enfoque CHIME[8], encuadrado en el marco internacional de las políticas públicas orientadas a la recuperación. Los/as mismos/as autores coinciden en que no existe una descripción o definición única de recuperación porque ésta es diferente para cada persona.

Para lograr esto, se requiere un cambio de paradigma fundamental de una práctica individualizada "orientada al tratamiento" a una en la que trabajar con familiares y amigos y promover la inclusión social ya no sean extras opcionales, en el sentido de apoyar a las personas con problemas de salud mental grave en los centros comunitarios y no en centros específicos, con el propósito de normalizar su situación.

Si bien no es posible definir un compendio de elementos que abarquen el enfoque de recuperación, ni tampoco es conveniente fijar como premisa inamovible el dar respuesta a las preferencias personales, la literatura existente sobre recuperación y economía (Knapp et al., 2015) ha revisado la evidencia en relación con aquellas intervenciones propias del enfoque centrado en la

---

7 Poco después, en 1994, comienza en Andalucía a través de la Fundación Pública andaluza para la integración social de las personas con enfermedad mental (FAISEM).

8 En 2011 una revisión sistemática examinó 97 artículos científicos sobre la recuperación y estableció el marco CHIME: C de conexión (Conexion), H (Hope) de esperanza y optimismo en la recuperación, I (Identity) de identidad en sentido positivo de sí mismo, M (Meaning) o dotar de significado a la propia vida, E (Empowerment) de fortalecimiento al centrarse en los puntos fuertes y tener control sobre la vida.

recuperación. Éstas incluyen: apoyo de pares, autogestión, empleo con apoyo, asistencia social y asesoramiento sobre deudas, planes conjuntos de crisis y directivas anticipadas, vivienda con apoyo, promoción de la salud física, presupuestos personales, campañas contra el estigma y universidades de recuperación. Para algunas de estas intervenciones los autores no pudieron encontrar evidencia económica, y para otras fue metodológicamente débil, pero las intervenciones para las que pudieron encontrar evidencia, en general, no parecieron aumentar los costes, y muchas representaron un uso rentable de los recursos. Desde luego, la integración comunitaria fue reconocida como un componente crucial de la recuperación de las personas con problemas de salud mental grave (Rodríguez et al., 2021: 35).

Al verse afectadas en algún momento de su vida, una de cada cuatro personas en España (Ministerio de Sanidad, 2021), entendemos que urge trabajar en pos de la inclusión social de este colectivo. Como hemos señalado anteriormente, una de las áreas en las que científicamente se ha demostrado que tiene un mayor impacto en este proceso, es el empleo (González, 2019: 87). La persona con problemas de salud mental grave que trabaja y mantiene un empleo, dispone de un mayor número de herramientas para luchar contra la exclusión social. En este artículo, pretendemos comprobar en qué medida los Centros de Rehabilitación Laboral en la Comunidad de Madrid (España), son un ejemplo de recurso que ofrece a este colectivo las herramientas que necesita para lograr esa inclusión. Para ello, analizaremos hasta qué punto, este dispositivo garantiza los principios fundamentales del modelo IPS de empleo con apoyo establecidos por Gary R. *Bond*, Robert E. Drake y Deborah R. *Becker.* Para estos/as autores/as, es preciso conocer qué factores biológicos, interpersonales y sociales crean facilitadores vocacionales y fortalezas para este colectivo.

Los/as autores/as identifican ocho principios del modelo IPS (Individual Placement and Support) de empleo con apoyo (Bond, 1998). Dichos principios son:

- Primer principio: Exclusión cero (no se utilizan criterios de exclusión: antecedentes penales, consumo de sustancias, etc.)
- Segundo principio: Enfoque en el trabajo competitivo (frente a empleo protegido).
- Tercer principio: Integración de servicios vocacionales y clínicos (estrecha colaboración entre inserción laboral y salud mental).
- Cuarto principio: Asesoramiento de beneficios personalizados (prestaciones y beneficios sociales).
- Quinto principio: Búsqueda rápida de empleo (antes de 30 días se debe mantener contacto con alguna empresa contratante).Sexto principio: Relaciones con empresas (conocer sus necesidades e intermediar con la persona usuaria).Séptimo principio: Apoyos individualizados de seguimiento (el tipo y la intensidad de los apoyos varían en cada persona y evolucionan con el tiempo. En principio: 1 año)Octavo principio: Atención a las preferencias de las personas (tipo de trabajo, horario, lugar, entorno, etc.).

Asimismo, para un mejor análisis de dos de ellos (en concreto el cuarto y el séptimo), vamos a ampliar estos ocho principios del modelo IPS, con los principios de la rehabilitación laboral de las autoras J. Cook y L. Razzano (Universidad de Chicago)[9]. Como ellas mismas señalan, la mayoría de ellos han sido tomados del campo de la rehabilitación laboral en otras discapacidades: 1) El primer principio, es el uso de evaluación situacional para las habilidades laborales y el potencial; 2) El segundo principio, implica ofrecer a los usuarios empleo competitivo o con apoyo más que trabajo protegido o no remunerado; 3) El tercer principio, implica una colocación rápida en empleo comunitario y remunerado frente a estar supeditada a un periodo previo y extenso de

[9] Según estas dos autoras, al final del siglo XX existe ya un cuerpo de investigación con evidencia suficiente para guiar la práctica en rehabilitación laboral de personas con problemas de salud mental grave. Estos seis principios aparecen repetidamente en las revisiones publicadas sobre este tema, con pequeñas variaciones (Mowbray et al., 1994; Cook y Pickett, 1995; Lehman, 1995; Bond et al., 1997) (Cook y Razzano, 2000).

formación; 4) El cuarto principio, implica la disponibilidad de un seguimiento laboral continuo, adecuado a las necesidades y situación particular de cada individuo; 5) El quinto principio, indica la necesidad de ajustar el desarrollo del puesto y el apoyo a las preferencias de cada usuario y 6) El último principio, implica un reconocimiento explícito y una planificación en relación a cómo los cambios en el estatus laboral del usuario, pueden afectar a los ingresos relacionados con la discapacidad y con la cobertura sanitaria (Cook y Razzano, 2000).

Como indicamos anteriormente, el modelo IPS es una modalidad especifica de la metodología de empleo con apoyo que tiene su origen en EE.UU. Dicha metodología, ha sido desarrollada por el Dartmouth Psychiatric Research Center y ha contado con la esponsorización de la compañía de productos farmacéuticos Johnson & Johnson. Esta estrategia de apoyo individualizado al empleo nació en Estados Unidos a mediados de los años 90, partiendo de los conceptos de integración y normalización, entendiéndose que la persona, como adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas en igualdad de condiciones con respecto al resto de ciudadanos (Rodríguez, 2010: 336).

El presente trabajo, pretende ofrecer una fotografía lo más precisa posible acerca de la innovación necesaria en las políticas activas de empleo en salud mental y servir, además, de foco y altavoz de las mejores prácticas en la materia.

Si partimos de la definición de innovación que maneja el Foro Económico Mundial (WEF, 2022), "es el proceso de convenir nuevas ideas en valor, en forma de productos, servicios, modelos de negocio y otras nuevas formas de hacer las cosas". Se trata de algo más complejo y que va más allá de la mera creatividad e invención, pues debe incluir los pasos prácticos necesarios para facilitar la adopción de algo novedoso. Como sigue diciendo este organismo internacional, los nuevos desarrollos tienden a basarse en versiones anteriores, de forma que impulsan la productividad y el crecimiento económico.

Ahora bien, al referirnos a los cambios necesarios en las políticas activas de empleo con las personas con problemas de salud mental grave, estamos trabajando en pos de la innovación con impacto social o, si se quiere ver, desde un aspecto más economicista, que redunda en el desarrollo sostenible, en la medida que promueve cambios sociales para lograr reducir la desigualdad de ingresos existente en la actualidad.

En este sentido, las políticas activas de empleo son una de las medidas que pueden llevar a cabo los gobiernos para lograr un reparto más equitativo de la riqueza y una sociedad más igualitaria. Si partimos de los datos existentes sobre la desigualdad en el mundo y en nuestro país (World Inequality Lab, 2022: 217-218), existe una diferencia tanto de ingresos como de riqueza que podríamos tildar de insoportable. En España, el diez por ciento más rico de la sociedad gana el 34,5% de los ingresos totales, frente al 21,1% que obtiene el cincuenta por ciento de la población. Aunque nuestro país no es el que detenta peores cifras, y no alcanza los datos globales en los que los más ricos obtienen hasta el 52% de los ingresos totales, frente al 8,5% del cincuenta por ciento inferior. Sin duda, estos datos muestran que hay mucho margen de mejora. Las políticas activas de empleo, a todas luces, son uno de los instrumentos para lograr que un mayor porcentaje de la población alcance un empleo y, de esta manera, pueda conseguir una plena inclusión social y laboral.

Entendemos que, más de treinta años después de que viera la luz el primer Centro de Rehabilitación Laboral en la Comunidad de Madrid, es momento de analizar: a) Por un lado, si este tipo de dispositivo de Servicios Sociales especializado cumple con las mejores prácticas internacionales existentes en la literatura científica sobre el apoyo al empleo de las personas con problemas de salud mental grave (modelo IPS) y b) Qué aspectos podrían mejorarse para conseguir que sea un recurso encaminado a la recuperación de la persona con problemas de salud mental grave. Éste es el doble objetivo de nuestro artículo.

2. Método

Esta investigación presenta un enfoque mixto en el que se han analizado datos cuantitativos y cualitativos con el propósito de alcanzar una mejor comprensión del fenómeno. La población escogida para la investigación cuantitativa corresponde a los treinta CRL existentes en la

actualidad, los cuales han atendido a un total de 1.763 personas, de una Red compuesta por 1.405 plazas públicas. En base a los datos aportados, se ofrece información de las variables más relevantes, contenidas en las memorias de actividad, para explicar su ajuste a los ocho principios citados del modelo IPS. Dichas variables analizadas, se agrupan en 3 grandes bloques:

1) Datos sociodemográficos (género, edad, estado civil, personas con hijos, situación laboral, experiencia laboral, ingresos económicos propios, procedencia de esos ingresos, tipo de convivencia, declaración de discapacidad y nivel educativo).
2) Datos clínico-psiquiátricos (diagnostico principal, existencia de diagnóstico asociado, tiempo de evolución, existencia de otras enfermedades y otros problemas asociados).
3) Resultados del proceso de rehabilitación laboral (fases en el proceso de rehabilitación, evaluación e intervención de los diferentes profesionales que componen el equipo multiprofesional, intervención según talleres, intervención según programas y personas insertadas laboralmente según: género, tipo de empresa, sector, tipo de contrato, tipo de jornada, total contratos, ocupaciones desempeñadas, formación para el empleo y resultados de encuesta satisfacción).

En cuanto a la metodología cualitativa utilizada, se realizaron 12 entrevistas en profundidad a expertos en la materia (en dos periodos: entre diciembre de 2013 y noviembre de 2014 y en los meses de octubre y noviembre de 2022) y 6 grupos de discusión (entre octubre y noviembre de 2014) compuestos por entre 7 y 9 personas a diferentes perfiles: a) Personas atendidas ocupadas, b) Personas atendidas en situación de desempleo, c) Familiares, d) Equipo de uno de los centros (al que podríamos denominar "centro piloto"), e) Técnicos de Apoyo a la Inserción Laboral (TAIL) de los diferentes centros y f) Directores/as de dichos centros.

Los guiones para la realización de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión realizados en los años 2013 y 2014, han sido idénticos para todas las personas y grupos a quienes se les ha realizado el trabajo de campo cualitativo, constando de 31 preguntas abiertas, agrupadas en ocho secciones: 1) Nacimiento del recurso (orígenes. Contexto sociodemográfico. Principales apoyos, evaluación de las primeras experiencias. Encuentro entre tipos de organización, entre diferentes actores). 2) Fases de itinerario de inserción (diferencias respecto a otros recursos, fases más importantes. Importancia de la familia. Consenso con la persona. Importancia de la evaluación en varios momentos. Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas). 3) Modelos de trabajo utilizados por otros recursos (Análisis comparativo respecto a otros modelos en el ámbito de las CC.AA, europeo e internacional). 4) Relación entre género-edad con salud mental (estigma y autoestigma de la mujer con enfermedad mental. Perfiles formativos). 5) Factores clave en la inserción laboral (motivación, apoyo familiar, experiencias laborales previas y buen nivel de funcionamiento). 6) Claves de éxito de los CRL (la continuidad del mismo, la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral). 7) Aportaciones para mejora el modelo y 8) Como ha afectado la crisis a este recurso y visión de futuro. En cambio, las entrevistas en profundidad realizadas en 2022 han tenido como objetivo comprobar el grado de cumplimiento de los principios del modelo IPS.

Las entrevistas en profundidad tuvieron una duración media de 1 hora y 27 minutos, mientras que los grupos de discusión duraron de media 1 hora y 22 minutos. Se informó a cada persona entrevistada sobre los objetivos del estudio y se preservó la confidencialidad de la información.

3. Resultados y discusión

Para comprobar el cumplimiento de cada uno de los ocho principios del modelo IPS, en primer lugar, definiremos cada uno de esos principios y, en segundo lugar, se expondrán los resultados de la investigación cualitativa realizada[10].

[10] Como apuntamos en la introducción, se han completado dos de los ocho principios del modelo IPS (cuarto y séptimo) con los seis principios de la rehabilitación laboral de las autoras J. Cook y L. Razzano (Universidad de Chicago).

Primer principio: Exclusión cero (no se utilizan criterios de exclusión: antecedentes penales, consumo de sustancias, etc.). En los CRL no se cumple este principio, ya que se excluyen de poder optar a una de las 1.405 plazas públicas que ofrece la red a personas que estén consumiendo sustancias. Asimismo, es necesario consignar, que son los servicios de salud mental, quienes derivan los casos a los CRL, de modo que ese primer filtro no supone el cumplimiento del criterio de exclusión "cero".

Por otro lado, en los CRL de la Comunidad de Madrid rige un procedimiento de derivación específico y riguroso. La persona que potencialmente pudiera ser beneficiaria de este dispositivo debe estar en atención en un Centro de Salud Mental (CSM) público. Por tanto, si está siendo tratado, por ejemplo, por un psiquiatra privado, éste no podrá derivarle a un CRL. Tampoco desde los servicios sociales de atención primaria es posible dictaminar el ingreso de una persona con problemas de salud mental grave en un CRL. Por consiguiente, se trata de un canal de derivación muy reducido. Además, no todas las personas atendidas en los Centros de Salud Mental pueden ser derivadas a un CRL pues, sólo es posible en el caso de aquellas que estén en el programa de continuidad de cuidados[11]. Especialmente, se considera idóneo este programa para ciertas patologías (depresiones mayores, trastornos psicóticos y algunos casos de trastornos de la personalidad). Además de lo anterior, hay determinadas patologías o situaciones que no son idóneas para estar en continuidad de cuidados del CSM, como son las personas con patología dual por consumo de drogas o estupefacientes, que perjudican la recuperación de su trastorno mental. En definitiva, no toda persona con un problema de salud mental grave puede optar a una plaza pública de CRL, sino sólo aquellas que estén en atención en un Centro de Salud Mental (produciéndose de esta forma una derivación sanitaria, exclusivamente) y dentro del programa de continuidad de cuidados. Podemos afirmar que este primer principio no se cumple en el modelo CRL.

Segundo principio: Ofrecer a las personas empleo competitivo o con apoyo más que trabajo protegido o no remunerado. Varios estudios han demostrado que los resultados de empleo fueron significativamente mejores para personas con discapacidades severas, incluyendo personas con enfermedad mental grave, cuando las personas se rehabilitaban por medio de su inserción en puestos de trabajo de la comunidad, retribuidos igual o por encima del salario mínimo en entornos normales (Wehman y Moon 1988; Kregel et al., 1989; Burns et al., 2007 y Rodríguez et al., 2018). Según datos de 2021, sólo el 7,8% de los empleos generados han sido dentro del plan, es decir, en relación con otros CRL (en 2014 este porcentaje ascendía al 13,72%). El 94,2% del empleo es en el sector privado y un 3,7% en sector público.

En el análisis cuantitativo realizado, en la variable tipo de empresa, se ha observado como el 36% de las personas usuarias de los 30 CRL analizados encuentran empleo en una empresa ordinaria[12]. Por su parte, en el denominado empleo protegido el porcentaje asciende al 59,4% (este porcentaje ha crecido en los últimos años, ya que en 2014 ascendía al 47,61%). Las actividades no reguladas soportan el 4,7% restante. En este punto, es importante consignar que el 71% de las personas que trabajaron para entidades de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo, en su mayoría) estaban subcontratadas por empresas ordinarias.

La investigación cualitativa realizada, nos indica el peso que tiene el empleo protegido en este recurso respecto al empleo competitivo:

> Dentro de nuestra red, hemos procedido a la apertura de nuevas plazas en Centros Especiales de Empleo para personas con enfermedad mental grave, dos ejemplos son Manantial Farma y Manantial Documenta. (Entrevista en profundidad coordinador/a).
> Debemos pensar que el empleo es el fin último de este recurso, porque a veces tener claro que una persona no puede trabajar, es lo mejor para ella. (Entrevista en profundidad director/a)

---

11 Del programa de continuidad de cuidados forman parte aquellas personas usuarias del Centro de Salud Mental que han sido evaluadas por el propio equipo de salud mental, quienes determinan que dicha persona es idónea para ser atendida en un dispositivo social

12 Datos facilitados por la Red de Centros de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. 2021.

> Su jefe está más preocupado de saber si se toma la medicación que si está a gusto en el trabajo. (Grupo de discusión familiares).

En el modelo IPS, no existen casos de personas trabajando en empleo protegido, ya que se trata de uno de los ítems fundamentales de la escala de fidelidad. Podemos afirmar que este segundo principio no se cumple de forma integral en el modelo CRL.

Tercer principio: Integración de servicios vocacionales y clínicos (estrecha colaboración entre inserción laboral y salud mental). Desde su origen en 1991, los CRL (entendido como recurso vocacional, aunque ubicado en las consejerías de políticas sociales y no en las consejerías de empleo) se han coordinado con los servicios de salud mental que, de hecho, son los únicos que pueden derivarle casos. Esta cuestión ya era contemplada por la LISMI (1982). El apartado dos del artículo 36 de la Ley de Integración social del minusválido (LISMI) establecía:

> A tales efectos, por los Ministerios competentes en el plazo de un año, se elaborará un plan de actuación en la materia en el que, en base al principio de sectorización, se prevea en los Centros y Servicios necesarios, teniendo en cuenta la coordinación —entre las fases médica, escolar y laboral del proceso de rehabilitación—,la necesidad de garantizar a los minusválidos residentes en zonas rurales el acceso a los procesos de recuperación profesional.

El apartado cuatro del artículo 36 de dicha ley, indicaba:

> Quienes reciban las prestaciones de recuperación profesional percibirán un subsidio en las condiciones que determinen las disposiciones de desarrollo de la presente Ley.

La investigación cualitativa realizada nos indica la necesaria interrelación con diferentes áreas:

> Tenemos una gran oportunidad que no debemos desaprovechar, y es la de coordinarnos con otros recursos de empleo, tenemos que saber que el empleo no depende de una sola entidad, sino que es fruto de la interconexión de todas, se trata de un proyecto social coordinado. (Entrevista en profundidad técnico/a).

Podemos afirmar que este cuarto principio sí se cumple en el modelo CRL, si bien la relación se da entre servicios sociales y salud mental y no entre empleo y salud mental.

Cuarto principio: Asesoramiento de beneficios personalizados (prestaciones y beneficios sociales). Queremos relacionar este punto, con uno de los principios de rehabilitación laboral identificados por las autoras J. Cook y L. Razzano: "Los cambios en el estatus laboral de la persona pueden afectar a los ingresos relacionados con la discapacidad y con la cobertura sanitaria vigente" (Cook y Razzano, 2000: 98), que de alguna manera guarda relación con este cuarto principio de "asesoramiento de beneficios sociales y de prestaciones a las personas con problemas de salud mental", debido al impacto que dichas prestaciones pueden tener en la consecución y el mantenimiento del empleo.

En este sentido, varios estudios realizados por estas autoras han demostrado que aquellas personas que recibían una pensión por su discapacidad de menos de 500 dólares al mes no tuvieron menos probabilidad de trabajar ni ganaron una cantidad menor de dinero que aquellos otros que no recibían ningún tipo de pensión. Incluso controlando el estado de la enfermedad, deterioro funcional y predictores habituales, como la etnia y el nivel educativo, las personas que percibían una pensión de más de 500 dólares al mes tuvieron una probabilidad significativamente menor de conseguir empleo y ganaron significativamente menos dinero que el resto de los grupos elegibles. Curiosamente, no obstante, los veteranos con problemas de salud mental grave no tuvieron menos probabilidad de conseguir empleo que otros veteranos que tenían discapacidades físicas o no psiquiátricas.

En el 74% de los casos analizados en los CRL, las personas se mantienen por ingresos económicos propios, y en la mayoría de los centros analizados (62,5%) provienen del salario percibido por su empleo. Podemos afirmar que este cuarto principio sí se cumple en el modelo CRL.

Quinto principio: Colocación rápida en empleo comunitario y remunerado frente a estar supeditada a un periodo previo y extenso de formación. Sin duda este principio no se cumple en los

CRL, ya que su principal estrategia es la del "primero entrena y después coloca" (Valmorisco, 2018: 302). Apenas existen experiencias en nuestro país sobre modelos de creación de empleo para personas con problemas de salud mental grave que se rijan por el "primero coloca y después entrena". Algunas de las escasas experiencias se encuentran en Canarias (desarrolladas por SINPROMI), en Cataluña (mediante un acuerdo de colaboración entre la Generalitat, la Diputación de Barcelona, la Obra social "La Caixa" y el Dartmouth Collegue, entidad donde se gestó la primera experiencia del modelo IPS), el País Vasco (bajo la gestión de EHLABE), y en Andalucía (a través de IDEA, S.L). Los propios CRL, aunque no cumplen la escala de fidelidad del modelo IPS, también están abiertos a este principio de colocación rápida, pero entre otras cuestiones, las circunstancias de nuestro actual modelo laboral impiden en muchas ocasiones la intermediación de este tipo de recursos para la creación de colocaciones. Únicamente se ha detectado una buena acogida al principio de colocación rápida en el programa de empleo joven, desarrollado por el CRL de Fuenlabrada. La investigación cualitativa realizada, nos indica lo siguiente en relación a la importancia de la colocación rápida en lugar de establecer largos periodos de formación:

> Los CRL estamos intermediando con puestos de baja cualificación, hay que elevar la cualificación de las personas atendidas y tratar de colocar a esas personas en puestos de mejor cualificación, y eso lleva tiempo (Grupo de discusión directores/as)

Podemos afirmar que este quinto principio no se cumple en el modelo CRL.

Sexto principio: Relaciones con empresas (conocer sus necesidades e intermediar con la persona usuaria). Los Centros de Rehabilitación Laboral, desde su origen, han seguido este principio de relación con las empresas, fundamentalmente a través de dos figuras dentro de los equipos: los preparadores laborales y, sobre todo, los Técnicos de Apoyo a la Intermediación Laboral (TAIL). La investigación cualitativa realizada, nos indica la importancia respecto a la relación con empresas, tanto por parte de familiares como de los TAIL:

> Debemos mentalizar a las empresas de los beneficios de contratar a personas con enfermedad mental (...). Las empresas siempre prefieren contratar a personas con discapacidad intelectual frente a personas con enfermedad mental (Grupo de discusión familiares de usuarios/as de CRL).
>
> Existe un trato cordial entre las empresas y los CRL, una relación directa para saber lo que se quiere (...). Ya no hay presión para ir a la empresa en busca de la oferta, la relación ha cambiado, ya no se hace a "puerta fría" (...). Ahora se buscan ofertas concretas para personas concretas. (...). Cuando la empresa está fidelizada se trabaja mejor, con más confianza (...). Existe respaldo hacia las empresas que los contratan, hay una gran coordinación (Grupo de discusión TAIL).
>
> En el trato con las empresas, nos posicionamos no como un recurso social. Tenemos que luchar constantemente contra el estigma, sensibilizar. Hablar constantemente con las empresas de productividad y también de responsabilidad empresarial. (Grupo de discusión TAIL).

Podemos afirmar que este sexto principio sí se cumple en el modelo CRL.

Séptimo principio: Apoyos individualizados de seguimiento (el tipo y la intensidad de los apoyos varían en cada persona y evolucionan con el tiempo. En principio, un año). En este caso, también consideramos pertinente relacionar este punto con uno de los principios de rehabilitación laboral identificados por las autoras J. Cook y L. Razzano: "Uso de evaluación situacional para las habilidades laborales y el potencial".

Varios estudios correlacionales analizados por estas autoras han encontrado que las puntuaciones procedentes de evaluaciones situacionales están relacionadas con empleo posterior según el análisis practicado. De modo que estas autoras han identificado la importancia de exponer a la persona atendida a determinadas situaciones lo más parecidas posible con las competencias desarrolladas en un puesto de trabajo.

En el caso de los CRL, tal y como hemos podido comprobar en el esquema de su itinerario de trabajo, la evaluación está presente, al menos en tres fases del proceso, una inicial, otra intermedia y otra final. La investigación cualitativa realizada nos indica en relación a la importancia del itinerario lo siguiente:

> A veces por presión social se les obliga a trabajar, por ello es muy importante trabajar los objetivos de la inserción. A veces se detecta que lo que necesita una persona son ingresos, entonces se tramitan

> las ayudas a las que tiene derecho la persona, no siempre es empleo. Sería conveniente cerciorarse que las familias comparten los objetivos de inserción y el itinerario. (Grupo de discusión TAIL).
> En el caso de los jóvenes, pienso que el itinerario debe ser diferente porque muchos no tienen conciencia de enfermedad, llegan muy tarde a los CRL, al tardar en diagnosticarle. A veces nos empeñamos y los itinerarios fomentan más lo académico y formativo, y lo primero que debe hacer un joven es empezar por reconocer la enfermedad. (Entrevista en profundidad director/a).
> Considero que existe una visión integral de un recurso, que, además, concentra todas las fases del itinerario en un mismo centro. (Entrevista en profundidad director/a).
> Le damos gran importancia a los itinerarios: El momento más importante es el de la entrada al centro. Ahí se empieza a construir su propio proyecto. Ya puede equipararse a otras personas iguales. Entra en el mundo de la inclusión. Al principio reclama su papel de paciente, pero poco a poco esta persona se convence de que está en proceso de recuperación y decide ir más allá del hecho mismo de padecimiento mental. (Entrevista en profundidad director/a).
> En otros servicios de empleo, somos un número en la base de datos (...). Ya no tengo miedo a no renovar mi contrato (...). Me enseñan competencias y comportamientos: llamar a la puerta, puntualidad, etc. (...). Lo importante es el tesón de la persona, tienes que ser tú el primero que quieras trabajar (motivación) (...). Mi vida se veía muy desestructurada sin trabajar, ahora valoro cosas que antes no: cocinar, ser responsable, etc. (...). En el CRL nos enseñan hábitos de trabajo, aunque nuestro taller no guarde relación con el puesto que vayamos a desempeñar (...). La motivación del equipo ha sido fundamental, desde el primer día me dijeron que si hacía las cosas bien en un futuro podría conseguir un puesto de trabajo, y así ha sido (Grupo de discusión con usuarios/as CRL).

También entendemos que este principio guarda relación con otro más de los principios de rehabilitación laboral identificados por las autoras J. Cook y L. Razzano: "Disponibilidad de un seguimiento laboral continuo, adecuado a las necesidades y situación particular de cada individuo".

Varios estudios realizados con personas que recibieron rehabilitación vocacional durante un periodo de seguimiento de seis meses encontraron que el apoyo continuo era un valor significativamente importante, incluso cuando se controlaban factores demográficos: edad, educación y etnia, historia laboral previa, grado de deterioro funcional, historia de hospitalización, tiempo en tratamiento y tipos de apoyo laboral recibidos.

Los CRL de la Comunidad de Madrid, incorporan a su itinerario ya en su fase inicial el PIR-L (Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral). Este plan individual acompaña al individuo en todo su proceso de recuperación laboral, y no sólo en el denominado empleo con apoyo (ya en las últimas fases del proceso), más propio de los partidarios de la estrategia "primero coloca y después entrena".

La investigación cualitativa realizada, nos indica, en relación a la importancia del seguimiento laboral personalizado, lo siguiente:

> Las personas atendidas no tienen tiempo límite para estar en el centro, depende de sus objetivos de inserción y esos objetivos dependen de las personas, que es un fin en sí misma, a pesar de que los Centros de Salud Mental quieren agilizar la lista de espera. El plazo lo marca la persona. (Entrevista en profundidad director/a).
> El modelo de rehabilitación laboral aplicado en los CRL se basa en un proceso individualizado. (Entrevista en profundidad técnico/a).
> El objetivo es mejorar la calidad de vida y las potencialidades de la persona, y eso es algo más amplio que el trabajo. (Entrevista en profundidad director/a).
> Una persona puede a la vez disfrutar de varios recursos: formación, CRL, equipo de apoyo y Mini-Residencia. Eso no ocurre en Cataluña, País Vasco o Cantabria. (Entrevista en profundidad coordinador/a).
> Sin duda uno de nuestros mejores activos es la capacidad de adaptación del recurso a las patologías de muy diferentes perfiles, sea cual sea su gravedad (Grupo de discusión TAIL).
> Nuestros equipos multiprofesionales arropan a las personas atendidas, no les dejamos solos y los acompañamos en todo el proceso, gestionando sus fracasos y sus éxitos. Apenas hay abandonos. El objetivo es que las personas sigan funcionando después sin nuestros equipos. (Entrevista en profundidad coordinador/a).

Podemos afirmar que este séptimo principio sí se cumple en el modelo CRL.

Octavo principio: Ajustar el desarrollo del puesto y el apoyo a las preferencias de cada persona. Algunos de los estudios revisados encontraron que las personas con problemas de salud mental grave analizadas, que consiguieron empleo dentro de sus áreas de preferencia, mantuvieron el puesto por más tiempo que aquellos/as que estaban empleados en áreas no preferidas. El primer grupo también consiguió niveles más elevados de satisfacción con el trabajo que los segundos (Rodríguez, 2017: 149).

Como tarea propia de la figura del TAIL (Técnico/a de Apoyo a la Inserción Laboral), de los orientadores laborales, maestros de taller, etc., ya desde el inicio del proceso se persigue conocer y consensuar con el propio sujeto sus preferencias laborales de modo que estas se ajusten lo más perfectamente posible a los empleos a los que esta persona pueda optar en el futuro. La investigación cualitativa realizada nos indica, en relación a la importancia de ajustar el puesto de trabajo a las preferencias de las personas, lo siguiente:

> Apostamos por el proyecto de vida de las personas, satisfacción en lo que uno se ha preparado. Se atiende el deseo vocacional del afectado. Contribuir a que la persona se integre y genere sus propios recursos. Ajustamos a la persona al empleo. (Entrevista en profundidad coordinador/a).
> Intentamos localizar lo que la persona hace bien para enfatizar sobre ello. (Entrevista en profundidad técnico/a).
> Los informes de seguimiento anual y las juntas de evaluación se realizan con las personas presentes. Se trata de un modelo abierto. (Entrevista en profundidad director/a).
> Las personas deben participar en la solución de sus problemas, deben ser parte de la misma, protagonistas de su inserción sociolaboral. (Entrevista en profundidad técnico/a).
> Te das cuenta de que cuanto más confías en un individuo más capacidad tiene. También es importante conocer las expectativas que tiene la familia y de la propia persona atendida hacia sí misma. (Entrevista en profundidad técnico/a).

Podemos afirmar que este octavo principio sí se cumple en el modelo CRL.

Aparte de los ocho principios del modelo IPS, existen algunas diferencias entre ambos modelos. Veamos ahora algunas de ellas en cuanto a siete variables analizadas: equipos de atención, derivaciones, ratios de atención, procesos (itinerarios y sus fases), duración, agentes e impacto.

En relación a los equipos de atención, los CRL cuentan con un equipo multiprofesional de siete personas, a saber: psicólogo/a (1), preparador/a laboral (1), maestros/as de taller (3), técnico/a de intermediación laboral (1), terapeuta ocupacional (1) y apoyo administrativo. Por su parte, en el modelo IPS, el equipo profesional está formado por tres personas: dos insertores/as laborales y una persona a cargo de la coordinación del equipo (como ocurría con el modelo IDEA, S.A. de Andalucía). Las derivaciones, tanto en el modelo CRL como en el modelo IPS, se realizan desde salud mental.

Respecto a las ratios de atención, los equipos multidisciplinares de los CRL atienden a una media de sesenta personas al año, mientras que cada insertor/a laboral a jornada completa del modelo IPS, puede atender hasta un máximo de veinte personas.

Los procesos seguidos por ambos modelos, para trabajar en pos de la inserción sociolaboral de las personas con problemas de salud mental grave, son los itinerarios (Ceniceros y Oteo, 2003). Sin embargo, mientras que en el modelo CRL existen diferentes momentos de evaluación (inicial a 45 días, intermedia y final), esta cuestión no queda patente en el modelo IPS de empleo con apoyo.

La duración del proceso en el modelo CRL depende de la persona (llegando incluso a los dos años sin alcanzar los objetivos de inserción por no estar preparada, mientras que en el modelo IPS se exige que la primera entrevista con una empresa sea durante los primeros 30 días de atención.

En ambos casos, los agentes con los que ambos modelos se relacionan son las empresas (en mayor medida y desde el inicio del proceso en el modelo IPS), el equipo profesional, las familias y el entorno (Valmorisco, 2016: 70).

En relación al impacto y resultados, las tasas de empleo encontradas a favor del IPS se sitúan en una horquilla de entre un 42,5% y un 82% de logro de empleo ordinario (Rodríguez, 2017: 149). Por su parte, las tasas de empleo del modelo CRL en cuanto al empleo ordinario, se sitúan en el

36% (63,2% de media en los 30 CRL a 2021, si se computa el empleo protegido). En definitiva, el modelo IPS "primero coloca y después entrena" ofrece mejores resultados en cuanto a tasa de inserción en empleos competitivos que el modelo CRL "primero entrena y después coloca". No obstante, debemos tener en cuenta una serie de factores negativos que inhiben unos mejores resultados del segundo modelo en nuestro país: a) Mayor tasa de desempleo, b) Menor renta per cápita disponible de las familias y mayor proteccionismo de las propias familias y c) Mayor riesgo de las "pensiones trampa" en un sistema de bienestar social de corte mediterráneo.

4. Conclusiones

Los datos cuantitativos y cualitativos recogidos nos permiten afirmar que el modelo CRL aplica cinco de los ocho principios del modelo IPS de empleo con apoyo expuestos por *Bond*, Drake y *Becker*: integración de servicios vocacionales y clínicos, asesoramiento de beneficios personalizados, atención a las preferencias de las personas, relaciones con empresas y apoyos individualizados de seguimiento. No aplica en el caso de: exclusión cero, enfoque en el trabajo competitivo y búsqueda rápida de empleo. En todo caso, es preciso señalar que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid, basado en la premisa "primero entrena y después coloca" no cumple con los criterios de la escala de fidelidad del modelo IPS, basado en el supuesto "primero coloca y después entrena".

Asimismo, los Centros de Rehabilitación Laboral cumplen casi la totalidad de los principios de la rehabilitación laboral expuestos por las autoras Cook y Razzano, a pesar de la existencia de una serie de factores que, a priori, inhiben la creación de empleo para este colectivo. Entendemos que debería darse una readaptación de este modelo hacia la recuperación de la persona (enfoque integral más allá del empleo), mejorando el cumplimiento de dos de los principios del modelo IPS: a) Por un lado, en cuanto a la integración de los servicios vocacionales y de salud mental, incluyendo en el mismo no sólo a los servicios sociales sino también y de forma urgente, a los servicios de empleo y b) Por otro lado, en relación al principio de exclusión "cero". Aunque, dada la idiosincrasia de nuestra cultura laboral, parece más complicado que pueda cumplirse tanto el enfoque de trabajo competitivo como la búsqueda rápida de empleo.

Para finalizar, entendemos que ambos modelos (CRL e IPS) deberían evolucionar hacia este nuevo modelo social, centrado en la recuperación de la persona. En todo caso, serán objeto de nuevas investigaciones, algunas cuestiones importantes de los diferentes modelos, así por ejemplo, el análisis de los factores que propician el mantenimiento del puesto de trabajo, la identificación precisa de los predictores de éxito de cada modelo y la conexión del empleo con otras áreas vitales para lograr una vida independiente (De Fuentes, 2014).

5. Bibliografía

Becker, D. y Drake, R. (1993). *A working life: The individual placement and support (IPS) program*. Concord, HH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research center.

—— (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Bond, G. (1998). "Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support". *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 22 (1): 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095271

Bond, G., Drake, R. y Becker, D. (2012). "Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US". *World Psychiatry.* 11 (1): 32-39. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.005

Burns, T., Catty, J., Becker, D., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, W.S. y Wiersma, D. (2007). "The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial". *Lancet*. 370: 1146-1152. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5

Ceniceros, J.C. y Oteo, E. (2003). *La Orientación sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica para la intervención con personas en riesgo de exclusión*. Madrid: Fundación Tomillo.

Comunidad de Madrid (2001). "Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención". *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*. 14.

Cook, J. y Razzano, L. (2000). "Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice". *Schizophrenia Bulletin*. 26 (1): 87-103. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033448

Danley, K.S. (1996). *The "Choose-Get-Keep" Approach to Supported Employment: Implementation Guidelines*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.

De Fuentes, C.; López, B., Aldama, T. y Benito, S. (2014). "El proceso de alta en un Centro de Rehabilitación Laboral: empleo, áreas vitales y recuperación". *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. 27: 15-20.

De Fuentes, C. (2016). *Compatibilidad entre prestaciones sociales por discapacidad y empleo.* Cizur Menor: Thomson Reuters Aranzadi.

Desviat, M. (2007). *De locos a enfermos. De la psiquiatria del manicomio a la salud mental comunitaria*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés.

—— (2010). "El devenir de la reforma psiquiátrica". En Pastor, A.; Blanco, A y Navarro, D., Manual de rehabilitación de trastorno mental grave (pp. 29-58). Madrid: Síntesis.

Drake, R. y Becker, D. (1996). "Individual Placement and support model of supported employment". *Psychiatric Services*. 47: 473-475.

Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía (2007). "Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una versión actualizada de los modelos de intervención".

González, J.A (2019). "Intensidad de apoyos, salud mental, empleo y su relación con resultados de calidad de vida". *Siglo cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual.* 50 (2): 73-88. https://dx.doi.org/10.14201/scero20195027388

Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Condony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006): "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España". *Medicina clínica*. 126 (12): 445-451. https://doi.org/10.1157/13086324

Henderson, M., Harvey, S. B., Overland, S., Mykletun, A., Hotoph, M. (2011). "Work and common psychiatric disorders". *Journal of the Royal Society of Medicine*. 104: 198-207. https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231

Instituto Nacional de Estadística (2023). El Empleo de las personas con discapacidad. Año 2022. https://www.ine.es/prensa/epd_2022.pdf [consulta 24/01/2024].

Knapp, M., McDaid, D. y Park A. (2015). "Recovery and economics". *Die Psychiatrie*. 12: 162-166. https://doi.org/10.1055/s-0038-1669598

Kregel, J., Hill, M. H. y Banks, P. D. (1988). "Analysis of employment specialist intervention time in supported competitive employment". *American Journal on Mental Retardation. 93* (2): 200-208.

Lahera, G. (2022). "La salud mental: un asunto ni biológico ni social sino todo lo contrario". El País, 7 de agosto de 2022. https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-08-06/la-salud-mental-un-asunto-ni-biologico-ni-social-sino-todo-lo-contrario.html [consulta 06/02/2023].

Leamy, M., Bird, V.J., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). "A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis". *British Journal of Psychiatry*. 199: 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Ministerio de Sanidad (2021). Base de datos clínicos de atención primaria-BDCAT. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm

Rodríguez, A. (2001). "La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid". *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. 13.

Rodríguez, A. y González, J.C (2002). "La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica". *Cuadernos técnicos de servicios sociales*. 17.

Rodríguez, F., Caballero, N. y Oramas, D. (2017). "Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 131: 145-168. https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/09.pdf

Rodríguez, F., Caballero, N., Tallo, E., Méndez, M., Hernández, C., López, S., Vílchez de León, P. y Gónzález-Dávila, E. (2018). "Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves". *Gaceta sanitaria.* 32 (6): 513-518. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007

Rodríguez, F. y Rodríguez, Á. (2021). "Recuperación en el ejercicio de la ciudadanía". En Rodríguez, F. y Caballero, N. (Coord.) *Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas* (pp. 13-84). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Rodríguez, F. (2010). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave. Modelo Red de redes*. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife.

Sampietro, H.M., Carmona, V.R., Sicilia, L., Gavaldà-Castet, C., Rojo, J.E. y Gómez-Benito, J. (2022). "Qué significa la recuperación para las personas usuarias de servicios de salud mental en Cataluña". *Quaderns de Psicologia*. 24 (2) https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1880

Valmorisco, S. (2016). "Buenas prácticas de los centros de rehabilitación laboral (CRL) para personas con enfermedad mental grave de la Comunidad de Madrid a tener en cuenta para el diseño de un nuevo modelo de gestión de los servicios de empleo". *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública.* 3: 61-74. https://doi.org/10.5209/CGAP.52995

—— (2018). ¿Primero entrena y después coloca o primero coloca y después entrena? Dos modelos antagónicos en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave". *Sociología del Trabajo*. 93: 287-306. https://doi.org/10.5209/STRA.61720

Wehman, P. y Moon, M. (1998). *Vocational Rehabilitation and Supported Employment*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Villegas, F., Rebordea, A., Tarí, A., Eguiagaray, M., Alonso-Suarez, O. y Fernández-Mondamio, M. (2012). "Valoración por Comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial". *Rehabilitación Psicosocial*. 9 (1): 3-35.

World Economic Forum (2022). Innovación (en línea) https://intelligence.weforum.org/topics/a1Gb0000000LrSOEA0?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=2782649_Agenda_weekly-2September2022&utm_term=&emailType=Agenda%20Weekly [consulta 18/01/2023].

World Inequality Lab (2022). Informe sobre la desigualdad global 2022 (en línea) https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5585 [consulta 12/01/2023].