



**UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA**

Facultad de Ciencias de la Educación

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Pedagogía

**Pulsos de vida: La Pedagogía Social ante el reto de la inclusión sociolaboral y la
salud mental**

**Pulses of life: Social Pedagogy facing the challenge of socio-labor inclusion and
mental health**

Realizado por: María Aranda Sánchez

Tutorizado por: José Manuel Vega Díaz

CURSO 2023-2024

TÍTULO: Pulsos de vida: La Pedagogía Social ante el reto de la inclusión sociolaboral y la salud mental.

RESUMEN: Este trabajo de investigación aborda la temática de la Pedagogía Social en base al reto de la inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental, con el foco en la población de Álora. A través de esta metodología, se ha realizado un estudio cualitativo que se centra en las experiencias y puntos de vistas de las personas que viven esta situación cada día. Por ello, se destaca la importancia de la Pedagogía social como herramienta necesaria para la inclusión y el bienestar de estas personas. Se subraya la importancia de promover un equilibrio entre la vida personal y la profesional, contando con un apoyo emocional.

PALABRAS CLAVE: Pedagogía Social, inclusión sociolaboral, salud mental, ambiente laboral inclusivo, apoyo emocional, equilibrio, salud mental en la infancia.

TITLE: Pulses of life: Social Pedagogy facing the challenge of socio-labor inclusion and mental health.

ABSTRACT: This research work is focus on the topic of Social Pedagogy based on the challenge of socio-labor inclusion of people with mental health problems, with a focus on the population of Álora. Through this methodology, a qualitative study has been carried out that focuses on the experiences and points of view of the people who live this situation every day. For this reason, the importance of social Pedagogy is highlighted as a necessary tool for the inclusion and well-being of these people. The importance of promoting a balance between personal and professional life, with emotional support, is highlighted.

KEYWORDS: Social Pedagogy, socio-labor inclusion, mental health, inclusive work environment, emotional support, balance, mental health in childhood.

ÍNDICE

1. Introducción-----	7
2. Marco teórico-----	9
2.1. Estado de la cuestión-----	9
2.2. La salud mental y la exclusión sociolaboral-----	16
2.3. La inclusión en entornos sociolaborales y la salud mental-----	20
3. Diseño de la investigación-----	24
3.1. Justificación del foco de estudio-----	24
3.2. Población y muestra-----	26
3.3. Objetivos generales y específicos-----	27
3.4. Enfoque cualitativo-----	27
3.4.1. Metodología biográfica-----	28
3.4.2. Instrumentos de recogida de información-----	30
3.4.2.1. Grupo focal-----	30
3.4.2.2. La entrevista-----	33
3.4.3. Negociación y técnicas de análisis de datos-----	34
3.4.3.1. Proceso de negociación-----	34
3.4.3.2. Depuración de los textos-----	36
3.4.3.3. Triangulación-----	37
3.5. Proceso de elaboración del informe de investigación-----	37
3.5.1. Proceso de devolución-----	42
3.6. Temporalización-----	42
4. Resultados y discusión de la investigación-----	45
5. Líneas de futuro-----	50
6. Conclusión-----	51

Referencias bibliográficas -----	52
Anexos -----	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tabla de datos-----	10
Figura 2: Datos Salud Mental comunitaria-----	11
Figura 3: Datos Unidad salud mental infanto-juvenil-----	12
Figura 4: Datos dispositivos especiales-----	12
Figura 5: Matriz de análisis DAFO de las relaciones entre la salud mental y la salud laboral-----	18
Figura 6: Áreas de los programas sociales-----	21
Figura 7: Modalidades de los programas laborales-----	22
Figura 8: Proceso del grupo focal-----	31
Figura 9: Imágenes usadas en el grupo focal-----	32
Figura 10: Fases del proceso de elaboración de un informe-----	38
Figura 11: Cronograma de la investigación-----	44
Figura 12: Fragmento de relato de vida Elena-----	45
Figura 13: Fragmento de relato de vida Quino-----	45
Figura 14: Fragmento de relato de vida Luisa-----	46
Figura 15: Fragmento entrevista a profesional-----	49
Figura 16: Fragmento entrevista a profesional II-----	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Palabras usadas en el grupo focal-----32

Tabla 2: Entrevistas realizadas-----34

Tabla 3: Categorización del proceso de elaboración del informe-----40

Tabla 4: Fragmentos relatos de vida de las personas participantes-----48

1. INTRODUCCIÓN

Vivir en este municipio, Álora, me ha enseñado la importancia de conectar con las personas pero, sobre todo, con una misma. También me ha hecho consciente de una problemática muy arraigada al lugar: los problemas de salud mental.

Mi implicación personal con esta temática surge de experiencias cercanas que me han movido a profundizar en este campo. Después de mucho tiempo trabajando como coordinadora en un espacio para la inclusión para personas con diversidad funcional, entre ellas personas con problemas de salud mental, he podido comprobar los desafíos a los que se enfrentan estas personas y cómo puede afectar de forma directa en todos los aspectos de sus vidas.

Al hablar de esta problemática en la localidad, pretendo poder ser un puente de unión entre mi entorno y sus habitantes, siendo un puente de empatía que una un lugar que tanto quiero, con unos/as ciudadanos/as que tanto me importan.

En la actualidad, hay más de un millón de personas que se enfrentan a desafíos que tienen relación con los problemas de salud mental. Todo esto no solo afecta a la mente de la persona en sí, sino que conlleva causas negativas en todos los ámbitos de su vida, sobre todo en la esperanza de vida. Las personas con algún tipo de problema de salud mental suelen fallecer desde 10 a 20 años antes de lo que lo hace la población sin problemas de salud mental. Asimismo, el Centro de Investigación Biomecánica en Red de Salud Mental (en adelante CIBERSAM) afirma que estos trastornos de salud mental afectan a más de un 20% de la población española.

Haciendo referencia al ámbito laboral, aún existen numerosos estigmas y generan situaciones de discriminación hacia estas personas con problemas de salud mental. Como afirman Caicedo y Van Gameren (2016) hay una fuerte relación entre el empleo y la salud mental, “las personas desempleadas presentan menores niveles de bienestar psicológico, mayor grado de sentimientos depresivos y ansiedad, así como menor autoestima y satisfacción con la vida” (p. 957). Además, de acuerdo con Del Pozo et al. (2002) cuando una persona está desempleada, su salud mental puede verse afectada gravemente debido a la pérdida de una serie de factores psicosociales muy importantes. A esto se le agrega la falta de estabilidad económica, la disminución de las habilidades laborales y la incertidumbre sobre el futuro. Asimismo, Allande-Cussó (2021, p.2) señala en esta línea que “cuando existe, por ejemplo, una organización inadecuada de las tareas, escasez o

exceso de tareas, o situaciones de abuso y/o acoso, pudiendo contribuir todas estas circunstancias a la aparición de alteraciones en la salud mental de la persona trabajadora”.

En España, entre el 11% y el 27% de los problemas de salud mental que se dan, son a causa de las condiciones laborales. Hay datos reflejados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022) que manifiestan que “las personas con problemas de salud mental alcanzaron en 2020 una tasa de empleo de 17,1%, una cifra que aumenta tan solo dos décimas con respecto al año 2019, en la que la tasa de empleo se situó en 16,9%”.

La aceptación de problemas de salud mental dentro de las empresas y el incremento de la empleabilidad de estas personas, contribuye al bienestar de la propia empresa fomentando así el sentido de pertenencia y empatía. Según la Confederación de Salud Mental España (s. f), hay una serie de mejoras y beneficios, como: el incremento de la productividad y el rendimiento, trabajo en equipo y comunicación, compromiso e innovación, reducción del absentismo laboral, eliminar los costes ocultos, mejora de la reputación empresarial, bienestar social, entre otras.

En el mismo año en el que la OMS recogió estos datos, tuvo lugar una pandemia mundial, Covid-19. Esta oleada aumentó de forma notable los casos de problemas de salud mental en la población por diversos motivos, “entre los principales factores que han influido para el aumento de problemas de salud mental se destacan la soledad, el miedo al contagio o a la muerte, el duelo por haber perdido un ser querido, y las preocupaciones económicas” (UCCUAM, 2022).

No obstante, la atención médica en relación a la salud mental en España sigue siendo inadecuada.

Los insuficientes recursos destinados a salud mental, el bajo apoyo recibido y el propio concepto sobre el que se construye el modelo de atención, que en ocasiones se califica como erróneo. En estos momentos emergen sentimientos como: frustración, impotencia, indignación y tristeza (García et al., 2023, p. 32).

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado (en adelante TFG) es examinar la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental y los elementos de empleabilidad que afectan a estas personas. Para ello, se ha de tener en cuenta que el

empleo sirve como medio de protección para las personas con problemas de trastornos mentales, pudiendo realizar intervenciones con mayor adaptación.

Para llevarlo a cabo, se realizará un marco teórico que ponga en cuestión el significado de este estudio. Además, se explica todo el proceso de investigación desde un principio hasta un fin, para dejar expuestos los resultados se realizará un análisis de los mismos para, posterior a ello, realizar una conclusión sobre esta investigación y el objeto de estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Estado de la cuestión

La salud mental se define como un estado de bienestar tanto emocional como físico, social y psicológico que permite a una persona ser consciente de sus propias fortalezas y debilidades a la hora de afrontar una situación de estrés, saber cómo mantener relaciones sociales y contribuyendo de una forma u otra a la sociedad (OMS, 2004).

Existen ocasiones en las que la salud mental se ve dañada significativamente provocando los problemas o trastornos de salud mental. Recientemente, la propia OMS (2022) reforzaba esta idea indicando que “se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes”. Esto puede alterar la vida de la persona en diversos ámbitos como el laboral.

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población española, según la Confederación de la Salud Mental en España afirma que más del 9% de la población sufre algún tipo de problema de salud mental, y el 25% lo sufrirá alguna vez en su vida. Esto quiere decir que una de cada cuatro personas tiene o tendrá algún trastorno de salud mental.

Dentro de estos problemas de salud mental, el 6,7% de la población española afirma estar afectada por ansiedad, esta es la misma cifra que las personas afectadas por depresión. En las dos cifras siempre es mayor el número de mujeres que de hombres, con 9,2% y 4% respectivamente (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

Por otra parte, casi un 3% sufre un trastorno de salud mental grave, lo cual conlleva a más de un millón de personas (Ministerio de Sanidad, 2013).

Además de las personas adultas, los problemas de salud mental es algo que afecta también a edades tempranas. Casi la mitad de los/as jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 29 años (más de 7,3 millones) contemplan haber tenido o tener algún trastorno de salud mental. De estos/as jóvenes que afirman haber sufrido problemas de salud mental, alrededor del 62,5% pidió ayuda a un profesional, y del otro porcentaje que se negó, el 37,8% fue por cuestiones económicas (Fundación Mutua Madrileña, 2019).

Figura 1

Tabla de datos

Porcentaje	Datos
9%	Población que ha tenido algún problema de salud mental.
25%	Población que sufrirá algún problema de salud mental.
6,7%	Personas afectadas por la ansiedad.
3%	Personas afectadas por algún trastorno mental grave.
59,3%	Jóvenes que afirman haber sufrido problemas de salud mental.
62,5%	Jóvenes que piden ayuda a profesionales.

9,2% Mujeres

4% Hombres

37,8% de los/as que no pidieron ayuda, fue por causas económicas

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Es cierto que la situación de las personas con problemas de salud mental depende mucho del lugar en el que se encuentre ya que, hay diferentes factores que pueden afectar como puede ser la accesibilidad a los recursos, la atención médica y el estigma social que se da en el contexto social.

Según López-Álvarez (2024), Andalucía es uno de los cuatro lugares más preparados en materia de salud mental de toda España, cuenta con una red de servicios de salud mental en el que se incluyen hospitales especializados para ello, centros de atención primaria, unidades comunitarias, programas de rehabilitación, entre muchos otros. No obstante, también existe una gran demanda de estos servicios, provocando que

a veces se supere la capacidad de estos recursos. Esto provoca tiempos de espera prolongados y una atención más sutil dado el exceso de pacientes.

El Gobierno en Andalucía ha lanzado una serie de programas de sensibilización y prevención de problemas de salud mental, para promover la inclusión sociolaboral de las personas afectadas y sus familiares. En esta Comunidad Autónoma, el estigma social y los prejuicios hacia estas personas sigue siendo un problema que, además, les genera dificultades de acceso a los servicios de apoyo.

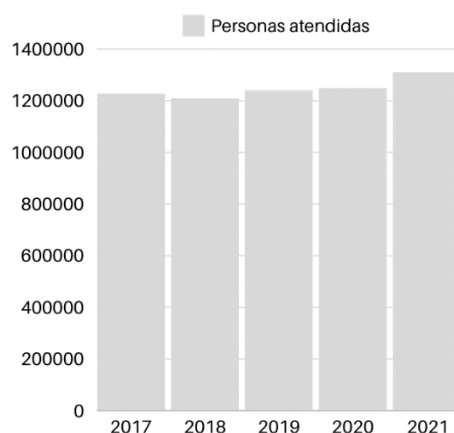
Según el Servicio Andaluz de Salud (2024), el número de personas atendidas en salud mental no es muy cambiante, pero sí preocupante. Se aprecia un incremento de personas atendidas en 2020, coincidiendo con el año en el que se produjo la pandemia. Del mismo modo, hay otro incremento tanto en Unidades comunitarias como en Unidades infanto-juveniles en el año 2021, por posibles secuelas del Covid-19.

Los trastornos de la salud mental en la infancia y la adolescencia han aumentado tras la pandemia provocada por el Covid-19 en nuestro país del 1 al 3% en niños y del 4 al 7 % en niñas y adolescentes en comparación con los datos oficiales de 2017 (Ibáñez et al., 2022, p.3).

Figura 2

Datos Salud Mental Comunitaria

UNIDAD SALUD MENTAL COMUNITARIA

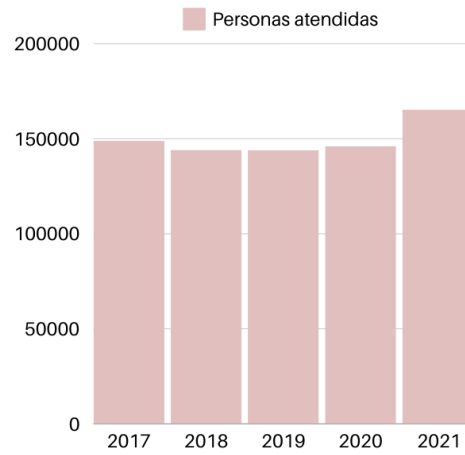


Nota. Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Figura 3

Datos Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil

UNIDAD SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

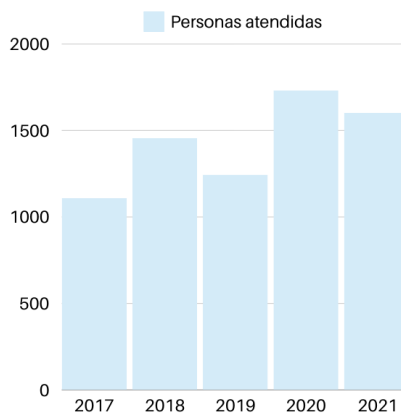


Nota. Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Figura 4

Datos Dispositivos especiales

DISPOSITIVOS ESPECIALES



Nota. Fuente: Servicio Andaluz de Salud

En los últimos años, la demanda de servicios de atención primaria en salud mental ha experimentado un significativo incremento en la ciudad de Málaga. Desde finales de 2020, se ha observado un aumento del 40% en el uso de estos servicios. Específicamente, las consultas aumentaron un 25% durante el año pasado, y en lo que va del año 2022, se ha registrado otro incremento del 17% en comparación con el año anterior. Este crecimiento refleja una creciente preocupación por la salud mental en la población malagueña, destacando la necesidad de recursos y atención dedicada a este ámbito en la comunidad.

Además del aumento en las consultas, se ha notado un cambio en el perfil de las personas afectadas que buscan atención en salud mental. Hay un aumento notable en la cantidad de jóvenes y adolescentes que buscan ayuda profesional, especialmente relacionada con ansiedad, depresión y estrés. Esta tendencia sugiere una mayor conciencia sobre los problemas de salud mental en grupos más jóvenes y la importancia de intervenciones tempranas.

La atención a la salud mental en la etapa de la infancia y la adolescencia representa una prioridad para todos los agentes sociales. Es de suma importancia potenciar un enfoque dirigido a la prevención y promoción de los factores protectores de la salud mental, más allá de la identificación precoz de los factores de riesgo (Ibáñez et al., 2022, p.4).

Por otro lado, se ha identificado una mayor demanda de servicios de atención remota, como consultas virtuales y terapia por videoconferencia. Esta adaptación a modalidades de atención a distancia ha permitido ampliar el acceso a la atención mental, especialmente para aquellos que pueden tener dificultades para acceder a servicios en persona.

En varios países se han puesto en práctica estrategias orientadas al uso de plataformas de gestión de contenidos a favor de la salud vía Internet, que buscan innovar, al mismo tiempo que promueven el espíritu investigador y la correcta atención médica con calidad y calidez gracias a las ventajas que tienen las TIC (Ayala-Servín, 2021, p. 57).

Este aumento significativo en la demanda de servicios de salud mental sugiere una necesidad urgente de invertir en recursos adicionales y fortalecer los servicios de

atención primaria en la ciudad de Málaga, desarrollando estrategias y programas que aborden estas necesidades.

En el día a día de las personas, hay una serie de rutinas que dan forma a todo lo que les rodea. Escondido dentro de estas rutinas, hay historias de perseverancia y esfuerzo que dan sentido a la vida cotidiana, y a veces, pasan desapercibidas. Hay muchas personas que se enfrentan a problemas de salud mental luchando con y contra ello cada día con una fortaleza única y un coraje inquebrantable.

Por ello, es preciso reconocer el trabajo interno que realizan cada día desafiando estigmas y desafíos impuestos por la propia sociedad. Para conocer el proceso por el que estas personas pasan, es preciso hacer mención a una serie de fases. Es importante tener en cuenta que no todas las personas superan todas las fases del mismo modo y que el orden de dichas fases no siempre es el mismo. Incluso hay personas que no alcanzan la fase final de recuperación. Como afirman García et al. (2023), dichas fases son las siguientes:

- **Fase 1. Manifestación del problema.** En esta primera fase, es donde pueden ocasionar síntomas o conductas leves que, a veces, no se suele prestar la suficiente atención como en momentos posteriores. En estas crisis posteriores son comunes el aislamiento, bajas notas, comportamientos no comunes, entre otras. Sin embargo, algunas veces se manifiesta de forma súbita y, por tanto, no es detectable desde un inicio. Además, si el problema deriva de algún hábito tóxico como el consumo de sustancias, tarda mucho más en detectarse el problema. A veces, la desorientación, el estado de shock, la incredulidad, son características comunes en esta fase en la que, posteriormente, suele conducir a una situación de urgencias y, por tanto, un ingreso.
- **Fase 2. Atención y recuperación inicial.** A pesar de lo complicado que puede llegar a ser los primeros tratamientos psiquiátricos, la recuperación y regreso a su entorno crea la idea de normalidad y un regreso a su antigua vida y antiguos hábitos. En esta fase es muy importante el acompañamiento y orientación por parte de profesionales.
- **Fase 3. Recaída/s y posibles secuelas.** Esta etapa es la más dura, puede prolongarse durante años y es muy complicada tanto para la familia como para la persona que lo sufre. Tiende a existir una falta de perspectivas y por ello el

agotamiento físico y mental provoca sensación de tristeza. Se crea una tendencia a la sobreprotección ya que, hay muchas posibilidades de recaídas y brotes además de incertidumbre al no saber qué va a pasar. Hay una serie de situaciones que tienden a repetirse, como no tomar la medicación, hábitos no saludables y salir de casa sin avisar. En esta fase la persona se aleja produciendo una pérdida de relaciones sociales y laborales.

- **Fase 4. Diagnóstico o diagnósticos.** No siempre es posible realizar un diagnóstico inmediato o incluso, una persona puede tener más de un diagnóstico hasta llegar a concretar su situación. Hay veces en las que para encontrar el fármaco adecuado para esa persona puede llevar mucho tiempo y surgen muchos problemas relacionados a esto. Hay muchos efectos secundarios detrás de una medicación y por ello, suelen negarse a la toma. Entre estos efectos, existen las adicciones y el recurrir a hábitos no saludables como el tabaquismo, potomanía, etc. García et al. (2023, p.43) señala que “es habitual la resistencia a tomar la medicación: múltiples efectos secundarios, difícil dar con tratamiento y dosis ‘adecuados’ (aumento considerable de peso, adormecimiento, no reconocerse, dejar de ser uno/a mismo/a)”.
- **Fase 5. Afrontamiento del problema.** En muchos de los casos, independientemente del diagnóstico, se observan dificultades en la aceptación del trastorno de salud mental tanto por parte de la persona que lo padece, como por parte de la familia y el entorno. En esta fase sirven de gran ayuda las terapias grupales o asociaciones para la persona y la familia dándole sentido a la experiencia.
- **Fase 6. Recuperación.** Esta última fase consiste en normalizar la situación e incluir a la persona en actividades como talleres, interacción social, autoconfianza, entre otras. El hecho de normalizar, ayuda de forma notable a la inclusión de la persona en todos los ámbitos de su vida.

Como se ha podido comprobar, no solo existe un trabajo interno durante la fase de recuperación, sino que se da en todas y cada una de las fases por la que pasa la persona, incluso posterior a estas, para evitar una recaída. No obstante, como afirma Aretio (2009), “las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas” (p. 293), y esto afecta de forma directa a la

totalidad de las áreas de las personas que sufren algún tipo de problema relacionado con la salud mental y, a sus entornos más cercanos.

Este rechazo social provoca que, las personas que sufren algún tipo de problema de salud mental reniegue de los servicios específicos para abordar dichos problemas, por temor a la etiqueta “enfermo/a mental”, entre muchas otras. Eso influye negativamente a la enfermedad ya que, se privan de realizar las fases iniciales que son las más importantes para evitar el agravante de la enfermedad.

2.2. La salud mental y la exclusión socio-laboral

En la sociedad actual hay muchos estigmas relacionados con los problemas de salud mental, que actúan como barreras para las personas que se enfrentan a ello. Se entiende como estigma “un atributo profundamente desacreditador, es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización” (López et al., 2008, p. 45). Hacia estas personas es habitual oír estigmas como personas peligrosas, impredecibles, locos/as, entre muchos otros, lo que provoca una mayor situación de exclusión social.

Estas actitudes tienen efectos perjudiciales para las personas que son objeto de estigmatización, “tanto las ya «desacreditadas» como las potencialmente «desacreditables», es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición” (López et al., 2008, p. 489).

Para aquellas personas ya “desacreditadas”, estas actitudes promueven la distancia social y el rechazo por parte del resto de la sociedad, lo que significa que se minimiza notablemente el derecho y las oportunidades a tener una vida plena.

En el caso de aquellas personas que aún no conocen su condición, las “desacreditables”, esto favorece la evitación hacia él o ella mismo/a y hacia contar lo que le ocurre. En ambos casos, estas actitudes son perjudiciales para la autoestima y la conducta social de las personas afectadas.

A raíz de estos prejuicios y discriminación asociados a las personas con problemas de salud mental, estas afrontan una serie de dificultades y obstáculos, especialmente destacables, a la hora de acceder a un empleo de maneja equitativa y justa.

Las personas con problemas de salud mental se enfrentan a un rechazo directo en el entorno laboral, además de ser excluidas de diversas oportunidades laborales. El estigma en torno a la salud mental también influye en las políticas de contratación dentro de las empresas, creando barreras que excluyen a estas personas de su función en el ámbito laboral. Esta situación priva a las personas de oportunidades profesionales y se mantiene la percepción errónea de que las personas con problemas de salud mental son menos capaces o menos valiosas como empleados/as.

En la actualidad, los problemas de salud mental son una de las principales causas de absentismo laboral y de la solicitud de pensiones por incapacidad en toda Europa. Además, según el INE (2020), más del 80% de las personas con problemas de salud mental están en una situación de desempleo. El Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación Salud Mental España registró 120 demandas en 2019, de las cuales el 64 % fueron realizadas por mujeres y el 36 % por hombres.

Como afirma el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (2012), la tasa de desempleo de personas que tienen algún tipo de trastorno mental es la más alta en comparación con tasas de otro tipo de diversidad funcional. Pese a que estas personas pueden desempeñar debidamente una función dentro de la empresa y mantener un empleo al igual que cualquier otra persona. Sin embargo, la atención psicológica y los recursos a los que estas personas pueden acceder no son suficientes. Según el INE (2021), esto implica una vulneración de las oportunidades y los derechos de estas personas, incrementando de alguna forma los problemas de salud mental de la misma.

Para obtener una visión más global sobre la relación que se da entre la salud mental y la situación laboral. Mateos y Mateos (2019) crearon un DAFO en el que se puede comprobar la importancia del papel del profesional como apoyo a las personas con problemas de salud mental y se muestra la importancia de pensar en la empresa como el lugar perfecto en el que llevar a cabo una verdadera inclusión.

Figura 5

Matriz de análisis DAFO de las relaciones entre la salud mental y la salud laboral (Mateos, 2019)



Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Como afirman Artazcoz y Cortés (2008), se ha de tener en cuenta el sentido inverso de este aspecto. Los problemas de salud mental no solo afectan a la pérdida de empleo, sino que esta pérdida de trabajo incrementa la posibilidad de un trastorno de salud mental. Esto ocurre debido a las situaciones por las que pasa la persona cuando pierde el empleo.

Siguiendo el pensamiento de estas autoras, hay un contexto social personal que influye de forma directa en la pérdida de empleo o la dificultad en la búsqueda del mismo. Factores sociales como el sexo, el contexto socioeconómico en el que habite y los roles.

Uno de los aspectos más relevantes a la hora de abordar la exclusión laboral que se da en las personas con problemas de salud mental es trabajar en base a ello desde la educación temprana en escuelas ya que “prevenir en salud mental en la infancia y adolescencia desde el ámbito educativo es fundamental” (García et al., 2013, p.71). Este enfoque tiene un gran impacto a la hora de reducir los estigmas y apostar por la empatía

y la creación de entornos inclusivos independientemente de las características personales de cada persona. Proporciona la información precisa y promueve la conciliación sobre este tema en edades tempranas. Se fomenta la normalización de las conversaciones sobre salud mental y se capacita al alumnado para reconocer, comprender y apoyar a quienes enfrentan dificultades emocionales.

La educación en salud mental en las escuelas contribuye a la prevención y detección temprana de los trastornos de salud mental, lo que puede mejorar el acceso a los servicios de apoyo y tratamiento necesarios. Al promover esta educación en salud mental, se establecen bases para la inclusión tanto en el aula como en la sociedad. “Autores relacionados con el ámbito de la educación, ya ponen de manifiesto la importancia de los motivos que inducen a pensar en la necesidad de programas de educación emocional en edad infantil” (Vázquez, 2020, p. 84).

Según Valdivia (2022), los colegios tienen la responsabilidad de llevar a cabo labores preventivas en cuanto a los problemas de salud mental, ya que no solo son sitios de enseñanza sino también de crecimiento. Otra idea clave que destaca el autor es la necesidad de capacitar a los/as docentes en el entendimiento de los trastornos de salud mental, incluyendo los signos de vulnerabilidad o riesgo en el alumnado, para prevenir la aparición de estos problemas de salud mental.

Sin embargo, y aunque parezca todo muy fácil, la educación en salud mental dentro de las escuelas puede generar controversia debido a diversos factores que llevan en la sociedad muchos años. Uno de los principales obstáculos es el tabú y los estigmas asociados a los trastornos mentales. Esto se puede comprobar en que muchas personas se sienten incómodas cuando hablan sobre temas de salud mental abiertamente, y esto produce resistencia a la hora de tratar el tema desde edades tempranas.

Otra de las preocupaciones que surgen al hablar de este tema en edades tempranas es la relación del contenido según la edad. Algunos/as familiares afirman que hablar de problemas de salud mental a ciertas edades es inapropiado y demasiado complejo. Existe el miedo de que el hablar de estos temas sea perjudicial para el alumnado.

Esta inclusión en las escuelas no solo tiene un impacto positivo en el ámbito educativo, sino que influye en el ámbito laboral y en la propia sociedad. Al educar en edades tempranas sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de apoyar a

quienes se enfrentan a estos desafíos, se están sentando las bases para una cultura de inclusión y respeto que puede extenderse más allá del entorno educativo. Cuando el alumnado crece en un ambiente escolar que valora la diversidad y promueve la empatía hacia las personas con problemas de salud mental, es más probable que lleven esas actitudes y comportamientos al lugar de trabajo en el futuro. La inclusión de personas con problemas de salud mental en el contexto escolar no solo contribuye a la formación de futuros profesionales más empáticos y comprensivos, sino que también abre las puertas a entornos laborales más inclusivos y saludables. Hoovers et al. (2019) resalta que “cuando los y las alumnas aprenden a conocerse a sí mismos, a comprender sus emociones y afrontar los desafíos de manera saludable, están mejor preparados para afrontar la vida adulta y sus retos” (p.30).

2.3. La inclusión en los entornos sociolaborales y la salud mental

La problemática en la búsqueda de empleo y la inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental, es un desafío presente en nuestra sociedad. Este tema plantea diversos interrogantes sobre si realmente existen igualdad en oportunidades, si están protegidos estos derechos de los que tanto se habla y, sobre todo, si realmente se da una inclusión laboral.

Según el artículo 27 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad asegura el derecho de las personas con trastornos de salud mental a poder acceder al empleo de forma equitativa y sin discriminación, además de contar con respaldo por parte del sistema. Así que, las empresas deben asegurarse de ofrecer esa ayuda, ya sea mediante horarios flexibles para la toma de medicamentos, luchando contra prejuicios y actitudes negativas en el trabajo, o ajustando las responsabilidades según las necesidades de cada empleado.

En primera instancia, es preciso tener en cuenta que existen una serie de servicios de apoyo que facilita y guía la entrada en el mercado laboral de estas personas con trastornos de salud mental. En la actualidad, hay diversos programas que se centran en ofrecer especial atención a estas personas, brindando por una sociedad libre de estigma y teniendo en cuenta las necesidades de cada persona, dándoles respuestas a cada una de estas. Larban (2010) planteaba el siguiente interrogante, “el profesional tendría no solamente que preguntarse ¿Cuánto sé de la enfermedad de esta persona que viene a

pedirme ayuda? Sino también preguntarse ¿Conozco bien a esta persona que sufre de su enfermedad y que viene a pedirme ayuda?” (p. 222).

Según FAISEM (2018), estos programas de apoyo social facilitan la participación de personas con problemas de salud mental en la comunidad a la que pertenezca. El fin claro de estos programas es incrementar la autonomía y la calidad de vida tanto de las personas que lo viven, como de su entorno que lo sufre. Estos programas sociales son habituales en las siguientes áreas:

Figura 6

Áreas de los programas sociales



Nota. Fuente: elaboración propia (2024)

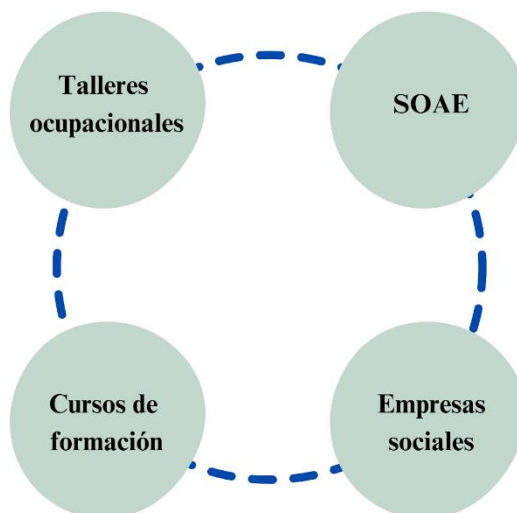
Por otra parte, dentro de estas ayudas se encuentran los programas laborales y de ocupación, que disponen de cuatro modalidades (**Figura 7**):

1. Talleres ocupacionales, que sirven para la adquisición de técnicas prelaborales y hábitos propios del trabajo.
2. Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, en los cuales se evalúa, guía y orienta a las personas durante todo el proceso de inserción en el ámbito laboral.
3. Cursos de formación en los que puedan adquirir una serie de competencias y conocimientos aptos para el mundo laboral, de forma que se mejore la empleabilidad.

4. Empresas sociales que ofrezcan oportunidades reales a estas personas, que tienen mayor dificultad en el acceso al empleo.

Figura 7

Modalidades de los programas laborales



Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Por otro lado, se encuentran el Empleo Protegido y el Empleo con Apoyo. El Empleo Protegido tiene lugar en espacios específicos como los Centros Especiales de Empleo. Estos centros garantizan que la plantilla esté compuesta, en su mayoría, por personas con algún tipo de diversidad funcional y que, dentro de esta empresa, las labores que se lleven a cabo estén dentro de sus capacidades y sus limitaciones. El objetivo primordial que tienen estas empresas es preparar a la persona con diversidad para una inclusión dentro de una empresa ordinaria. Sin embargo, y como afirman Mascayano et al. (2013), los sueldos que estas personas cobran suelen estar por debajo de los de cualquier otra persona, y son transitorios y no de mucho tiempo de duración.

El Empleo con Apoyo es uno de los modelos que tienen mayor importancia debido a que causa resultados bastante positivos. Este modelo vela por la inclusión de personas con algún tipo de diversidad funcional al mundo laboral ordinario, preparándose para ello de forma previa. Este apoyo no solo se brinda a la persona que busca trabajo, sino también a la persona contratante. Para llevar a cabo una inclusión plena, este recurso ofrece

condiciones salariales y de trabajo igualitarias a la de cualquier otra persona, supervisión constante no solo antes del acceso al empleo sino durante y al finalizar, cualificación profesional, entre otras (Martínez-Rueda, 2018). Como afirma Rodríguez et al. (2004) “se ha comprobado que este modelo es más eficaz que los de empleo protegido y taller ocupacional, ya que estos últimos no favorecen ni preparan a la persona para pasar al mundo laboral ordinario” (p. 36).

A todo este proceso, un buen ambiente de trabajo favorece notablemente a estas personas que se incorporan con miedos e incertidumbres, “es muy importante sentirse cómodo en el lugar de trabajo ya que esto da mayores posibilidades de desempeñar nuestro trabajo correctamente” (Fiallo et al., 2015, p. 12). Esto puede lograrse mediante una organización positiva dentro de la entidad, que fomente una buena colaboración y respeto entre iguales. Dentro de la organización debe primar la comunicación en todos los niveles, lo que facilita un feedback constructivo a la hora de expresar ideas y preocupaciones.

Este buen ambiente de trabajo incrementa la motivación de las personas trabajadoras, además del sentido de pertenencia hacia un lugar. Es importante para poder promover un equilibrio sano entre trabajo y vida personal, en lo que influye el horario de trabajo y la flexibilidad por parte del equipo. Además, se adquiere mayor resolución de los problemas que surjan de forma conjunta, haciendo más fácil la carga laboral.

Un buen clima organizacional permitirá que los miembros de la organización, cumplan con los objetivos de la empresa, debido a que un empleado motivado es más eficiente y trabajará mejor, lo cual permite aumentar la productividad, de esa forma ayudará a conseguir las metas y objetivos de la organización (Fiallo et al., 2015, p. 1).

Todo esto influye en el desempeño de cada persona trabajadora. Según Chiavenato (2002), son las acciones que pueden ser observadas en cada trabajador/a para cumplir un objetivo que tiene la empresa, afirmando que es uno de los aspectos más positivos que puede tener una organización. Al respecto, Ghiselli (1998) afirma que este desempeño es influenciado por diversos factores:

- Motivación. Se da una motivación por parte de la empresa, además de otra por parte de la persona trabajadora. El dinero puede ser un factor motivador.

- Establecimiento de objetivos. Es una buena técnica para mantener la motivación. Estos objetivos deben ir variando, evitando así la monotonía.
- Reconocimiento del trabajo: Otra técnica importante para mantener la motivación, el refuerzo positivo. Es importante mostrar a la persona trabajadora que hace bien las tareas y mostrar la satisfacción por su trabajo.
- Participación. Pertenecer en la planificación de las tareas es importante para aumentar la confianza y la sensación de pertenencia en la empresa.
- Formación y desarrollo profesional. Cuando un/a trabajador/a crece tanto personal como profesionalmente, se siente más motivado/a, con mayor autoestima, satisfacción laboral, entre otros aspectos.
- Buen ambiente de trabajo. Es crucial sentirse cómodo en el lugar de trabajo ya que, esto facilita el desempeño de tareas con mayor efectividad.

Por todo ello, en entorno laboral juega un papel fundamental en la inclusión de personas con problemas de salud mental en el mercado laboral. Además, todos estos factores son esenciales para poder alcanzar los objetivos tanto de la organización como los de la propia persona, contribuyendo a la productividad y creando un entorno más inclusivo.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación del foco de estudio

La posibilidad de acceder a un empleo digno es un derecho fundamental y un aspecto crucial para llegar a una inclusión sociolaboral. Sin embargo, muchas de las personas que tienen un problema de salud mental se enfrentan a barreras que afectan de forma negativa en el ingreso al mercado laboral. Es por ello que este Trabajo de Fin de Grado centra la atención en las dificultades que estas personas tienen en cuanto al acceso a un empleo, abordando todo lo que esto conlleva.

Las personas con trastornos de salud mental constituyen un grupo vulnerable dentro de la sociedad que, normalmente, es marginado en diversos ámbitos, uno de ellos es el ámbito laboral. En comparación con la población general, la tasa de desempleo entre estas personas es mucho más alta, y muchas de estas personas que han podido acceder a un empleo se enfrentan a empleos precarios, con baja remuneración entre otras

características. Según la Confederación de Salud Mental España, “las personas con discapacidad psicosocial ocupan, por segundo año consecutivo, el segundo lugar respecto a la menor tasa de empleo en todo el ámbito de la discapacidad” (2023).

Teniendo en cuenta la perspectiva social, la inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental es vital para promover la equidad entre la sociedad. Tener un empleo no solo aporta beneficios económicos, sino que, ofrece un sentido de pertenencia, autonomía y autoestima. Como afirma Trama (2014) “fomentar y reforzar su autonomía, la autonomía no es sólo una cuestión económica sino también de empoderamiento, es decir, de madurez, personalidad y autoestima” (p. 4). Por el contrario, una exclusión hacia estas personas incrementa los prejuicios, la discriminación hacia ellos/as y la exclusión sociolaboral, afectando negativamente el bienestar emocional de estas personas.

Investigar sobre la dificultad que tienen las personas con problemas de salud mental a la hora de buscar empleo es importante también en el ámbito educativo. Para empezar, porque ayuda a comprender las barreras que tienen estas personas en relación a un empleo. También hace posible el tener en cuenta herramientas inclusivas que potencien la inserción sociolaboral de estos/as individuos/as.

Es importante tener en cuenta papel de los centros educativos como uno de los recursos más importantes que existen para la prevención, protección e intervención con menores en riesgo de suicidio. No solo por ser un lugar de aprendizaje y de convivencia, sino porque también es un lugar de seguridad donde se intenta mitigar las desigualdades que puedan existir fuera del contexto educativo (González, 2022, p. 5).

El interés personal hacia esta temática surge de mi experiencia laboral con estas personas, he podido comprobar en primera persona cómo de válidos/as y de capaces son cada uno/a de ellos/as, lo dispuestos/as que están a trabajar y contribuir a la sociedad. También he podido comprobar que, en lugar de premiar esas ganas y ese esfuerzo, se les aparta. Los/as he visto resignarse tras intentarlo muchas veces, de pensar que realmente no valen nada y de tener claro que ya no pueden trabajar. Este interés también nace de mi profunda convicción sobre la importancia de la inclusión social y la igualdad de oportunidades que debe haber para todas las personas, independientemente de su condición.

3.2. Población y muestra

La población que ha sido objeto de estudio son personas mayores de 18 años con algún problema de salud mental que residen en el municipio de Álora. Estas personas tienen o han tenido un diagnóstico en trastornos de salud mental como ansiedad, depresión y esquizofrenia. Además, se ha tenido en cuenta que estas personas hayan pertenecido al mercado laboral y que, actualmente estén empleados/as o en búsqueda de empleo.

Para realizar este estudio, se ha seleccionado una pequeña muestra representativa de esta población, concretamente cuatro personas. La muestra se ha realizado a través de un muestreo probabilístico por conveniencia, a causa de limitaciones en el tiempo y los recursos. Como afirma Robledo (2005) “el muestreo de conveniencia es un diseño de muestreo en el que se seleccionan aquellos sujetos más fácilmente accesibles, que en ocasiones pueden ser voluntarios” (p.6).

Desde hace varios años he trabajado mano a mano con FAISEM, conociendo a cada una de las personas participantes con sus características individuales. Esto me ha ayudado a poder adaptar cada herramienta de recogida de información. Las personas participantes han sido seleccionadas con la ayuda de profesionales que trabajan con ellos/as, de esta forma ha sido más fácil el acceso a las personas dispuestas a participar en este estudio.

La primera toma de contacto fue bastante positiva y al escuchar sus historias en relación a sus problemas de salud mental y el empleo, no quise dejar que esas historias se olvidaran. Decidí abordar este estudio desde una perspectiva más personal, a partir de relatos de vida en los que cuenten ese momento de sus vidas en el que se ha dado una conexión, positiva o negativa, entre ellos/as y el mundo laboral.

Al seleccionar personas de edades diversas y con diferentes tipos de problemas de salud mental, se tienen en cuenta diferentes experiencias dentro de la población que tiene algún trastorno de salud mental y se da visibilidad a la dificultad que hay en el acceso al empleo independientemente de la edad y del tipo de problema de salud mental.

3.3. Objetivos generales y específicos

Objetivo General

- Reconocer la importancia y la dificultad del acceso al empleo de personas con problemas de salud mental.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales barreras que se dan a la hora de acceder al empleo.
- Conocer la importancia de la inclusión laboral y los beneficios que esto le aporta a las personas con trastorno de salud mental.
- Conocer casos reales de cómo es trabajar con problemas de salud mental.

3.4. Enfoque cualitativo

Para poder alcanzar los objetivos antepuestos en este estudio, es preciso llevar a cabo una metodología que lo haga posible. Teniendo en cuenta diversas metodologías, la que más puede aportar a esta investigación es la metodología cualitativa ya que, como afirma Guerrero (2016), “la investigación cualitativa se centra en comprender y profundizar los fenómenos, analizándolos desde el punto de vista de los participantes en su ambiente y en relación con los aspectos que los rodean” (p.2) a través de métodos como entrevistas, grupos focales, observación, entre otros.

En este caso, el fin del estudio es comprender la perspectiva y las vivencias de las personas elegidas para investigar, conociendo los sucesos que han vivido, ahondar en sus experiencias personales, y teniendo en cuenta como ellos/as perciben su realidad. Además, en esta metodología al igual que en este estudio, la subjetividad tiene un papel vital.

A diferencia del enfoque cuantitativo, que se centra en un análisis estadístico, el enfoque cualitativo recolecta datos teniendo en cuenta factores como el contexto. A través de relatos de vida se pueden capturar experiencias que permiten comprender de una forma más profunda a cada persona.

Asimismo, la metodología cuantitativa, es una excelente herramienta, proporciona información objetiva estadísticamente confiable, que para la mayoría puede ser

relativamente fácil entender [...]. En cambio, la metodología cualitativa para tener un conocimiento más profundo de una situación en concreto que permitiera resolver un problema, como sería el caso de la aplicación de la investigación-acción (De Pelekais, 2000, p. 350).

Teniendo en cuenta el enfoque a usar definitivamente, se debe considerar que esta teoría nos sitúa tanto en tiempo como en lugar (Hernández et al., 2010, p. 18). También es preciso conocer que esta investigación cualitativa se intenta llevar a cabo, principalmente, en el ambiente natural de la persona que participa. Las variables obtenidas no se pueden manipular ya que, son conceptos únicos como emociones y experiencias.

3.4.1. Metodología biográfica

La inserción laboral de personas con problemas de salud mental presenta un desafío para la sociedad en general, por tanto, conocer las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan estas personas cada día es fundamental a la hora de diseñar una serie de estrategias a favor de la inclusión de estas personas. La mejor forma de conocer esto en primera mano es a través de la exploración de sus experiencias personales. De esta forma se puede tener una visión más profunda del objeto de estudio.

En este contexto, la metodología biográfica es una herramienta clave para analizar aspectos específicos en la vida de estas personas. Esta metodología abarca una serie de técnicas de investigación cualitativa que se centran en conocer más la perspectiva del/a individuo/a a través de sus experiencias personales. Al centrarnos en las experiencias de cada persona, facilita el entendimiento de factores sociales, personales y económicos que influyen a la hora de buscar un empleo y en su vida en general, identificando las intervenciones que son más efectivas en busca de mejorar esta situación. Como afirma Jiménez (2012) “sin biografía es imposible entender la realidad social y sus procesos” (p. 36).

Estas metodologías biográficas incluyen herramientas como las autobiografías, los relatos de vida y las historias de vida, que se centran en comprender las experiencias personales de las personas participantes. Las autobiografías tratan sobre una narración de

la vida de una persona escrita por ella misma. La propia persona es la que reflexiona sobre su propia vida y comparte sus experiencias vitales.

Las historias de vida son narrativas que muestran la vida de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad, abarcando aspectos importantes de su vida que se desee destacar como el contexto en el que se ha encontrado. Como afirma Macías (2020):

No se trata solo de que el sujeto objeto de estudio despliegue paso a paso sus relatos parciales ante el investigador, sino también que este, realiza de modo progresivo la composición de esa historia y, también, su valoración. Las historias de vida no solo permiten conocer a la persona entrevistada, sino que también revelan información sobre las realidades que viven los territorios o contextos (p. 186).

Por otro lado, se encuentran los relatos de vida, estas narraciones se centran más en aspectos particulares de la vida de una persona. Las experiencias de vida son más específicas, centrándose en un tema en concreto dentro de la vida de esa persona que ha proporcionado un impacto notable. Por tanto, como afirma Berteaux (2005), “los relatos de vida ponen en relieve aspectos y dan razones de acontecimientos vitales” (p. 226).

Es cierto que existe confusión entre ambas metodologías, sin embargo, se ha de tener en cuenta la amplitud y la profundidad de las mismas ya que, las historias de vida abarcan toda la experiencia vital de la persona. En cambio, los relatos de vida se centran en momentos detallados de esa trayectoria vital, “en captar en detalle lo que ocurre en una actividad en particular o situación, en vez de describir las situaciones o conductas de las personas” (Macías, 2020, p. 193).

En el siguiente estudio, se ha optado por usar la metodología biográfica a través de los relatos de vida a causa de su enfoque específico. De esta forma el foco de atención ha sido el acceso al empleo de estas personas como un fragmento y parte de sus vidas. Además, se ha optado por esta opción ya que, en base al tiempo y a los recursos, con los relatos de vida se ha podido obtener información de calidad sin necesidad de recopilar toda la historia de vida de cada uno/a de los/as participantes.

Usando esta metodología, se facilita una comprensión profunda de las barreras y los desafíos que las personas con problemas de salud mental enfrentan cada día,

permitiendo así, un incremento de estrategias y políticas inclusivas para mejorar la situación a la hora de acceder a un empleo.

3.4.2. Instrumentos de recogida de información.

A la hora de realizar un proceso de investigación, es preciso llevar a cabo una recogida de información para aportar fiabilidad al estudio. Cada uno de los instrumentos de recogida de información recolecta de una forma estructurada los datos obtenidos. No obstante, es preciso tener en cuenta que los instrumentos varían según el tipo de investigación que va a realizarse, la finalidad del estudio y el contexto de los datos. “La propia naturaleza de los instrumentos de recogida de información, por su carácter abierto, nos ha dado una cantidad enorme de información que ha sido difícil de clasificar por su riqueza y su diversidad” (Ávila et al., 2010, p. 92).

Al llevar a cabo un relato de vida, que pretende comprender experiencias de las personas a través de sus narraciones, se da un beneficio en base a los instrumentos de recogida de información, en el que cada uno aporta un valor propio en la captación de detalles dentro del relato de vida. Estos instrumentos ayudan a conocer de forma más detallada los sucesos en la vida de la persona, pudiendo indagar más en aspectos esenciales para la investigación.

3.4.2.1. Grupo focal

El origen de este instrumento de recogida de información nace en la Segunda Guerra Mundial para darle voz a la investigación pública, aunque no fue hasta los años 70 cuando se tuvo en cuenta para el uso académico (Merton, 1987).

Los grupos focales o focus group son un tipo de técnica cualitativa que se usa para recopilar datos a través de una interacción grupal. Para ello, la persona moderadora guía una discusión con todo el grupo para conocer mejor sus opiniones, experiencias, actitudes, entre otros aspectos sobre un tema en concreto. Esta discusión puede comenzar con una palabra en concreto que diga la persona moderadora, una imagen, una pregunta, etc.

El propósito de esta técnica es obtener una información detallada y profunda sobre las experiencias de las personas participantes, narrada por ellas en primera persona. Esto

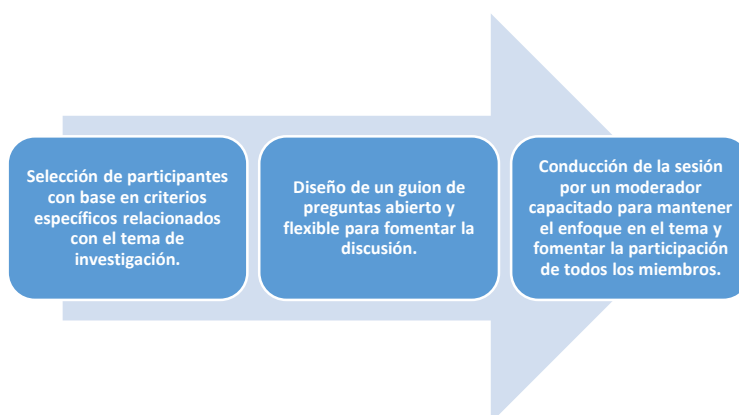
hace que se dé una comprensión y una empatía durante la sesión y posterior a ella, se comprende mejor las experiencias personales de cada uno/a, además de las diferencias individuales.

Esta técnica requiere un tamaño reducido de participantes, normalmente entre seis y doce. De esta forma, se facilita el intercambio de ideas entre las personas participantes y se ajusta al tiempo requerido para llevarlo a cabo, entre una y dos horas. Para poder llevar a cabo un correcto análisis se precisa de grabación de audio o vídeo de la intervención (con el permiso previo de los/as participantes) ya que, con una simple observación, a veces no se capta toda la información necesaria para la elaboración de un informe.

El proceso de realización es el siguiente:

Figura 8

Proceso del grupo focal



Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Una vez se tuvo en cuenta el proceso de un grupo focal y la importancia del mismo a la hora de recoger información, se decidió llevarlo a cabo a un grupo de cuatro personas de diversas edades y son diferentes problemas de salud mental. De esta forma se conocen mejor las diferencias y similitudes en base a los años y las experiencias vividas en relación al ámbito laboral. Para guiar al grupo hacia alguna temática en concreto, pero dejando total libertad a la hora de opinar sobre ello, se llevó una serie de palabras e imágenes preparadas con anterioridad.

Tabla 1

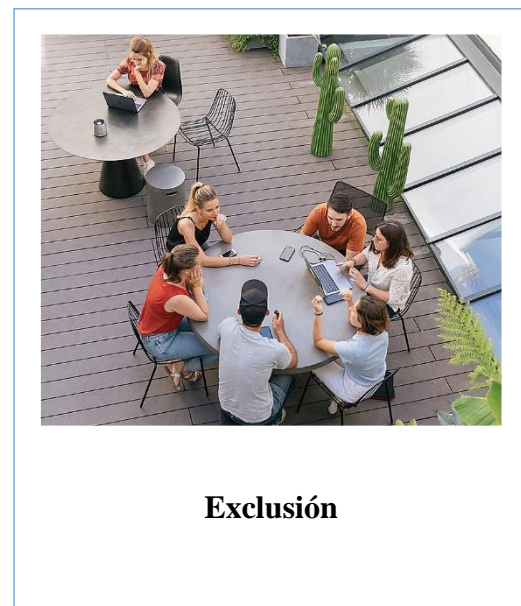
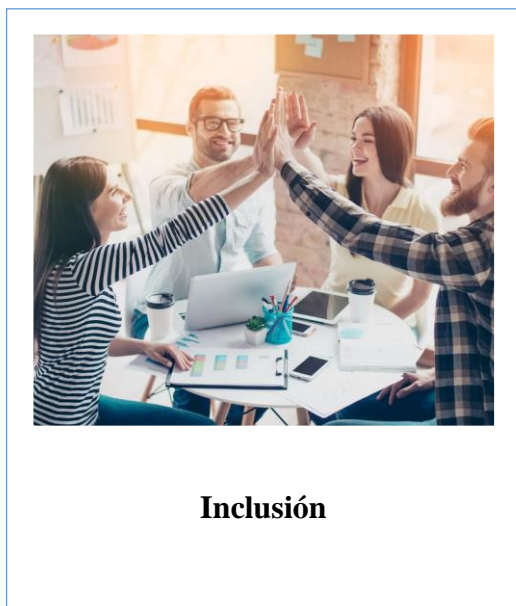
Palabras usadas en el grupo focal

Estigma/Prejuicios	Seguridad
Apoyo/Acompañamiento	Confianza
Adaptación	Inclusión
Empatía	Oportunidades
Autonomía/Independencia	Equipo

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Figura 9

Imágenes usadas en el grupo focal



Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

3.4.2.2. La entrevista

Otro de los instrumentos de recogida de información llevado a cabo en esta investigación, ha sido la entrevista (**Anexo I**). Este instrumento se basa en interaccionar de forma directa con la persona entrevistada con el fin de obtener información detallada de un tema específico en relación al objeto de estudio. Las entrevistas tienen diversas formas que varían según lo que se pretenda conseguir: entrevistas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas.

En las entrevistas estructuradas, las preguntas son definidas previamente y la sesión se ciñe a ellas de una forma más estricta. Esto garantiza que la recogida de datos sea uniforme y hace más fácil comparar las respuestas de los/as demás entrevistados/as ya que “las preguntas están pensadas para ser contestadas brevemente. El entrevistado debe acotarse a este guion preestablecido a priori” (Folgueiras, 2016, p. 3).

Por otro lado, las entrevistas semiestructuradas son una combinación de preguntas previamente definidas, pero con la libertad de poder generarse nuevos temas durante la conversación. La persona entrevistadora tiene una guía con una serie de preguntas interesantes a tratar, pero estas pueden adaptarse según las respuestas que se obtengan. Este enfoque beneficia el encontrar el beneficio entre la estructura y la flexibilidad, para obtener información contextualizada y, por tanto, más rica en contenido.

Las entrevistas no estructuradas, por el contrario, son totalmente flexibles y abiertas, donde la persona entrevistada puede hablar del tema con total libertad. De esta forma, la persona entrevistadora hace preguntas conforme va surgiendo la conversación, explorando así áreas más desconocidas en la vida de la persona.

Una vez definidas las entrevistas como instrumento de recogida de información y siguiendo el objeto de estudio sobre la salud mental y el empleo, se ha decidido realizar entrevistas tanto a una persona profesional en el ámbito de la salud mental, como a cuatro personas que sufren o han sufrido algún tipo de trastorno de salud mental con el objetivo de transformar los resultados obtenidos en relatos de vida. Para ello, se han realizado entrevistas semiestructuradas ya que, de esta forma, hay una garantía de cubrir todos los temas relevantes para el estudio, pero con la flexibilidad para profundizar en áreas que vayan surgiendo en la conversación. Los/as profesionales en el ámbito de la salud mental, suelen tener experiencias y perspectivas en el olvido y surgen en base a la conversación

que se mantenga en la entrevista, es este uno de los motivos más importante por el que se ha usado este instrumento. Además, las personas que han vivenciado estas situaciones en primera persona, siempre tienen algo enriquecedor que aportar a la propia entrevista.

Tabla 2

Entrevistas realizadas

ENTREVISTAS		
Participantes	Número de entrevista	Duración
Manuel	1	17:08 minutos
Quino	2	22:35 minutos
Elena	3	54:21 minutos
Luisa	4	38:49 minutos
Rocío (Profesional)	5	47:44 minutos

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

3.4.3. Negociación y técnicas de análisis de datos

3.4.3.1. Proceso de negociación

La negociación es una técnica elevada de comunicación, en la que después de un intercambio de informaciones de las partes se llega a puntos precisos y claros, comprendiendo las distintas percepciones de los sujetos, superando sus términos y desconfianzas (Sierralta, 1998, p. 133).

El proceso de negociación dentro de una investigación es esencial ya que, implica una interacción y un acuerdo entre la persona investigadora y las personas participantes sobre un tema en concreto del que se desee hablar. El primer paso en toda negociación es obtener un consentimiento de las partes participantes, detallando el objetivo de la investigación y el uso que se dará a los datos obtenidos. Dentro de la negociación, se debe acordar cómo se manejará la privacidad de los datos expuestos y cómo se protegerá la identidad de las personas participantes.

La negociación también implica que se den aspectos éticos dentro de la propia investigación, esto incluye el ser transparentes y honestos/as a la hora de llevar a cabo la metodología y exponer los objetivos. Como afirma Ury (1993) “es necesario dedicar tiempo a la preparación, aunque ello signifique quitarlo a la verdadera negociación. Las negociaciones darían mejores resultados si la gente gastara más de su limitado tiempo preparándose y menos a las verdaderas reuniones” (p. 32).

El proceso de negociación en cualquier investigación tiene vital importancia, “y hemos visto que, en muchos casos, no hay ni rastro de ella. Cuando existe se pasa de puntillas sin explicitar los pasos del proceso negociador y sin dejar constancia de los efectos que ha producido” (Santos y De La Rosa, 2016, p. 296). Esa importancia va más allá, es importante ya que forma parte de cinco dimensiones del conocimiento:

- La ética: es esencial mantener la dignidad y el respeto, sin los cuales cualquier proceso de investigación es cuestionable. En muchas investigaciones estos principios no se han llevado a cabo y han tratado a los/as participantes como “conejiillos de Indias”, basándose solamente en el interés de la persona investigadora.
- El rigor de la investigación: depende de la comodidad que sienta la persona entrevistada a la hora de aportar información. En esto influye la relación con la persona que entrevista y el contexto del lugar en el que se realiza la sesión.
- La eficacia del conocimiento: trata de aclarar el propósito, discutir los resultados y promover la mejora.
- La estrategia que se establece para seguir explorando o investigando en ese contexto: aquí se dota de importancia a las investigaciones que se han realizado con anterioridad, y de la forma en la que se realizaron. Es preciso establecer un diálogo para facilitar investigaciones futuras.
- El aprendizaje: en todo proceso de investigación se da un aprendizaje por ambas partes, independientemente de los errores que puedan surgir.

Como se ha podido comprobar, el proceso de negociación es una práctica fundamental que garantiza la calidad de la investigación. Al llevar a cabo este proceso, he buscado establecer confianza y respeto con las personas participantes a la hora de realizar las entrevistas y los relatos de vida, de esta forma he podido obtener datos ricos y significativos. También se ha puesto en práctica los principios éticos, asegurando que

los/as participantes no se sientan como objetos de estudio sino como una parte fundamental en el proceso de investigación. Para ello, se promueve un ambiente en el que estas personas expresen las experiencias con total libertad, dando autenticidad a los datos obtenidos.

La negociación ha conllevado a un aprendizaje mutuo, en el que tanto la persona investigadora como los/as participantes se han beneficiado. Ha habido un enriquecimiento compartiendo las experiencias permitiendo reflexionar sobre ello y aportar aspectos relevantes. Además, se ha reflexionado sobre los errores cometidos y los aspectos positivos para una mejora en futuras investigaciones.

Como parte en el proceso de negociación, tiene lugar el proceso de devolución, en este proceso pretende “verificar la información de los sujetos, de permitir incorporar sus valoraciones y establecer las estrategias de difusión. De hecho, parece que la “validación” viene a ser el interés prioritario de esta práctica” (Hernández et al., 2011, p. 76). De esta forma se prioriza la participación de estas personas dando a su vez, validez a los resultados obtenidos.

3.4.3.2. Depuración de los textos

La depuración de los textos es un proceso en el que se procede a revisar y corregir los documentos previamente transcritos para asegurar una claridad y coherencia en las respuestas. En este proceso se lleva a cabo una eliminación de errores gramaticales, de puntuación, entre otros. Además, se da una mejora en la estructura para que sea más comprensible.

Este proceso es fundamental en una investigación ya que, facilita la transmisión de ideas evitando confusiones, aporta credibilidad a la persona investigadora y construye argumentos sólidos estructurando las ideas.

Una vez fueron transcritos todos los relatos de vida, cuyo objetivo era recoger un momento en la vida de cada participante en el que influyese su problema de salud mental en el empleo, se dio un proceso de depuración de textos en todos ellos con el fin de quedarse con un texto completo sin intervenciones ajenas en el que se vea claro lo que se pretende exponer.

3.4.3.3. Triangulación

El proceso de la triangulación de datos “es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto [...]es conveniente concebir la triangulación envolviendo variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías” (Arias, 2000, p. 15).

Triangular los datos obtenidos durante la investigación es crucial ya que, permite que estos datos sean validados. Al integrar diversas perspectivas contando con diferentes instrumentos de recogida de información, los datos cuentan con mayor credibilidad y validez ya que, al ser comparados, se pueden comprobar aspectos comunes y discrepancias.

En este caso, usando los instrumentos de entrevista a un profesional, grupo focal y relatos de vida, se ha realizado una puesta en común de aspectos relevantes que se han tratado en más de un instrumento para poder realizar una comparativa y llegar a un argumento más sólido y válido.

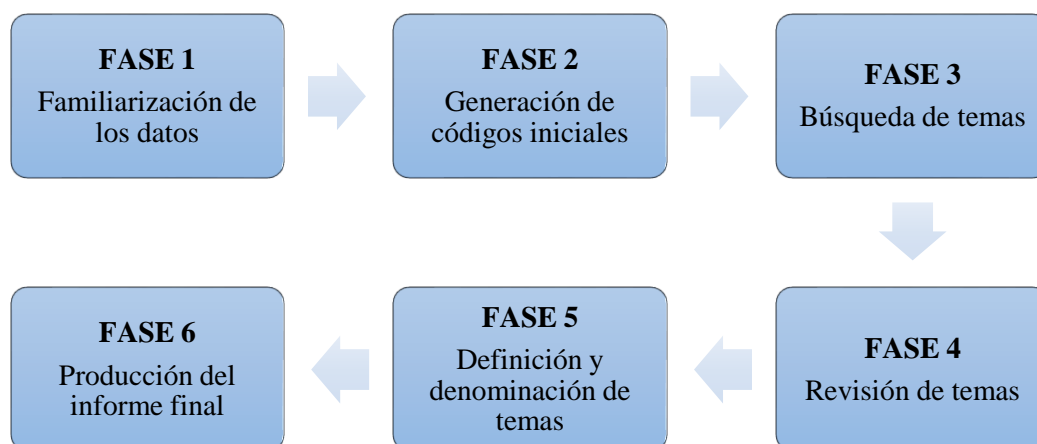
3.5. Proceso de elaboración del informe de investigación

La elaboración del informe de investigación es una parte fundamental en un estudio, en esta se recopilan los datos, se analizan y posteriormente, se presentan estos resultados obtenidos de una forma detallada, clara y coherente. Este proceso requiere de unas pautas clave que, de forma conjunta, creará el documento final en que se podrá observar con detalle los objetivos, la metodología, los resultados y las conclusiones halladas en ese estudio.

Este proceso de elaboración, según Braun y Clarke (2006) consta de una serie de fases esenciales:

Figura 10

Fases del proceso de elaboración de un informe



Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

En la primera fase, se lleva a cabo una transcripción de los datos obtenidos, expresándolo de forma clara y detallada. Se realiza una lectura y relectura del material y por último, se hace una serie de anotaciones sobre las ideas que van surgiendo.

Durante la segunda fase son codificados los aspectos más relevantes que se ha obtenido de los datos, además, se recopilan los datos más importantes para en relación con el tema a tratar (Boyatzis, 1998, p. 63). Durante la codificación, se trabaja toda la información siguiendo unas pautas, como indican Braun y Clarke (2006) como: codificar tantos patrones como sea posible, incluir suficiente información para mantener el contexto, un fragmento puede tener varios códigos. Es preciso tener en cuenta que hay dos formas de codificación:

- Inductiva, se basa en los datos sin codificarlos previamente.
- Teórica, presta atención a los intereses teóricos de la persona investigadora.

En la tercera fase, se define un tema como elemento a destacar, algo que sea importante para la investigación y que tenga una conexión. Como afirma Boyatzis (1998), es una sección dentro de los propios datos en el que el nivel más bajo se encarga de organizar y describir la información, mientras que el nivel más alto, interpreta. Durante la cuarta fase, se lleva a cabo una recodificación y se descubren nuevos temas, para ello es

precio delimitar estos temas evitando así que sean excesivos. En la fase número cinco se identifica de forma definitiva los temas a tratar, delimitando jerarquías dentro de los mismo. Por último, en la sexta fase, se elabora un informe basado en la interpretación de la información recogida a lo largo del proceso.

Existe un informe dentro de anexos (**Anexo III**) con los resultados obtenidos de los relatos de vida de cada persona participante, se haya en esta parte de la investigación debido a su extensión. Estos relatos de vida han sido estructurados como capítulos de un libro aportando a cada uno de ellos un título y una foto real de la persona que cuenta su historia. De esta forma se pretende poner cara a situaciones que viven miles de personas diariamente, para no dejarlos/as en el olvido. Siguiendo el mismo objetivo, se han adicionado una serie de preguntas al final de cada relato para poder llegar a una reflexión a nivel pedagógico.

Estos relatos junto con los demás instrumentos de recogida de información tienen una triangulación entre sí, teniendo en cuenta una serie de categorías que dan respuesta a los objetivos previamente marcados. Analizando estos tres instrumentos de forma conjunta, se obtiene el informe final.

Para poder realizar de forma correcta una triangulación entre los instrumentos, se ha precisado llevar a cabo un proceso de categorización, “por el cual especificamos cuáles serán las categorías de la variable que habrán de interesarnos” (Cazau, 2004, p.5) el que implica la revisión de todos los datos recopilados seleccionando los fragmentos más relevantes de los mismos y que tengan puntos en común con algún otro. La forma de realizarlo ha sido a través de posits (**Anexo V**), en ellos he marcado aspectos relevantes hallados en cada instrumento para, posteriormente, unir con otros aspectos que tengan relación. El color de los posits depende del instrumento de recogida de información: el de color azul indica los relatos de vida, el de color verde muestra la entrevista a la persona profesional y el de color amarillo, el grupo focal. Finalmente, los resultados obtenidos se analizan para extraer conclusiones significativas.

Tabla 3

Categorización del proceso de elaboración del informe

CATEGORÍAS	EVIDENCIAS	INSTRUMENTO
Beneficios del empleo	“Cuando empiezo a trabajar me encuentro mejor”	Relato de vida
	“Cuando trabajaba me sentía muy bien”	Relato de vida
	“Este trabajo ha sido el impulso que necesitaba”	Relato de vida
	“Yo antes trabajaba y estaba bien y a gusto”	Grupo focal
Estigmas asociados a los prejuicios	“Piensan que no sabemos hacer las cosas igual que las demás personas”	Relato de vida
	“Tenía miedo de contrale mis problemas a mis compañeros por miedo a que se burlasen”	Grupo focal
	“Les tienen miedo y piensan que van a darse mucho de baja, pero no es real”	Entrevista
	“No se les da la oportunidad por una etiqueta”	Entrevista
Intento de seguir con sus vidas	“Busqué trabajo a los tres meses”	Relato de vida
	“Seguí trabajando pero a los seis meses tuve que dejarlo porque no podía más”	Relato de vida
	“Al poco tiempo seguí trabajando pero lo dejé, todo me recordaba a lo que había vivido con mi madre”	Relato de vida
	“Es muy común que no quieran aceptar lo ocurrido y por ello, rechazan los cambios en sus vidas continuando su rutina habitual”	Entrevista
	“Cuando he estado malo no he tenido las mismas oportunidades”	Relato de vida

Oportunidades e independencia	“Sin independencia no tenemos nada, merecemos vivir las experiencias que viven otras personas”	Grupo focal
	“Las personas con problemas de salud mental merecen tener independencia y llevar una vida normal”	Entrevista
Papel de los/as compañeros/as de trabajo	“Tengo muy buenos compañeros, somos una pequeña familia”	Relato de vida
	“Mis compañeras me lo han hecho más ameno”	Relato de vida
	“Me daba vergüenza contarles mi problema, pensaban que estaba borracho”	Relato de vida
	“Sin la ayuda de los compañeros es mucho más difícil adaptarse”	Grupo focal
	“Yo siempre necesito el calor de mis compañeros”	Grupo focal
	“Son el 90% del proceso de inclusión, ellos/as se sienten más integrados/as gracias a sus compañeros/as”	Entrevista
Autoconfianza	“En esta situación piensas que no haces nada bien”	Relato de vida
	“Mi seguridad estaba por el suelo, necesitaba valoración para sentirme algo mejor”	Grupo focal
	“Tener seguridad es importante, si no te quedas estancado en casa”	Entrevista
Salud mental en la infancia	“Mi padre falleció cuando tenía cinco años”	Relato de vida
	“Tuve que empezar a trabajar con 13 años por la enfermedad de mi padre”	Relato de vida
	“No me dejaron estudiar, tuve que trabajar desde pequeña”	Relato de vida
	“Cada vez, este problema lo tienen más jóvenes”	Grupo focal
	“Es importante trabajar la salud mental desde la infancia”	Entrevista

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

3.5.1. Proceso de devolución

El proceso de devolución consiste en devolver a las personas participantes los resultados obtenidos mediante el proceso de recogida de información. Como afirman Fernández et al. (2011) “es necesario considerar la mirada del sujeto entrevistado como un factor no sólo importante, sino necesario, para poder hacer una construcción compartida del relato y de su interpretación” (p. 75). Es por ello que se pretende verificar la información de estas personas permitiendo así la incorporación de sus valores, este proceso promueve la transparencia y la participación activa de cada uno/a de los/as participantes, haciéndolos/as sentir parte del proceso.

En este caso, se hizo uso de este proceso en la devolución de los relatos de vida con el objetivo de darles autenticidad en base a las experiencias narradas. Durante este periodo, se les animó a detectar cualquier error o malinterpretación que haya podido darse en algún momento durante el relato, además de aportar comentarios y sugerencias con el fin de mejorar la presentación de sus propias vidas. También se les garantizó la retirada o modificación de cualquier parte de la narración con la que no se sintieran cómodos/as.

Para asegurar el entendimiento de cada uno/a de los/as participantes, se les entregó por escrito a todos/as ellos/as, para que pudieran revisarlo en casa con detenimiento. Además, a uno de ellos/as que le cuesta leer, me aseguré de leerlo tendidamente para estar segura de que lo entendía.

En todo momento he tratado de mostrar transparencia, manteniendo de forma constante comunicación con estas personas, informándoles sobre cómo avanzaba el proceso. Este periodo reforzó el compromiso ético de esta investigación valorando en todo momento la voz de las personas participantes.

3.6. Temporalización

La investigación llevada a cabo a lo largo de este Trabajo Fin de Grado, se ha desarrollado entre los meses de marzo y junio, los que cuentan con cuatro semanas aproximadamente cada uno.

Durante la primera semana de marzo, se llevó a cabo una búsqueda activa de las personas participantes, que cumplan un criterio previamente establecido para ser objeto del estudio. Posteriormente se confirmaron los casos de estudio seleccionados,

asegurando que cumplan los requisitos necesarios. En la siguiente semana, se realizó un análisis exhaustivo sobre los instrumentos de recogida de información que serán usados en la investigación, en este caso los instrumentos usados han sido los relatos de vida, la entrevista y el grupo focal. A lo largo de la última semana de marzo y la primera de abril, se llevaron a cabo la entrevista a las personas participantes con el objetivo de realizar un relato de vida con sus experiencias y perspectivas.

En el mes de abril, durante la segunda y tercera semana se transcribieron los relatos de vida que fueron recopilados durante las entrevistas, fue un proceso laborioso pero necesario para continuar con la investigación. En la cuarta semana, se recolectaron una serie de fotografías que complementan los relatos de vida de las personas participantes, esto aporta un valor visual a la investigación. Una vez acabados los relatos de vida al completo, se realizó una devolución a cada uno/a de ellos/as para que validen y corroboren los datos expuestos en cada uno de los relatos.

Comienza el mes de mayo con la investigación sobre la entrevista para realizar una a una persona profesional en el ámbito de la salud mental, de esta forma hemos conocido unos aspectos muy relevantes para esta investigación. Esa misma semana, se llevó a cabo la puesta en práctica de la entrevista a la persona profesional en la que se ha recopilado sus opiniones y experiencias en relación con la salud mental y la inclusión sociolaboral, esto aporta una visión experta a los datos recopilados. A finales de la primera semana, se transcribió la entrevista con cada detalle mencionado. En la segunda semana, me puse en contacto nuevamente con las personas participantes en los relatos de vida para confirmar su participación en el grupo focal. Esa misma semana se realizó intercambiando ideas sobre aspectos claves y concretos. Finalizando la segunda semana, se llevó a cabo la transcripción del grupo focal. Durante la tercera y la cuarta semana de este mismo mes, se ha procedido a la elaboración del informe final de investigación en el que se han integrado los datos recogidos a través de los instrumentos junto con un análisis de los mismos.

Por último, en el mes de junio ha tenido lugar la elaboración de los resultados y la discusión de los mismo, en relación a los datos obtenidos previamente. En la segunda semana, se realizaron las conclusiones finales de la investigación, resumiendo los aspectos más importantes.

Figura 11

Cronograma de la investigación

CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN																
Mes	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de participantes																
Confirmación de caso de estudio																
Estudio sobre los instrumentos de recogida de información																
Entrevistas a las personas participantes																
Transcripción de los relatos de vida																
Recolección de fotografías																
Devolución																
Elaboración de la entrevista a la profesional																
Realización de la entrevista a la profesional																
Transcripción de la entrevista																
Confirmación participantes del grupo focal																
Realización del grupo focal																
Transcripción del grupo focal																
Elaboración del informe																
Resultados y discusiones																
Conclusiones																

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de que los relatos de vida constan como un método de análisis, por la extensión que ocupan han sido anexados.

En esta parte de la investigación, se presentarán los resultados obtenidos a través de un proceso de triangulación en el que se comparan y contrastan los hallazgos, identificando tanto los puntos en común como las contradicciones.

Uno de los aspectos más comunes en las personas con problemas de salud mental, es que cuando son diagnosticados/as, intentan seguir con su vida tratando de evadirse de la situación en la que viven, aunque, como se puede comprobar en los diversos relatos de vida, esta situación acaba en un abandono del empleo a causa de una saturación mental. En los relatos de Elena y Quino podemos comprobar cómo ambos/as siguieron trabajando durante un tiempo a pesar de necesitar desconexión, sin embargo, abandonaron el empleo poco tiempo después.

Figura 12

Fragmento relato de vida de Elena

pasando. Volví a empezar a trabajar en una residencia y duré un mes, no dure más porque ya fue explosión, ya todo lo que llevaba acumulado con este nuevo trabajo que era bastante agotador y ya no solo agotador, sino que las personas que yo cuidaba pues hicieron que todo lo volviera a revivir, como que todos los sentimientos que yo tenía ahí comprimidos salieran

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Figura 13

Fragmento relato de vida de Quino

estuve seis meses trabajando pero fatal fatal porque dándole vueltas al coco y ya lo tuve que dejar porque no podía.

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

En cambio, Luisa no tuvo otra opción que seguir trabajando ya que, no tenía ningún tipo de ayuda y al estar sola necesitaba un apoyo económico para vivir. Aunque afirma haber necesitado un tiempo de recuperación antes de seguir con su empleo.

Figura 14

Fragmento relato de vida de Luisa

Con respecto al tiempo para recuperarme que nunca tuve, pues a lo mejor hubiera necesitado eso, sanar yo... pero claro, es que no me lo pude pensar porque yo fue en mayo perder a la

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Durante la entrevista, Rocío nos afirma que es muy común que estas personas no quieran aceptar lo que ha ocurrido y por ello, rechazan cualquier cambio en sus vidas, continuando con la rutina que solían llevar.

Sin embargo, hay factores que impiden que estas personas puedan seguir con su rutina, obstaculizando la inclusión en el mercado laboral de las personas con problemas de salud mental. Uno de estos factores son el estigma y los prejuicios asociados a los problemas de salud mental. Como afirma Rocío en la entrevista, hay muchas veces en las que les tienen miedo, piensan que son agresivos/as y que les pueden hacer daño. Otra preocupación en relación al empleo es la baja laboral, piensan que se dan mucho de baja en un empleo por tener un problema de salud mental, pero esto no es real. También hace hincapié en que una de las barreras más grandes en la inclusión sociolaboral de estas personas es el rechazo, no aceptan sus particularidades, pero no se dan cuenta que todo el mundo las tiene en una u otra medida. De esta forma, se cumple uno de los objetivos específicos del estudio, identificar las principales barreras en el acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental.

Estas afirmaciones las solidifica Quino en su relato de vida. Cuenta que cuando se encontraba trabajando mientras padecía de depresión, sus compañeros/as de trabajo se burlaban de él al creer que iba borracho a trabajar, sin embargo, estos síntomas los causaba la medicación que tomaba en ese momento. Esto hace reflexionar sobre cómo las personas tienden a juzgar antes de preguntar y preocuparse por la situación en la que vive el prójimo.

Todos estos prejuicios que se mantienen en la sociedad desde hace décadas, afecta a estas personas de forma directa, en su seguridad y confianza en sí mismos/as. Esto se ha podido comprobar en el grupo focal coincidiendo la mayoría de las personas en que necesitaban valoración para sentirse un poco mejor, pensaban que no hacían nada bien, tenían la autoestima y el ánimo por el suelo y a veces, sentían mucho miedo al rechazo. Sin embargo, y como afirma Manuel (Entrevista número 1) “tener seguridad es muy importante, si no te quedas estancado en tu casa”. Como se observa en el mismo grupo focal, estos estigmas instaurados en la sociedad hicieron que Quino no se viera con fuerzas para contar su situación a sus compañeros/as de trabajo, con la posibilidad de que estos/as lo ayudaran. Luisa pasó por la misma situación, tuvo miedo de sentirse juzgada y no contó su situación, sin embargo, sus compañeros/as de trabajo notaron que algo no estaba bien y decidieron ayudarla.

Esta última reflexión abre paso a otro aspecto relevante a tener en cuenta, el papel de los/as compañeros/as de trabajo en la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental. En todos los relatos de vida, estas personas hacen referencia a sus compañeros/as de trabajo poniendo en valor la importancia de tener una buena relación para una mejora del ambiente laboral y, por tanto, creando un espacio más inclusivo. La mayoría de ellos/as han tenido la suerte de encontrarse con compañeros/as con empatía, que se preocupaban por ayudarlos/as cuando lo necesitaban y entendían su situación. Sin embargo, Quino no contó nunca con ese apoyo por parte de sus compañeros/as y por ello, en el grupo focal dijo que sin la ayuda de las personas que te rodean en el entorno laboral, es mucho más difícil adaptarse a cualquier puesto de trabajo. Manuel apoyó esta afirmación contando que hace años, dejó un puesto de trabajo que le gustaba mucho por el hecho de no le trataban bien. Todo ello refuerza la parte de la entrevista en la que Rocío asegura que los/as compañeros/as de trabajo con el 90% del proceso de inclusión, sin el apoyo ni la comprensión de estas personas, no importa cómo se bueno sea el puesto de trabajo, nunca llegarás a sentirte cómodo/a con él.

Tabla 4

Fragmentos relatos de vida de las personas participantes

Manuel	“Cuando trabajaba me sentía muy bien”
Luisa	“Cuando empiezo a trabajar me empiezo a encontrar mejor”
Elena	“Este trabajo ha sido el impulso que necesitaba”
Quino	“Yo antes trabajaba bien y a gusto”

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

En tabla anterior, se han recogido una serie de fragmentos que se encuentran en los diversos relatos de vida de las personas participantes. Al observar las diferentes respuestas, se puede llegar a una conclusión común que coincide con uno de los objetivos específicos del estudio: conocer la importancia de la inclusión laboral y los beneficios que esto aporta a las personas con problemas de salud mental.

Estas personas afirman sentirse bien cuando trabajan ya que, el trabajo les ayuda a sentirse válidos/as, tener una rutina que estructure sus días y ofrece estabilidad en diversos aspectos. López (2010) defiende que el empleo es “un factor clave en el proceso de recuperación, teniendo en cuenta lo que sabemos, [...] sobre los efectos que la rehabilitación vocacional y el empleo tienen en distintos aspectos de la vida de las personas con este tipo de problemas” (p. 13).

Rocío asegura que el empleo beneficia a las personas con problemas de salud mental porque, aunque en ocasiones pueda ser un estresor para estas personas, están ocupadas, relacionándose con otras personas y por tanto, no están aisladas.

Ellos/as mismos/as conocen lo beneficioso que es tener empleo para las personas con trastornos de salud mental y así lo hacen saber en el grupo focal. Manuel afirma que sin independencia no tienen nada, ellos/as merecen vivir las experiencias que viven otras personas. Quino lo reafirma hablando sobre la independencia que da tener un puesto de trabajo y llevar “una vida normal”, culpa a la sociedad por no brindar el apoyo necesario a las personas con problemas de salud mental en relación al empleo.

Figura 15

Fragmento entrevista a la profesional

ese estigma junto con el desconocimiento. Y al final pues no se le da la oportunidad a esa persona solo por una simple etiqueta.

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Figura 16

Fragmento entrevista a la profesional II

trabajando con salud mental a veces no entendemos ciertos comportamientos y hay que entender que tiene una enfermedad mental. Y aquí hay muchos síntomas como que alomejor está más agobiado un día pues porque, a lo mejor está escuchando voces. Esas cosas también hay que tenerlas en cuenta, no todo es estándar.

Nota. Fuente: Elaboración propia (2024)

Estos fragmentos recogidos de la entrevista a Rocío dan fuerza a las experiencias narradas en los relatos de vida de las personas participantes. Hace referencia a las oportunidades y a cómo estas son menos según las características personales de cada uno/a, dificultando el acceso al empleo de estas personas. Todo ello se ve recogido en el objetivo general: reconocer la importancia y la dificultad del acceso al empleo de personas con problemas de salud mental.

Trabajar la salud mental desde la infancia es un tema que se ha tratado de manera subliminal en los diferentes instrumentos de recogida de información. La mayoría de las personas participantes han vivido en su infancia algún cambio que ha podido afectar de forma notable a su salud mental. Manuel comenzó a trabajar con 13 años a causa de la enfermedad de su padre, a Luisa no la dejaron estudiar por ser mujer y tuvo que trabajar desde pequeña, y Elena perdió a su padre cuando era muy pequeña. Como afirman Hogg et al. (2022), “sufrir un trauma psicológico durante la infancia incrementa de forma significativa el riesgo de desarrollar un trastorno mental al llegar a la edad adulta. En concreto, hasta tres veces”.

Durante la entrevista, Rocío cuenta que FAISEM posee un programa que trabaja la salud mental en jóvenes y sostiene que cada vez son más los/as jóvenes que acuden a él. Recalca la importancia de trabajar temas como la salud mental desde la infancia, dedicando una asignatura para ello o de forma transversal en las demás materias.

Por último, me gustaría destacar la importancia de la formación tanto en personas con problemas de salud mental para seguir avanzando y estar más cerca del mundo laboral, como en profesionales que se dedican a trabajar con este sector. En los relatos de vida, se puede comprobar las menciones constantes a la formación, en este caso Quino ha realizado numerosos cursos ya que, ve la formación como un aspecto relevante en el aprendizaje. En la entrevista, Rocío muestra su preocupación por la falta de formación de personas que trabajan o trabajarán con personas que tienen problemas de salud mental. Como afirma Miranda (2010):

Lo que a mi juicio es innegable es la oportunidad y la necesidad de una oferta de este tipo que posibilite una formación especializada para los trabajadores sociales que ejercen o van a ejercer en los dispositivos asistenciales de Salud Mental y no sólo en Salud Mental (p. 329).

5. LÍNEAS DE FUTURO

Si comprendemos que existen unos fundamentos básicos más o menos invariables que definen la interactividad, parece más llevadero visualizar cuáles pueden ser las líneas de futuro para un campo de trabajo que, a pesar de llevar mucho camino recorrido, tiene multitud de campos vírgenes por descubrir (Arrieta, 2015, p. 179).

Las líneas de futuro son vitales en una investigación ya que, proporcionan referencias para futuras investigaciones, aumentando el conocimiento en ese campo. De esta forma, se reconocen las limitaciones del estudio, además de una crítica constructiva hacia el mismo. Tener claras las posibles líneas de futuro muestra la capacidad para generar nuevas ideas y la reinención constante del estudio.

En primer lugar, se ha detectado la posibilidad de investigar e indagar más en programas pedagógicos que sean innovadores y que, promuevan la inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental, teniendo en cuenta la perspectiva de la pedagogía social. Además de ello, se podría explorar estrategias que prevengan y

promocionen la salud mental en todas sus áreas, en especial desde la infancia a través de un enfoque integral. Este enfoque:

Pretende concertar las estrategias, capacidades y actividades de todos los participantes en la resolución del conflicto, desde el primer momento y al más alto nivel, y compartiendo –en la medida de lo posible– inteligencia, situación final deseada, objetivos estratégicos, planeamiento operativo y asignación de recursos (Rodríguez, 2011, p. 25).

De esta forma, se pueden incluir programas educativos que fomenten el bienestar emocional desde una edad temprana. Tanto para estos programas como para aquellos dirigidos a personas adultas, se debe fomentar una participación activa de las personas con problema de salud mental, haciéndoles partícipes en todo momento del diseño de las intervenciones para lograr soluciones efectivas y que realmente se centren en sus necesidades.

Por otra parte, es necesario que exista una colaboración entre campos que puedan abordar los desafíos en relación a la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental. Campos como el trabajo social, profesionales de la salud mental y profesionales de la educación, entre otros. Al trabajar mano a mano con personas que padecen de un trastorno de salud mental y las personas profesionales que trabajan con ellos/as, me he dado cuenta de las carencias que se dan en base a otros campos y la importancia que tiene que dichas áreas trabajen de forma unísona en busca del mismo objetivo. Además, se podría reforzar la unión entre los programas de inclusión sociolaboral y las empresas, con el fin de que esta conexión facilite la inclusión laboral de estas personas.

Por último, es preciso mencionar la importancia de un cambio legislativo, implementando políticas que promuevan la inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental, para poder garantizar unas oportunidades laborales dignas, con su respectivo apoyo.

6. CONCLUSIÓN

Al llegar al final de esta investigación, me envuelven diversas emociones de nostalgia, gratitud y, sobretodo, aprendizaje. Esta experiencia, me ha aportado el valor de conectar con las personas hasta tal punto de ser consciente de los desafíos a los que se enfrentan diariamente por el simple hecho de tener diferentes capacidades.

He sido más consciente de algo que deberían tener claro todas las personas, la importancia de la salud mental y el cuidado de la misma. Con sus historias, he podido comprobar que cuando un problema de salud mental tiene lugar, se para todo. A pesar de ello, estas personas lo afrontan de una forma resiliente luchando por lo que merecen, una inclusión sociolaboral digna. La motivación de estas personas fue lo que me movió a realizar esta investigación, analizar la problemática a la que se enfrentan diariamente para de esta forma, buscar propuestas que puedan mejorar su calidad de vida. Es fundamental reconocer las barreras que dificultan la inclusión de estas personas, para poder derribarlas juntos/as.

Me gustaría destacar que, en este recorrido, he podido comprobar la importancia de trabajar la salud mental de forma integral, tanto en la infancia como en la vida adulta ya que, influye en el bienestar general de las personas y en su calidad de vida. En la infancia, una buena salud mental permite a los/as más pequeños/as a gestionar sus emociones y de esta forma, poder establecer relaciones saludables. Esto también puede prevenir la aparición de problemas de salud mental en la edad adulta. En la vida adulta, es esencial para poder realizar tareas de la vida diaria como trabajar, mejorando la capacidad de actuación ante situaciones de estrés.

Durante este camino llamado Pedagogía, he aprendido que cada voz cuenta, que cada persona es única y, por tanto, tienen sus propias vivencias. También he aprendido que cada paso hacia la inclusión es un logro que debemos sentir todos/as, y no como algo individual.

Agradezco el haber realizado este grado, ha sido un camino que a veces se hacía cuesta arriba, pero que me ha hecho entender que a veces, el camino también es la meta y que puedo conseguir todo aquello que me proponga siempre y cuando actúe desde mis valores. La pedagogía es un camino del que no puedes salir, y yo fui por el camino correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda, M. M. (2010). La formación en salud mental/Training in mental health. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 323.
- Aretio Romero, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Arias Valencia, M.M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294001>
- Arrieta Urtizberea, I. (2015). *El desafío de exponer: procesos y retos museográficos*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. <http://hdl.handle.net/10810/17523>
- Artazcoz, L., & Cortés, I. (2008). Empleo, exclusión social y salud mental.
- Asocia los trastornos mentales con las tasas más elevadas de desempleo* SID. <https://sid-inico.usal.es/noticias/asocia-los-trastornos-mentales-con-las-tasas-mas-elevadas-de-desempleo/>
- Ávila Ruiz, R. M., Gracia, R., Pilar, M., & Domínguez Sanz, P. L. (2010). Metodología de investigación en Didáctica de las Ciencias Sociales. Zaragoza: Institución «Fernando el Católico» CSI. <https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/2971>
- Ayala-Servín, N. (2021). La telepsiquiatría: una revolución de la salud mental en tiempos de pandemia. *Medicina clínica y social*, 5(2), 57-58.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida: perspectiva etnosociológica* (p. 144). Bellaterra.
- Boyatzis, R. (1998). *Transforming qualitative information. The thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

- Caicedo, M., & van Gameren, E. (2016). Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 955-966.
- Chiavenato, I. 2002. Gestión del talento humano. Colombia: Mc Graw-Hill. 21
- Cussó, R. A., Iglesias, J. J. G., Rivera, J. F., Abal, Y. N., Rodríguez, J. A. C., & Salgado, J. G. (2022). Salud mental y trastornos mentales en los lugares de trabajo. *Revista Española de salud pública*, (96), 27.
- Del Pozo Iribarría, J. A., Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2002). Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema*, 14(Número 2), 440-443.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8040>
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista.
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 27-33.
- García Copín, B., Briongos Rica, E., Leal Rubio, J., Lamata Cotanda, F., González Zapico, A., & Campos del Palacio T. (2023). *La situación de la salud mental en España*. Confederación Salud Mental España.
- Ghiselli. 1998. Administración de Personal. Traducción José Real Gutiérrez. 22 Desempeño Laboral. Optimiza la eficiencia de tu empresa. Disponible en: <http://es.workmeter.com/blog/bid/225512/Mejorando-el-desempe-o-laboral-de-los-trabajadores>
- González Martínez, C. (2022). La salud mental en el ámbito educativo.
- Guerra, M. Á. S., & De la Rosa Moreno, L. (2017). La negociación, piedra angular de las investigaciones. *Educatio Siglo XXI*, 35(2 Jul-Oct), 295-316.
<http://dx.doi.org/10.6018/j/298621>
- Guerrero Bejarano, M. A. (2016). La investigación cualitativa.

- Hernández, F. H. H., Sancho, J. M., & Rivas, J. I. (2011). Historias de vida en educación: Biografías en contexto. <http://hdl.handle.net/2445/1523>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Vol. 6, pp. 102-256).
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A. *et al.* Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2022). <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Hoover, S. A., Lever, N. A., Sachdev, N., Bravo, N., Schlitt, J. J., Price, O. A., & Cashman, J. (2019). *Advancing comprehensive school mental health systems: Guidance from the field*. National Center for School Mental Health, University of Maryland School of Medicine.
- Investigación, R. (2022). Aumento de los trastornos de salud mental en la infancia y adolescencia tras la pandemia por covid-19. *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aumento-de-los-trastornos-de-salud-mental-en-la-infancia-y-adolescencia-tras-la-pandemia-por-covid-19/>
- Jiménez-Díaz, J. F. (2012). Reflexiones sobre la metodología biográfica en perspectiva sociológica. *Interacción y Perspectiva: Revista de Trabajo Social*, 2(1), 27-45.
- Lara, M. A. B., Mansilla, M. P., de Agüero Servín, M., Mendiola, M. S., & Cazales, V. J. R. (2022). Los grupos focales como estrategia de investigación en educación: algunas lecciones desde su diseño, puesta en marcha, transcripción y moderación. *Revista CPU-e*, (34), 163-197.
- Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental “Contenido y Contenido”. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2(5).
- López Álvarez, M. (2010). El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: la experiencia de Andalucía. *Norte de salud mental*, 8 (36), 11-23.

- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- López-Álvarez, M. (2024). La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Cuatro décadas de transformaciones en los servicios públicos de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 42(1). <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1573>
- Marina, M., Prieto, N. & Langa, N. (2013). La salud mental en la escuela. *Metas de enfermería*, 16 (3), 70-74.
- Martín, J. R. (2005). Diseños de muestreo (II). *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (12), 6.
- Martínez-Rueda, N., Barandica, I. A., & Lasa, J. G. (2018). Factores organizacionales que inciden en la mejora de la empleabilidad de las Empresas de Inserción. *CIRIEC-España*, (94), 123-154.
- Martos, S. S. V. (2020). Educación emocional en niños escolares como estilo de vida saludable. *NPunto*, 3(27), 79-93.
- Merton, R. K. (1987). The Focussed Interview and Focus Groups: Continuities and Discontinuities. *The Public opinion quarterly*. 51(4), 550-566.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta nacional de salud*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Mutua madrileña (2020). *Barómetro juvenil: Salud y Bienestar*. <https://www.centroreinasofia.org/publicacion/barometro-juvenil-2019-saludybienestar/>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental->

disorders#:~:text=Un%20trastorno%20mental%20se%20caracteriza,funcional%20en%20otras%20%20C3%A1reas%20importantes.

- Pacheco, F. D. R., & Salazar, V. G. P. (2020). Grupos focales: marco de referencia para su implementación. *INNOVA Research Journal*, 5(3), 182-195.
- Reyes, R. M. (2020). Historia de vida. Reflexiones teóricas y metodológicas desde la práctica en la maestría en desarrollo cultural comunitario. *Didáctica y Educación*, 11(3), 185-205.
- Rodríguez, F. P. (2011). Posible evolución del escenario AN-PAK ante las nuevas estrategias: introducción. *Instituto Español de Estudios Estratégicos*.
- Rodríguez, F., Rodríguez, M. N., & García, M. C. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 25(6), 264-281
- Sierralta Ríos, A. (1998). La negociación en el proceso conciliatorio. *Derecho PUCP*, 52, 131.
- Trama, A. C. (2014). *Programa Apoyo Inserción Sociolaboral: Trabajando el presente, construyendo el futuro*.
- Uccuam, C. (2022). *La OMS publica un informe sobre las consecuencias que la pandemia de la COVID-19 ha tenido en la salud mental y en la atención a los servicios de salud mental*. Universidad Autónoma de Madrid. <https://www.uam.es/uam/investigacion/cultural-cientifica/noticias/covid-salud-mental>
- Ury, W. (1993). *Gestión de la negociación al acuerdo: claves para superar cualquier negocio*. Parramón.
- Valdivia, E. (2022). Proteger la salud mental desde los centros educativos. *Salud Mental 360*. <https://www.som360.org/es/blog/proteger-salud-mental-desde-centros-educativos>

ANEXOS

Anexo I. Entrevista a persona profesional

1. ¿Podría contarnos un poco sobre su experiencia y trayectoria profesional en el campo de la salud mental?
2. ¿Cuál es su rol actual y en qué tipo de organización trabaja?
3. En su opinión, ¿cuáles son las principales barreras que enfrentan las personas con problemas de salud mental para acceder y mantenerse en el empleo?
4. ¿Cómo cree que el estigma asociado a los problemas de salud mental afecta las oportunidades laborales de estas personas?
5. ¿Cuáles son los problemas más comunes que observa en estas personas cuando intentan acceder al empleo?
6. ¿Qué papel juegan los empleadores y compañeros de trabajo en la inclusión o exclusión de personas con problemas de salud mental?
7. ¿Conoce algún programa que sea efectivo para mejorar la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental?
8. ¿Puede compartir algún ejemplo de una iniciativa exitosa que haya facilitado la inclusión laboral de este colectivo?
9. ¿Qué tipo de apoyos o adaptaciones cree que son más necesarios en los lugares de trabajo para ayudar a las personas con problemas de salud mental?
10. ¿Cómo ha visto que el empleo afecta la salud mental de estas personas, tanto positiva como negativamente?
11. ¿Qué cambios recomendaría para mejorar el acceso al empleo para personas con problemas de salud mental?
12. ¿Qué consejos daría a los empleadores que desean ser más inclusivos con personas que tienen problemas de salud mental?
13. ¿Cómo pueden las instituciones educativas y de formación profesional contribuir a mejorar las oportunidades laborales para este colectivo?
14. ¿Qué mensaje le gustaría transmitir a la sociedad sobre la importancia de la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental?
15. ¿Hay algún aspecto relacionado con la salud mental y el empleo que no hayamos tocado y que considere importante discutir?

Anexo II. Entrevista a personas profesional junto con respuesta

1. ¿Podría contarnos un poco sobre su experiencia y trayectoria profesional en el campo de la salud mental?

Vale pues bueno yo llevo 17 años trabajando con personas con enfermedad mental. Estuve primero seis años como monitora y el resto pues 11 años pasé a ser responsable. Me he formado también, hice un Máster de cómo dirigir centros sociales, cursos de enfermedad mental también, jornadas... bueno ahí me he estado formando un montón de cosas.

2. ¿Cuál es su rol actual y en qué tipo de organización trabaja?

Yo soy la responsable del centro de Álora y también llevo unas viviendas tuteladas que tenemos en Cártama y trabajo en FAISEM.

3. En su opinión, ¿cuáles son las principales barreras que enfrentan las personas con problemas de salud mental para acceder y mantenerse en el empleo?

Pues a ver lo primero es el desconocimiento, el estigma que hay de la enfermedad mental, el miedo que hay también muchas veces a contratar una persona con enfermedad mental porque se creen que porque tengo una enfermedad mental van a estar más de baja y no tiene por qué.

Aquí en FAISEM tengo una trabajadora que tiene enfermedad mental y no se ha dado de baja nunca, si se ha dado ha sido por algo excepcional. Entonces también va en las responsabilidades de la persona no en la enfermedad. A ver que tienen su medicación y uno a veces tendrán mejor día y otros peor pero como cualquiera, entonces eso sí que es una barrera que pone el empresario a la hora de contratar.

En resumen, el estigma es una de las principales barreras, luego el miedo viene asociado por ese estigma junto con el desconocimiento. Y al final pues no se le da la oportunidad a esa persona solo por una simple etiqueta.

4. ¿Cómo cree que el estigma asociado a los problemas de salud mental afecta las oportunidades laborales de estas personas?

Pues el miedo, pensar que me van a agredir o es que matan porque asesinan y no. No es real. Si ves el tanto por ciento de asesinatos que comete una persona que tiene una enfermedad mental no tiene nada que ver con lo que hace la gente que no tiene enfermedad mental, hablando de estadísticas. Entonces no es real. Y que es el miedo uno

de ello, la gente cree que por eso van a tener más bajas, que van a tener más problemas y no tiene nada que ver.

5. ¿Cuáles son los problemas más comunes que observa en estas personas cuando intentan acceder al empleo?

Para mí la principal es el rechazo, a lo mejor los ven de una forma diferente ya que ellos tienen sus particularidades como todo el mundo. A lo mejor alguno pues se pone 20.000 capas en verano entonces esas cosas producen a veces un rechazo hacia lo diferente.

Lo que yo he vivido con la chica que está trabajando, que nosotros mismos que estamos trabajando con salud mental a veces no entendemos ciertos comportamientos y hay que entender que tienen una enfermedad mental. Y aquí hay muchos síntomas como que a lo mejor está más agobiado un día pues porque, a lo mejor está escuchando voces. Esas cosas también hay que tenerlas en cuenta, no todo es estándar.

6. ¿Qué papel juegan los empleadores y compañeros de trabajo en la inclusión o exclusión de personas con problemas de salud mental?

Yo te digo el 90%. porque esa persona se va a sentir más integrada por sus compañeros, ellos ya de por sí tienen ese miedo y esa autoestima muy baja por el rechazo.

Para mí un 90% de que esa persona se integre o no se integre, porque al final yo te digo, aquí por ejemplo la trabajadora que tenemos y ya está súper integrada y de hecho es la que muchas veces organiza cosas o la que organiza un regalo que haya que comprar, etc. Entonces es muy importante que sienta que los compañeros le apoyan.

Es cierto que tienen sus cosas y sus manías. Muchas veces si tú le cambias el planning pues se agobian no lo aceptan a lo mejor como puede ser una persona que a lo mejor tiene más herramientas. Le cuesta adaptarse a los cambios. Eso hay que entenderlo, también los compañeros.

7. ¿Conoce algún programa que sea efectivo para mejorar la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental?

El SOAE de FAISEM y está UNEI, que es una empresa social a nivel de Andalucía que trabaja tema de restauración, jardinería, limpieza, etc. y tiene sus propios servicios de orientación al empleo. No sé si habrá algún otro, si lo hay no lo conozco.

8. ¿Puede compartir algún ejemplo de una iniciativa exitosa que haya facilitado la inclusión laboral de este colectivo?

El otro día FAISEM realizó unas jornadas de empleo para personas con problemas de salud mental. Pero por lo normal no hay muchas iniciativas como estas.

9. ¿Qué tipo de apoyos o adaptaciones cree que son más necesarios en los lugares de trabajo para ayudar a las personas con problemas de salud mental?

Que tengan el apoyo de una persona que vaya a visitarlos, que les hagan un seguimiento. Eso es importante y que tampoco necesitan mucho más, que ellos físicamente están perfectos, si están bien como para trabajar entonces...

10. ¿Cómo ha visto que el empleo afecta la salud mental de estas personas, tanto positiva como negativamente?

Positivamente, a ver también en un estresor entonces todo el estresor es en la enfermedad mental y en cualquier persona es negativo, pero si no tiene esos factores de estrés es súper positivo porque la persona está ocupada, está relacionándose, no está aislada... entonces es muy importante.

11. ¿Qué cambios recomendaría para mejorar el acceso al empleo para personas con problemas de salud mental?

EL apoyo es importante, la información de los beneficios fiscales que pagan pocos seguros por ellos, formación para jefes y compañeros... Información en general.

12. ¿Qué consejos daría a los empleadores que desean ser más inclusivos con personas que tienen problemas de salud mental?

Hombre sobre todo eso, información y formación porque al final también necesita saber determinados síntomas, que ellos lo identifiquen porque, imagínate que esa persona entra en pródromo que es cuando ya va empezando una crisis, síntomas que te va a avisar avisando entonces es importante que lo sepan también.

13. ¿Cómo pueden las instituciones educativas y de formación profesional contribuir a mejorar las oportunidades laborales para este colectivo?

Es súper importante pero desde chiquito, desde infantil es súper importante trabajar el tema de la inteligencia emocional, de la salud mental, saber qué consecuencias te pueden

llevar a perder tu salud mental... se puede trabajar con jornadas, de manera transversal en las asignaturas... Ahí es donde debería de empezar, de hecho que debería de haber una asignatura yo creo que fuera por ejemplo inteligencia emocional.

14. ¿Qué mensaje le gustaría transmitir a la sociedad sobre la importancia de la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental?

Que te aportan un montón de cosas, te pierdes muchas cosas si no le damos la oportunidad. Es importante saber que hay que apostar por ellos y por la salud mental. Cualquiera podemos vernos en esas situaciones. Cualquiera mmm que la gente lo ve como muy lejano, muy ajeno muy es del otro pero cualquiera lo puede lo puede tener.

15. ¿Hay algún aspecto relacionado con la salud mental y el empleo que no hayamos tocado y que considere importante discutir?

El tema de los jóvenes también porque a ver, es importante porque eh es que lo que nos está viniendo ahora, gente muy joven mmm con bueno... de hecho tenemos en FAISEM abierto ahora un programa de primeros episodios que es el primer brote que le da. Ellos viven en sus casas los jóvenes que no tienen más de más de 30 años que le da el primer brote por temas sobre todo desde el consumo de sustancias, del enganche a las redes sociales... entonces se ingresan en el hospital y cuando salen van a ese programa. Viven allí durante seis meses más de un año no pueden estar y después envuelta a su casa pero ahí le enseña pues habilidades, le enseñan a saber decir que no, lo forman también... de hecho uno de los usuarios ahora es autónomo. Le ayuda a recuperar su vida, a encarrilarlos de nuevo en el camino. Hay psiquiatras, enfermeros, hay un equipo multidisciplinar y trabajan eso.

CAPÍTULO 1: DEPRESIÓN ASOCIADA AL DUELO

Hola soy Elena Becerra y os voy a contar un poquito mi historia. Yo soy graduada en enfermería y realicé mi carrera como todos mis compañeros, lo que pasa que tuve al final de la carrera un pequeño bache, un pequeño bache, pero grande. A la hora de terminar mi TFG mi madre empezó a encontrarse mal y estuvimos liados en hospitales bastantes semanas hasta que le detectaron cáncer de pulmón con metástasis. Estaba en estadio cuatro. Yo en ese momento no era consciente de la realidad que estaba viviendo porque llevaba muchas cosas para adelante, las prácticas que ya estaban casi terminándose. Iba de hospital en hospital, de las prácticas al hospital con mi madre; llevaba para adelante el estudiar y el Trabajo Fin de Grado; entonces como que mi mente no paraba.

Después me gradué, mi madre pudo verme y todavía yo seguía en la burbuja. Una vez terminé la carrera conseguí un trabajo en el SAS, estuve trabajando unas dos semanas y ocurrió lo que yo temía, pero nunca llegué a imaginar. Obviamente nunca lo piensas, a veces te puede pasar por la cabeza, pero nunca llegas a decir “vale, me va a pasar”. Mi madre falleció y yo en ese momento me encontraba trabajando, fue un palo bastante grande, el mayor de mi vida y me dieron tres días para descansar y volví al trabajo. El primer día fue horrible, todo el mundo me preguntaba “¿cómo no te has cogido una baja?”, “¿cómo no te has ido de baja?” y es que era mi primer trabajo como enfermera. Yo salí súper ilusionada de la carrera y estaba contenta porque mi madre pudo verme graduarme. Me decía que yo no le podía hacer esto a mi madre ahora, es como que yo tenía que salir para adelante sea como sea.

Estuve tres meses que duró el contrato trabajando. Yo era un descontrol, por la mañana trabajaba y por la tarde estaba fuera de mi casa, prácticamente no pisaba mi casa e intentaba evadirme todo el rato. Hasta que una vez acabé ese trabajo, esos tres meses, di un pequeño parón y me sentía como que “yo no puedo estar en mi casa, necesito hacer algo, sentirme productiva, sentirme útil” y seguir sin pensar en lo que me estaba pasando.

Volví a trabajar en una residencia y duré un mes, no dure más porque ya fue explosión. Todo lo que llevaba acumulado, más este nuevo trabajo que era bastante agotador... y ya no solo agotador, sino que las personas que yo cuidaba hicieron que lo

volviera a revivir todo. Como que todos los sentimientos que yo tenía reprimidos salieran y florecieran. Entonces toqué fondo y dije: “no Elena”. No fui yo misma la que lo dijo, sino mi círculo más cercano que me estaba viendo en picado hacia abajo y sin freno entonces ya dije “no”, aquí hay que poner remedio, hay que hacer algo.

Dejé el trabajo y empecé a dedicarme a mí. Fui a la psicóloga, que gracias a ella ahora me encuentro muchísimo mejor, y fuimos tratando el problema. Si yo hubiese seguido trabajando no sé dónde hubiese llegado el problema. Con la psicóloga que estuve, he estado un año y tres meses, creo que, si hubiese tardado más en ir con ella y aceptar su ayuda, habría empeorado todo, ella me ha ayudado muchísimo y yo creo que no hubiese sido capaz de seguir trabajando sin esa ayuda. Yo al principio decía que me encontraba bien, que ya había aceptado que mi madre se fuese porque estaba con mi padre y ya era feliz. Mi padre falleció cuando yo era más pequeña, y yo me sentía feliz por eso, porque ella estaba aquí viviendo sobre todo por mí.

La psicóloga me diagnosticó depresión asociada al duelo, no en un alto grado, pero llegué a tener depresión. Tuve episodios de ansiedad, aunque no han sido tantos como una tristeza en general que sufrí y sigo sufriendo, pero en menor medida. Estoy dada de alta, pero todavía tengo pequeños bajones que lo estoy tratando con la psicóloga.

En aquel momento odiaba mi profesión y solo llevaba cuatro meses graduada. ¿Cómo iba a odiar mi profesión en cuatro meses? Pasé de tener mucha ilusión de trabajar, comerme el mundo, a no querer trabajar más de ello. Cuando veo a un paciente no quiero recordar todo el rato a mi madre y todavía en muchas ocasiones me recuerdan a ella ciertos momentos. Eso lo voy a tener un poco ligado a mi profesión de enfermera de por vida.

Con respecto al último trabajo que he tenido, me he encontrado muy a gusto, también las compañeras me lo han hecho muy ameno y me he encontrado muy tranquila. Ha sido el impulso que necesitaba para decir vale, creo que me he reconciliado con la profesión y creo que vuelvo a ser un poco más yo con la ilusión que tenía cuando empecé.

La salud mental es muy importante, primero tienes que encontrarte tú bien mentalmente, ya no solo físicamente porque puedes estar agotado físicamente, pero si tu mente está a tope y está centrada en lo que de verdad estás haciendo, tienes ilusión y ganas puedes con todo. Sin embargo, si la mente está destruida, es imposible que tu cuerpo te diga “venga vamos a hacerlo”. Para poder trabajar es muy importante tener una buena salud mental, la cabeza en calma y con ayuda, poco a poco, te puedes reconciliar con el trabajo. Da igual la causa que dé lugar a ese problema de salud mental, es igual de importante que cualquier otra y debe tratarse con la misma importancia.

Preguntas para pensar y dialogar:

- ¿Cómo crees que la cultura del trabajo influye o condiciona nuestras acciones relacionales y de convivencia? ¿crees que la estructura escolar promueve este tipo de culturas? De ser así, ¿Habría que replantear estas realidades? ¿Por qué?
- ¿Cómo de importante puede ser tener una red de apoyo cercana en situaciones como las que afronta Elena?
- ¿Qué opinas sobre la afirmación de que “no importa el motivo por el que una persona sufre un problema de salud mental, lo importante es tratarlo”?

CAPÍTULO 2: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y DEPRESIÓN

Hola, me llamo Quino, tengo 55 años y hasta que me puse enfermo he estado trabajando en la construcción.

Empecé a los 18 años de peón de albañil, arrimaba mezcla, ladrillos, lo que hace un peón, que no les faltara material a los albañiles.

Estuve trabajando hasta los treinta años que fue cuando me puse enfermo. Con esa edad tuve una depresión, ya que, acabó mal una relación sentimental que tuve, mis padres y mis tías fallecieron en poco tiempo y, la verdad, que se me juntó un poco todo. Me diagnosticaron depresión mayor y trastorno esquizoafectivo. Veinticinco años llevo malo. Yo creo que ya es crónica, yo las pastillas no las puedo dejar. Me tomo al día dos solamente, pero no las puedo dejar, me vengo abajo.

Antes de estar enfermo trabajaba, estuve también con la depresión seis meses trabajando, pero fatal, porque estaba dándole vueltas al coco y lo tuve que dejar porque no podía. Mis compañeros creían que era de la bebida, ya que antes bebía mucho y, decían “ya viene resacoso”, y era de la depresión que tenía encima. Yo no les iba a decir que estaba con depresión, yo les dije “sí, es que salí anoche y me tomé una cervecilla”. No les quería decir lo que me pasaba porque me daba vergüenza, me daba cosa. Estando malo he trabajado de jardinero un par de años, pero como estaba con la depresión, no podía seguir y lo tuve que dejar también.

Sobre el trabajo, yo creo que ya no volvería a trabajar. Ya me pasaron los años, dónde voy a ir yo a trabajar con 55 años. Pienso que, aunque tenga depresión podría trabajar porque ya estoy un poco mejor que los primeros años. Los primeros años estaba

que no sabía por dónde tirar. Ya estoy más recuperado y pienso que mi jefe y mis compañeros me aceptarían bien.

En la actualidad, estoy en una asociación por las mañanas y estamos haciendo un curso de monitor. Hemos empezado hace más de dos meses. También he hecho un curso por el Ayuntamiento de monitor que ya ha terminado. Este último es para entretener a gente más jovencita y el de la asociación es parecido, pero de animación sociocultural.

Preguntas para pensar y dialogar:

- ¿Qué impacto tiene el estigma asociado a los problemas de salud mental? ¿Por qué crees que algunos estigmas son preferibles a otros: “mis compañeros creían que era de la bebida [...] Yo no les iba a decir que estaba con depresión”?
- A nivel sociolaboral ¿Crees que una formación continua puede beneficiar a las personas con problemas de salud mental? ¿Por qué?

CAPÍTULO 3: DEPRESIÓN

Cuando era niña no me dejaron estudiar, mi padre me dijo que yo tenía que ser una mujer de mi casa, enseñarme a coser, lavar y planchar. Las mujeres entonces no podían estudiar. Con veinti pocos años me salió la oportunidad de hacer un curso de bordar y como eso sí lo podía hacer porque era coser pues hice el curso de bordar. Luego, me fui a trabajar con el monitor que vino del curso de bordar y estuve 10 años trabajando porque mi madre empezó a ponerse mala y sabía que con la enfermedad que ella tenía (Enfermedad de Huntington) me haría falta el dinero para sus gastos.

Mi madre estaba malilla pero mi padre me ayudaba a cuidarla, entonces se pone malo él y yo me hice cargo de los dos. Ya no podía dormir de noche, trabajaba de día, me levantaba temprano para coger el coche e irme a la carretera yo ya no podía. Un día, me quedé dormida mientras conducía y por poco tuve un accidente. Entonces, dejé el trabajo porque era o cuidarlos a ellos o trabajar. En mi cabeza no cabía que fueran a una residencia, económicamente tampoco me lo podía permitir, entonces decidí cuidarlos yo.

La enfermedad de mi padre cada vez iba a peor y para poder vivir empecé a hacer arreglos de costura en la casa, arreglaba dobladillos a cuatro vecinas, cuatro amigos y así empecé a tener algún dinerillo para poder tener algo porque yo ayuda económica no tenía ninguna, como soy soltera no tengo derecho a ayudas, no tengo derecho a prestaciones, etc.

Estuve 15 años durmiendo en un sofá cuidando a dos enfermos, pensando en el día de mañana cuando ellos no estén ¿de qué voy a vivir yo? Mi padre muere, después de 10 años sigo cuidando a mi madre que estaba fatal y al final muere. Ella falleció en mayo, en agosto empiezo a trabajar en un taller de bordado en el que antes me ofrecieron un puesto, pero por mi situación tuve que decir que no. Entonces me volvieron a llamar y yo necesitaba poder vivir de algo, así que me fui.

Estuve ocho meses trabajando, me costó mucho volver a empezar, pero pude hacerlo. Me acostumbré otra vez a volver a Málaga y fue entonces cuando me cortaron. En los talleres donde se trabaja por temporadas cuando se acerca la Semana Santa y el verano, hay menos trabajo.

¿Qué pasa? Yo me vengo a mi casa, no tengo ayuda, no tengo desempleo porque no he llegado a un año de trabajo, no tengo desempleo ni tengo nada.

Me vengo abajo porque yo simplemente podía vivir de lo poquito que tenía guardado de mis arreglitos de costura. Me empiezo a poner mal hasta caer en una depresión. Por suerte el médico es amigo mío, un día me ve por la calle y en la forma de andar me notó algo raro. Fue ahí cuando empezó a tratarme, entonces fui también al psicólogo. El psicólogo me dijo que podía ser que mi cuerpo después de haber estado tantos años encerrada cuidando y sufriendo, al verme otra vez que había dejado de trabajar y había vuelto al mismo sitio, el cerebro dijo “vas a pasar otra vez por lo mismo”, y por eso tuve depresión.

Empiezo con el tratamiento, que con él me va un poco mejor. Cuando empiezo a trabajar de nuevo, poco a poco me sigo encontrando mejor, aunque tuve que estar al menos dos años con el tratamiento. A día de hoy no tomo nada y algunos días estoy regular pero bueno, muchísimo mejor.

Tener un empleo no solo me ha beneficiado económicamente sino también a mi salud mental. De hecho, mi puesto de trabajo me da el dinero justo para comer porque yo la mitad de lo que gano lo necesito para gasoil y gastos del coche, entonces tengo que seguir trabajando en mi casa, pero me compensa porque yo estoy a gusto, tengo unos compañeros muy competentes y prefiero ganar menos dinero, pero estar a gusto y bien.

En cambio, en mi anterior trabajo era distinto, era el mismo trabajo, pero era más gente, era un taller más estilo fábricas con muchos trabajadores y no había esa unión entre compañeros como ahora, que somos cinco personas y somos una pequeña familia.

Puede ser que, si después de mi caída en la depresión hubiese entrado al anterior trabajo, no hubiera estado tan a gusto. Pero yo lo que quería era salir de aquí, a mí lo que

me agobiaba era la casa, el no tener para vivir, ten en cuenta que estoy sola, que yo soy soltera, que no tengo a nadie. Que yo tengo que ganar dinero para poder pagar la luz, el agua, comer, los gastos de la casa y es todo para mí. Hay que ganar dinero para poder vivir.

Con respecto al tiempo para recuperarme que nunca tuve, pues a lo mejor hubiera necesitado sanar, pero es que no me lo pude pensar porque yo fue en mayo perder a la que me mantenía, supuestamente, porque yo vivía de lo que ella cobraba que era viuda. Entonces en mayo ella muere y yo junio ya no tenía dinero para comer. A ver tenía, pero sabía que eso se gastaría pronto.

Preguntas para pensar y dialogar:

- ¿Cómo crees que influye la cultura en los roles de género? ¿Cómo crees que ha cambiado el acceso al empleo y a la educación de las mujeres a lo largo del tiempo?
- Desde la pedagogía social ¿Qué desafíos crees que tiene la sociedad ante la necesidad del cuidado de personas/familiares enfermos/as? ¿Qué alternativas consideras podrían generarse?
- ¿Qué te sugiere la afirmación “tener un empleo no solo me ha beneficiado económicamente sino también a mi salud mental”?
- ¿Cómo piensas que se podría mejorar el apoyo hacia las personas cuidadoras?

CAPÍTULO 4: ESQUIZOFRENIA

Hola soy Manuel tengo 45 años y empecé a trabajar a los 13 años en la ferretería de mi padre. Empecé tan pronto porque mi padre tenía dos operaciones de hernia y entonces él no podía coger peso y yo le ayudaba a montar armarios, le ayudaba a montar cocinas, a montar cosas, y también vendía los productos de la tienda.

Luego, estuve trabajando en Málaga en la jardinería, empecé con 17 años y estuve unos cuatro aproximadamente.

Ahí fue cuando me pilló Loli (hace referencia a una monitora de FAISEM) con una navaja y me trajo a Álora (FAISEM). Aquí conocí a mis compañeros con los que me lo paso muy bien y estoy muy a gusto.

Después de entrar en FAISEM no he vuelto a trabajar porque mi hermana está ocupada con la herencia de mi padre y con mi madre en una residencia metida y no me

puede ayudar. No puedo trabajar en la ferretería porque está alquilada..., puedo trabajar en el trabajo anterior, pero está muy lejos.

Cuando trabajaba me sentía muy bien, mis compañeros me ayudaban y yo sí, me siento preparado para trabajar.

Preguntas para pensar y dialogar:

- Al comenzar a trabajar a tan temprana edad ¿Cómo crees que influye a nivel educativo y social vivir este tipo de experiencias?
- ¿Cuáles son las barreras más comunes a las que una persona se puede enfrentar cuando ha dejado de trabajar por un largo tiempo?
- ¿Crees que la respuesta socioeducativa puede estar condicionada por la “sobrepotección”? ¿Qué te sugiere la afirmación “yo sí, me siento preparado para trabajar”?

Anexo IV. Relatos de vida sin el proceso de depuración de textos

QUINO

Q: Hola, me llamo Quino, tengo 55 años y to la vida, vamos hasta que me puse enfermo he estado trabajando en la construcción empecé a los 18 años de peón de albañil.

M: Cuéntame un poquito que hacías.

Q: Yo por mi... arrimar mezcla, ladrillo, ehh lo que hace un peón, que no le faltara material a los albañiles.

M: Muy bien y ¿hasta que edad más o menos estuviste trabajando?

Q: Yo hasta los treinta y pico por ahí, hasta los treinta... bueno treinta y pico no, mentira, hasta los 28/29 años porque a los 30 ya me puse enfermo.

M: Vale y a los 30 que te pasó, cuéntame un poquito.

Q: Que caí en depresión.

M: ¿Por algún motivo?

Q: Porque me salió malamente una relación, y ya también mis padres empezaron a fallecer y mis tías igual, to se juntó.

M: ¿Tú vivías solo con tus padres?

Q: No, con mis padres no, con mis tías.

M: Claro, fallecieron miembros de tu familia y cada vez te encontrabas peor...

Q: Y también la relación que me salió malamente ya se mezcló tó.

M: Y ¿te diagnosticaron depresión no?

Q: Sí, depresión mayor tengo y esquizoafectivo, trastorno esquizoafectivo. Treinta y diez, cuarenta, cincuenta... veinticinco años llevo malo.

M: Y ¿crónica?

Q: Yo creo que sí, que ya es crónica, yo las pastillas no las puedo dejar. Vaya me tomo al día dos más pero no las puedo dejar, me vengo abajo.

M: Y tú en el trabajo que tenías antes ¿cómo te sentías? ¿estabas contento?

Q: Yo antes no estaba enfermo, yo antes trabajaba, que no tenía la enfermedad y trabajaba bien, vamos dando el cayo. Que vamos que respondía y bueno, estuve también con la depresión, estuve seis meses trabajando pero fatal fatal porque dándole vueltas al coco y ya lo tuve que dejar porque no podía.

M: Y tus compañeros en esos 6 meses ¿te ayudaban y eso a tirar para adelante?

Q: Ellos se creían que era de la bebida porque yo antes bebía mucho y decían “ya viene resacoso”, que va resacoso, de la clase de depresión que tenía encima y yo no les iba a decir que estaba con depresión, yo les dije “sí, es que salí anoche y me tomé una cervecilla”, entonces estaba la peña del Málaga allí en Cártama. Y ellos “yo te estoy viendo que estás resacoso” me decía el albañil.

M: Y tú ¿por qué no les querías decir lo que te pasaba de verdad?

Q: Porque no, me daba... me daba vergüenza, me daba cosa.

M: Y tú antes cuando tenías 30 años, al ponerte malo, ¿Querías volver a trabajar o volver a seguir como antes?

Q: Yo estando bueno estuve trabajando.

M: Sí pero cuando estabas malo tú pensabas en un futuro volver a trabajar

Q: No ya no, ya me se pasó los años... y ya vamos que ya vi que tenía 40, 40 y pico, 50 y digo yo “noooooo me sa pasao los años en na”.

M: Volando ¿no?

Q: Volando. Y ya a la hora de pensar en trabajar digo dónde voy a ir yo a trabajar con 55 años.

M: Pues mira seguro que hay sitio que te quieren seguro. Y ¿lo has intentado después?

Q: Yo para trabajar tendría que ser de media jornada, de media jornada. Porque tengo una paguilla de la no contributiva y tiene que ser de 4 horas o un trabajo de media jornada. Y para los pensionistas así, vamos pensionistas así de enfermos así, trabajar media jornada. Si...

M: Bueno y tú crees que si volvieras a trabajar...

Q: En la obra no pero a mi me gusta la jardinería. De jardinero, bueno jardinero... ayudante de jardinero... de media jornada podría trabajar claro.

M: Y ¿crees que serías capaz con tu depresión, seguir trabajando?

Q: Sí, ya estoy un poco mejor que los primeros años. Los primeros años estaba yo que no daba, no sabía por dónde tirar. Pero ya estoy más recuperado, ya sí.

M: ¿Piensas que tus compañeros, o tu jefe te aceptarían bien?

Q: Hombre yo creo que sí, yo creo que sí.

M: ¿Y algo más que me quieras contar?

Q: Pues estuve también un tiempecillo... es que estando malo, los primeros años estando malo, estaba también de jardinero también he estao un par de añillos cortos.

M: Y ¿estabas bien allí?

Q: Sí pero como estaba con la depresión, po no podía seguir y lo tuve que dejar también.

M: Pues muchas gracias por este testimonio Quino.

Q: De nada.

Q: Ah, se me ha olvidado una cosa, ahora estoy en una asociación por las mañanas y estamos haciendo un curso de monitor.

M: ¡Que bien! y ¿qué estáis haciendo?

Q: Hemos empezao hará más de dos meses, empecemos un curso que estoy yo, esta juanma, juanjo, está también juan, está uno de pizarra.... ehhhh... Juan Jesús y Jesús bravo, David... Y estamos... Yo he hecho un curso también por el ayuntamiento de monitor también que ya ha terminado.

M: ¿Si? Pues si te parece cuéntame que hicísteis en el curso del ayuntamiento y luego me cuentas el de la asociación.

Q: Pues en el del ayuntamiento es teórica así y práctica de... para entretener a los muchachos y gente más jovencilla y más infantiles y jovencillas y lo otro, de las tres clases.

Y en este (de la asociación) no, en este namás juvenil, en el de imagina, juvenil, infantil.

M: Y ¿habéis hecho prácticas?

Q: Ahora en julio, la hacemos en... por el Hacho... en el campamento de verano que está en el Hacho, la escuela del Hacho.

M: ¡Qué bien! y ¿te gusta eso o te gustaría trabajar de ello?

Q: Yo nunca he estado en un campamento de esos... aunque a mi la jardinería me gusta más porque es más creativa, hombre monitor también es creativo ¿no? pero la jardinería me gusta más.

(hablamos un poco de cosas no relevantes para el tema)

Q: Un curso de office también he hecho. De ¿cómo es? PowerPoint... El Excel , pero yo no me enteré de na, yo he aprobado el curso pero no no ma enterao de na. Eso es super difícil eh. Y aluego también alfabetización informática, eso es más o menos manejar el windows... A mi la oficina no me gusta, no soy de ordenadores, no me gusta.

Y mecanografía ya sabía escribir yo en mis tiempos jóvenes. Eh... también he hecho un curso de mecanografía y ya en las prácticas... vamos que me decían los compañeros “nove y tu sabes escribir” y digo “sí, yo ya antes sabía escribir”.

M: Haciendo estos tipos de cursos, ¿te sientes realizado y bien contigo mismo?

Q: A mi el que me ha gustado más es el de monitor y mecanografía, el de oficina no ma...la hecho pero no ma motivao mucho.

M: Muy bien Quino, pues muchísimas gracias, has sido de gran ayuda.

Q: No hay de que.

ELENA

Hola soy Elena Becerra y os voy a contar un poquito mi historia. Yo soy graduada en enfermería y bueno, realicé mi carrera como todos mis compañeros lo que pasa que tuve al final de la carrera un pequeño bache, un pequeño bache pero grande. A la hora de terminar mi TFG mi madre empezó a encontrarse mal y estuvimos liados en hospitales bastante semanas hasta que le detectaron cáncer de pulmón con metástasis estaba en estadio 4. Yo en ese momento pues como que no, no era consciente de la realidad que

estaba viviendo porque llevaba muchas cosas para adelante, las prácticas que ya estaba casi terminándolas, iba de hospital en hospital, de las prácticas a hospital con mi madre y también pues llevaba para adelante el estudiar y el Trabajo Fin de Grado, entonces como que mi mente era no stop (no parar) .

Y ya después me gradué, mi madre pudo verme y era como que todavía yo seguía en la burbuja. Una vez terminé la carrera conseguí un trabajo en el SAS, estuve trabajando unas dos semanas y entonces pues ocurrió lo que yo temía pero nunca llegué a imaginar, porque eso obviamente nunca lo... lo piensas, a veces te puede pasar por la cabeza pero nunca llegas a decir vale, me va a pasar. Entonces mi madre falleció y yo en ese momento pues me encontraba trabajando, fue un palo bastante grande, el mayor de mi vida yo creo que el... el mayor que voy a sufrir y estuve mmm me dieron creo que fueron tres días no me no me dieron más y volví al trabajo. El primer día fue mmm horrible no, lo siguiente y todo el mundo me preguntaba “cómo no te has cogido una baja”, “cómo no te has ido de baja” y es que era mi primer trabajo como enfermera, yo salía súper ilusionada de la carrera, también estaba contenta porque mi madre pudo verme graduarme y es como que yo no le puedo hacer esto a mi madre ahora, es como que yo tengo que echarlo pa lante sea como sea.

Total que estuve tres meses que duró el contrato trabajando, era yo era un descontrol, por la mañana trabajaba y por la tarde estaba fuera de mi casa, prácticamente no... no pisaba mi casa y como que intentaba evadirme todo el rato. Hasta que una vez acabé ese trabajo, esos tres meses, di un pequeño parón y era como “yo no puedo estar en mi casa, necesito hacer algo, sentirme productiva, sentirme útil” y seguir sin pensar en lo que me estaba pasando. Eh volví a empezar a trabajar en una residencia y duré un mes, no dure más porque ya fue explosión, ya todo lo que llevaba acumulado mmm con este nuevo trabajo que era bastante agotador y ya no solo agotador sino que las personas que yo cuidaba pues hicieron que... que todo lo volviera a revivir, como que todos los sentimientos que yo tenía ahí comprimidos salieran y florecieran. Entonces ya como que toqué fondo y dije “no Elena”, bueno no fui yo misma la que lo dijo, sino mi círculo más cercano que me estaba viendo en picado hacia abajo y una cuesta sin freno entonces ya (llora) entonces ya dije “no”, aquí hay que poner remedio, hay que hacer algo. Entonces dejé el trabajo y empecé a dedicarme a mí, fui a la psicóloga que gracias a ella ahora me encuentro muchísimo mejor eh y bueno fuimos tratando el problema y si yo hubiese seguido trabajando no sé dónde hubiese llegado el problema. Con la psicóloga que estuve, he estado un año y y tres meses, eh si a lo mejor hubiese tardado más en ir con ella y... y

coger su ayuda, pues seguiría todavía con ella pero en verdad me ha ayudado muchísimo y yo creo que no hubiese sido capaz de seguir trabajando.

La verdad que primero tienes que encontrarte tú bien mentalmente, ya no solo físicamente porque puedes estar agotado físicamente pero si tu mente está a tope y está centrada en lo que de verdad estás haciendo y tiene ilusión y tiene ganas eh puedes con todo, pero si la mente no está en lo que está y está destruida es imposible que tu cuerpo te diga venga vamos a hacerlo y bueno esta es mi historia.

Y bueno con la psicóloga es verdad que yo al principio como que estuve yendo a varias psicólogas, pero yo he contado un poco por encima y no... no me terminaba de abrir porque yo tampoco... Esto no es que yo lo supiera en esos tres meses que estuve trabajando, yo como que decía “no si yo me encuentro bien, yo la verdad que ha aceptado que mi que mi madre se ha ido, que está con mi padre”. Que yo estaba... obviamente estaba triste pero yo estaba feliz porque ella ya se había reunido con mi padre, porque mi padre falleció cuando yo era más pequeña, y yo me sentía feliz por eso, porque ella estaba aquí viviendo sobre todo por mí.

Entonces yo en esa parte sí que estaba tranquila y... y eso era lo que yo transmitía al principio, lo que pasa que no, esas psicólogas pues no sé no... por X razón no... no llegaron a escarbar como la última lo hizo. Y ya la última pues conmigo intentó ayudarme porque yo en ese momento odiaba mi profesión y llevaba cuatro meses, como el que dice, recién graduada. ¿Cómo iba a odiar mi profesión en cuatro meses? es que pasé de tener mucha ilusión de trabajar, de querer trabajar, comerme el mundo a decir que yo no quiero trabajar más de esto, es que yo cuando veo un paciente yo no quiero recordar todo el rato a mi madre y y todavía en muchas ocasiones sigo... me sigue recordando a ella ciertos momentos sobre todo en cómo fue su muerte tan repentina. Fue un caso urgente al final, eh una parada cardiorrespiratoria, entonces al final eso lo voy a tener un poco ligado a mi profesión que es enfermera.

Pero poco a poco se va suavizando ese recuerdo, aunque me llegará mmm me costará asimilarlo pero bueno, poco a poco como que voy eh reconciliándome con la profesión y yo creo que eso es un trabajo que tienes que hacerlo poco a poco y sé, es verdad que necesitas ayuda por... porque sola yo no sé si hubiese podido pero bueno, lo único que puedo sacar de resumen de mi experiencia es que me ha servido em un montón la ayuda psicológica para volver a quien yo era antes antes de todo lo vivido, que nunca se va a llegar a ser la misma porque estas experiencias de verdad que te cambian, no para bien ni para mal, sino que te transforman en algo distinto, mmm te dan otro tipo de

pensamiento sobre todo de cómo afrontar la vida y que mmm también cómo afrontar el tiempo que te queda. Y bueno, en resumen, eh yo creo que para el trabajo... para poder trabajar es muy importante tener una buena salud mental, la cabeza en calma y... y que con ayuda, poco a poco, te puedes reconciliar con... con el trabajo y bueno, en mi caso con el trabajo y con la profesión y poco más.

M: Bueno Elena, antes de nada te quería agradecer tu testimonio y tu relato de vida que la verdad que ha sido muy importante tanto para mí como para ti expresarlo y ahora si no te importa te quiero hacer un par de preguntillas que creo que me vendrá bien saber. Bueno dentro de toda esta historia ha habido algún día agnóstico de por medio hacia ti?

E: Sí bueno, la psicóloga me diagnosticó depresión asociada al duelo, no en un alto grado pero si es verdad que llegué a tener depresión. No tanto como ansiedad, tuve episodios de ansiedad pero no han sido tantos como una tristeza en general que sufrir, bueno y sigo sufriendo pero ya menos en menor medida.

M: Vale y bueno ¿estás dada de alta ya en ese diagnóstico?

E: Sí estoy dada de alta, sí es verdad que todavía tengo pequeños bajones que lo estoy tratando con con la psicóloga pero si estoy dada de alta.

M: Vale, eh bueno y ¿Cuánto tiempo más o menos has necesitado tú interiormente para estar preparada para poder volver al trabajo? ¿Estás trabajando actualmente o...?

E: Yo dejé el segundo trabajo que tuve en noviembre y el trabajo... El último trabajo en el que he estado fueron... fue en diciembre del año siguiente, entonces en torno a un año.

M: Y en ese trabajo ¿cómo te has visto? ¿Has visto la evolución con respecto a tu salud mental?

E: Sí, es verdad que me he encontrado muy a gusto, también las compañeras me lo han hecho muy ameno y me he encontrado muy tranquila y es como que ha sido el impulso

que necesitaba para decir vale, creo que me reconciliado con la profesión y creo que vuelvo a ser un poco más yo y más los gustos que tenía y la ilusión que tenía cuando empecé.

M: Vale y ya la última que te quería hacer era que si tú ya ah independientemente de tu relato de vida quiero conocer tu opinión personal y quiero que me digas si tú piensas que realmente eh ese problema de salud mental que sufriste en un episodio de tu vida fue el detonante de dejar de trabajar o influyó algún que otro factor externo.

E: Hombre este fue el detonante sobre todo. Ya no es solo la causa que haya sido sino que cualquier causa que afecte en tu salud mental da igual porque para una persona para sí mismo da igual la causa que sea va a ser importante para esa persona da igual eh mi caso puede ser mayor medida entre comillas pero no tiene por qué ser que se haya que hayas perdido una persona otra causa es igual de importante y merece el mismo la misma importancia eh la misma importancia para que esa persona sufra un trastorno mental o sufra de falta de salud mental y muy no me lío un poco la verdad.

M: No pasa nada.

E: Bueno, lo que me venga a referir es que da igual la causa que dé lugar a ese problema de salud mental que es igual de importante que cualquier otra y que debe tratarse pero en mi caso si es verdad que fue esa causa la que detonó eh ese problema.

M: Pues con eso terminamos muchas gracias Elena.

LUISA

L: Yo desde niña no me dejaron de estudiar, yo hice la EGB porque no me dejaron de estudiar, mi padre me dijo que yo tenía que ser una mujer de mi casa, enseñarme a cocer (cocer) a lavar y planchar yasta. Las mujeres no tenían que estudiar y no me dejaron de estudiar solamente cocer.

Con veinti pocos años me salió la oportunidad de hacer un curso de bordar y como eso sí lo podía hacer porque era cocer po hice el curso de bordar y me fui a trabajar con el

monitor que vino del curso de bordar. Me fui a trabajar, estuve trabajando, estuve 10 años trabajando porque claro, yo sabía que mi madre estaba mala, yo estaba preparada para la enfermedad de mi madre, Corea de Huntington y para esa enfermedad estaba yo prepará.

Entonces claro, mi madre estaba medio malilla pero mi padre me ayudaba a medio cuidarla, pero se pone malo él y ya yo las dos cosas, ya no dormir de noche, trabajar de día, coger el coche e irme a la carretera yo ya no podía. Me quedé dormía una mañana en la carretera no me estrellé por poco y dejé el trabajo, porque ya era o cuidarlos a ellos o trabajar. Yo en una residencia... mi crianza o mi mentalidad o lo que sea no... o que no podría económicamente tampoco, no entraba en yo meter a mis padres en una residencia. Decidí... decidí, y no me arrepiento, de cuidarlo yo.

Me vengo de trabajar, me meto aquí en la casa y me pongo a cuidarlo yo. La enfermedad de mi padre cada vez peor y pa poder medio vivir empecé a hacer arreglos de costura en la casa, arreglé dobladillos a cuatro vecinas, cuatro amigos y así empecé po a tener algún dinerillo por lo menos para comprarme algo mío y poder tener algo porque yo ayude económica no tenía ninguna porque como soy soltera po no tengo derecho ayuda, no tengo derecho prestaciones, no tengo derecho a ná.

Me pegó 10-15 años, 15 años durmiendo en un sofá cuidando a dos enfermos, pensando en el día de mañana cuando ellos no estén ¿de qué voy a vivir yo? Mi padre muere, después de 10 años sigo cuidando a mi madre que estaba fatal y cuando muere mi madre, mi madre muere en mayo, en agosto empiezo... me preguntan de casualidad que si quiero trabajar en un taller de bordado yo digo que no... me preguntaron primero en diciembre que estaban buscando a alguien pa un taller y yo dije que yo no podía porque estaba cuidando a mi madre. Al morir mi madre po dije que ya estaba libre que cuando pudiera y empecé a trabajar en agosto.

Estuve 8 meses trabajando, me costó trabajo volver a empezar pero bueno estuve 8 meses trabajando bien. Me acostumbré otra vez volver a Málaga, ¿qué pasa? me cortan del trabajo... al cortarme del trabajo... porque se acaba el trabajo, la temporada de Semana Santa a empezá otra vez en en el invierno, se termina el trabajo, no hay trabajo, me cortan.

¿Qué pasa? yo me vengo a mi casa, no tengo ayuda, no tengo desempleo porque no he llegado a untar un año de trabajo, no tengo desempleo, como soy soltera no tengo ayuda, no tengo de ná.

Me vengo abajo porque yo ya simplemente podía vivir de lo poquito que tenía guardado un poquito y de mis arreglitos de costura. Me empiezo a poner mal, a llorar, a pensar... me pongo mal y caigo en una depresión.

Por suerte el médico es amigo mío, me ve por la calle como iba andando y me llama y me trata, me manda mi medicación, voy al psicólogo. El psicólogo me dijo que podía ser que mi cuerpo después de yo haber estado tantos años encerrada cuidando, pasando... sufriendo, al verme otra vez que había dejado de trabajar y había vuelto al mismo sitio, el cerebro dijo “vas a pasar otra vez por lo mismo”. Me hundo, me ponen un tratamiento, estoy con mi tratamiento... algo mejor.

Cuando empiezo a trabajar otra vez me empieza a poner algo mejor, poco a poco... pero me tuve que pegar por lo menos dos años con el tratamiento, poco a poco he ido trabajando, estoy bien, sigo trabajando y me han ido quitando las pastillas. A día de hoy no tomo nada y algunos días estoy irregular no estoy muy espabilá del to pero bueno (esto último lo dice con tono de broma y se ríe).

M: Entonces, ¿tú crees que el tener un empleo, no solo económicamente, sino a ti personalmente y a tu salud mental le ha beneficiado?

L: Hombre por supuesto, porque yo a ver... de hecho mi puesto de trabajo me da para dar a comer pero me da para comer porque yo en mi casa sigo trabajando, porque yo es que voy a Málaga, yo de la mitad de lo que gano en Málaga lo necesito para gasoil y pa gastos del coche. Pero me compensa, porque yo estoy a gusto, tengo unos compañeros muy competentes estoy a gusto y prefiero ganar menos dinero pero está a gusto y está bien la verdad.

M: Y en tu anterior trabajo ¿estabas igual de bien?

L: A ver era era distinto... era el mismo trabajo pero era más gente, era un taller más estilo fábricas, éramos muchos trabajadores... era un estilo fábrica no había esa unión de entre compañeros como ahora que somos cinco personas y somos una pequeña familia.

M: O sea que tú crees que después de tu de tu recaída es la depresión, si hubiese entrado ese trabajo en vez de en el de ahora, ¿hubiese cambiado la cosa?

L: A ver... no hubiera estado tan a gusto la verdad. Por el trabajo en sí... pero yo lo que quería era salir de aquí, a mí lo que me agobiaba era la casa, el no tener para vivir ten en cuenta que estoy sola, que yo soy soltera, que no tengo a nadie. Que yo tengo que ganar dinero para poder pagar la poder pagá la luz, el agua, comer, la hipoteca no, los gastos de la casa... es todo para mí y hay que ganá dinero pa poder vivir... entonces trabaja tú y gana dinerito y está tú más...

M: ¿Te hubiese gustado tener más tiempo para recomponerte antes de volver a empezar a trabajar en agosto? El poder haber tenido una ayuda económica para tu decir “vale, voy a darme tiempo para mí, para sanar antes de volver a trabajar”.

L: Po tal vez... a lo mejor hubiera necesitado eso, sanar yo... pero claro, es que no me lo pude pensar porque yo fue en mayo perdí a la que me mantenía supuestamente, porque yo vivía de lo que ella cobraba que era viuda y en mayo muere ella y yo junio ya no tenía dinero para comer. A ver tenía, porque evidentemente una no... yo no voy con la carreta delante de los bueyes como se dice. Yo tenía mi... mi pequeña almohadita ¿no? como se dice o colchoncito, como se diga... porque yo sabía que eso iba a llegar.

M: Y que la enfermedad de la abuela necesitaba mucho dinero para su bienestar...

L: Ahí está, necesitaba todo ella entonces yo... mi ahorrito de mi costura eran para mí y con lo que ella cobraba, pues comíamos y eran sus gastos y ya está porque ayuda ninguna vamos... ¿qué más quieres saber, qué te cuente de mi vida? (risas)

M: Listo María Luisa, muchas gracias por ayudarme con esto.

L: Lo que necesites.

MANUEL

Manuel: Hola soy Manuel. tengo 45 años pa 46 y empecé a trabajar a los 13 años en la ferretería de mi padre y montaba armarios, montaba lavadoras, sacaba neveras, sacaba la furgoneta de mi padre y empecé a trabajar a los 13 años en la ferretería porque mi padre tenía dos operaciones de hernia y entonces él no podía coger peso y yo le ayudaba a coger peso, le ayudaba a montar armarios, le ayudaba a montar cocinas, a montar cosas, y también vendía tornillos, tuercas, clavos, tacos, vendía... vendía... ay de to.

Y después me fui a Málaga a... ay es que no me acuerdo María...

María: No te preocupes, tú tienes todo el tiempo del mundo. ¿te fuiste a Málaga a trabajar o a estudiar?

Manuel: No, me fui a Málaga a... ¿tú sabes dónde está, cómo te digo yo, el Eroski?

María: Sí.

Manuel: En el Eroski donde están las puertas estas que está la Calle Málaga, que han puesto un edificio nuevo, pues allí estuve yo trabajando en la jardinería pero de Curro. Estuve de jardinero.

María: ¡Qué bien! ¿Cuánto tiempo estuviste de jardinero?

Manuel: Estuve 4 años. Empecé a los 17 años.

María: Y después, ¿qué pasó?

Manuel: Después de estar de jardinero pues... me cogió la Loli (monitora) con una navaja y me dijo la Loli “¿si? pues te voy a llevar a Álora” (hace referencia a FAISEM en Álora) y me llevó a Álora.

María: ¿Y quién es Loli?

Manuel: La jefa de FAISEM.

María: Y una vez aquí ¿qué tal?

Manuel: Y aquí pues Rocío me vio, me saludó y le dijo la Loli “vigila a este que tiene una navaja” y ella “vale”. Y entonces Rocío me dijo “ a ver qué tienes en los bolsillos” y yo lo saqué to y se lo enseñé y me vio otra navaja María.

María: Bueno... cuéntame algo más, ¿de dónde eres?

Manuel: Yo de Mijas pueblo.

María: Después de entrar en FAISEM ¿has vuelto a trabajar Manuel?

Manuel: No, porque mi hermana está ocupada con la herencia de mi padre y con mi madre en una residencia está metida. No puedo trabajar en la ferretería porque la tiene alquilada.

María: Y ¿te gustaría trabajar en otro sitio?

Manuel: En otro sitio puedo trabajar en Málaga en lo del Curro. Pero eso está mu lejo.

María: Cuando estaba trabajando ¿te sentías bien?

Manuel: Sí, muy bien. Yo regaba las plantas, cortaba los cipreses, cortaba las flores, cortaba los... los... cómo se llaman los muros estos de hierba... los setos, los setos. Cortaba los setos con las tijeras, cortaba los setos con la máquina de setos, cortaba con la máquina de... césped, regaba las plantas...

María: ¿Te has sentido bien con tus compañeros? ¿te ayudaban?

Manuel: Sí, sí me ayudaban.

María: ¿Te sientes capaz de volver a trabajar?

Manuel: Yo sí, me siento preparado para trabajar.

María: ¿Algo más que me quieras contar?

Manuel: Pues Rocío, Rocío es que me cogió con otra navaja. Me castigó Rocío.

María: Entonces, tú estabas trabajando de jardinero, cuatro años, y un día tu padre te pillaron con una navaja y avisaron a FAISEM

Manuel: Sí.

María: Pero, ¿estuviste antes en el hospital?

Manuel: Yo estuve en el hospital cuatro años.

María: Y ya entraste a FAISEM o ¿estuviste en otro lugar antes?

Manuel: No, después entré aquí en FAISEM.

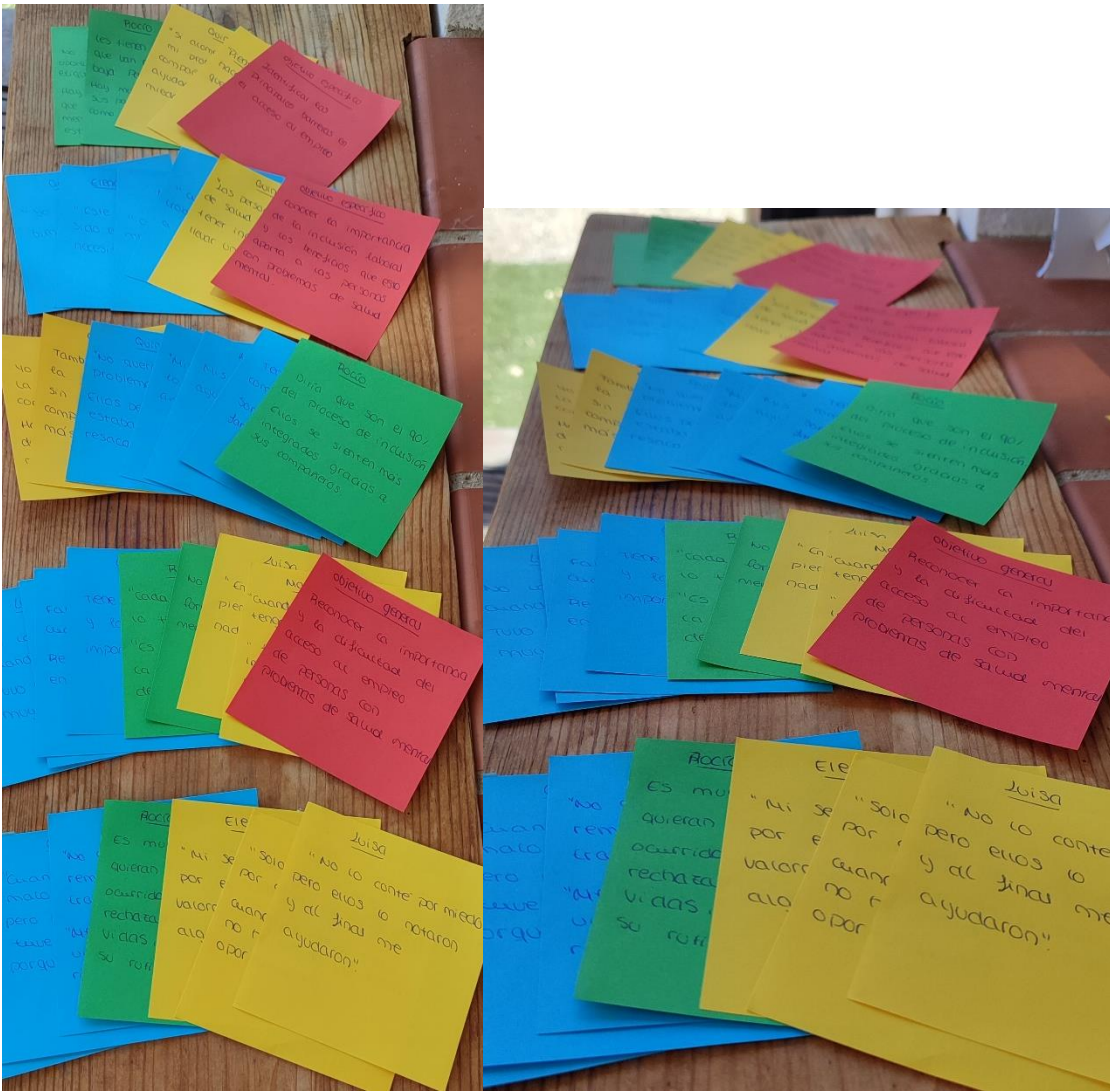
María: Y ¿por qué tenías la navaja, te acuerdas?

Manuel: Porque un compañero mío me la dio para que me la llevara en el bolsillo y la monitora mía, que no me daba dinero y solo me daba tabaco. Me saqué la navaja y pinché en el suelo y se lo dijo a la Loli, y la Loli dijo “¿si? pues te voy a llevar a Álora” y me llevó a Álora. Y ya Rocío me registró y me sacó otra navaja María.

María: Bueno Manuel, pues muchas gracias por tu ayuda.

Manuel: De nada Maria.

Anexo V. Posits del proceso de categorización



Anexo VI. Grupo focal transcrito

PREJUICIOS

M: por ejemplo, yo pienso algo de una persona malo y no lo conozco, la juzgo antes de conocerla

Q: Cuando era pequeño me quitaban el dinero de las chucherías todos los días pero al final ya de mayor, estuvimos trabajando juntos y resulta que me dijo que le prestara mil pesetas, en el tiempo de las pesetas, para gasolina para pagar la semana de coche porque nos íbamos una semana en el coche de uno y otra en el de otro y pagábamos la gasolina entre todos. Y me dice, joe yo no sabía que tú eras así de bueno, si no cuando éramos chicos no te hago lo que te hacía. Esos son los prejuicios, antes de conocerme me quitaba el dinero y ya cuando me conoció en verdad cuando era grande ya se dio cuenta la persona que yo era. Por eso es importante conocer a las personas.

También cuando trabajaba con depresión mis compañeros creían que yo era un borracho y siempre tenía resaca, porque no sabían que era por la medicación. Y yo no se lo quise contar.

E: En mi caso nadie me prejuzgó porque yo siempre decía la causa por la que me iba o tal , entonces nadie me prejuzgó. Lo único que como que siempre te dicen, te va a venir bien esto y lo otro, como que te animaban a hacer lo que tú no querías sabes? Era un poco raro.

L: Yo lo pienso por otro lado, pues prejuicio sí se tienen porque tú escuchas, tú piensas que que porque tú tengas ese problema pues por ejemplo no te van a contratar en un trabajo o te pueden despedir si se enteran que estás mal. A lo mejor son prejuicios que se tiene porque en realidad en realidad, yo cuando en mi caso yo no quería decir nada pero cuando ya me lo notaron y podía hablar con tus compañeros y con tus jefes lo que sí sentía era que te apoyaban y que te ayudaban y te preguntaban si necesitas algo. A lo mejor estábamos en el taller y se ponían a hablar en plan broma así cuando te veían más triste para que te rieras y estuvieras entretenida.

APOYO O ACOMPAÑAMIENTO

M: Yo cuando entro la primera vez a un trabajo, entro despistado y lo que me gustaría es que me apoyaran para poder hacer ese trabajo y con ayuda de mis compañeros.

En un trabajo que tuve, pasaban de mí. Yo me sentía allí muy mal, estaba agobiado, no me trataban muy bien y al final lo dejé.

Sin embargo, en otro trabajo sí que he sentido ese apoyo por parte de mis compañeros, les daba igual que estuviera malillo y me trataban muy bien, siempre estaban pendientes de mí.

Mi padre quería dejarme la ferretería, pero no se fiaba de mí. Nunca he sentido su apoyo ni su confianza.

E: Yo la verdad que he tenido la suerte de que familiares y amigos que no me han juzgado y siempre han entendido mi posición aunque no les haya pasado lo mismo.

ADAPTACIÓN

M: Necesito que alguien me ayude para adaptarme.

Q: pienso que está ligado a la palabra de arriba, cuando sientes apoyo y te echan una mano tus compañeros te adaptas enseguida. Si no te ayudan al final acabas adaptándote pero es cierto que cuesta más trabajo. Yo soy una persona que se adapta pronto, ayudando o sin ayudar pero ayudando siempre es mejor, coges más confianza.

EMPATÍA

Q: Comprender o intentar comprender a la persona que está al lado tuya. Porque te pones en el lugar de esa persona y harías todo el bien por ella al igual que ella lo haría por tí.

M: Por ejemplo si estamos en el trabajo y una persona normalmente trabaja mucho y ese día está más raro y trabaja menos te puedes poner en su lugar porque alomejor le ha pasado algo entonces le echas una mano. Y él lo mismo contigo.

L: Hay veces que la gente piensa que te ayudan te dicen ay si tú estás muy bien, vives sola, no tienes problemas, no tienes hijos, anda ya. Nadie se pone en tu lugar para pensar cómo está una.

INDEPENDENCIA

Q: No dependemos de otra persona. Todo el mundo debería ser independiente, no podemos depender de otra persona porque si fallece o lo que sea puedes entrar en depresión.

Hombre es duro, aunque no dependas es duro pero hay que sobrellevarlo lo mejor posible.

Las personas que tienen algún problema mental merecen tener independencia.

M: Claro porque así descubren cosas nuevas, sin independencia no tenemos nada. Viven experiencias que viven las otras personas, que tienen derecho a vivir. Por ejemplo si yo tengo independencia con mi trabajo y gano dinero para poder irme a vivir solo pues hay más independencia y nosotros también nos merecemos eso.

SEGURIDAD/ CONFIANZA EN SÍ MISMO/A

M: A mí eso me cuesta mucho trabajo, cuando no tengo experiencia me entran miedos e inseguridades. Yo aprendo las cosas pero por la poca experiencia y el miedo me cuesta un montón. No tengo iniciativa para eso.

Q: A mí también me ha costado siempre, hasta que no cojo confianza no he empezado a hacer el trabajo bien y con confianza.

M: Y tener seguridad es muy importante, porque sino te quedas atrancado en tu casa, yo por ejemplo si no hago algo en mi casa solo haría dormir y comer café y yo no quiero eso. Yo quiero hacer cosas.

Q: Claro, eso tiene mucho que ver con la iniciativa, echarle ganas a la vida.

E: Bueno pues obviamente la tenía por el suelo porque estaba todo el día dudando y necesitando validación para poder sentirme un pelín mejor y poder afrontar mejor el trabajo porque ya me encontraba mal por la situación que estaba pasando y necesitaba como un chute para de validación para decir, bueno venga yo puedo, yo puedo intentar empujarme un poco más.

L: Yo creo que cuando te pones mal es por eso, porque no te sientes bien ni tienes confianza contigo mismo. Piensas que no haces nada bien y eso.

INCLUSIÓN

M: A mí me gustaría sentirme así en un trabajo, que me traten bien y sentirme agusto y querido.

Q: Yo nunca he excluido a un compañero, al revés, cuando lo he podido ayudar lo he ayudado y a eso se refiere la inclusión. Y es importante porque es coger confianza, está todo enlazado. Coger confianza es cómo el compañero se relaciona contigo.

OPORTUNIDADES

M: Yo pienso que nosotros a veces no tenemos las mismas oportunidades para trabajar por ejemplo.

Q: Del 100% un 5% sale adelante en el aspecto de iniciarse en algún trabajo, pero el resto no. La culpa en realidad la tiene la sociedad vaya, empezando por los gobiernos. Parece que se están concienciando algo de la salud mental. Pero vaya han tardado una pila.

M: Ellos se creen que nosotros no sabemos hacer las cosas igual que la dependienta que está ahí, pero ellos lo van a hacer igual. No pueden decir, esta persona está enferma y ya no la quiero. Así no son las cosas.

Q: Yo estando con depresión pienso que no he tenido las mismas oportunidades que otras personas y me he sentido apartado de la sociedad, no incluido.

En el caso de no contarle a mis compañeros lo que le pasaba pues me he sentido así, aunque alomejor los prejuicios eran míos porque creía que se iban a reír y alomejor me podrían haber ayudado. Podría haberme quedado trabajando pero me fui porque alomejor no confiaba en mí como para contarlo.

L: Yo sí que sentí que tuve las mismas oportunidades, alomejor es que sí que tuve la fuerza de contarle y me sentí apoyada y con la oportunidad de seguir allí cuando quisiera.

EQUIPO

M: Yo me siento en equipo cuando en la casa (hace referencia a FAISEM) mis compañeros me ayudan y siento que están ahí conmigo y me animan.

Gracias a un equipo podemos hacer un montón de cosas, y aprender juntos.

Q: Claro, esas cosas no se pueden hacer solo. Hace falta un equipo para organizar lo que sea. Hay cosas en la vida en las que necesitas un equipo. En el trabajo hay que tener un equipo y que ese equipo vaya todos a una, todos por igual.

M: y sentirte dentro del equipo.

E: Pues yo la es que siempre he tenido buenas compañeras y no por eso no no me puedo quejar siempre me han apoyado o si no sabía hacer algo siempre me han estado ayudando.

IMAGEN 1 exclusión

Q: me llama la atención que hay un grupo que está socializando y hay uno apartado en otra mesa. A lo mejor el que está apartado no tiene ningún problema pero se ve que no está socializando con los demás. Para que se pueda incluir, alguno del grupo debería levantarse e invitarla a que se una.

M: Pienso que esa persona puede sentirse triste, apartada y aburrida.

Q: Así nunca va a tener una confianza como antes hablábamos. No se siente en un equipo de trabajo tampoco.

IMAGEN 2. Inclusión

M: Veo a todo el mundo apoyándose.

Q: a un equipo que va todos a una.

M: Están contentos, con confianza, celebrando algo...

Q: Esa persona seguro que va con más entusiasmo a trabajar (risas).