



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TÍTULO DE LA TESIS

“PROGRAMA DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL DE
ENFERMOS MENTALES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
LORENZO PONCE”

Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en
Servicios de Salud

ELABORADO POR

Ma. Cecilia Balda Delgado

Tanya Grace Calle Burgos

Guayaquil, a los 21 días del mes de marzo de 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por las periodistas Ma. Cecilia Balda Delgado y Tanya Grace Calle Burgos como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud.

Guayaquil, a los 21 días del mes de marzo de 2014

DIRECTOR DE TESIS

Eco. María del Carmen Lapo

REVISORES

Lcda. Linda Raymond de Salazar

C.P.A. Laura Vera Salas

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Eco. María del Carmen Lapo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

NOSOTRAS, MA. CECILIA BALDA DELGADO Y TANYA GRACE CALLE
BURGOS

DECLARAMOS QUE:

La tesis Programa de Rehabilitación e Inserción Laboral de Enfermos Mentales del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 21 días del mes de marzo de 2014

LAS AUTORAS

Ma. Cecilia Balda Delgado

Tanya Grace Calle Burgos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

NOSOTRAS, MA. CECILIA BALDA DELGADO Y TANYA GRACE CALLE
BURGOS

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: Programa de Rehabilitación e Inserción Laboral de Enfermos Mentales del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de marzo de 2014

AUTORAS

Ma. Cecilia Balda Delgado

Tanya Grace Calle Burgos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ANALISIS URKUND

The screenshot displays the Urkund analysis interface. On the left, a metadata panel shows submission details: Submitted (2014-05-14 16:07 (-05:00)), Submitted by (Andrés Isaac Obando Ochoa), Receiver (maria.lapo.ucsg@analysis.urkund.com), and Message (TESIS DE GRADO). The main area shows a document titled 'Proyecto de Rehabilitación Final.doc' with 0% of its 48 pages analyzed. A list of alternative sources is provided, including a link to the document on Docstoc and a PDF of the Organic Law of Disability. The bottom section shows a side-by-side comparison of the document's content, with both versions at 99% analysis. The text in both versions is identical, covering the conceptual framework of mental health, the definition of mental health, and references to the WHO and Canadian definitions.

Submitted 2014-05-14 16:07 (-05:00)
Submitted by Andrés Isaac Obando Ochoa (ing.obando@hotmail.com)
Receiver maria.lapo.ucsg@analysis.urkund.com
Message TESIS DE GRADO [Show full message](#)

0% of this approx. 48 pages long document consists of text present in 0 sources.

Alternative sources

- Proyecto de Rehabilitación Final.doc
- proyecto de rehabili-fnal corregido ultima vez laja.doc
- <http://www.docstoc.com/docs/29817527/SISTEMA-DE-SALUD-MENTAL-EL-ECUADOR>
- abad kevin corregido FINAL.docx
- LEY ORGANICA DE DISCAPACIDAD.pdf
- TRABAJO DE TITULACIÓN PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN TECNICENTO AUTOMOTRITRAL SU

99% **Urkund's archive:** Universidad Católica de Guayaquil / Proyecto de Rehabilitación Final.doc 99%

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL
1.1. LA SALUD MENTAL - DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la Salud Mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que de los 450 millones de personas que sufren de trastornos mentales o del comportamiento, sólo una pequeña minoría reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los trastornos mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (The World Health Report, 2001).

A pesar de ello, y dada esta compleja interacción, para la OMS, el término Salud Mental no tiene una definición específica:

Las definiciones de

salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto-actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un trastorno mental (The World Health Report, 2001, p.5).

Dentro de las aproximaciones que se realizan para conceptualizar el término Salud Mental, la Health and Welfare Canada (1988, p.7) define a la Salud Mental como "la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad".

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL
1.1. LA SALUD MENTAL - DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la Salud Mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que de los 450 millones de personas que sufren de trastornos mentales o del comportamiento, sólo una pequeña minoría reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los trastornos mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (The World Health Report, 2001).

A pesar de ello, y dada esta compleja interacción, para la OMS, el término Salud Mental no tiene una definición específica:

"Las definiciones de

salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto-actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un trastorno mental" (The World Health Report, 2001, p.5).

Dentro de las aproximaciones que se realizan para conceptualizar el término Salud Mental, la Health and Welfare Canada (1988, p.7) define a la Salud Mental como "la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad".

DEDICATORIA

*A nuestros hijos Rebeca y José Ramón; Daniela y Roberto, motores de
nuestras vidas.*

A nuestros esposos, compañeros incondicionales.

A nuestros padres, por su ejemplo de lucha, respeto y amor.

RESUMEN

El presente trabajo documenta el esfuerzo realizado, sistematiza los mecanismos empleados, grafica los resultados obtenidos en un grupo de pacientes y plantea un modelo operacional que permitiría la continuidad y replicación de los resultados.

El primer capítulo aborda temas conceptuales sobre la salud mental, la visión histórica y actual sobre los procesos para la rehabilitación de los enfermos.

El segundo capítulo enfoca el tema a nivel nacional, define una línea base de la problemática y como los diversos actores vinculados a su solución han abordado el tema desde sus perspectivas; se incluye además el marco legal en materia de los derechos de las personas con discapacidad entendiéndose a los pacientes con enfermedades mentales como parte de esta población.

El tercer capítulo presenta una evaluación de la institución a fin de definir sus capacidades para la implementación del programa.

En el cuarto capítulo se realiza un análisis de las características de los pacientes a fin de establecer o caracterizar al grupo objetivo del programa de inserción laboral.

Finalmente el capítulo quinto presenta la propuesta a implementar en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Basándonos en estos capítulos se plantean las respectivas conclusiones y recomendaciones del caso.

ABSTRACT

This paper documents the effort, systematizes the mechanisms employed, plots the results in a group of patients and presents an operational model that would allow the continuation and replication of results.

The first chapter discusses conceptual issues on mental health, the historical and current view of the processes for the rehabilitation of the sick patient.

The second chapter focuses on the issue nationally, define a baseline of the problem and how the various stakeholders involved in its solution have addressed the issue from their perspectives, it also includes the legal framework for the rights of people with disabilities understood to patients with mental illness as part of this population.

The third chapter presents an assessment of the institution in order to determine their capacity to implement the program.

The fourth chapter is an analysis of the characteristics of patients in order to establish or characterize the target group for employment programs.

Finally the fifth chapter presents the proposal to implement Lorenzo Ponce Psychiatric Hospital. Based on these chapters raises the respective conclusions and recommendations.

PALABRAS CLAVES

INSERCIÓN SOCIAL

INSERCIÓN LABORAL

SALUD MENTAL

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

LORENZO PONCE

TRASTORNOS MENTALES

REINSERCIÓN

KEYWORDS

SOCIAL INTEGRATION

INSERT JOB

MENTAL HEALTH

PSYCHIATRIC HOSPITAL

LORENZO PONCE

MENTAL DISABILITY

REINSERTION

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
PALABRAS CLAVES	IV
ABREVIATURAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
OBJETIVOS	IX
CAPÍTULO I - MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL	1
1.1. La salud mental - definición	1
1.2. Situación de la salud mental mundial	3
1.3. Tratamiento y rehabilitación	8
1.4. Inserción social y laboral	9
CAPÍTULO II - SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ECUADOR	14
2.1. Población con discapacidad mental y psicológica	14
2.2. Capacidad de atención hospitalaria psiquiátrica	15
2.3. Aspectos psiquiátricos y psicológicos	19
2.4. Entorno socioeconómico de los enfermos con trastornos mentales en el Ecuador	23
2.4.1. Paciente – familia	23
2.4.2. Estado Ecuatoriano	24

2.4.3.	Instituciones privadas	24
2.5.	Marco legal ecuatoriano	25
2.5.1.	Constitución Política del Ecuador (2008)	27
2.5.2.	Ley Orgánica de Discapacidades. Registro Oficial 796, 25-09-2012	30
2.5.3.	Reglamento General a la Ley de Discapacidades. Registro Oficial No. 27, 21-02-2003	31
2.5.4.	Ley Reformatoria al Código de Trabajo. Registro Oficial No. 198, 30-01-2006	32
2.5.5.	Otros cuerpos jurídicos	33
2.6.	La Inserción Laboral en el Ecuador de personas con trastornos mentales.	33
2.6.1	Caracterización de las personas con discapacidad insertadas en el mercado laboral	33
2.6.2.	Instituciones de soporte o ayuda para la inserción laboral de personas con discapacidad	38
2.6.2.1	Consejo Nacional de Discapacidades “CONADIS”	38
2.6.2.2.	Ministerio de Relaciones Laborales	40
2.6.2.3	Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL)	42
CAPÍTULO III - EL HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE COMO INSTITUCION DE SERVICIO DE SALUD MENTAL		43
3.1.	Historia	43
3.2.	Visión, Misión y Estrategias del Hospital Lorenzo Ponce	46
3.3.	Organigrama	47

3.4.	Infraestructura	49
3.5.	Servicios y principales enfermedades atendidas	51
3.6.	Recurso humano	55
3.7.	Procesos actuales de rehabilitación	55
3.7.1.	Análisis FODA	57
3.7.2.	Metodología de intervención en la rehabilitación psicosocial	58
3.7.3.	Diagrama de Flujo del Proceso de Atención y niveles de intervención del Hospital de Día	61
3.7.4.	Proceso actual de Talleres Pre-Ocupacionales	64
CAPÍTULO IV – IDENTIFICACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES CON OPCIÓN A INSERCIÓN LABORAL		67
4.1	Metodología de investigación	67
4.2.	Población	68
4.3.	Variables e instrumentos de investigación	68
4.4.	Resultados obtenidos y análisis	69
4.4.1.	Total pacientes del Hospital	69
4.4.2.	Pacientes de Salas Generales	71
4.4.3.	Pacientes en Hospital de Día	77
4.4.4.	Pacientes ingresados al Programa de Inserción Laboral (piloto)	82
4.4.5.	Resultados de la encuesta	85
4.5.	Análisis final de los resultados obtenidos sobre los pacientes	90
CAPÍTULO V - PROPUESTA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL		95

5.1.	Objetivos	95
5.2.	Estrategias	95
5.2.1.	Fase de Rehabilitación Psicosocial	97
5.2.2.	Fase de Rehabilitación Pre-Laboral (Terapia ocupacional)	101
5.2.3.	Programa de Inserción Laboral	102
5.2.3.1.	Evaluación y clasificación de usuarios	102
5.2.3.2.	Fase de intervención	105
5.3.	Recurso humano	108
5.4.	Infraestructura	114
5.5.	Capacitación a los profesionales del hospital que se encargarían del nuevo programa	115
5.6.	Análisis de costos de operación e inversión	115
5.6.1.	Costos de operación	115
5.6.2.	Costos de inversión	118
5.7.	Promoción y difusión de la propuesta	122
	CONCLUSIONES	125
	RECOMENDACIONES	127
	BIBLIOGRAFIA	129
	ANEXOS	135

ABREVIATURAS

Art.	Artículo
ASVOLH	Asociación de Voluntariado Hospitalario
CIE 10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud
CONADIS	Consejo Nacional de Discapacidades
Dpto.	Departamento
Dr.	Doctor
Dra.	Doctora
etc.	etcétera
FISLEM	Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
GAB	General abandonado
HLP	Hospital Lorenzo Ponce
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
Lic.	Licenciado/a
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
M.R.L.	Ministerio de Relaciones Laborales
DSM	Departamento de Salud Mental
MSP	Ministerio de Salud Pública
n	número
No.	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pág.	Página
Psc.	Psicólogo/a

RMU	Remuneración Mensual Unificada
SECAP	Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional
SIL	Servicio de Integración Laboral
s.f.	Sin fecha
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
Sr.	Señor
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UTB	Unidad de Terapia Breve
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lost Disability

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de desordenes mentales.	4
Figura 2. Círculo vicioso de la pobreza y el desorden mental.	5
Figura 3. Distribución del tipo de deficiencias presentes en Ecuador	14
Figura 4. Cantidad de personas con deficiencia psicológica registradas en el CONADIS	15
Figura 5. Incidencia de psicosis, retardo mental, intento suicida en Ecuador entre 1994 y 2007	20
Figura 6. Incidencia de violencia, alcoholismo, depresión en Ecuador entre 1994 y 2007	20
Figura 7. Incidencia de demencia, suicidio y farmacodependencia en Ecuador entre 1994 y 2007	21
Figura 8. Edad de personas laborando con discapacidad	35
Figura 9. Nivel de instrucción formal de las personas con discapacidad	35
Figura 10. Modalidad utilizada para la inclusión laboral	36
Figura 11. Porcentaje de empresas que capacitan a los empleados con discapacidad	36
Figura 12. Inconvenientes de las empresas en la selección de PCD	37
Figura 13. Carné emitido por el CONADIS	40
Figura 14. Servicio de Integración Laboral "SIL"	42
Figura 15. Ingreso al Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce"	45
Figura 16. Orgánico estructural del HLP	48
Figura 17. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Área de Hospitalización	50
Figura 18. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Área de Hospitalización Privada	50

Figura 19.	Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Unidad de Terapia Breve	51
Figura 20.	Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Actividades en Hospital de Día	51
Figura 21.	Pacientes adultos atendidos en consulta externa año 2008	54
Figura 22.	Proceso de Hospital de Día	62
Figura 23.	Diagrama de proceso de talleres pre-ocupacionales	65
Figura 24.	Porcentaje de pacientes por áreas del Hospital	70
Figura 25.	Relación de género de pacientes de Salas Generales 2011	72
Figura 26.	Caracterización de pacientes por edad en salas generales	72
Figura 27.	Nivel de deterioro de los pacientes mujeres	73
Figura 28.	Nivel de deterioro de los pacientes hombres	74
Figura 29.	Comparación del nivel de deterioro entre géneros	74
Figura 30.	Tipos de trastornos en pacientes con deterioro leve	75
Figura 31.	Tipos de trastornos en pacientes con deterioro grave	75
Figura 32.	Gráfico de edad vs. nivel de deterioro	77
Figura 33.	Variación en la atención de pacientes hombres y mujeres por mes en Hospital de Día para el 2009 y 2010	78
Figura 34.	Cantidad promedio de pacientes registrada por mes en los años 2009 y 2010	78
Figura 35.	Relación de género de los pacientes	79
Figura 36.	Edades de los pacientes de Hospital de Día (datos 2011)	79
Figura 37.	Diagnósticos de los pacientes (datos 2011)	80
Figura 38.	Estado civil de los pacientes (datos 2011)	80
Figura 39.	Tipo de soporte familiar (datos 2011)	81
Figura 40.	Experiencia laboral previa (datos 2011)	81
Figura 41.	Relación de género	83
Figura 42.	Estado civil	83

Figura 43.	Tipo de trastorno	84
Figura 44.	Formación formal	84
Figura 45.	Experiencia laboral	85
Figura 46.	Resultados de la respuesta a la edad máxima apropiada para el paciente	86
Figura 47.	Resultado de la consulta sobre los trastornos que no impiden al paciente para el programa de inserción laboral	87
Figura 48.	Respuestas obtenidas sobre el nivel de deterioro aceptable para los pacientes del programa	88
Figura 49.	Esquema general del Programa de Rehabilitación e Inserción Laboral	96

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Las diez principales causas de años de vida vividos con incapacidad (Years Lost Disability “YLDs”), en todas las edades estimados para el 2000	6
Tabla 2. Hospitales Psiquiátricos en Ecuador	16
Tabla 3. Distribución de camas en los Hospitales Psiquiátricos del Ecuador (2006)	18
Tabla 4. Presencia de servicios de salud mental en Ecuador por cantidad de habitantes.	19
Tabla 5. Distribución de los pacientes según grupos de diagnósticos atendidos en cada tipo de establecimiento	21
Tabla 6. Información de la Misión Solidaria Manuela Espejo sobre la discapacidad mental (demencia)	22
Tabla 7. Estrategias del Plan Estratégico relacionadas con el proyecto	47
Tabla 8. Disponibilidad de camas en pensionado	52
Tabla 9. Disponibilidad de camas en Unidad de Conductas Adictivas	52
Tabla 10. Disponibilidad de camas en Hospitalización General	53
Tabla 11. Grupos de pacientes vs. criterios de exclusión para programa de inserción laboral	71
Tabla 12. Codificación de los trastornos mentales	76
Tabla 13. Datos de los pacientes del piloto de inserción laboral	82
Tabla 14. Condiciones necesarias de los pacientes para el programa	88
Tabla 15. Costos de operación de la propuesta	117
Tabla 16. Costos de Mano de Obra Directa	118
Tabla 17. Resumen de la inversión propuesta	119
Tabla 18. Costos de adecuaciones planteadas	120
Tabla 19. Propuesta referencial mobiliarios y equipos	121

Tabla 20.	Costos de promoción y difusión	122
Tabla 21.	Estrategia para la Difusión y Promoción del Programa	124

INTRODUCCIÓN

Desde que la atención psiquiátrica surgió, la sociedad ha mantenido y mantiene prejuicios en torno al ambiente de la hospitalización psiquiátrica. Los hospitales y clínicas psiquiátricos tradicionales se solían percibir como espacios de aspecto un tanto deprimente. Esta imagen social de lo que era la hospitalización definitivamente no le favorecía al paciente psiquiátrico.

En el siglo veinte ocurrió un cambio gigantesco en los métodos terapéuticos y en el manejo institucional de este tipo de pacientes. El desarrollo de nuevas técnicas de terapia psicológica, la aparición de medicamentos cada vez más efectivos, y la revisión y avance en la concepción de la hospitalización psiquiátrica ha cambiado el panorama totalmente.

La medicina actual conoce que la enfermedad psiquiátrica ocurre por alteración del funcionalismo cerebral causado por una mezcla de factores psicológicos y biológicos y no como el producto de degeneraciones sociales o culturales como se pensó. Por tal motivo la enfermedad psiquiátrica es considerada como una enfermedad médica más, sin prejuicios en torno a ella.

Los modelos de atención institucional del paciente psiquiátrico han venido evolucionando desde hace más de cincuenta años. La tendencia es la desaparición del hospital o clínica psiquiátrico tradicional, con la aplicación de modelos que no estigmaticen al paciente, que respeten más su condición humana y no lo desincorporen de su realidad familiar y social.

Sin lugar a dudas los nuevos modelos velarán por resolver no solo la enfermedad mental sino también incorporar dentro del proceso de solución mejoras en la estructura social que le permita a ese individuo, adaptarse y sentirse parte de esa sociedad típicamente excluyente.

Los enfermos mentales, se enfrentan seriamente a este problema dadas las pocas oportunidades laborales; son inicialmente excluidos por la sociedad y terminan siendo marginados incluso por sus propias familias, quienes los ven como una “carga económica” particularmente para familias de escasos recursos. Al final, la barrera, sociedad-familia con el enfermo es tan abismal que terminan internados “de por vida” en algún centro de atención mental con muy pocas esperanzas de rehabilitación.

A esto se suma la creencia falsa de que las enfermedades mentales son en su mayoría de larga duración, de diagnóstico poco científico y dudoso, de tratamiento prolongado y costoso y de largos períodos de reposo. Estos mitos son el producto de pasadas vivencias cuando el campo de la salud mental estaba poco desarrollado y cuando los pacientes tendían a permanecer más tiempo en tratamiento, con largos períodos de hospitalización debido a que los pacientes eran lapidados de por vida por sus familiares.

En los últimos veinte años el progreso que ha experimentado el campo de la salud mental ha sido extraordinario. El avance en diagnóstico y tratamiento de la mayoría de las patologías de tipo psicológicas ha sido tan grande que han modificado totalmente los esquemas del pasado. Los cambios en el campo de la salud mental de los últimos tiempos se han traducido en modificaciones importantes en la prestación de servicios. La combinación de mejores diagnósticos y de más opciones terapéuticas han permitido aumentar el éxito de los tratamientos, reducir el tiempo del mismo y reincorporar más rápida y efectivamente al paciente a su vida usual. Mejor precisión diagnóstica y opciones terapéuticas múltiples que combinan la psicoterapia (individual, grupo y familia), el uso de medicación apropiada y otros métodos, permiten resolver en corto tiempo la mayoría de los trastornos de índole psiquiátrico.

La hospitalización psiquiátrica actual en muchos países se ha tornado cada vez más abierta a la comunidad y menos restrictiva; orientando su quehacer hacia la prevención de la salud mental a través de los centros primarios de atención. Se

promueve la utilización de las partes sanas del paciente, el apoyo familiar, la reinserción social temprana, y el uso de técnicas de intervención psicológica y farmacológica efectivas.

Sin embargo todavía en algunos países, los derechos humanos y civiles de los pacientes psiquiátricos se ven particularmente violentados por el incumplimiento de los mismos y la carencia de normas claras hace que en los hospitales psiquiátricos como instituciones mentales totales, generen condiciones de dependencia del paciente a la atención hospitalaria. Esta situación perjudica la integración de los pacientes a la comunidad. Más aún, las personas con trastornos mentales no reciben asesoramiento previo a su salida de una institución de salud mental y una vez fuera de la misma, no cuentan con acciones de seguimiento. Para dar el alta, el médico psiquiatra Jefe de Sala, debe integrar o tener presente los informes del equipo multi., inter., y trans. disciplinario, referente a los procesos socio-educativos, integral, familiar y la responsabilidad acerca de los pacientes.

Es necesario aclarar, que las limitaciones que en muchos casos pueden presentar los pacientes psiquiátricos por enfermedades mentales y nerviosas, no necesariamente, van acompañadas por afecciones físicas que de algún modo lleguen a impedir su desenvolvimiento, pudiendo ser capaces de realizar actividades laborales como jardinería, agricultura, trabajos manuales, limpieza, mensajería, etc., bajo supervisión institucional.

Ante esta situación es necesario tomar medidas específicas dirigidas a este grupo para conocer su problemática y alcance, así como desarrollar acciones que mejoren su atención y posibiliten la progresiva reinserción social y laboral.

Es fundamental promover el desarrollo de una red completa y suficiente de recursos de atención, rehabilitación y apoyo a la reinserción social y laboral de las población con enfermedades mentales crónicas, que eviten procesos de marginación de personas enfermas mentales y que además faciliten la atención

oportuna a las necesidades más específicas de tratamiento, rehabilitación o soporte residencial, del colectivo de enfermos mentales crónicos sin hogar.

En nuestro país, el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce es el más grande en su especialidad. Regentado por la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, fue fundado el 2 de febrero de 1881. Desde ese entonces hasta la fecha ha tenido cambios estructurales y funcionales en pro de una mejor atención hospitalaria, sin embargo requiere y busca cambios acorde a esa línea estratégica mundial, cual es permitir que ese ser humano recuperado o estable en su enfermedad pueda volver a ser parte de la estructura social. Este es uno de los “cuello de botella”, tal vez el principal, para finalizar con éxito el tratamiento psicológico “convertir al individuo recuperado en un ente productivo y activo para la sociedad”.

Uno de los mayores problemas que atraviesan los enfermos mentales que han sido rehabilitados, es la carencia de un trabajo o una actividad laboral que les permita mantenerse ocupados y al mismo tiempo, les genere ingresos económicos para paliar el gasto generado por la compra de medicamentos farmacológicos que deben seguir ingiriendo así como por sus necesidades básicas.

“La falta de ocupación laboral condiciona una baja autoestima y una menor posibilidad de relacionarse con otros, así como también un mecanismo de perpetuación del estigma social” (Pardo V., *et al*, 2005).

Las grandes empresas por la incertidumbre se abstienen de brindar oportunidades de trabajo a personas que se han recuperado de un proceso mental, situación que empuja al rehabilitado más al abismo, debido a que se siente rezagado en un entorno social carente de políticas gubernamentales en el campo de la salud mental y psiquiátrica.

Los expertos en psiquiatría señalan que este es un problema social que en vez de ayudar a las personas con alguna enfermedad mental, lo que hace es privarlas de una opción de un estilo de vida mejor y mantenerlas en un ciclo sin salida.

Al problema social – laboral del paciente, como producto de la falta de un puente o vínculo entre la atención hospitalaria y un empleo se suma el aspecto económico de la institución.

Cada paciente que se suma a esta lista de pacientes “abandonados” le representa a la institución un monto de aproximadamente entre 13.5 a 17.9 dólares/día/paciente. Este rubro incluye alimentación, atención de su salud mental y de su salud general, vestimenta, operación de la sala donde se aloja y en algunos casos hasta los gastos involucrados en su defunción.

Existen pacientes que llegan al Hospital siendo niños o adolescentes debiendo permanecer allí en calidad de “huésped de por vida”.

El efecto resultante es la reducción en la “capacidad de atención” a pacientes nuevos por la falta de espacio físico y disminución de los recursos económicos.

Dentro de los más de 10 años laborando en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, su personal ha ido tomando consciencia de la problemática que viven los pacientes que ingresan al hospital por algún padecimiento mental, son rehabilitados, regresan a su hogar pero que luego de un periodo recaen en muchos de los casos por no seguir los tratamientos al no poder pagar la medicación y finalmente son asilados en este hospital. Sin embargo, ahondando un poco más en el campo técnico, junto con las personas idóneas en el tema, creemos que la posibilidad de mejorar la calidad de vida de los mismos podría ser una realidad, a través de cambios en la estructura y/o incorporación de subsistemas que permitan la inclusión del paciente “rehabilitado” al entorno social – laboral permitiendo ejercer su derecho como cualquier persona a una “vida digna”.

Lamentablemente los esfuerzos en esta materia han sido aislados y no se tiene dentro de la institución un esquema o proceso claro, sistematizado, que pueda ser replicado conforme aparecen nuevos pacientes.

El presente trabajo ofrece una alternativa práctica, eficiente, con muy poca inversión para la inserción laboral de los pacientes institucionalizados del Hospital Lorenzo Ponce.

OBJETIVOS

Objetivo General: Diseñar una propuesta de un programa de rehabilitación e inserción laboral para los pacientes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, de manera que posibilite su autonomía económica como un mecanismo de inserción social efectiva.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la estructura operativa del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, Hospital de Día y el Programa de Rehabilitación Integral.
- Caracterizar a los pacientes definidos como grupo objetivo, y aquellos que participaron en experiencias previas de procesos de inserción laboral.
- Establecer el perfil de los pacientes para el programa de inserción laboral.
- Definir una estrategia de inserción laboral que incorpore los recursos humanos, de infraestructura y financieros necesarios para el desarrollo del programa.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL

1.1. LA SALUD MENTAL - DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la “Salud Mental” es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento, sólo una pequeña minoría reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (The World Health Report, 2001).

A pesar de ello, y dada esta compleja interacción, para la OMS, el término Salud Mental no tiene una definición específica:

“La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto-actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental “(The World Health Report, 2001, p.5).

Dentro de las aproximaciones que se realizan para conceptualizar el término Salud Mental, la Health and Welfare Canadá (1988, p.7) define a la Salud Mental como **“la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y**

colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la Salud Mental como **“la condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”** (Toledo, 2012, p.4).

Es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. (Definición.de, 2009).

En resumen, se trata de un estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Este estado garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Es importante destacar que la ausencia de una enfermedad mental no implica que el individuo goce de buena salud mental. También hay que considerar que, como se indicó anteriormente, la salud mental no es una dimensión separada de la salud física, tal como lo recuerda la famosa sentencia latina *“mens sana in corpore sano”*. Existen evidentes conexiones entre enfermedades mentales y las biológicas. (Mas, X. 2006. p.6).

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

“Una buena salud mental es un elemento fundamental para disfrutar de calidad de vida y bienestar. Es un concepto positivo que incluye tanto la

vivencia intrapersonal como la experiencia interpersonal, familiar y comunitaria. Es la capacidad de la persona y del grupo para interactuar efectivamente con su ambiente. En el individuo, la salud mental significa felicidad, aptitud, sensación de manejar su propia vida, sentimientos positivos de auto estima y capacidad de amar, trabajar y recrear. Una buena salud mental también permite a las personas manejar apropiadamente las dificultades que se presentan en la vida. Por lo tanto, es de gran importancia el esfuerzo que desarrollen tanto la sociedad como los servicios de salud mejorando la salud mental de sus asociados”. (Carreño, L, y Millán, H. 2002).

1.2. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL MUNDIAL

En la época de la colonia la imagen de “la locura” era una mezcla de superstición y fanatismo católico. Ello hacía que los enfermos mentales sean considerados seres perversos, resultado de la hechicería, el maleficio y por lo tanto debían ser exorcizados, aislados, torturados o sancionados por los Tribunales de la Santa Inquisición (Barreto, D., Pacurucu,S., Moya, L., Domínguez, F., 2002).

En Europa en el siglo XIX, la enfermedad mental era vista por un lado como un tópico legítimo de investigación científica. La psiquiatría evolucionó como una disciplina médica, y personas que sufrían de desórdenes mentales eran consideradas como pacientes de medicina. Por otro lado, las personas con esos desórdenes, eran consideradas indeseables para el medio social, aislándolos de la sociedad en grandes instituciones con custodia, denominados los “asilos de lunáticos”, más tarde conocidos como hospitales mentales. Esta tendencia fue introducida más tarde a África, las Américas y Asia.

Durante la segunda mitad del siglo XX, un cambio en el paradigma de la salud mental tomó lugar, grandemente influenciado por tres factores independientes: Primero, la psicofarmacología hizo significativos progresos, con el descubrimiento de nuevas clases de medicamentos, particularmente neurolépticos y antidepresivos, así como el desarrollo de nuevas formas de

intervenciones psico-sociales. Segundo, un fenómeno internacional de un verdadero movimiento humanista auspiciado y liderado por las Naciones Unidas. Tercero, la incorporación de un componente mental al concepto de salud definido por la recientemente establecida Organización Mundial de la Salud (OMS). Juntos esos eventos promovieron el cambio de estas grandes instituciones custodiadas a un más abierto y flexible cuidado en la comunidad. (The World Health Report, 2001).

Adicionalmente, hoy es conocido, que la mayoría de enfermedades mentales y físicas, son influenciadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (figura 1). Es así que estudios realizados por Medina, M. (1994) encontró que las diferencias de género se han relacionado con las prevalencias de trastornos mentales (depresión neurótica fueron más frecuentes en mujeres que hombres), si a esto se suma condiciones sociales como el desempleo, provocan estados depresivos que pueden inducir hasta el suicidio. (Granados, J., *et al.* 2004).

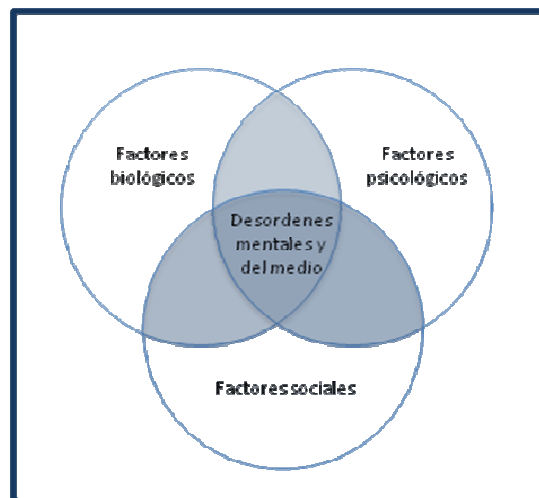


Figura 1. Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo de desórdenes mentales

Fuente: The World Health Report, 2001

Elaboración: Autoras

Otro aspecto que es importante entender, es que los “desórdenes mentales” no son de exclusiva presencia en determinado o especial grupo de personas; son realmente universales. Diversas patologías mentales se presentan en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Ellas están presentes en mujeres y hombres durante todas las etapas de su vida, entre personas ricas y pobres, que habitan en áreas urbanas y rurales. La idea de que los desórdenes mentales son problemas de los sectores industrializados y relativamente ricos es simplemente un error. Así mismo, creer que comunidades rurales relativamente no afectadas por la vida moderna no los presentan es incorrecto. Sin embargo, está claro que factores como la pobreza y sus consecuencias agudizan ciertos cuadros clínicos específicos como la ansiedad y la depresión (figura 2) (The World Health Report, 2001).



Figura 2. Círculo vicioso de la pobreza y el desorden mental

Fuente: The World Health Report, 2001.

Elaboración: Autoras

A pesar de lo anteriormente expuesto, en la mayor parte del mundo, actualmente la salud mental y las enfermedades relacionadas a esta no son

temas todavía tratados con igual importancia que la salud física y social. El mundo está sufriendo un incremento considerable de personas con este tipo de enfermedad. Aproximadamente 450 millones de personas sufren de desórdenes mentales o neurológicos o de problemas psicosociales (conducta) tales como los relacionados al abuso del alcohol y la droga que dificultan gravemente su vida, sin embargo, solamente una pequeña minoría de ellos reciben los más básicos tratamientos.

Dentro de los cuadros clínicos registrados a nivel mundial que causa incapacidad y/o reducción de los años de vida, están presentes las enfermedades psicológicas y de conducta.

Tabla 1.

Las diez principales causas de años de vida vividos con incapacidad (Years Lost Disability “YLDs”), en todas las edades estimados para el 2000

	Ambos sexos, todas las edades	% Total
1	Desórdenes depresivos unipolares	11.9
2	Pérdida de la audición	4.6
3	Deficiencia de hierro, anemia	4.5
4	Enfermedades obstructivas pulmonares crónicas	3.3
5	Desórdenes por uso de alcohol	3.1
6	Osteo-artritis	3.0
7	Esquizofrenia	2.8
8	Caídas	2.8
9	Desórdenes afectivos bipolar	2.5
10	Asma	2.1

Fuente: The World Health Report, 2001, p.28..

Elaboración: Autoras

Cuatro condiciones neuropsiquiátricas figuran entre las diez causas de años de vida perdidos debido a inhabilidad (Year lost due to disability “YLDs”) en el mundo, siendo estas los desórdenes de depresión unipolar, desórdenes por el uso de alcohol, esquizofrenia y desorden bipolar afectivo (Tabla 1).

En la región de las Américas, la salud mental plantea grandes retos para la salud pública de sus países. Los trastornos mentales representan 28% de los años vividos con discapacidad y el suicidio se ha constituido en una de las tres causas principales de muerte entre las personas de 15 a 35 años. Se calcula que en 1990, 114 millones de personas sufrían un trastorno mental, mientras que en 2010 las cifras pudieron aumentar a 176 millones. La edad, el género y diversos factores sociales pueden influir en la incidencia de los trastornos mentales, pero ningún grupo es inmune. Los trastornos mentales pueden alterar la vida de niños y adultos en países desarrollados y en desarrollo, causando enorme sufrimiento y discapacidad. Se calcula que 25% de la población adulta de la región sufre trastorno mental en algún momento de la vida. Los estudios muestran que la tasa aproximada de prevalencia de trastornos mentales en los niños varía de 21% en los Estados Unidos a 12%-29% en los países en desarrollo, como Ecuador.

Se estima que los cambios sociodemográficos empeorarán la situación actual. Se calcula que entre 1990 y 2010 el número de personas que sufren depresión pudo aumentar de 20 a 35 millones en América Latina y el Caribe, mientras que los que sufren esquizofrenia pudo aumentar de 3.3 millones a 5.5 millones. (World Health Organization, 2005)

Los reportes indican que en las dos próximas décadas se verán cambios dramáticos en las necesidades de salud de la población. Según investigaciones del Banco Mundial y la OMS en los países en desarrollo, las enfermedades como la depresión o la enfermedad cardíaca están reemplazando rápidamente a los enemigos tradicionales (enfermedades infecciosas y desnutrición) como las principales causas de discapacidad y muerte prematura.

En resumen, según la World Health Organization (2005), las estadísticas del escenario mundial indican que globalmente:

- El 25% de la población, sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.
- El 22% de la población padece episodios de ansiedad y depresión en algún momento de su vida.
- 70 millones de personas sufren de dependencia de alcohol.

- Cerca de 50 millones tienen epilepsia, y otros 24 millones tienen esquizofrenia. Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
- Un millón de personas cometen suicidio cada año. Entre 10 a 20 millones de personas lo intentan,
- Una persona de cada cuatro será afectada por un desorden mental en alguna etapa de su vida.
- **Entre el 70 y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo.**

1.3. TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La rehabilitación se entiende como un proceso de ajuste o adaptación del enfermo mental crónico al ambiente social y familiar.

Un enfermo mental crónico puede definirse como “aquella persona que sufre un trastorno mental severo y persistente que interfiere en sus capacidades funcionales de la vida diaria, como el autocuidado, las relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio que a menudo precisa de atención hospitalaria o de tratamientos psiquiátricos prolongados” (Saltando Muros, 2010). Una gran parte de estas personas pueden vivir con cierta independencia siempre que se les proporcione un adecuado tratamiento, servicios en la comunidad, apoyo social y oportunidades.

Las personas con trastornos mentales y los familiares que los cuidan, son estigmatizadas por esta causa. Esto impide que las personas con problemas mentales busquen ayuda de manera rápida y oportuna y son empujados hacia el aislamiento en la comunidad, así como hacia la discriminación y problemas de acceso a los servicios. La rehabilitación se orienta a recuperar esas capacidades, su objetivo es fomentar la re-adquisición y la utilización de aquellas destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento del enfermo mental en la comunidad (vivir, aprender relacionarse con otros, y trabajar en un medio social particular), permitiendo

lograr el máximo nivel de autonomía e integración social en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible. Se debe acabar con la creencia que decir enfermo mental es sinónimo de violencia y peligro, de incompetencia, desadaptación, improductividad. Es importante reducir la estigmatización y discriminación para poder volver reales los derechos de las personas con problemas de salud mental y trastornos mentales pasando cada vez más, de servicios institucionalizados a un modelo de atención comunitaria.

1.4. INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Está demostrado que los programas de reinserción social de los pacientes con padecimiento mental, no sólo reducen los gastos sociales en salud sino que además favorecen la calidad de vida de los pacientes y su capacidad de pensar y relacionarse con el medio. Sin embargo, el trabajo de rehabilitación no debiera concluir hasta que la persona alcance su autosuficiencia plena que incluya alguna actividad laboral (Sobrino T., 2003).

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

Diversos estudios realizados en Estados Unidos ilustran esta situación con claridad: la tasa de desempleo global entre la población psiquiátrica crónica alcanza cotas en torno al 70%. De entre los pacientes des institucionalizados, sólo entre un 20 y un 30% trabajan en el año siguiente al de la salida del hospital, reduciéndose dicho porcentaje al 10-15% para los que mantienen su empleo entre uno y cinco años después de dicha salida (Aldaz J. & Vázquez C., 1996).

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y

mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral.

En la situación de desempleo influyen muchos factores que podríamos dividir en tres grupos (Galilea, V. & Colis, J.1995, citado por Sobrino, 2003, p.99):

- Las dificultades derivadas de la situación del mercado de trabajo.
- Las derivadas del prejuicio social.
- Las derivadas de la propia enfermedad.

Realmente estos tres grupos de factores no actúan de manera aislada, se entrelazan formando una barrera comparativa entre las personas sanas y las personas con otro tipo de discapacidades versus las personas con discapacidad psiquiátrica.

En España, por ejemplo, el empresario manifiesta un concepto estereotipado del minusválido al que considera poco rentable. Si a este estereotipo se suma una disminución de su capacidad por «esquizofrenia», la respuesta es, en muchos casos, de rechazo absoluto.

Y es que, la relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es promovida por la sociedad, a pesar de que no se ha demostrado una relación causal entre enfermedad mental y violencia.

Los empresarios, como parte de esta sociedad, también tienen una imagen negativa de este colectivo, y sus miembros son considerados incapaces o demasiado problemáticos para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario.

A este escenario se suman las dificultades derivadas de la propia enfermedad como son (Sobrino, T. 1999):

- Efectos secundarios de la medicación.
- Escasa formación académica y profesional debido a que la enfermedad surge en la adolescencia o inicio de la edad adulta que es cuando la persona

se está formando. También se da el caso de personas con formación que no les sirve para afrontar un empleo propio de la profesión. Ejemplo de esto último se da con usuarios con estudios superiores que tienen que bajar las expectativas por no ser capaces de afrontar la responsabilidad y el estrés de empleos altamente cualificados (médico, abogado, biólogo, etc.).

- Escaso interés laboral.
- Ausencia de experiencia laboral previa.
- Experiencia laboral previa vivida como frustrante.
- Déficit de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
- Dificultades para disponer y utilizar todas aquellas habilidades y conocimientos necesarios para elegir, conseguir y mantener un empleo.
- El papel de la familia.

La familia puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral, pero puede también estar obstaculizándola por diferentes motivos:

- Su experiencia negativa respecto a trabajos anteriores.
- Desconfianza en cuanto a los intereses y las aptitudes de su familiar.
- Rigidez en las expectativas laborales de su familiar y rechazo a ciertos trabajos por considerarlos "inferiores": barrendero, basurero, limpiador, etc.
- "Infravaloración" de las ventajas de trabajar.
- Miedo a las posibles recaídas
- Miedo al cambio de vida familiar que supone el rol de trabajador: amigos, dinero para gastar, horarios, etc.

Todas estas dificultades conforman un panorama en principio bastante desalentador. Pero, los trabajos realizados en esta materia en especial en España apuntan a que la integración laboral es posible, son muchos los

enfermos mentales que pueden trabajar y que, de hecho, lo hacen con los debidos apoyos.

Quizás una de las dificultades más inmediatas para el profesional que se enfrenta ante la duda de si tiene que iniciar un proceso de rehabilitación laboral o no, es decidir qué usuario es susceptible de integración laboral y cuál no.

La literatura especializada señala una serie de predictores de éxito o fracaso en la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica (Orviz y González, 1994 en Menéndez, L. 2008 p. 252) que abarcan tanto variables socio demográficas como clínicas de los sujetos estudiados. En resumen, los diferentes autores coinciden en que *NO* predice un posible éxito o fracaso laboral:

- El diagnóstico psiquiátrico.
- La historia psiquiátrica.
- Los resultados en evaluaciones de inteligencia, aptitudes y personalidad.
- El funcionamiento en ambientes no laborales.
- La sintomatología presente.

Los factores que consideran *SI* predecir correlacionar con un desempeño adecuado en el mundo laboral son:

- Poseer unas adecuadas habilidades de ajuste laboral.
- La historia laboral previa.
- Poseer unas expectativas e intereses ajustados al mercado laboral.
- Los resultados en pruebas que miden auto-imagen y auto-concepto como trabajador.
- Haber participado con éxito en programas de entrenamiento en búsqueda de empleo.
- El apoyo profesional.
- La motivación para trabajar.

Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos que la comunidad pone a disposición

de las personas desempleadas, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento en el trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral.

Así pues, se hace necesaria la *rehabilitación laboral*, la cual fue definida como un **“proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedad mental crónica para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral. Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas”** (Sánchez, O. 2006, p.6).

La rehabilitación laboral, al igual que la rehabilitación psicosocial, sostiene que el individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento, tender a la normalización y aumentar su grado de autonomía e independencia.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ECUADOR

2.1. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD MENTAL Y PSICOLÓGICA

A pesar de que la Constitución del Ecuador del 2008 en sus artículos 35 y 47, consagran que en los ámbitos público y privado deben recibir atención prioritaria y especializada los grupos vulnerables; las escasas estadísticas no permiten conocer con certidumbre la cantidad actual de ecuatorianos con discapacidad atendidos (Vicepresidencia. (s.f)), menos aún información con respecto a personas con discapacidad psíquica (trastornos mentales).

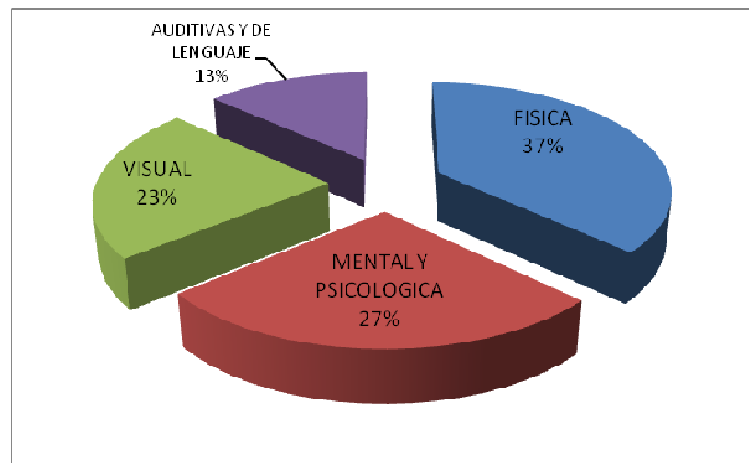


Figura 3. Distribución del tipo de deficiencias presentes en Ecuador

Fuente: Consejo Nacional de Discapacidades (s.f)

Elaboración: Autoras

Los datos generales del 2004 (Consejo Nacional de Discapacidades. (s.f)) del País registraban en ese entonces 12.14% de personas con discapacidad, es decir 1'608.334 personas de las cuales 432.000 (27%) correspondían a personas con deficiencias mentales y psicológicas dentro de los cuales se ubicarían las personas con trastornos mentales (figura 3). Del total de la

población con discapacidad, 665.000 personas, esto es el 41.3%, se ubicaban las provincias del Guayas y Pichincha con 351.773 y 314.557 respectivamente.

Desde el año 1996 al 2011 se encuentran 11.872 personas con discapacidad psicológica registradas en el CONADIS, valor considerablemente bajo con respecto a la cantidad de personas estimadas con deficiencia mental y psicológica (432.000). La figura 4 muestra la distribución de dichas personas por provincias.

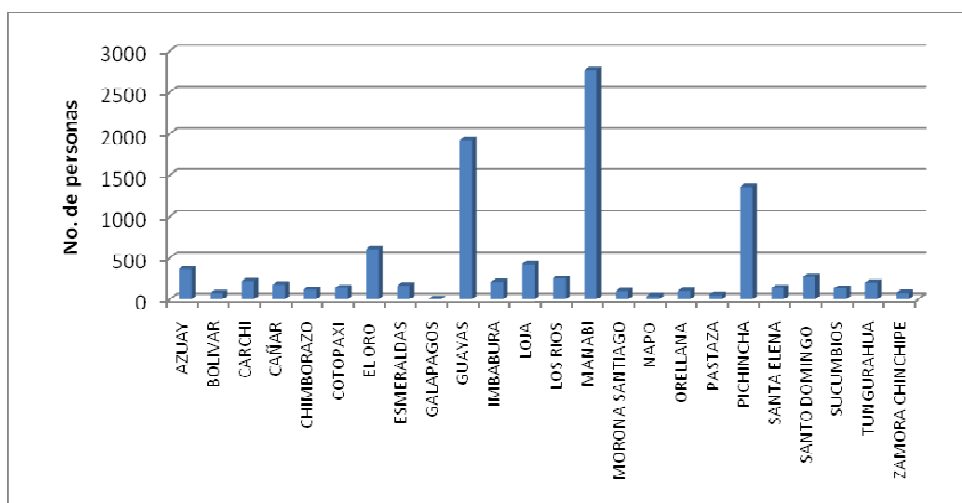


Figura 4. Cantidad de personas con deficiencia psicológica registradas en el CONADIS

Fuente: Consejo Nacional de Discapacidades. (s.f)

Elaboración: Autoras

2.2. CAPACIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA PSIQUIÁTRICA

El Sector Salud Ecuatoriano está constituido por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro. Las principales instituciones del sector, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) tienen en conjunto el mayor volumen de la infraestructura de atención, sin embargo, ambas carecen de centros de atención psiquiátrica especializada.

Según información del Ministerio de Salud del Ecuador (2008), los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario se evidencia una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca donde se encuentran los cinco hospitales psiquiátricos del país (tabla 2); existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo.

Tabla 2.

Hospitales Psiquiátricos en Ecuador

Hospital	Ubicación	Dependencia
Lorenzo Ponce	Guayaquil	JBG
Julio Endara	Quito	MSP
San Lázaro	Quito	MSP
Instituto Sagrado Corazón	Quito	La Curia
Centro de rehabilitación CRAC	Cuenca	Privado

Fuente: Ministerio de Salud del Ecuador, OPS & DSM de la OMS. 2008

Elaboración: Autoras

Los hospitales psiquiátricos Julio Endara y San Lázaro son dependientes del Ministerio de Salud Pública ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cuatro hospitales de especialidades ofrecen también servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración y en dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios.

En trece provincias se ofrece atención psiquiátrica en los hospitales provinciales, esta atención es básicamente ambulatoria y en mínima proporción se realizan internamientos, dado que no existe una dotación fija de camas para psiquiatría.

En cinco provincias existen servicios de psiquiatría y salud mental ambulatorios, tres de ellos como parte de un centro de salud y dos son exclusivos para la especialidad (Quito y Esmeraldas).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene servicios de psiquiatría con asignación fija de camas en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria.

En la ciudad de Quito y Guayaquil en los dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría.

En la ciudad de Guayaquil se ubica el Hospital Psiquiátrico más grande del país, el que depende de una entidad autónoma, la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Las Fuerzas Armadas a través de su sistema de salud, mantiene servicios de psiquiatría en los Hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas, con asignación de camas en un número no fijo, sino que varía de acuerdo a las necesidades. Para el internamiento de pacientes existe un convenio entre las Fuerzas Armadas y un servicio privado de psiquiatría de la ciudad de Quito.

SOLCA, entidad dedicada a la atención especializada de cáncer, ofrece servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil

Adicionalmente, existen centros particulares de atención a personas con problemas de dependencia de alcohol y drogas.

Sumada a la estrategia estatal de Salud Mental, las Organizaciones No-gubernamentales ONG`s realizan acciones en torno a la salud mental en el país. Ellas principalmente orientan sus esfuerzos a la prevención, tratamiento y rehabilitación. Estas organizaciones participan en actividades de salud mental orientadas a las mujeres, niños y violencia doméstica.

Según el informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud &

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. 2008), el número de camas en los hospitales psiquiátricos se mantiene estable y no se aprecia una tendencia hacia su reducción. Existen 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes (tabla 3). En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social. Se dispone también de camas para pacientes mentales en algunos centros carcelarios del país (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Tabla 3.

Distribución de camas en los Hospitales Psiquiátricos del Ecuador (2006)

Hospital	No.	%
Lorenzo Ponce	1060	64.83
Julio Endara	123	7.52
San Lázaro	150	9.17
Instituto Sagrado Corazón	230	14.06
CRA	72	4.4
Total	1635	100

Fuente: Ministerio de Salud del Ecuador, OPS & DSM de la OMS. 2008

Elaboración: Autoras

No hay concordancia en el número total de recursos humanos que trabajan en los establecimientos de salud mental así, la información de la Organización Mundial de la Salud indica que para el 2006 en el Ecuador existían 8 servidores de la salud mental por cada 100.000 habitantes mientras que en el Atlas de Salud Mental del 2005 la cantidad asciende a más de 30 por cada 100.000 habitantes. (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_e_i.pdf).

Ambos documentos indican que la proporción mayoritaria es la de los psicólogos, en tanto que se aprecia tasas muy bajas de trabajadoras sociales y de terapistas ocupacionales.

La tabla 4 muestra información estadística de los principales servicios en Salud Mental en el país.

Tabla 4.
Presencia de servicios de salud mental en Ecuador por cantidad de habitantes.

Factor	Por cantidad de población	Valor
Total camas psiquiátricas	10000	1.69
Camas psiquiátricas en hospitales mentales	10000	1.53
Camas psiquiátricas en hospitales en general	10000	0.16
Número de psiquiatras ^a	100000	2.1
Enfermeras psiquiátricas ^a	100000	0.5
Psicólogos ^a	100000	29.1
Trabajadores sociales ^a	100000	0.04

^a Personal solo del sector público. Casi el 50% de enfermeras, 80% de psiquiatras y 95% de psicólogos laboran en el sector privado.

Fuente: World Health Organization. 2005b

Elaboración: Autoras

2.3. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS

Con relación a los trastornos mentales registrados en Ecuador las figuras 5, 6 y 7 muestran los principales para el período 1994 – 2007. Diagnósticos de alcoholismo, depresión y violencia registran las mayores tasas. La prevalencia por trastorno de alcoholismo se presenta para personas mayores de 15 años. Entre el 2004 al 2007 se duplicó la presencia de retardo mental, mientras que psicosis, suicidio, demencia y farmacodependencia se registraron en menor proporción con tendencia a mantenerse o disminuir.

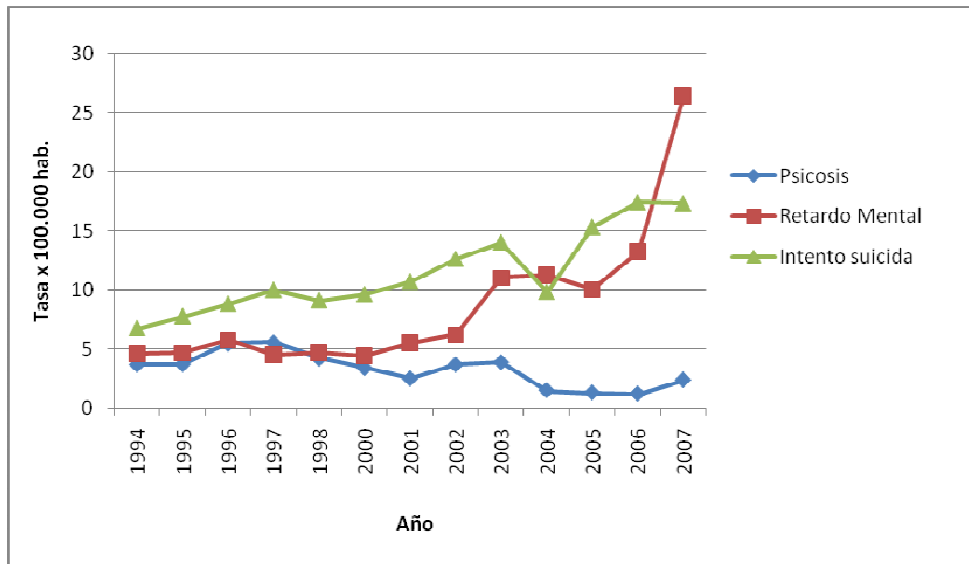


Figura 5. Incidencia de psicosis, retardo mental, intento suicida en Ecuador entre 1994 y 2007

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 1999, 2010.

Elaboración: Autoras

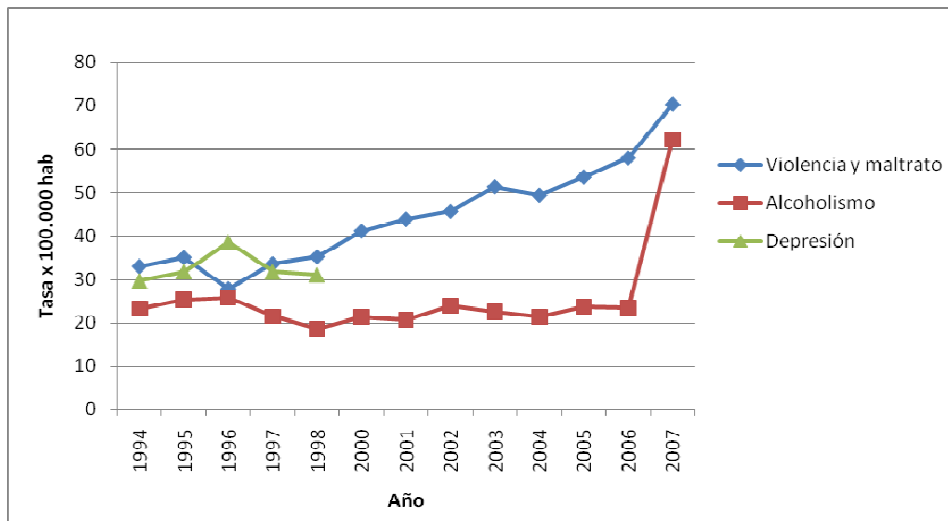


Figura 6. Incidencia de violencia, alcoholismo, depresión en Ecuador entre 1994 y 2007

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 1999, 2010.

Elaboración: Autoras

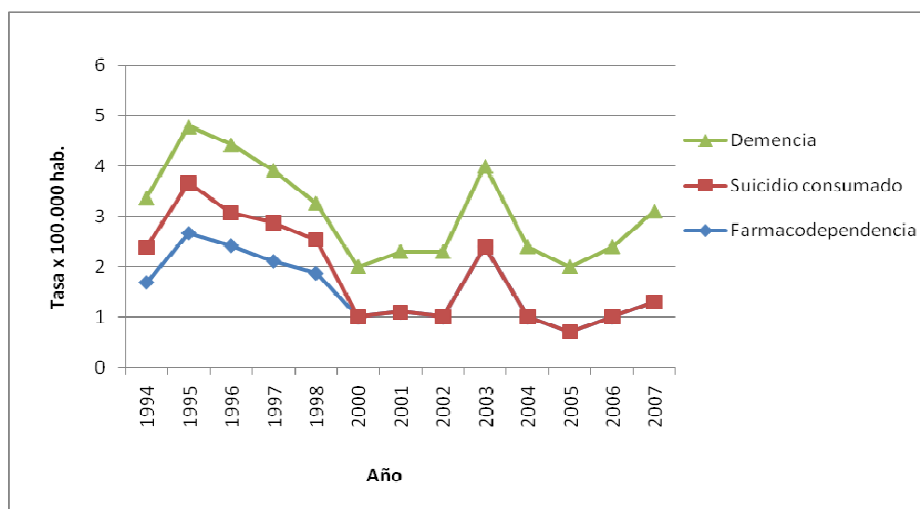


Figura 7. Incidencia de demencia, suicidio y farmacodependencia en Ecuador entre 1994 y 2007

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 1999, 2010.

Elaboración: Autoras

Existen diferencias de la predominancia del tipo de trastorno entre pacientes atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios (centros de salud), hospitalizados y de consulta externa (tabla 5).

Tabla 5.

Distribución de los pacientes según grupos de diagnósticos atendidos en cada tipo de establecimiento

Diagnóstico	a	b	c
Trastornos mentales y de conducta debidos a uso de sustancias psicoactivas.	14	16	8.9
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes.	1	38	21.7
Trastornos del estado de ánimo, afectivos.	29	17	25.7
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos.	32	1.6	8.2
Trastornos de personalidad y de conducta de adultos.	0	1.4	1.7
Otros (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales.	24	26	33.8

a) Establecimientos ambulatorios

b) Hospitales psiquiátricos (ingresados)

c) Hospitales psiquiátricos (consulta externa)

Fuente: Ministerio de Salud del Ecuador, OPS & DSM de la OMS. 2008

Elaboración: Autoras

La mayoría de los pacientes hospitalizados ingresan con diagnóstico de esquizofrenia. Trastornos neuróticos y de estado de ánimo fueron los diagnósticos más frecuentes para las consultas ambulatorias y de consulta externa hospitalaria respectivamente.

Por otro lado, un estudio realizado por los médicos integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo en el 2010, reveló que de 174.585 personas identificadas con discapacidad, 6.361 tienen discapacidad mental y de ellos, la discapacidad mental por demencia es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad en el Ecuador. Los resultados en cifras de las personas con demencia son los siguientes (tabla 6):

Tabla 6.

Información de la Misión Solidaria Manuela Espejo sobre la discapacidad mental (demencia)

Grado de escolaridad	%	Distribución por género	%
Sin escolarizar	65.19%	Femenino	59%
Escolarizado	34.80%	Masculino	41%

Asistencia médica	%	Demencia por provincia	%
Accesibilidad	63.61%	Guayas	32.68%
Asistencia	2.23%	Pichincha	16.03%
		Manabí	7.5%
		EL Oro	6.15%
		Azuay	5.14%

Fuente: La hora, 2010.

Elaboración: Autoras

2.4. ENTORNO SOCIOECONÓMICO DE LOS ENFERMOS CON TRASTORNOS MENTALES EN EL ECUADOR

2.4.1. Paciente - Familia

No hay información estadística sobre el nivel socio-económico de las personas con trastornos mentales en el país. Es claro que la capacidad de obtener una atención y tratamiento adecuado de cualquier enfermedad dependerá de la capacidad adquisitiva de la persona enferma y de sus familiares. Si bien el tratamiento de pacientes con trastornos mentales ha mejorado mucho en las últimas décadas no está disponible para todos que lo requieren, por lo tanto es común ver deambulando en las calles personas con algún trastorno mental en muchos casos abandonados por los familiares. En las zonas rurales, los campesinos hacen lo que pueden por sus parientes con trastornos mentales, pero a menudo no están en condiciones de adquirir medicinas o pagar por un tratamiento.

Se estima que menos del 1% de la población, puede acceder a medicamentos psicotrópicos de forma gratuita, únicamente cuando se encuentra internada en un hospital psiquiátrico del Estado.

Un análisis realizado por el MSP en el 2006 indicaba que para aquellos que tenían que pagar sus medicamentos, el costo más bajo de los fármacos, cuando se adquiría en alguna de las farmacias de las instituciones dependientes del Ministerio de Salud Pública era de 1.29 dólares diarios cuando se trataba de un antipsicótico y de 0.39 dólares en caso de un antidepresivo, en dosis terapéuticas diarias. Estos valores se elevaban significativamente si eran adquiridos en farmacias privadas. Considerando el salario mínimo nominal de los ecuatorianos, una familia con un paciente psicótico debía gastar el 20% de sus ingresos en la adquisición de un antipsicótico. A esto se debe sumar el valor de la atención psiquiátrica (la hora de consulta privada cuesta alrededor de \$60 dólares) y el valor de la movilización del paciente “para llevar a un enfermo mental el costo del flete va desde los \$ 100 a 120 dólares desde Manabí” (El diario.ec, (s.f.)). Es decir, la

principal fuente de recursos o financiación de los servicios de salud mental es el gasto realizado por el paciente o su familia. Se entendería entonces que los gastos de tratamiento y cuidado tienen un impacto negativo en la economía familiar. Esto imposibilita el acceso de los pacientes a tratamientos más adecuados.

2.4.2. Estado Ecuatoriano

En relación al presupuesto para Salud Mental, es importante destacar que hasta hace cinco años, a nivel estatal, no existía un presupuesto definido. World Health Organization. (2005b).

Para el 2006 las acciones de salud mental se disponía únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública; es decir, 7.795.864 dólares. De esta cantidad el 59% es decir, 4.595.864 se destinaba a los hospitales psiquiátricos. (Ministerio de Salud del Ecuador, OPS & DSM de la OMS. 2008). No se dispone de cifras oficiales para los años siguientes.

Más crítico es analizar el Plan Nacional de Salud Mental, el cual data de 1999 y los componentes del Programa de Salud Mental del MSP. En este segundo documento se establecen acciones para el consumo de tabaco, bebidas, promoción de buen trato y de la salud mental, es decir, no existe ninguna acción definida que guarde relación con las enfermedades psiquiátricas (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Por su parte, el IESS a través de sus unidades asistenciales cubre a sus afiliados todos los trastornos mentales y problemas de salud mental de interés clínico.

2.4.3. Instituciones privadas

A nivel privado funcionan un número indeterminado de hogares y asilos para pacientes psiquiátricos crónicos. Lamentablemente no se dispone de información de las mismas a pesar de que sus actividades, fuentes de

financiamiento, costos, recursos, etc. deberían reportarse al Ministerio de Salud Pública y al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

2.5. MARCO LEGAL ECUATORIANO

Los principios rectores de las acciones de salud mental en el Ecuador que se encuentran dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental, 1999), el cual fue aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 01745 del 21 de octubre de 1999 son los siguientes:

- Incorporación de las acciones de salud mental a los planes y programas de la salud general, como parte integrante de los mismos y no como acciones paralelas o aisladas.
- Atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental. En consecuencia se actuará en todos los niveles de prevención, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Priorización de acciones en concordancia con las necesidades de la población y con activa participación de la misma desde el nivel local.
- Coordinación e integración a nivel intrasectorial y multisectorial en los niveles local y central.
- Descentralización y desconcentración de acciones.
- Sistemas de atención que garanticen la calidad, la equidad, la universalidad y la oportunidad, con tecnologías ajustadas a nuestra realidad.
- Respeto irrestricto a los derechos humanos, a las manifestaciones culturales de cada grupo humano y los derechos de los pacientes mentales y sus familias.
- En base a las políticas antes señaladas, el Plan Nacional de Salud Mental define las siguientes líneas y programas de acción.
- Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles
- Salud mental de los niños
- Salud mental de los adolescentes

- Salud mental en los adultos
- Salud mental en los adultos mayores
- Salud mental y género
- Salud mental en los grupos étnicos
- Alcoholismo y drogadicción
- Violencia en sus diferentes formas de expresión
- Salud mental y procesos migratorios
- Formación de recursos humanos en salud mental
- Investigación en salud mental
- Salud mental en situaciones de desastres y conflictos sociales
- **Legislación en salud mental.**

A pesar de esto, en Ecuador no existe todavía una ley de Salud Mental menos aún normas jurídicas secundarias específicas que definan explícitamente el derecho de un paciente con una enfermedad psiquiátrica a su rehabilitación psicosocial y al trabajo remunerado, cual es tema que nos compete. Sin embargo, a efecto de entender bajo que parámetros se puede interpretar como las normas nacionales e internacionales defienden el derecho de estas personas es preciso entender la siguiente consideración:

El Reglamento General de la Ley Reformatoria de la Ley de Discapacidades, en el capítulo II Art. 3 indica ***“Para efectos del cumplimiento de las disposiciones de la ley y el reglamento, se considerará persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, MENTALES y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales”***. (Decreto No. 3603, Registro Oficial No 27. 21 de febrero de 2003)

Es decir, siendo la enfermedad psiquiátrica una deficiencia mental es considerada una discapacidad del ser humano que la padece. Bajo estas premisas existen normativas jurídicas generales y específicas que rigen dentro

y fuera del Estado Ecuatoriano que defienden los derechos de los discapacitados incluidos los enfermos psiquiátricos.

2.5.1. Constitución Política del Ecuador (2008)

Varios artículos en la Carta Magna definen los derechos que poseen los ecuatorianos con discapacidades con énfasis en la no discriminación, la atención prioritaria y especializada, inclusión, equidad, igualdad de oportunidades laborales y desarrollo de políticas públicas para el cumplimiento cabal de estos derechos. A continuación se detallan los artículos más relevantes relacionados con el tema.

Título II: Derechos

Capítulo primero: Principios de aplicación de los derechos

Art. 11.-*El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:*

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

*Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad,....., **discapacidad**, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.*

A pesar de esto, se observa la discriminación hacia las personas con discapacidad “Yo he tenido la suerte de tener este trabajo pero en parámetros generales no es fácil que un discapacitado obtenga un empleo” era el criterio de Luisa Briones, secretaria de avalúos del Municipio de Portoviejo” (eldiario.ec, 2006).

Capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- *Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, **personas con discapacidad**, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.*

Sección sexta: Personas con discapacidad

Art. 47.- *El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.*

*Se reconoce a las **personas con discapacidad**, los derechos a:*

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.

Art. 48.- *El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:*

1. *La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.*

5. *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.*

6. *El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.*

7. *La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.*

La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

A pesar que todavía estamos muy lejos de alcanzar estos enunciados, actualmente el Estado Ecuatoriano a través de su estructura de gobierno competente maneja varias propuestas en esta materia. El Ministerio de Salud plantea que los actuales modelos emprendidos para la atención de pacientes en materia de salud mental buscan alcanzar estos principios de igualdad, sin discriminación, respeto, dignidad y participativos. *“Las personas con problemas mentales ahora serán atendidas desde el nivel de atención primaria en salud, esto implica que serán direccionados a los centros y subcentros de salud del país. Los pacientes también podrán acceder a medicamentos psicotrópicos en estas unidades de salud. En el caso de que el paciente requiera una atención especializada será remitido a un hospital psiquiátrico y con el tratamiento adecuado será enviado nuevamente al centro de salud mental”* (Mi salud, 2011).

Capítulo VI: Régimen de Desarrollo

Sección Tercera: Formas de trabajo y su retribución

Art. 330.- Se garantizará la inserción y accesibilidad en igualdad de condiciones al trabajo remunerado de las personas con discapacidad. El Estado y los empleadores implementarán servicios sociales y de ayuda especial para facilitar su actividad. Se prohíbe disminuir la remuneración del trabajador con discapacidad por cualquier circunstancia relativa a su condición.

Capítulo VII: Régimen del Buen Vivir

Capítulo Primero: Inclusión y equidad

*Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de **discapacidad**.*

2.5.2. Ley Orgánica de Discapacidades. Registro Oficial 796, 25-09-2012

El artículo 6 del Título II incluye a las personas con trastornos mentales dentro de los grupos con discapacidad:

*“... Se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria ...”*

El artículo 45 establece el derecho al trabajo que tiene una persona con enfermedad mental (como parte de las personas con discapacidades) :

“Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado”.

2.5.3. Reglamento General a la Ley de Discapacidades. Registro Oficial No. 27, 21-02-2003.

Los artículos 4 y 7 establecen la obligatoriedad del Estado a través de sus entes competentes de contribuir con la recuperación y reinserción socio-laboral del discapacitado:

“Art. 4. Al Ministerio de Salud le corresponde asumir las siguientes responsabilidades:

20.- Implementar estrategias de derivación para acciones de rehabilitación profesional e integración social, familiar y laboral que se ejecuten en beneficio de las personas con discapacidad.

Art. 7. El Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos observará..... Además, asumirá las siguientes responsabilidades:

2.- Desarrollar programas y servicios de intermediación laboral para personas con discapacidad, teniendo en cuenta las capacidades, preparación, realidad del entorno e intereses del beneficiario.

5.- Desarrollar programas para aquellas, personas con discapacidad que no pueden de manera provisional o definitiva, ejercer una actividad laboral en condiciones habituales; para dicho efecto implementarán centros especiales de empleo.

8.- Capacitar al personal involucrado en programas de rehabilitación profesional y de formación y capacitación laboral regular.

9.- *Desarrollar programas y servicios de intermediación laboral para personas con discapacidad, teniendo en cuenta las capacidades, preparación, realidad del entorno e intereses del beneficiario*”.

2.5.4. Ley Reformatoria al Código de Trabajo. Registro Oficial No. 198, 30-01-2006.

El Código de Trabajo y sus reformas establecen la obligatoriedad del empleador sea este estatal o privado de brindar asequibilidad al empleo y ser parte de su fuerza laboral a las personas discapacitadas:

Art. 42. Numeral 33. *“El empleador público o privado, que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de discapacidad, en el primer año de vigencia de esta Ley, contado desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial. En el segundo año, la contratación será del 1% del total de los trabajadores, en el tercer año el 2%, en el cuarto año el 3% hasta llegar al quinto año en donde la contratación será del 4% del total de los trabajadores, siendo ese el porcentaje fijo que se aplicará en los sucesivos años”.*

Inclusive cita la responsabilidad del Estado para atender las necesidades de trabajo en sus diversas formas de los discapacitados:

“Art. 346. Numeral 22. Garantía y protección.- *El Estado garantizará la inclusión al trabajo de las personas con discapacidad, en todas las modalidades como empleo ordinario, empleo protegido o autoempleo tanto en el sector público como privado y dentro de este último en empresas nacionales y extranjeras, como también en otras modalidades de producción a nivel urbano y rural”.*

Varias acciones ha realizado el Estado Ecuatoriano con relación a la normativa para la inserción laboral de personas con discapacidad, sin embargo poco o nada han sido considerados los enfermos con trastornos mentales. En el numeral 2.6 se analizará más a fondo este tema.

2.5.5. Otros cuerpos jurídicos

Otros cuerpos jurídicos nacionales e internacionales que tienen importancia y/o soportan los derechos de los pacientes con enfermedades mentales son los siguientes:

- Ley de Fomento y Atención de Programas para los sectores Vulnerables en los Gobiernos Seccionales. Registro Oficial 116, 02-07-2003.
- Decreto ejecutivo 338 La Discapacidad como política de estado.
- Acuerdo ministerial 2010-00086 Norma técnica sustitutiva del subsistema de selección de personal Registro Oficial No. 205, 02-06-2010.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

2.6. LA INSERCIÓN LABORAL EN EL ECUADOR DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

2.6.1 Caracterización de las personas con discapacidad insertadas en el mercado laboral.

En enero 30 de 2006, mediante Registro Oficial No. 198, se tornó Ley de la República la inclusión laboral de personas con discapacidad en forma porcentual como obligación para las empresas públicas y privadas; así lo determina la Ley Reformatoria al Código del Trabajo que garantiza el acceso laboral a las personas con discapacidad.

Esta Ley establece que el empleador público o privado que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de discapacidad en el primer año de vigencia de esta Ley, contado desde la fecha de su publicación en el Registro Oficial.

También determina esta norma que en el segundo año, la contratación será del 1% del total de los trabajadores, en el tercer año el 2%, en el cuarto año el 3% hasta llegar al quinto año en donde la contratación será del 4% del total de los trabajadores, siendo ese el porcentaje fijo que se aplicará en los sucesivos años (Ley Reformatoria al Código de Trabajo. Registro Oficial No. 198 30-I-2006).

A partir del 2009 se inició el proyecto “Primer registro nacional sobre inclusión laboral de personas con discapacidad”, cuyo objetivo principal es obtener datos estadísticos del total de las empresas privadas a nivel nacional que cumplen con la Ley Reformatoria del Código de Trabajo, y crear una línea base actualizada sobre la inclusión laboral de personas con discapacidad en el mercado laboral de siete provincias. A la fecha existen resultados preliminares de la provincia de Pichincha que pueden ayudar a entender a groso modo las características de la inserción laboral de personas discapacitadas dentro de las cuales estarían incluidas aquellas que presentan trastornos mentales.

Con respecto a la edad, se encontró que el 75% de la personas con discapacidad contratadas (n = 3122), oscilan entre 21 a 45 años de edad. A partir de los 30 años se registra una reducción sostenida de contratación de personas discapacitadas (figura 8).

La mayoría de las personas con discapacidad (64%) solo alcanzó finalizar el bachillerato, un 11% alcanzó algún tipo de instrucción superior (figura 9).

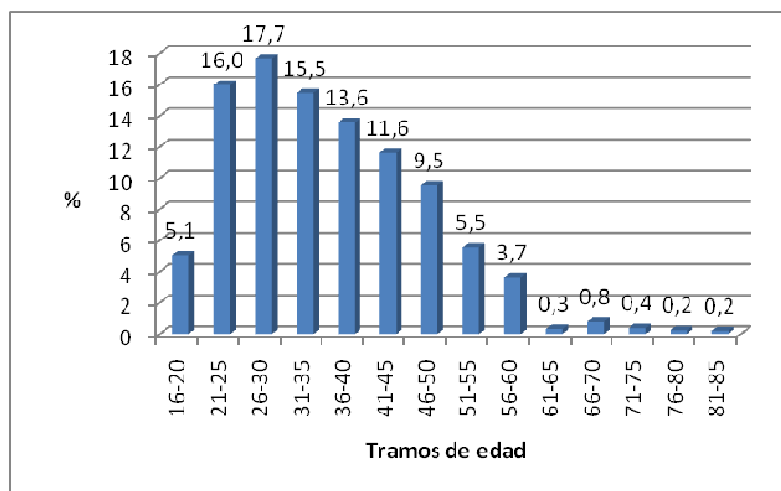


Figura 8. Edad de personas laborando con discapacidad

Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.).

Elaboración: Autoras

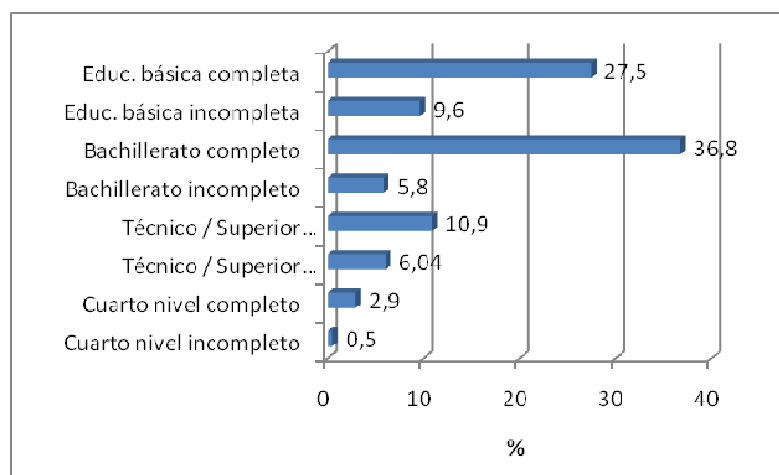


Figura 9. Nivel de instrucción formal de las personas con discapacidad

Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.).

Elaboración: Autoras

A pesar de que en el país existen instituciones públicas (CONADIS, M.R.L.) que poseen programas de inserción laboral para discapacitados solo un 15% utilizó esta herramienta. La mayoría respondió al llamado de una seleccionadora de personal o algún otro mecanismo de respuesta en función de la demanda o lo requerido (figura 10).

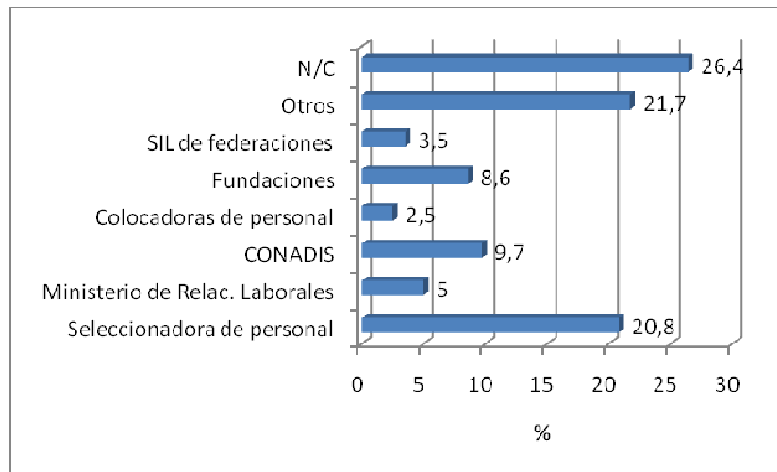


Figura 10. Modalidad utilizada para la inclusión laboral

Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.).

Elaboración: Autoras

La cantidad de empresas que capacitan a las personas con discapacidad es algo menor a las que no capacitan (figura 11). Dicha capacitación esta principalmente orientada en dos ámbitos: atención al cliente y el uso de sistemas informáticos o software.

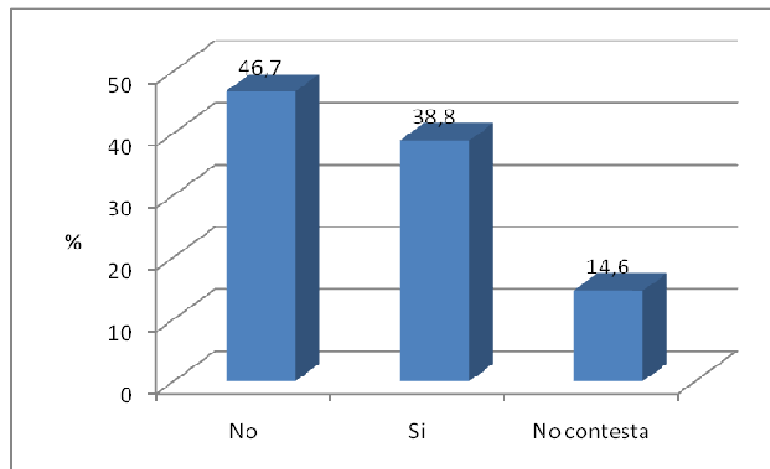


Figura 11. Porcentaje de empresas que capacitan a los empleados con discapacidad

Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.).

Elaboración: Autoras

Con respecto a los inconvenientes que registran las empresas al momento de realizar la selección de las personas con discapacidad se indica que el 28.6% no posee el carné del CONADIS y el 28.3% no tiene la suficiente preparación para el puesto ofertado (figura 12).

Estos aspectos son importantes destacar ya que define dos características puntuales de la demanda laboral: 1. El documento que garantice y/o certifique que es una persona discapacitada, 2. La falta de conocimientos y/o habilidades de la persona para poder desempeñar a cabalidad el trabajo ofertado.

El informe revela que hasta el 2009 solo se había cumplido el 50% de las expectativas establecidas por la ley para la inclusión de personas con discapacidad en el marco laboral.

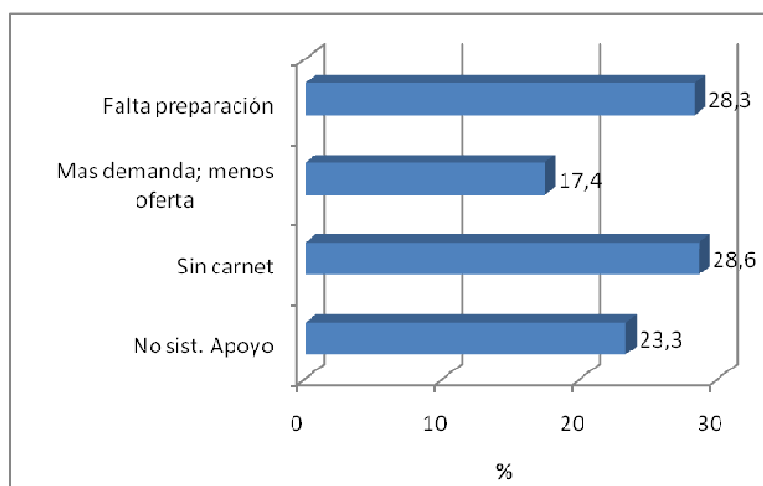


Figura 12. Inconvenientes de las empresas en la selección de personas con discapacidad

Fuente: Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.).

Elaboración: Autoras

2.6.2. Instituciones de soporte o ayuda directa para la inserción laboral de personas con discapacidad

Como se indicó en el capítulo sobre marco legal ecuatoriano, el Estado deberá fomentar acciones que permitan cumplir los derechos de las personas discapacitadas en términos de equidad, atención especializada, educación, inclusión social y laboral. En materia de empleo, a la fecha existen dos instituciones públicas orientadas a cumplir y hacer cumplir estos derechos; el Consejo Nacional de Discapacidades y el Ministerio de Relaciones laborales. Adicional a ellas, existe un sistema implementado y coordinado por organizaciones ecuatorianas de segundo nivel de personas con discapacidades.

2.6.2.1. Consejo Nacional de Discapacidades “CONADIS”

El Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS es un organismo autónomo de carácter público, creado en agosto de 1992, a través de la Ley 180 sobre Discapacidades (Consejo Nacional de Discapacidades. s.f.)b.

Ejerce sus atribuciones a nivel nacional, dicta políticas, coordina acciones y ejecuta e impulsa investigaciones sobre el área de las discapacidades. Sus funciones son las siguientes:

- Formular políticas nacionales relacionadas con las discapacidades
- Establecer el Plan Nacional de Discapacidades
- Defender jurídicamente los derechos de las personas con discapacidad
- Coordinar, efectuar el seguimiento y evaluar las acciones que realizan en discapacidades las entidades del sector público y privado.
- Canalizar recursos nacionales e internacionales.
- Realizar o impulsar investigaciones en el área de las discapacidades
- Vigilar el cumplimiento de la Ley y la aplicación de sanciones o quienes la incumplan.

Adicionalmente el CONADIS tiene la responsabilidad del **Registro Nacional de Discapacidades**, el mismo que consiste en una base de datos

referente a las personas con discapacidad así como a las instituciones públicas y privadas dedicadas a trabajar en el área de las discapacidades.

Previo al registro deberá la persona calificar su discapacidad, proceso que consiste en un análisis realizado por un equipo de profesionales, conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social, que evalúa y diagnostica en una persona los aspectos tanto biológicos, psicológicos y sociales que se presentan y cuyas consecuencias limitan o restringen las actividades consideradas normales. La calificación identifica y certifica los elementos que permiten acceder a la "condición legal de persona con discapacidad"

Una Unidad Operativa Autorizada para realizar la calificación se encuentra y está constituida por personal médico del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce:

Dra. Blanca Herrera (Médica)

Dra. Maritza Izquierdo (Médica)

Dra. Jocelyn Achón (Médica)

Dr. Carlos Nieto (Médico)

Dra. Ruth Arteaga (Psicóloga)

Dra. Carmen Estrada (Psicóloga)

Psc. Mariana Redroban (Psicóloga)

Lic. Edith Aurea (Trabajadora Social)

Lic. Adriana Mariscal (Trabajadora Social)



Figura 13. Carné emitido por el CONADIS

Fuente: Consejo Nacional de Discapacidades (s.f.) c.

La información relevante para el proceso de obtención del carné (figura 13) se muestra en el anexo 1.

2.6.2.2. Ministerio de Relaciones Laborales

El Ministerio de Relaciones Laborales “MRL” impulsa acciones proactivas y preventivas, previo a las reactivas con el objetivo de insertar a las personas con discapacidad de manera armónica en el sistema laboral (Ministerio de Relaciones Laborales. s.f.)b.

Brinda atención personalizada a empleadores que buscan trabajadores con discapacidad, igualmente a personas con capacidades especiales que buscan empleo.

El Ministerio de Relaciones Laborales a efectos de facilitar el acceso de personas con discapacidad a plazas y fuentes de trabajo, cuenta con una bolsa de empleo en la cual se pueden registrar personas con discapacidad que requieran de trabajo a través de la página web o en las oficinas del Ministerio de Relaciones Laborales a nivel nacional.

Los pasos a seguir para que una persona utilice esta herramienta son los siguientes:

- Acudir a las oficinas del Ministerio de Relaciones Laborales a la Unidad de Discapacidades; ingresara la página WEB; www.mrl.gob.ec.
- El aspirante debe ser mayor de 18 años
- Portar el carné de discapacidad
- Estar dispuesto a ser evaluado
- Estar dispuesto a capacitarse si su perfil es insuficiente para el requerimiento de la empresa
- Portar su hoja de vida

El Ministerio de Relaciones Laborales, según indica en su página web, ofrece seguridad de emplear a personas con discapacidad que poseen fortalezas, destrezas, capacidades, actitudes y aptitudes para el empleo; así como adecuados perfiles profesionales u ocupacionales.

Acceso a un sistema de asesoría laboral permanente sin costo.

Acompañamiento en sus dudas respecto a temas ligados a la contratación de personas con discapacidad y a la accesibilidad universal en el puesto de trabajo.

La Unidad de Discapacidades, un departamento del MRL, coordina, planifica y organiza actividades relacionadas con éste sector. Además, brinda un espacio amigable donde trabajadores con discapacidad y empresarios puedan acudir para cumplir sus expectativas laborales.

La Unidad brinda, en forma gratuita, a trabajadores y empresarios servicios de:

- Asesoría
- Bolsa de Empleo
- Capacitación

2.6.2.3. Servicio de Integración Laboral para Personas con Discapacidad (SIL)

El Servicio de Integración Laboral “SIL” (figura 14), es la unidad especializada en la asistencia para la inserción laboral normalizada de personas con discapacidad, que permite brindar a este sector de atención prioritaria información sobre el mercado de trabajo, auto evaluación socio profesional, capacitación, bolsa dinámica de trabajo, asesoramiento y apoyo en el proceso de inserción laboral. Esta unidad forma parte de las Federaciones Nacionales De y Para la Discapacidad del Ecuador. Es importante mencionar que no existe alguna federación relacionada con la discapacidad psiquiátrica, sin embargo esto no excluye la posibilidad de usar su sistema de intermediación para promover y difundir el programa de inserción laboral de los pacientes.

Para ello es necesario llenar el formulario que se encuentra en su página web www.discapadadesecuador.org (anexo 2).



Figura 14. Servicio de Integración Laboral “SIL”

Fuente: Federaciones Nacionales De y Para la Discapacidad de Ecuador (s.f.)

CAPÍTULO III

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LORENZO PONCE COMO UNA INSTITUCIÓN DE SERVICIO DE SALUD MENTAL

3.1. HISTORIA

Hasta 1876 la ciudad de Guayaquil no tenía un asilo para los enfermos de alteraciones mentales. El señor Francisco De Paula Icaza, Ministro del Interior proporcionó un edificio para internar a este tipo de enfermos, situado junto al cerro Santa Ana, cerca del cementerio.

Al filántropo guayaquileño, Sr. José Vélez, se debe el establecimiento del Manicomio que llevó su nombre. Se propuso fundarlo mientras desempeñaba el cargo de Jefe Político del Cantón de Guayaquil y continuó con su filantrópica labor aún después de haber abandonado el cargo que desempeñaba. El Concejo Municipal apoyó económicamente esta obra necesaria para la ciudad y es así como el 2 de febrero de 1881 se efectúa la inauguración del Manicomio Vélez con las solemnidad correspondiente. Un año después, contaba con 41 enfermos internados, de los cuales 26 eran de sexo femenino.

En el momento de constituirse la Honorable Junta de Beneficencia recibió de la Municipalidad para su administración el Hospital General, el Cementerio y el Manicomio; siendo su primer inspector el Sr. Don Pedro P. Gómez.

En el año 1908, considerando la Junta, no solamente la vetustez del edificio en que se encontraba el edificio, sino también su estrechez por causa del aumento considerable de pacientes, dio principio a la construcción de un nuevo local que reuniera mejores condiciones de higiene y comodidad, detrás del Cerro del Carmen, entre el horno crematorio del norte y el Asilo Domingo Santisteban con subvenciones del Supremo Gobierno y el legado del Sr. Lorenzo Ponce (filántropo que ya había hecho apreciables donativos y que falleció en 1908 dejando un valioso legado testamentario), quedó terminado el nuevo manicomio en 1909 y se le dio el nombre de Manicomio Lorenzo Ponce.

Sin embargo, al ponerse en servicio el Manicomio Lorenzo Ponce, llevaba aún el sello del siglo anterior, es decir era todavía el tipo de asilo para el simple aislamiento del enfermo mental.

Es en 1934 cuando se incorpora al plan de estudios de la Facultad de Medicina la enseñanza de Psiquiatría, éste dejó de ser un simple reclusorio o asilo para dementes y se convertía en una clínica de tipo universitario.

En esta revisión histórica hay que hacer justicia a eminentes clínicos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil. Profesores de alto prestigio como los doctores Carbo Noboa, Ramón Boloña y Felipe Barbotó; quienes sin haber alcanzado el plano de especialización psiquiátrica, tuvieron la intuición y el sentido de la patología de la mente en su época.

Dentro de la historia del Hospital Lorenzo Ponce es necesario mencionar también a los doctores Miseno Saona y Carlos Ayala Cabanilla, siendo este último años más tarde director del hospital, se erigió como maestro de la psiquiatría guayaquileña y contó con una generación valiosísima de jóvenes médicos de excelente preparación y vocación científica como Fortunato Safadi, Alfonso Martínez Aragón, Francisco Dalmau, Vicente Delgado, Bolívar Cárdenas, Eudoro Flores, Julio Sánchez, Vicente Adum, Miguel Olvera Argenzio y Kléber García.

A partir de la aparición de los psicofármacos como la clorpromazina en 1954, aproximadamente, el hospital se transformó en un verdadero Hospital Psiquiátrico.

Ante la imperiosa necesidad de abarcar al enfermo en todas sus dimensiones se contrata la primera psicóloga en 1968, Licenciada en Psicología General, Estela Jaramillo Yagual.

La primera psicóloga clínica Estela Lauffer fue contratada en 1982 y laboró hasta en 1986. En 1984 sea crea un nuevo puesto y la psicóloga clínica July Enireb se dedica además de atención psicológica, a terapia de lenguaje y problemas de aprendizaje.

En 1986 se contrata a Paquita Brito, primera psicóloga clínica graduada en la Universidad Católica y con una especialidad en Francia en Psicoterapia Analítica, tendencia diferente a las que habían predominado hasta la época.

En el año 2004 se creó en el Hospital Psiquiátrico el Departamento de Psicología con el objetivo de rehabilitar al paciente en todos los aspectos.

Hoy en día el Hospital (figura 15) cuenta con una infraestructura que le permite albergar 700 pacientes en las diez salas de hospitalización general. Dos edificios para hospitalización privada, el área de Unidad de Terapia Breve y la Consulta Externa que atiende 250 pacientes diarios. (Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce s.f.)



Figura 15. Ingreso al Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (s.f.)

La administración de la Honorable Junta de Beneficencia, a través de sus Directores, Inspectores, Directores, Técnicos y Administradores le han permitido al Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce ubicarse entre los primeros hospitales de esta especialidad en Latinoamérica.

En la actualidad, el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce recibió la Certificación ISO 9001:2000 lo que significa que este centro de salud cumple con los estándares internacionales de sistemas de calidad y administración. En la actualidad el Hospital brinda atención psiquiátrica a centenares de pacientes de todo el país. Pese a la crisis económica, la Institución cuenta con los

equipos y las terapias más modernas para brindar una atención de calidad y bajo costo.

3.2. VISIÓN, MISIÓN Y ESTRATEGIAS DEL HOSPITAL LORENZO PONCE

La Visión y Misión del Hospital son las siguientes:

Visión:

Ser líderes en la prestación de servicios de salud mental, docencia e investigación a nivel Ibero-americano, manteniendo su vocación de servicio social.

Misión:

Somos una Institución de Servicios de Salud Mental, apoyados en actividades docentes y de investigación, con atención de calidad, confiable, confidencial y con recurso humano calificado; cumpliendo con los postulados de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Para el año 2009 se elaboró el Plan Estratégico 2009, cuyos objetivos incluyen:

1. Reestructurar la organización interna.
2. Mejorar la comunicación, externa, interna e inter-institucional.
3. Fomentar la capacitación, docencia e investigación científica.
4. Fomentar la rehabilitación psicosocial, el egreso de pacientes y el seguimiento post-hospitalización.
5. Modernizar los servicios asistenciales, diagnósticos y terapéuticos.
6. Mejorar recuperación económica.

Es importante indicar que el trabajo realizado en el presente documento se enmarca dentro de las estrategias y metas propuestas en el Plan Estratégico literal 4 (tabla 7):

Tabla 7.

Estrategias del Plan Estratégico relacionadas con el proyecto

Estrategias	Metas
1.Reducir la frecuencia de recaídas, reingresos en pacientes egresados y la aparición del hospitalismo	1). Reclasificación de los pacientes según los 4 ejes establecidos 2). Adecuación de las áreas físicas para los pacientes reclasificados
2. Aplicar el tiempo de hospitalización estándar establecido por el hospital para los pacientes que ingresan	1). Pacientes con permanencia acorde con las políticas definidas 2). Reinsertar 250 pacientes de General con estancia prolongada 3). Reubicar los pacientes GAB (General Abandonado), categorías C y D en otra estructura más adecuada propia o del gobierno (Asilo)
3.Establecer programas de rehabilitación psicosocial y capacitación para pacientes y familiares	1). Disminuir los deterioros del funcionamiento cognitivo, afectivo y social de los pacientes comprendidos en los programas 2). Reinsertar a los pacientes a su medio familiar y a la comunidad 3). Disminuir las recaídas de los pacientes hospitalizados luego del alta 4). 30% de los pacientes reinsertados en actividades productivas
4.Reforzar programa de Psicoeducación para familiares de pacientes hospitalizados	1). Capacitar a los familiares de los pacientes hospitalizados de acuerdo al programa establecido 2). Disminuir los reingresos de los pacientes cuyos familiares hayan sido capacitados
5 Fortalecer programa de soporte post-egreso	1). Mantener sistema de comunicación con los pacientes / familiar que no están acudiendo al control hospitalario 2). Aprobar 100% de los descuentos y/o exoneraciones tramitados por Trabajo Social 3). Reinserción socio-familiar de pacientes

Fuente: Dpto. Administración HLP

3.3. ORGANIGRAMA

La figura 16 muestra el Orgánico Estructural del Hospital.

Dentro de la estructura interna del Hospital, existen el área de Reinserción Laboral de los pacientes bajo la Jefatura de Psicología y el área de Reintegración Socio Familiar y Laboral bajo la Jefatura de Trabajo Social y Salud. Ambas realizan actividades que en su conjunto buscan la restitución de los pacientes al campo laboral.

3.4. INFRAESTRUCTURA

El Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce es el más grande en su especialidad en todo el país.

Su infraestructura comprende:

- Diez salas generales con aproximadamente 900 camas (figura 17),
- Dos edificios para hospitalización privada o pensionado (figura 18) que tiene 6 habitaciones de media pensión geriátrica, 20 habitaciones en pensionado de mujeres y 9 en pensionado de varones,
- Unidad de Terapia Breve (UTB) u Hospitalización Breve (figura 19) la cual funciona como una pre-hospitalización donde, una vez ingresados los pacientes son estabilizados y dados el alta si se recuperan, caso contrario son derivados a las áreas de hospitalización,
- Consulta Externa que atienda aproximadamente a 280 pacientes diarios ambulatorios,
- Unidad de Conductas Adictivas (UCA) donde se brinda tratamiento a aquellos pacientes con adicciones tales como alcohol, sustancias psicotrópicas y estupefacientes,
- Hospital de día (figura 20) concebida como un área de rehabilitación que se realiza posterior a un proceso de hospitalización y cuyo objetivo es recuperar las habilidades psicomotrices de los pacientes con deterioro leve o leve moderado para su reinserción social - familiar,
- Areas de Cardiología, Electroencefalografía, Psicología, Psicometría, Electroterapia, Odontología, Servicios Inter-hospitalarios de laboratorio,
- Área administrativa, comedor, cocina, talleres.



Figura 17. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Área de Hospitalización

Fuente: <http://institutoneurociencias.med.ec/servicios/cdr>



Figura 18. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Exteriores de Hospitalización Privada

Fuente: <http://institutoneurociencias.med.ec/servicios/cdr>



Figura 19. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Unidad de Terapia Breve

Fuente: <http://institutoneurociencias.med.ec/servicios/cdr>



Figura 20. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Actividades en Hospital de Día

Fuente: Talleres de Rehabilitación

3.5. SERVICIOS Y PRINCIPALES ENFERMEDADES ATENDIDAS

La capacidad de atención de un hospital se mide en función del número de camas que dispone. En el caso del Hospital de día por ser una atención de

carácter ambulatoria (no pernoctan en el hospital) no hay establecida una capacidad de atención en dicha área en base a este parámetro. Sin embargo, a fin de definir la capacidad real hospitalaria (internación) se presenta en las tablas 8 – 10 el número de camas, tanto en dormitorios como en cubículos de recuperación, que dispone cada área de hospitalización.

Tabla 8.
Disponibilidad de camas en pensionado

PENSIONADOS POR PISO	CAMAS EN:	
	RECUPERACION	DORMITORIOS
VARONES		
ESPECIAL INDIVIDUAL IESS 1º PISO	0	3
ESPECIAL INDIVIDUAL 1º PISO	0	4
PRIMERA 1º IESS	0	7
PRIMERA 1º PISO	0	2
PRIMERA 2º PISO	0	2
MEDIA 1º PISO	3	9
MEDIA 2º PISO	3	31
SUIT	0	1
CAMAS VARONES	6	59
MUJERES		
ESPECIAL INDIVIDUAL 1º PISO	0	4
ESPECIAL INDIVIDUAL IESS 1º PISO	0	2
PRIMERA 1º PISO	0	2
PRIMERA 1º IESS	0	2
MEDIA 1º PISO	0	9
MEDIA 2º PISO	0	20
CAMAS MUJERES	0	39
TOTAL CAMAS EN PENSIONADO	6	104

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2010.

Elaboración: Autoras

Tabla 9.
Disponibilidad de camas en Unidad de Conductas Adictivas

UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS	RECUPERACION	DORMITORIOS
U.C.A. PENSIONADO INDIVIDUAL VARONES	0	9
U.C.A. PENSIONADO PRIMERA VARONES	0	8
U.C.A. MEDIA PENSION VARONES	0	11
U.C.A. PENSIONADO INDIVIDUAL MUJERES	0	2
U.C.A. PENSIONADO PRIMERA MUJERES	0	0
U.C.A. MEDIA PENSION MUJERES	0	2
TOTAL CAMAS U.C.A.	0	32

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2010.

Elaboración: Autoras

Tabla 10.
Disponibilidad de camas en Hospitalización General

HOSPITALIZACION BREVE	RECUPERACION	DORMITORIOS
HOSPITALIZACION BREVE VARONES	0	48
HOSPITALIZACION BREVE MUJERES	0	40
OBSERVACION (M: 02 + F: 03)	0	10
TOTAL CAMAS EN UTB	0	98
SALAS GENERALES GENERAL	RECUPERACION	DORMITORIOS
VARONES		
SAN JUAN DE DIOS:	5	97
DÍAZ GRANADOS:	5	77
SAN EDUARDO:	5	94
SAN JOSE:	5	95
PABELLON INFANTO - JUVENIL VARONES	0	13
CAMAS	20	376
MUJERES		
SANTA CATALINA:	5	86
SANTA MARIANA:	5	79
SANTA ROSA:	5	77
UNIDAD DE EST.CLINICA (M:02 Y F:01)	0	7
PABELLÓN INFANTO - JUVENIL MUJERES	0	12
CAMAS	15	261
TOTAL CAMAS EN SALAS GENERALES	35	637
TOTAL CAMAS EN HOSP GENERAL	35	735

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2010

Elaboración: Autoras

Aproximadamente un 80% de las atenciones corresponden a personas que viven en la provincia del Guayas-Sta. Elena, un 8% oriundos de la provincia de los Ríos, 3% Manabí y 2% El Oro (figura 21) (Reporte interno HLP 2008).

Alrededor de 750 personas con problemas mentales están internadas y asiladas en este centro de salud.

Del total de los pacientes hospitalizados el 50% (entre 250 a 300) son abandonados por sus familiares y del 50% restante sólo un 10% tienen oficios.

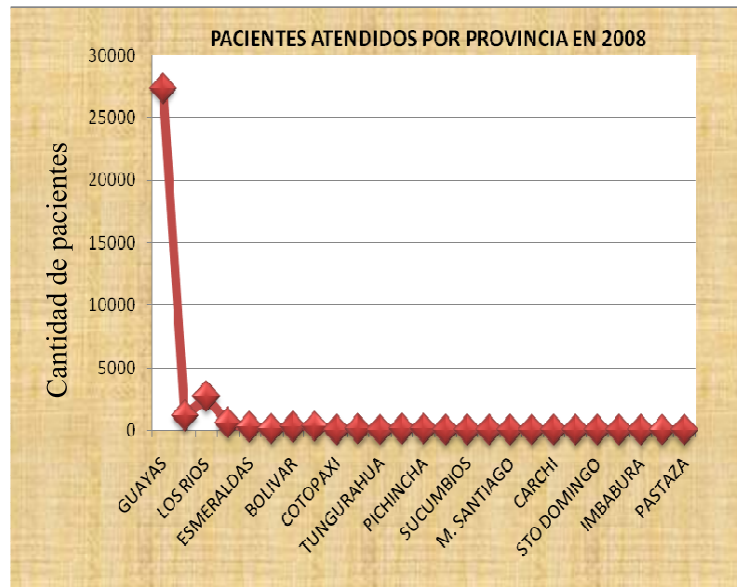


Figura 21. Pacientes adultos atendidos en consulta externa año 2008

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2008

Elaboración: Departamento de Hospitalización HLP

Las enfermedades más frecuentes que se atienden en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce son las patologías psiquiátricas de trastornos afectivos, esquizofrenia, episodios depresivos leves y fuertes, problemas de alcoholismo y adicción a sustancias psicotrópicas.

Al Hospital acuden personas con cuadros mentales agudos, que se exacerbaban y que de acuerdo al nivel de peligrosidad para sí mismo y para quienes lo rodean, son atendidos en Emergencia. Sean pacientes por primera vez o subsecuentes, quedan en el Área de Observación durante 72 horas, si la persona está apta para seguir tratamiento ambulatorio se le da el Alta Médica. Si se trata de pacientes que han registrado ingresos anteriores son trasladados a Sala General. Para pacientes nuevos, si amerita más tiempo de hospitalización, se lo deriva a Hospitalización Breve, donde el período máximo de estancia es de 30 días. Al término de este período, si el paciente no está en condiciones de egresar es derivado a Cuidados Intermedios, donde puede permanecer hasta tres meses. Posteriormente, son derivados a recibir tratamiento ambulatorios en el área de Consulta Externa.

3.6. RECURSO HUMANO

A la fecha, el departamento de Rehabilitación Integral cuenta con los siguientes profesionales:

- 2 Psicólogos
- 4 Psicopedagogos
- 1 Trabajadora Social
- 2 Terapeutas Ocupacionales
- 1 Enfermera Profesional, especializada en Psiquiatría
- 1 Maestro de Educación Regular
- 1 Profesor de pintura
- 1 Profesor de Educación Física
- 1 Ayudante de Actividades prácticas (ASVOLH)
- 4 Auxiliares de Enfermería (Talleres de Rehabilitación)
- 2 Auxiliares de Servicio

3.7. PROCESOS ACTUALES DE REHABILITACIÓN

Se define a la rehabilitación psicosocial como un proceso cuya meta es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posible. La discapacidad vendría marcada por la dificultad para desempeñar ciertas habilidades como consecuencia del déficit, que no es lo mismo que la minusvalía, ya que ésta sería la desventaja social producto de sus discapacidades.

Esta estrategia busca complementar el tratamiento farmacológico para conseguir la mejora del funcionamiento personal y social. Se sitúa en el ámbito de la prevención terciaria, es decir, intentando disminuir las secuelas de la

enfermedad, aprendiendo y potenciando la recuperación del mayor número de capacidades posibles. De este modo la rehabilitación apoya a los enfermos mentales en el desempeño de sus roles y capacidades en todas las áreas de su vida, promoviendo la mayor autonomía e independencia posible.

La rehabilitación psicosocial forma parte de la atención integral a enfermos mentales. En la década de los 80 comienza la reforma psiquiátrica que buscaría cambiar la concepción de la atención de los enfermos mentales crónicos. Surge también el movimiento de salud mental comunitaria que tiene como eje fundamental la rehabilitación psicosocial e integración laboral.

La atención integral debe estar basada en una adecuada evaluación que sea capaz de analizar y explicar aspectos tan importantes, como la sintomatología, el funcionamiento psicosocial del individuo, su desempeño social y personal y el afrontamiento de las diferentes demandas que le pueden presentar los ambientes en los que se desenvuelve.

Los objetivos principales de cualquier intervención integral deben abordar:

- Control y manejo de la sintomatología.
- Mejora de las capacidades y habilidades personales para la mejora del funcionamiento psicosocial.
- Apoyo familiar.
- Apoyo y mantenimiento e integración en la comunidad.

Dentro de la atención integral, la rehabilitación psicosocial cumple un papel fundamental. Es mucho más que un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos recuperen las habilidades necesarias para que puedan integrarse en la comunidad con los menos apoyos posibles y tratando de mejorar su calidad de vida; es una forma de considerar los problemas, donde la dimensión socio-ambiental cobra tanta importancia como la sanitaria. El tratamiento de las discapacidades sería tan importante como el control de los síntomas. En definitiva una acción integrada de ambos tratamientos da lugar a un mayor beneficio para la calidad de vida del enfermo.

La rehabilitación psicosocial ha experimentado un avance importante durante los últimos 20 años. Quizá lo más interesante sea recordar que estos avances han permitido que la filosofía de la rehabilitación llegue cada vez más a todos los profesionales que trabajan con enfermos mentales crónicos. Sin embargo, todavía queda mucho trabajo por realizar para concienciar de la importancia de la rehabilitación.

La filosofía de la rehabilitación puede resumirse en:

- La búsqueda de la mayor autonomía personal con los apoyos profesionales necesarios.
- Intervenir no solo con la persona sino con el ambiente que le rodea.
- Intenta trabajar sobre el déficit y analizar y potenciar los recursos que mantenga tanto la propia persona como las personas de referencia de su entorno.

La participación activa de la persona implicada es fundamental. Es necesario tener en cuenta sus opiniones, deseos, preferencias, etc.

La rehabilitación implica una actitud positiva sobre las posibilidades de mejoría de la persona. Cualquier persona puede iniciar su proceso de rehabilitación tratando de llegar al máximo de sus potencialidades, esto no quiere decir que siempre se consiga la integración social.

La metodología se basa en la determinación de objetivos, su priorización, graduación y evaluación periódica. La evaluación funcional de forma individualizada del sujeto y de su entorno es una de las herramientas fundamentales.

3.7.1. Análisis FODA

En el análisis FODA del proceso de rehabilitación socio-laboral elaborado por personal técnico y administrativo para el 2011 se obtuvo lo siguiente:

Fortalezas

- Contamos con infraestructura
- Contamos con equipo profesional
- Conocimiento y experiencia

Oportunidades

- Apoyo gubernamental a discapacitados.
- Pocos Centros de rehabilitación
- Mercado para explotar.

Debilidades

- Horario de trabajo de profesionales (4-6 horas)
- Poca difusión del programa
- Estigma de la enfermedad por parte de nuestros empleados.

Amenazas

- Poco presupuesto gubernamental
- Poco interés por este universo por parte de la comunidad.
- No hay estadísticas ni información sobre discapacitados mentales.
- Falta colaboración y compromiso en el seguimiento del proceso por parte de la familia.

3.7.2. Metodología e intervención en la rehabilitación psicosocial

Actualmente con 26 profesionales, el Departamento de Psicología agrupa cuatro subprocesos: Rehabilitación Psicosocial, Psicometría, Psicoeducación y Psicoterapia. A través de evaluaciones periódicas, Talleres Ocupacionales, Terapias Individuales y Grupales, y Psico-educación al paciente y la familia; esta nueva área trabaja para lograr que cada paciente tratado en todos sus niveles (interno, físico, psíquico y social) pueda ubicarse como tal pero con una apertura al exterior, pudiendo vivir y vivenciar el mundo como si fuera normal.

Los tratamientos aplicados utilizan técnicas para reducir la ansiedad y controlar los brotes psicóticos, apoyados por trabajos de asistencia permanente en actividades manuales.

Los Talleres de Terapia Ocupacional están basados en el principio de que la enfermedad mental crónica se ve agravada por la falta de apoyo familiar y/o

abandono, la falta de estructuras extra-hospitalarias apropiadas para el tratamiento de mantenimiento del paciente en la comunidad y por la hasta ahora inadecuada respuesta asistencial.

Además, su objetivo es desarrollar en el paciente actividades estimuladoras de intereses y motivaciones de acuerdo a su nivel intelectual y aptitudinal.

Dos de los objetivos estratégicos del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce son seguimiento post-hospitalización y desarrollo de las terapias ocupacionales; ambos orientados a la disminución de los días de estadía, reingresos y reinserción social.

La rehabilitación se inicia inmediatamente después de haber logrado la estabilización de un episodio agudo o exacerbación de síntomas, a partir de este momento el proceso de la rehabilitación nos llevará a intentar mantener la mejoría alcanzada, así como el de la recuperación y mejora de las habilidades que permitan al individuo alcanzar la mayor calidad de vida posible.

El proceso se inicia con una evaluación realizada por el especialista de la salud mental, quien establece el diagnóstico y los déficit conductuales que presenta el usuario para poder establecer y priorizar los objetivos a trabajar. En el HLP, se realiza la valoración de los problemas conductuales y sociales que, junto al diagnóstico, permiten establecer una planificación de la rehabilitación del usuario. Uno de los primeros pasos será el de explicar, tanto al usuario como a la familia, de la situación ante la que se encuentra. El manejo de las expectativas y la capacidad de afrontamiento del propio usuario, así como la de su familia va a tener una gran repercusión en su proceso de rehabilitación. La información y explicación del problema por parte de los profesionales como los médicos y trabajadoras sociales es crucial.

Los programas de rehabilitación pueden encuadrar una diversidad de acciones en las que podría perderse el rigor metodológico necesario para asegurarnos la eficacia en su aplicación. Es importante señalar que la rehabilitación psicosocial no es sólo un objetivo sino todo un proceso.

Rodríguez, A. (2001) citado por Sánchez, O. (2006) señala una serie de características en la estructura de la metodología en rehabilitación psicosocial:

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática estructurada y flexible de todo proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente de la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación.
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario
- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto, para compensar discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento monitorizado y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Las necesidades puntuales de cada individuo a lo largo de un proceso tan largo hacen necesaria la motivación e implicación del paciente durante todo este proceso. Así mismo, es imprescindible la participación de diferentes profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, personal administrativo, educadores, etc.) que requerirá un esfuerzo importante para mantener una coordinación que permite que todos los profesionales implicados trabajen en la misma dirección.

3.7.3. Diagrama de Flujo del Proceso de Atención y niveles de intervención del Hospital de Día

El proceso actual que realiza el personal de hospital de día es el siguiente:

- 1) El médico psiquiatra (o el psicólogo) de cualquier sala del hospital (o de emergencia), deriva a pacientes a hospital de día. También, vienen personas particulares para hacerse atender directamente al hospital de día.
- 2) Jefatura de hospital de día revisa en el MIS el diagnóstico del paciente (pacientes que no ingresan: síndrome down, autismo, farmacodependientes, conducta agresiva).
- 3) Jefatura de hospital de día entrevista al paciente, sobre sus expectativas.
- 4) Jefatura de hospital de día da el precio del servicio al familiar/paciente (\$60). Si acepta, el familiar paciente, se acerca a trabajo social para la entrevista.
- 5) Trabajo social procede a hacerle la entrevista al paciente/familiar.
- 6) Sub-jefatura entrevista a paciente/familiar.
- 7) Paciente/familiar va a caja de edificio administrativo para cancelar el tratamiento (\$60).
- 8) El equipo multidisciplinario evalúa al paciente (pedagogo, psicólogo, profesor educación regular y el maestro de pintura, enfermera).
- 9) Se comienza la rehabilitación del paciente, según la evaluación del equipo multidisciplinario (educación de la salud del paciente, taller pintura, manualidades, cultura general, pruebas pedagógicas).

La figura 22 muestra el diagrama de flujo del proceso de atención.

PROCESO DE HOSP. DE DIA

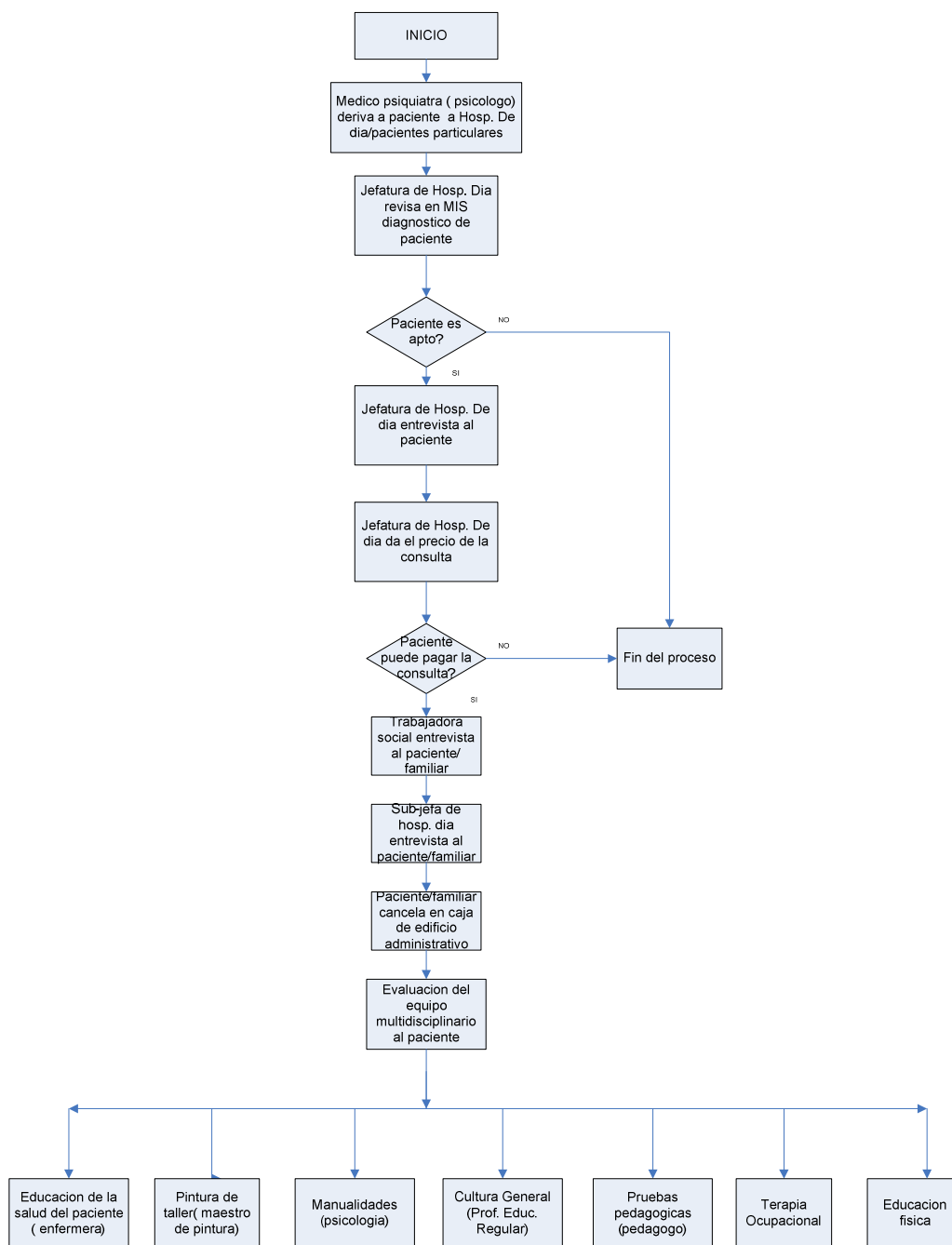


Figura 22. Proceso de Hospital de Día

Fuente: Administración

Elaboración: Mejora continua - Autoras

El Hospital de Día posee los siguientes niveles de intervención:

Psicología:

Atención psicológica mediante terapias individuales o grupales

Brindan una atención a nivel individual de 7 pacientes diarios, a nivel de grupo este varía dependiendo de la asistencia o estado del paciente para trabajar. En Hospital de Día se maneja un promedio de 19 pacientes y en Talleres un promedio de 30 pacientes.

Psico – pedagogía:

Las terapias individuales y grupales en este sentido buscan recuperar destrezas de atención, memoria, concentración, conducta. En el Taller hay 2 psicopedagogas que cuentan con el apoyo de 4 auxiliares de enfermería para manejar grupos de 138 pacientes diarios.

En Hospital de Día se contaba con una psicopedagoga que manejaba grupos de 19 pacientes y 4 pacientes a nivel individual, en la actualidad se ha incorporado 1 psicopedagogo que está dando apoyo en esta área y será remitido al nuevo Hospital.

Pedagogía:

Se basa en el aprendizaje de conocimientos de cultura general

Maneja a grupos de 19 pacientes diarios y 4 a nivel individual.

Terapia Ocupacional:

Hay dos terapeutas ocupacionales, uno se encarga de la inserción laboral interna y supervisa un grupo de 62 pacientes diarios, los cuales están a cargo del personal de servicios varios que realiza la limpieza.

El segundo terapeuta está a cargo de la rehabilitación de los pacientes de sala y la Unidad de Tratamiento Breve y maneja aproximadamente 20 pacientes diariamente, para cubrir todas las salas se ha asignado un horario de intervención de dos veces por semana.

Educación Física:

Principalmente busca alcanzar y/o recuperar en el paciente la motricidad gruesa, movimiento y estabilidad.

Se cuenta con 1 profesional, que maneja un promedio de 36 pacientes por día, así mismo se labora con horarios para intervenir en las salas generales, Unidad de Conductas Adictivas, Pensionados y Hospital de Día.

Pintura:

El maestro de pintura, interviene 3 veces a la semana, y atiende un mínimo de 11 pacientes y máximo 24 pacientes.

Enfermería:

Maneja un mínimo de 19 pacientes y un máximo de 135 pacientes.

3.7.4 Proceso actual de Talleres Pre-Ocupacionales

El proceso actual de talleres pre-ocupacionales (figura 23) es el siguiente:

- 1) El médico psiquiatra (de sala o emergencia) le comunica al jefe de Hospital de Día y a los psicopedagogos de Talleres.
- 2) Psicopedagogos hacen un listado de todos los pacientes de sala.
- 3) Jefe de Hospital de Día revisa el listado de pacientes para revisar la asistencia y las recomendaciones.
- 4) Psicopedagogos clasifican a pacientes según el nivel de deterioro (grupo A, B, C).
- 5) Paciente realiza la rehabilitación en los talleres pre-laborales (cocina, decoración, bailoterapia, hábitos sociales).

PROCESO TALLERES PRE-OCUPACIONALES

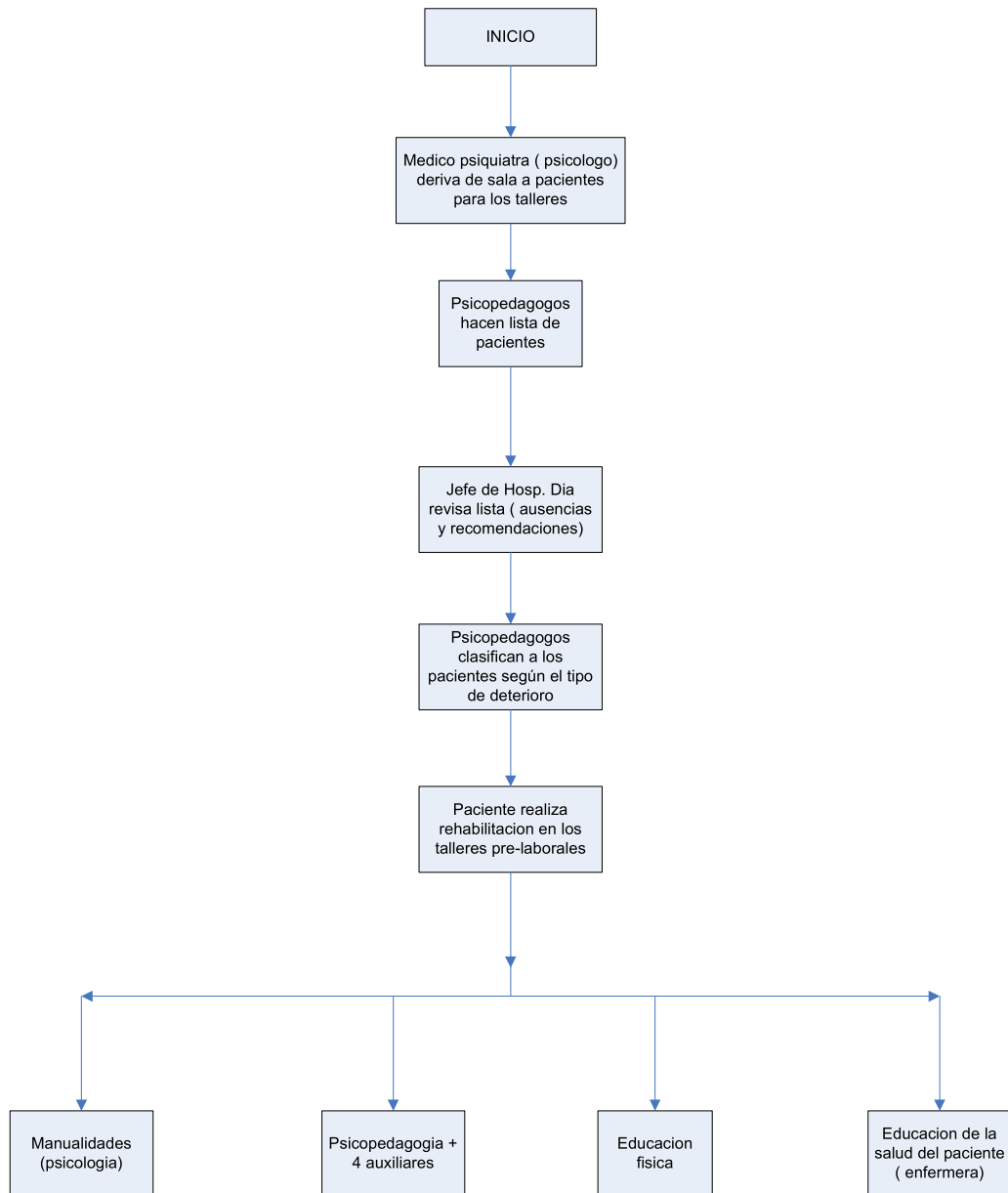


Figura 23. Diagrama de proceso de talleres pre-ocupacionales

Fuente: Administración

Elaboración: Mejora continua - autoras

En general, el promedio de atenciones para la terapia grupal es de 138 pacientes por día y cada terapia tiene sus promedios, como se indica a continuación:

- **Psicología (manualidades):** 30 personas/día.
- **Psicopedagogía + 4 auxiliares:** 138 personas/día.
- **Educación física:** 36 personas/día.
- **Enfermería:** 135 personas/día.

Cada instructor establece para sus terapias un tiempo de 45 minutos, para cada grupo de pacientes.

El promedio de pacientes mensuales derivados de sala es de **93**. Este promedio es una estimación de las estadísticas de los meses de enero, febrero y marzo del 2011.

CAPÍTULO IV

IDENTIFICACIÓN DE LOS ENFERMOS CON TRASTORNOS MENTALES CON OPCIÓN A LA REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

4.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Si bien existen varios programas establecidos de rehabilitación psicosocial y laboral en otros países, principalmente España, la experiencia indica que implantar un proceso alejado de la realidad local, desconociendo las características del grupo objetivo y de los actores principales conduce a errores en el mismo.

Partiendo de esta premisa es importante aclarar que el trabajo inicialmente estaba concebido para establecer una propuesta de inserción laboral para los pacientes de las salas de hospitalización por ser el más numeroso, sin embargo, como se verá más adelante se encontró que las características de la mayoría de estos pacientes con respecto a sus capacidades mentales (grado de deterioro) no encajaban dentro de la tipología que debe tener una persona para un programa de inserción laboral.

Con la finalidad de establecer una propuesta técnica, administrativa y financiera acorde a la realidad del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce se estableció realizar un diagnóstico que permita caracterizar de manera muy general a los pacientes que ingresan a la hospitalización y posteriormente ir definiendo la población objetivo, es decir, aquellos pacientes que ingresan a los programas de rehabilitación, establecer y definir las condiciones mínimas indispensables para el programa de rehabilitación laboral. En resumen lo que se buscó es definir como era la población de pacientes y cuales reunían las condiciones adecuadas para el programa.

Para ello se utilizó un enfoque de estudio observacional descriptivo cualitativo (características más relevantes de los pacientes) y cuantitativa (valores porcentuales) basándonos en la información disponible. Es importante mencionar que la información fue obtenida por varias fuentes internas del

hospital dado que el sistema informático del departamento de estadísticas del hospital no permita establecer, de manera general, las características socio-económicas y patológicas de los pacientes.

Cabe indicar que del análisis fueron excluidos los pacientes de consulta externa por no ser parte del objetivo del trabajo realizado.

4.2. POBLACIÓN

Dada las diferentes unidades poblacionales del Hospital se realizó en primera instancia una selección de grupos en función de una matriz de exclusión. Posteriormente se recopiló la información de los grupos restantes:

- a) Pacientes de las salas generales hospitalizados en el 2009 (561 pacientes).
- b) Pacientes que ingresaron, al programa del Hospital de Día durante el período enero 2009 – enero 2011 (entre 20 y 23 pacientes).
- c) Pacientes que ingresaron, fueron hospitalizados, pasaron por todos los procesos de rehabilitación y optaron por una plaza de trabajo (empleo normal) se encuentran actualmente laborando y aquellos que desertaron de sus labores (9 pacientes).

En todos los casos los análisis se basaron en datos poblacionales.

4.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para realizar una caracterización básica de la población de pacientes que ingresan a la hospitalización (a) se analizó el documento de diagnóstico de las salas para el año 2009 (Mata, S. 2009), así como el registro de pacientes al 4 de abril del 2011 (última referencia). Cabe indicar que dado que las Salas de General constituyen la principal población de pacientes que ingresan al

hospital, consideramos la información de la misma altamente útil para apoyar la caracterización de los pacientes.

En los pacientes b) se revisaron los registros de ingreso y las historias clínicas; la información incluyó información sociodemográfica y clínica: cantidad de pacientes, la relación de género, el diagnóstico, edad, estado civil, experiencia laboral previa.

En los pacientes c) se revisaron los informes psicológicos y clínicos; la data incluyó información sociodemográfica y clínica: relación de género, edad, nivel de educación, estado civil, diagnóstico, años de evolución.

En el presente estudio se ha asignado a cada paciente un código a fin de proteger su identidad.

Paralelamente se elaboró una encuesta dirigida al personal técnico del hospital con el objetivo de apoyar a definir el perfil necesario para que un paciente ingrese a un programa de rehabilitación laboral. El formato de la encuesta se muestra en el anexo 3.

4.4. RESULTADOS OBTENIDOS Y ANÁLISIS

4.4.1. Total de pacientes del Hospital

La figura 24 muestra la población de pacientes en cada área del Hospital expresada en porcentajes para el 2011. La población de pacientes se encontraba alrededor de los 748 personas (no considerados los ambulatorios de consulta externa). De ellos 561 personas (75%) correspondía a pacientes en salas generales, seguidos de la Unidad de tratamiento Breve (UTB), Unidad de Conductas Adictivas, Pensionado, Hospital de Día con 85, 18, 62, 22 personas respectivamente.

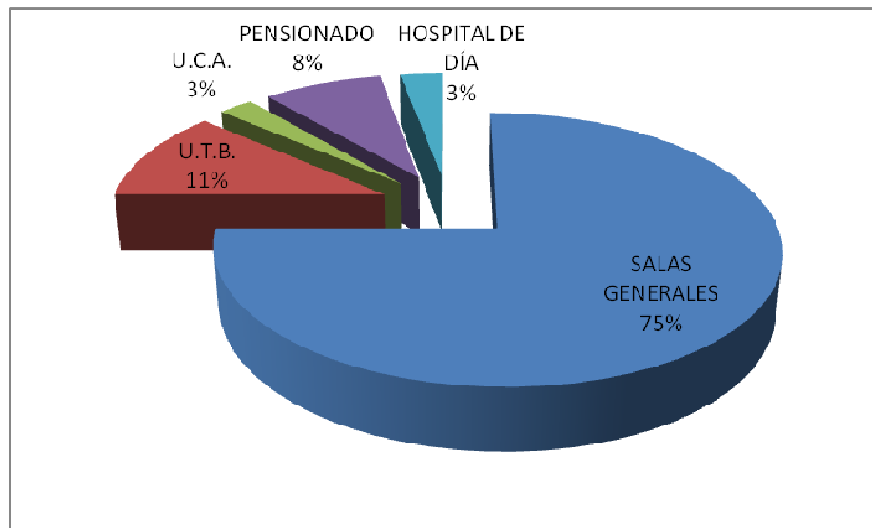


Figura 24. Porcentaje de pacientes por áreas del Hospital

Elaboración: Autoras

De esta población de pacientes, tres criterios de exclusión se definieron en primer lugar para establecer el grupo objetivo.

No conductas adictivas: En función de los trabajos de inserción laboral de personas con trastornos mentales revisados, el paciente objetivo no debe ser un consumista activo de tóxicos (Vehil, L., *et al*, 2006.). El procedimiento de integración laboral para drogodependientes constituye mecanismos diferentes y no son materia del presente trabajo.

Pacientes estables: Cualquier procedimiento tanto para la inserción social como laboral requiere que el paciente se encuentre en un grado de estabilidad tal que tenga conciencia de sí mismo y de sus actos de tal forma que la recuperación de las habilidades perdidas y actividades de reinserción sean factibles. Los grupos poblacionales se sometieron a estos tres criterios. La tabla 11 muestra la información resultante.

Bajos recursos: El programa a implantar es de carácter social y lo que se busca es apoyar a aquellos pacientes más vulnerables en términos económicos, es decir, aquellos pacientes cuyos familiares tienen o pueden tener dificultades para cubrir las necesidades para sus tratamientos.

La tabla 11 muestra los resultados de la matriz de exclusión.

Tabla 11.

Grupos de pacientes vs. criterios de exclusión para programa de inserción laboral

Área	Bajos recursos	No conductas adictivas	Estabilizados
Salas generales	Si cumple	Si cumple	Algún % de la población cumple
U.T.B	Algún % de la población cumple	Algún % de la población cumple	No cumple
U.C.A	Algún % de la población cumple	No cumple	Algún % de la población cumple
Pensionado	No cumple	Algún % de la población cumple	Algún % de la población cumple
Hospital de día	Si cumple	Si cumple	Si cumple

Elaboración: Autoras

En función de los criterios indicados, los pacientes ubicados en las Unidades de Tratamiento Breve, de la Unidad de Conductas Adictivas y Pensionado fueron excluidos como grupos objetivo, quedando los grupos de pacientes de salas generales y Hospital de Día.

4.4.2. Pacientes de Salas Generales

La figura 25 muestra la relación de géneros existente para el año 2009, existiendo un 16% más de varones.

La figura 26 muestra las edades (por rangos) de pacientes adultos que se atendieron en el 2009. Casi el 50% de los pacientes fluctúan entre los 36 a 55 años. La población de pacientes mayores a 55 años es ligeramente superior (4%) a los pacientes menores de 36 años.

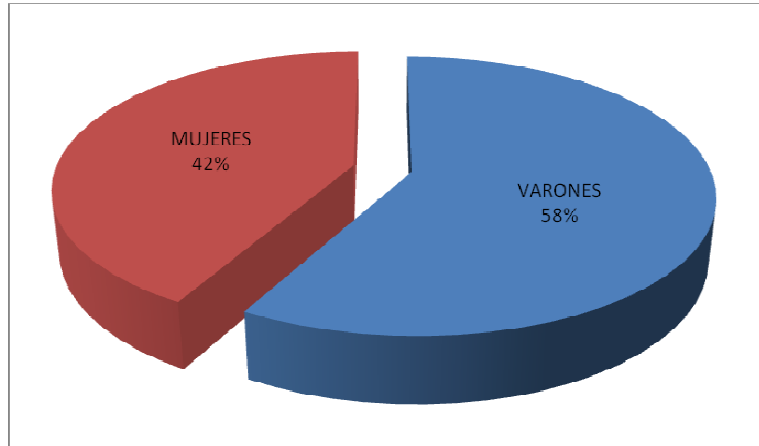


Figura 25. Relación de género de pacientes de Salas Generales 2011

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

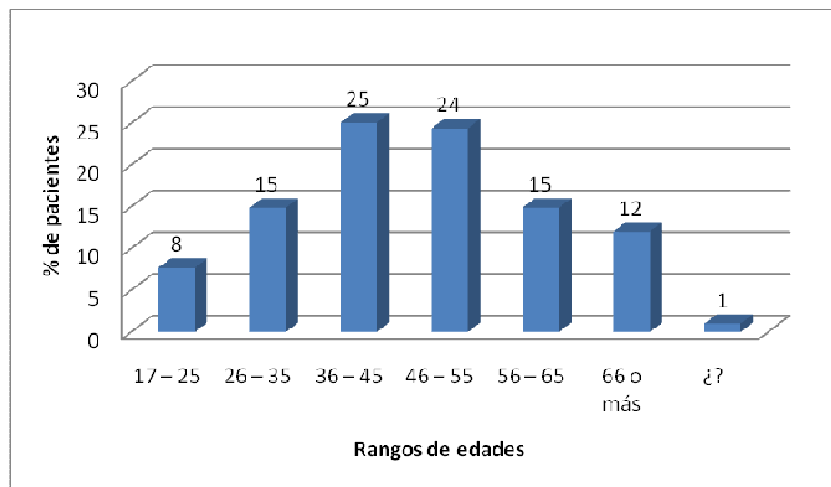


Figura 26. Caracterización de pacientes por edad en salas generales

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

Con relación al nivel de deterioro neurocognitivo y funcional de los pacientes hospitalizados las figuras 27, 28 y 29 muestran los niveles de

deterioro de los pacientes por género en función de la clasificación establecida por Mata, S. 2009 (anexo 4). El 84% de los pacientes registran niveles superiores a moderado. Solo un 16% de la población se encuentra entre los niveles de deterioro leve y leve moderado.

La información bibliográfica consultada, así como la información proporcionada por los médicos, trabajadoras sociales, terapeutas apuntan a que los pacientes con deterioro de leve a leve-moderado pueden ser rehabilitados y reinsertados al campo socio-laboral. Lamentablemente el tener un deterioro entre moderado a grave, según los expertos no les permite cumplir actividades de manera autosuficiente.

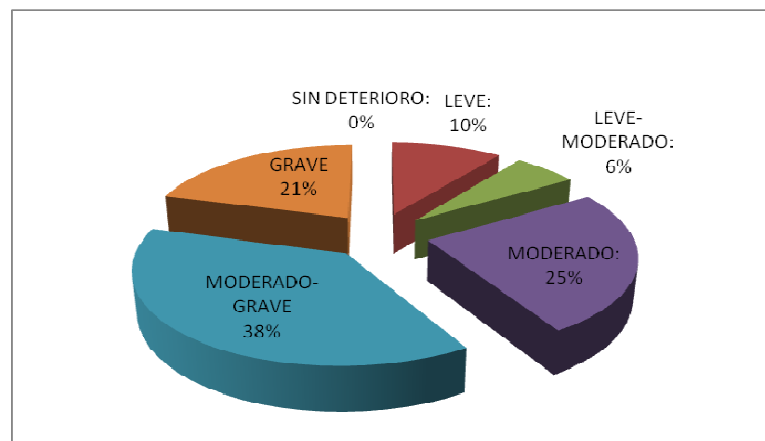


Figura 27. Nivel de deterioro de los pacientes mujeres

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

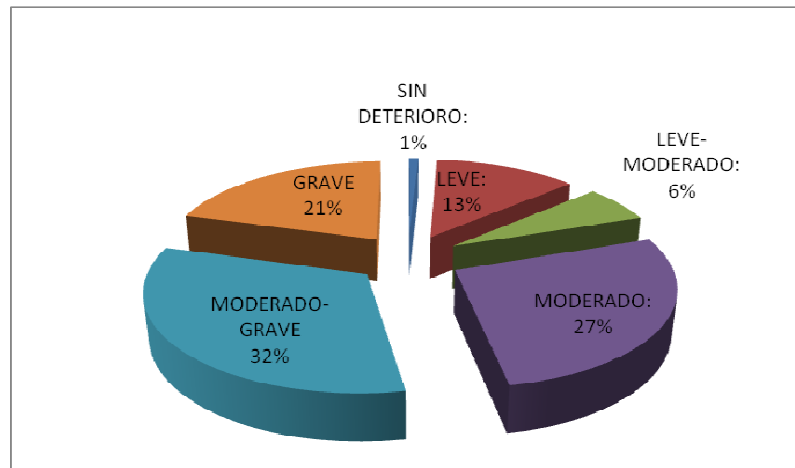


Figura 28. Nivel de deterioro de los pacientes hombres

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

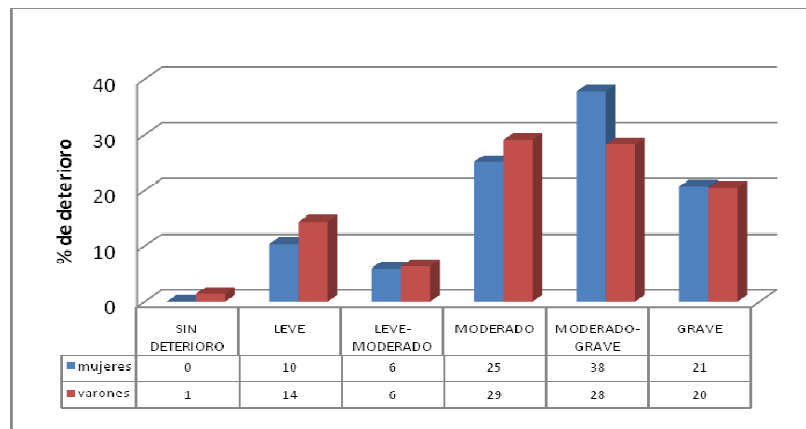


Figura 29. Comparación del nivel de deterioro entre géneros

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

Con referencia al tipo de trastorno predominante en los pacientes del Hospital las figuras 30 y 31 muestran esta información codificada para pacientes con deterioro leve y grave respectivamente. La tabla 12 indica la correspondencia del código con el trastorno respectivo.

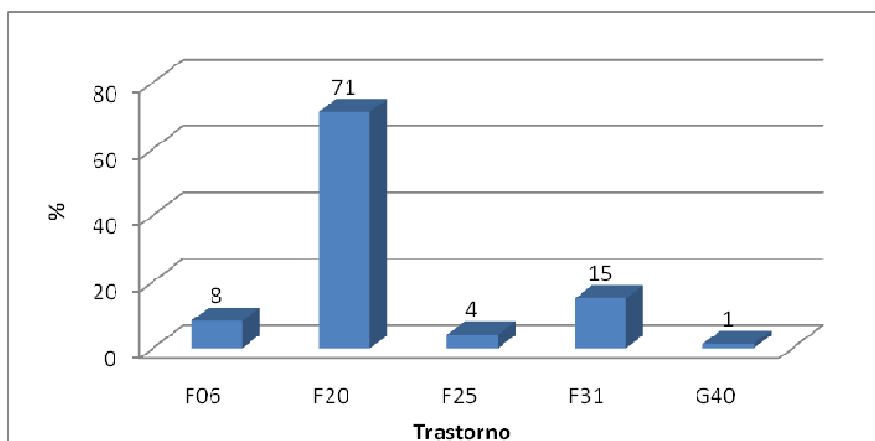


Figura 30. Tipos de trastornos en pacientes con deterioro leve

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

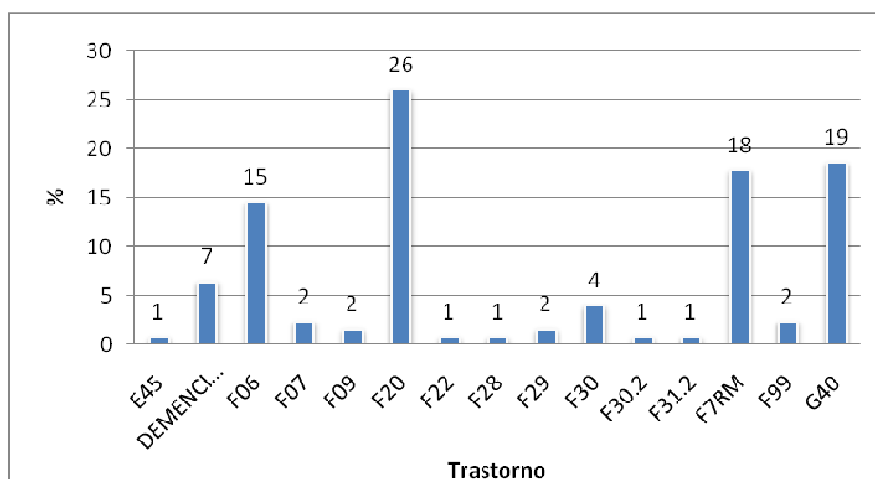


Figura 31. Tipos de trastornos en pacientes con deterioro grave

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Autoras

En los pacientes con nivel de deterioro leve se registraron 5 tipos de trastornos de los cuales la esquizofrenia constituye aproximadamente el 70%. En los pacientes con nivel grave se registraron 15 diferentes tipos de trastornos ocupando la esquizofrenia un 26% y los trastornos con cuadros de epilepsia, retardo mental y las lesiones o disfunciones cerebrales las que siguen en predominancia entre el 19 al 15%.

Tabla 12.**Codificación de los trastornos mentales**

CÓDIGO.	Descripción de diagnósticos
E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición
DEMENCIAS	Demencias
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado
F20	Esquizofrenia
F22	Trastorno delirante persistente
F25	Trastorno esquizoafectivo
F28	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
F29	Psicosis de origen no orgánico, no especificada
F30	Episodio maniaco
F30.2	Manía con síntomas psicóticos
F31	Trastorno afectivo bipolar
F31.2	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
F7RM	Retardo mental
F99	Trastorno mental, no especificada
G40	Epilepsia

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2010

Elaboración: Autoras

La lista completa de la clasificación de trastornos mentales CIE 10, criterios de la Organización Mundial de la Salud se muestra en el anexo 5.

La relación nivel de deterioro con respecto a la edad del paciente mostraba un incremento de deterioro de moderado a grave a pacientes con mayores edades y reducción de los deterioros leves y leves moderados. Algunos pacientes menores de 55 años presentaban incluso no tener deterioro (figura 32). Es decir, en términos generales, se observó una relación directa entre la edad y el nivel de deterioro.

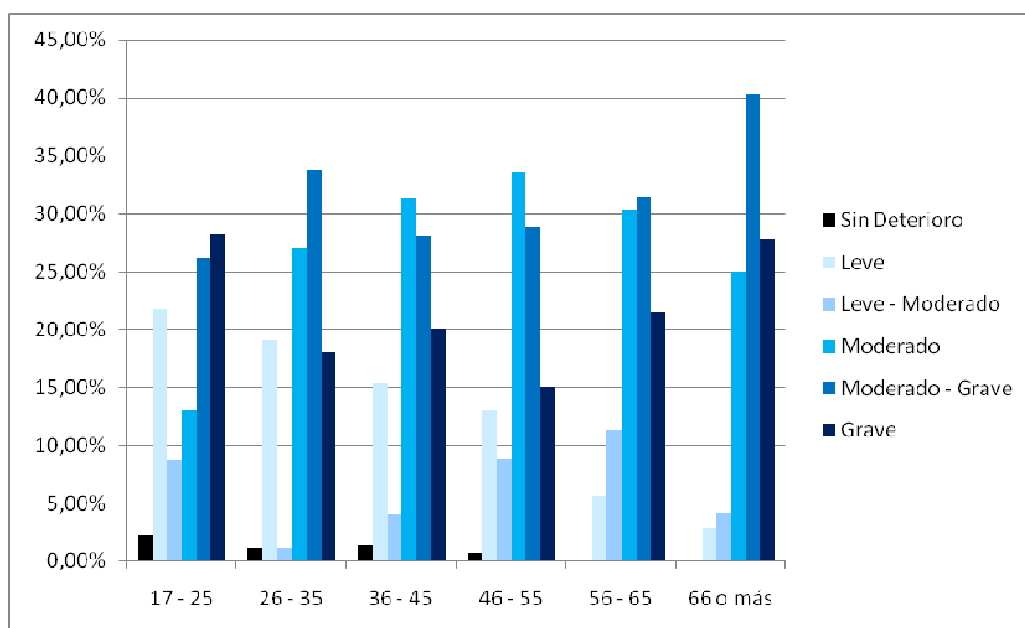


Figura 32. Gráfico de edad vs. nivel de deterioro

Fuente: Mata, S. 2009

Elaboración: Mata, S. 2009

En resumen los pacientes que ingresan a la hospitalización (salas) , corresponden principalmente a personas en etapas adultas y adultos medios que junto con los jóvenes adultos constituyen un 65% de la población, es decir aproximadamente 390 personas; de ellos un 25% se encuentran entre las que no presentan deterioro y personas que presenta deterioro leve y leve moderado es decir, un estimado de 95 pacientes siendo el grupo que sus condiciones les permitiría realizar una actividad laboral que no demande una supervisión estricta luego de un programa de rehabilitación.

Otro resultado importante es el tipo de trastorno que se encuentra en estos pacientes, en el caso de deterioro leve un 70% presentan cuadros esquizofrénicos.

4.4.3. Pacientes en Hospital de Día

La figura 33 muestra el registro mensual de pacientes atendidos en el área de Hospital de Día para los años 2009 y 2010.

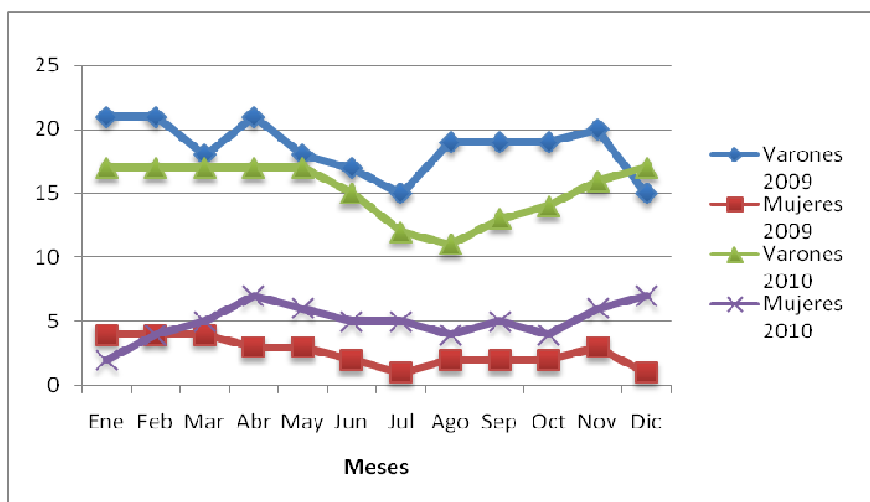


Figura 33. Variación en la atención de pacientes hombres y mujeres por mes en Hospital de Día para el 2009 y 2010

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

El promedio de atención de pacientes fue de 22 para el 2009, 20 para el 2010 y 23 para el 2011. A diferencia de los otros grupos poblacionales, los pacientes de Hospital de Día fueron predominantemente varones, en promedio superior al 75% (figuras 34 y 35).

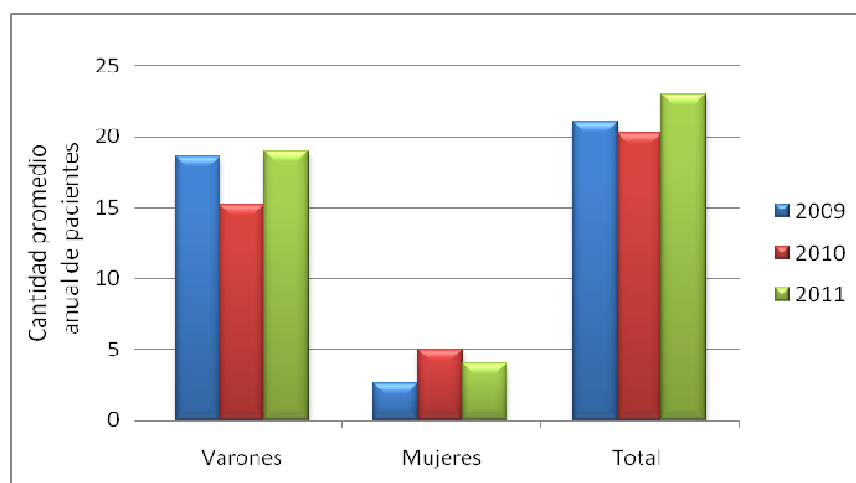


Figura 34. Cantidad promedio de pacientes registrada por mes en los años 2009 y 2010

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

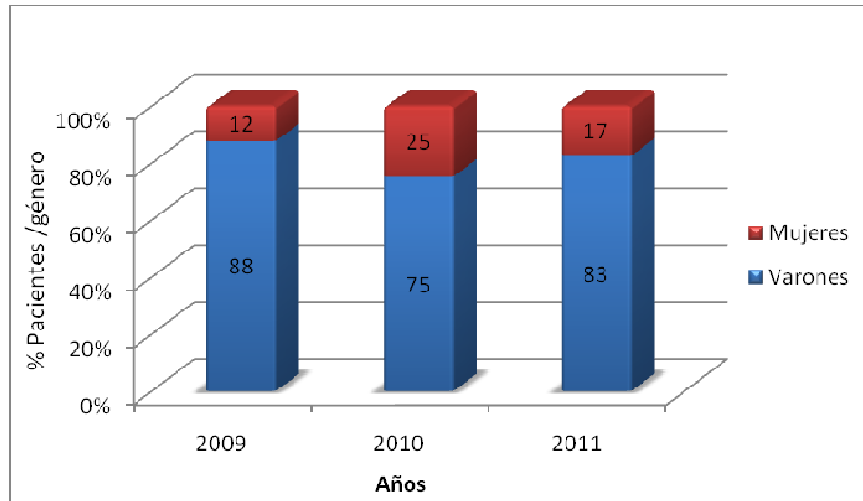


Figura 35. Relación de género de los pacientes

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

Se registran dos grupos poblacionales de edad. La edad del 60% de los pacientes fluctúa entre los 18 a 35 años, mientras que un 30% de la población se encuentra entre los 46 a 65 años (figura 36).

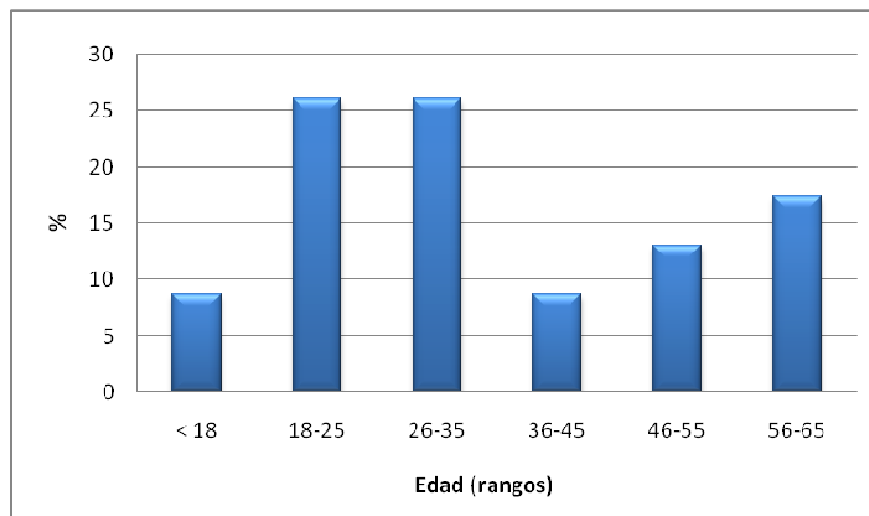


Figura 36. Edades de los pacientes de Hospital de Día (datos 2011)

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

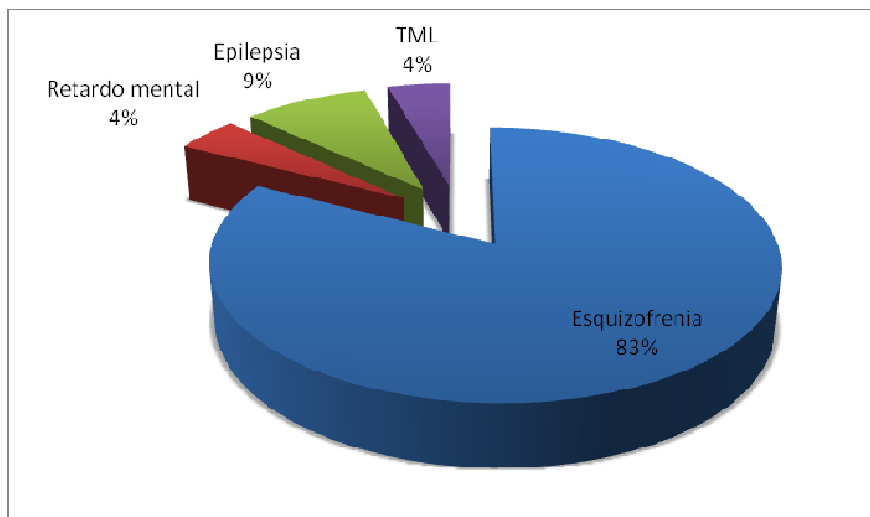


Figura 37. Diagnósticos de los pacientes (datos 2011)

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

La gran mayoría (un 83%) de los pacientes registra cuadros de trastorno mental de tipo esquizofrénico (figura 37).

Casi todos los pacientes son personas solteras (figura 38) teniendo como soporte familiar a la madre principalmente. Una población pequeña del 4% registra no tener soporte familiar (figura 39). En el ámbito laboral son pocas las personas que han tenido un trabajo previo (figura 40).

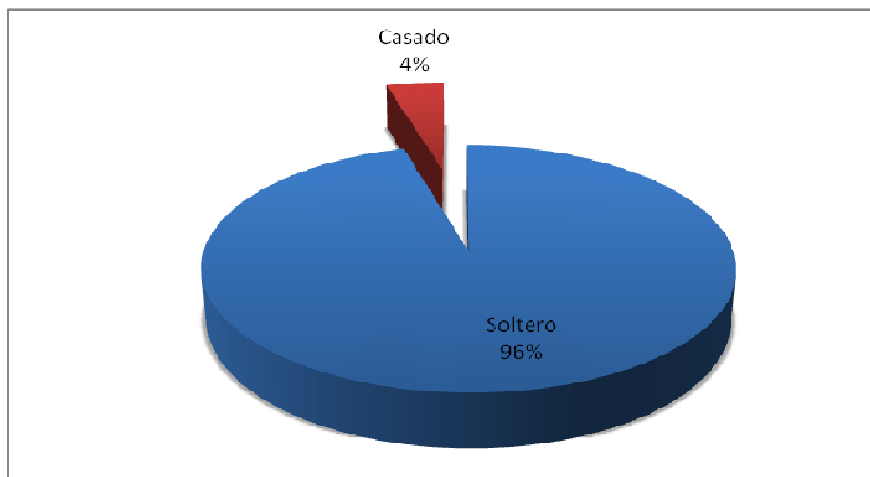


Figura 38. Estado civil de los pacientes (datos 2011)

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

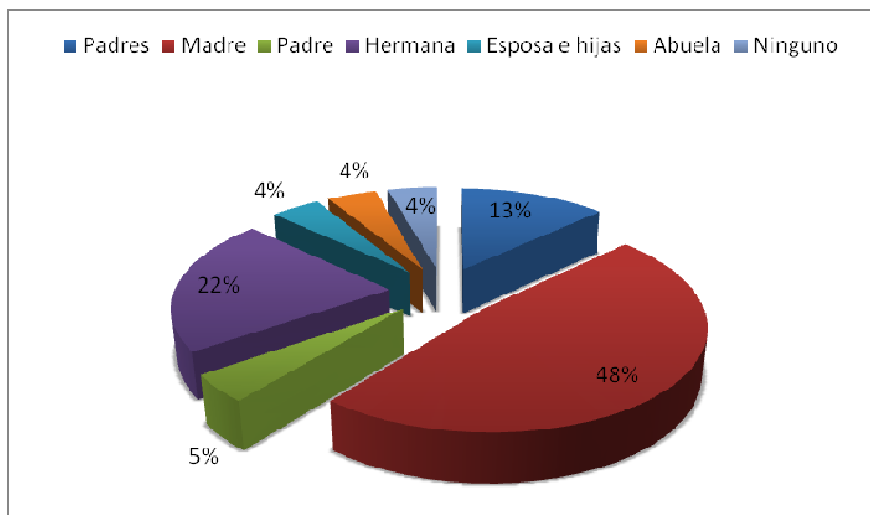


Figura 39. Tipo de soporte familiar (datos 2011)

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011
Elaboración: Autoras

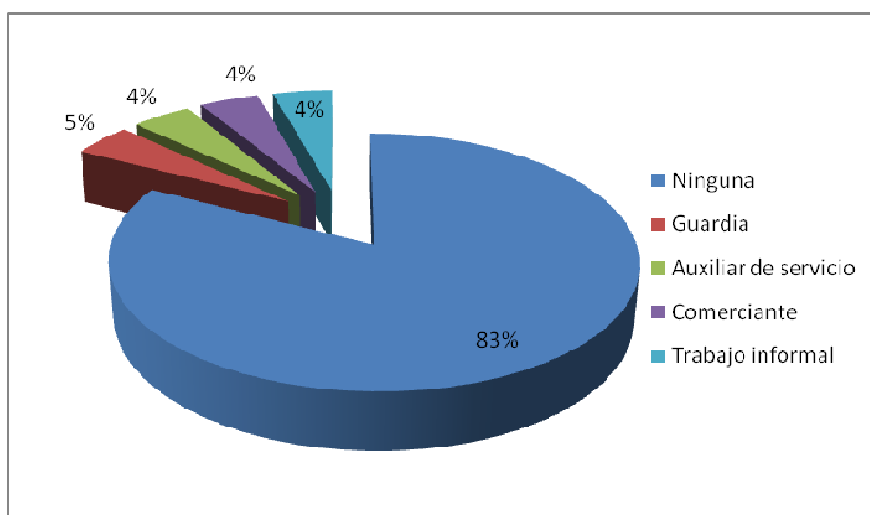


Figura 40. Experiencia laboral previa (datos 2011)

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011
Elaboración: Autoras

4.4.4. Pacientes ingresados al Programa de Inserción Laboral (piloto)

Nueve pacientes ingresaron a un ensayo de programa de inserción laboral normalizado. La tabla 13 muestra la información básica de los pacientes registrada en los expedientes del Hospital.

Tabla 13.

Datos de los pacientes del piloto de inserción laboral

Paciente	Género	Edad (años)	Estado civil	Escolaridad	Diagnostico	Tiempo de enfermedad (años)	Trabajo anterior
P1	M	34	soltero	secundaria	F 20	18	mensajero
P2	M	34	soltero	secundaria	F 20.0	12	mantenimiento empleado de limpieza
P3	M	36	soltero	secundaria	F 20.03	18	comerciante
P4	M	39	separado	secundaria incompleta	F 20.0	10	
P5	M	38	soltero	secundaria	F 20.0	19	guardia
P6	F	48	casada	secundaria	F 69	20	quehaceres domésticos
P7	M	53	divorciado	secundaria	F 69	38	guardia
P8	M	56	soltero	secundaria	F 20.0	12	comerciante
P9	F	39	casada	secundaria	F 20.0	15	ninguno

F20: Esquizofrenias

F69: Trastornos de personalidad y de comportamiento no especificado

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

Como muestra la figura 41 el 78% de los participantes correspondió al género masculino; la edad promedio fue de 42 años con una edad máxima de 56 y mínima de 34 años, desviación estándar 8.3. El 67% tenía edad inferior a los 40 años. El 100% tiene escolaridad secundaria aunque algunos no finalizaron sus estudios debido a su enfermedad.

El estado civil porcentual es mostrado en el figura 42. Sobre el 50% corresponde a personas solteras. Seguido de las personas casadas que representan el 22% y que coincidentemente corresponden a la mujeres.

Tres enfermedades se diagnosticaron en estos pacientes de las cuales la esquizofrenia fue el trastorno predominante correspondiendo al 78% (figura 43). Este grupo de pacientes registran su enfermedad en promedio por un período de 20 años, máximo 38 años y mínimo 12 años.

Todos los pacientes registran instrucción formal primaria, casi el 90% finalizó la secundaria pero sólo un 22% estuvo en capacidad de ingresar a la Universidad y de éstos ninguno finalizó la educación superior (figura 44).

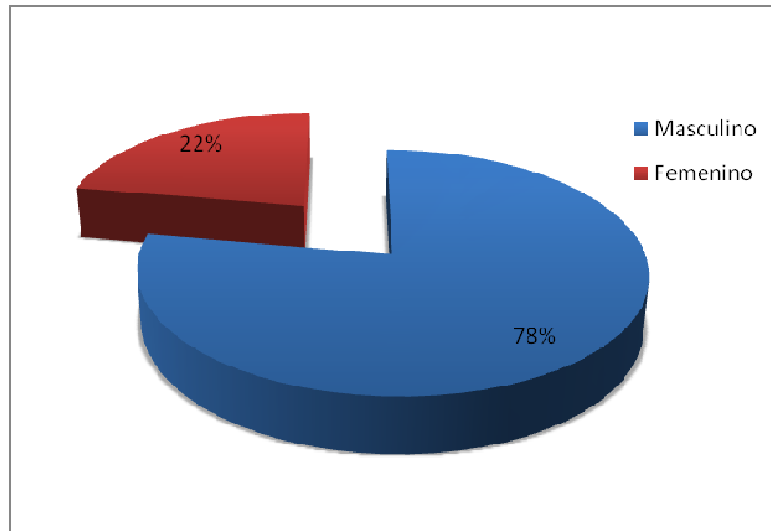


Figura 41. Relación de género

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

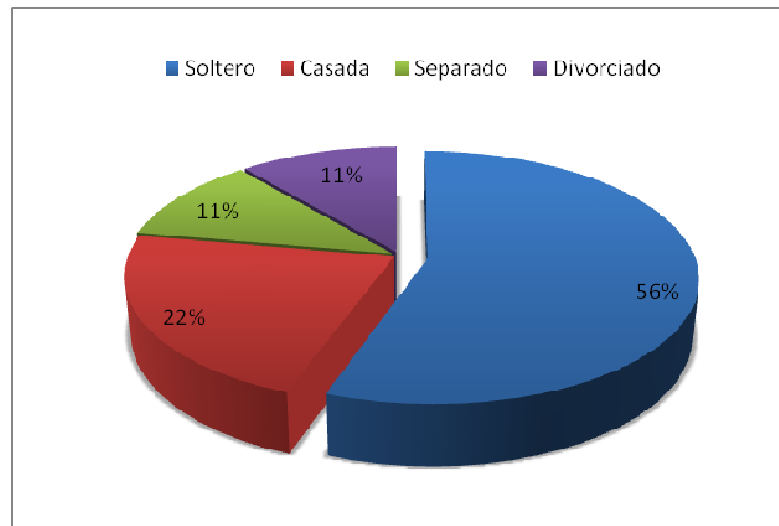


Figura 42. Estado civil

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

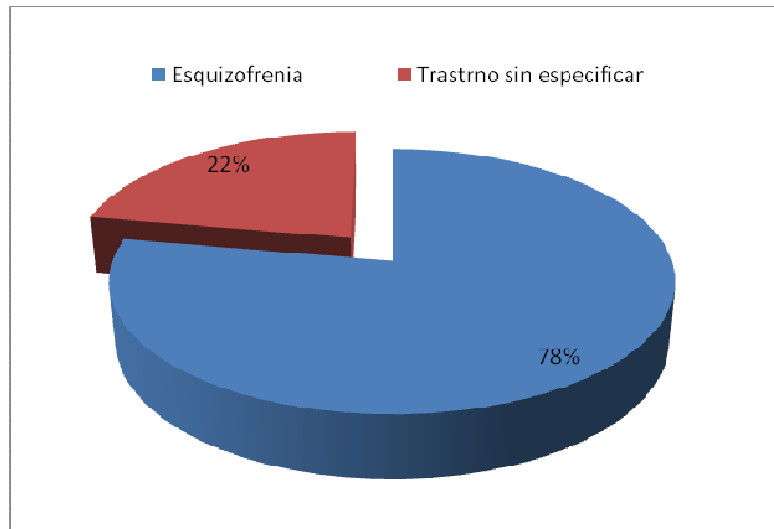


Figura 43. Tipo de trastorno

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

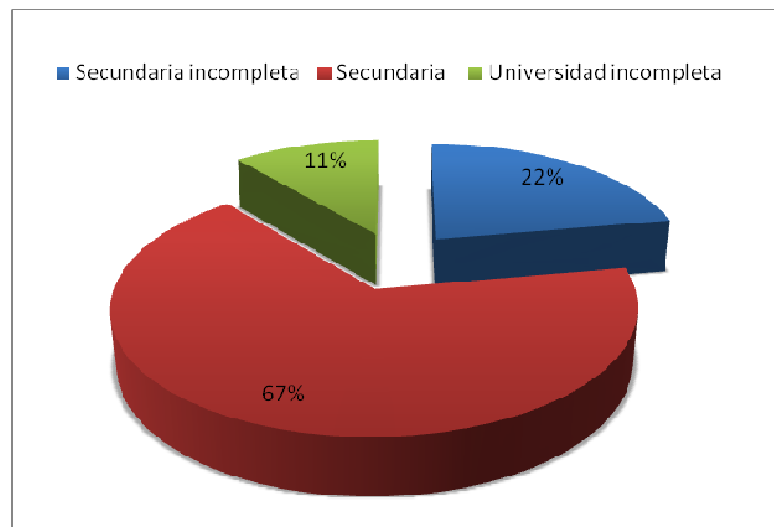


Figura 44. Formación formal

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

La información disponible registrada indica que el 90% de estas personas realizaron alguna actividad laboral previa al ingreso de la inserción. Han sido comerciantes, guardias, mensajeros, personal de limpieza y/o mantenimiento (figura 45).

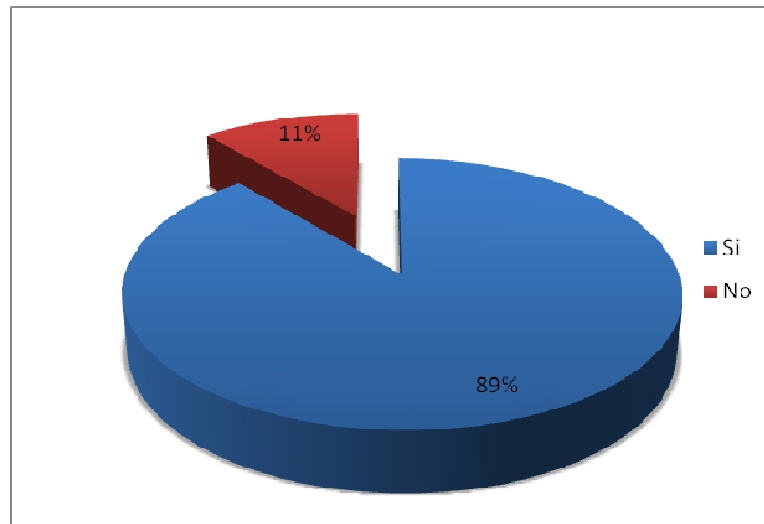


Figura 45. Experiencia laboral

Fuente: Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011

Elaboración: Autoras

4.4.5. Resultados de la encuesta

Sobre la base de las preguntas realizadas, ocho doctores respondieron al cuestionario. Los siguientes resultados fueron obtenidos:

A) CON RESPECTO AL PACIENTE:

1. Edad máxima de un paciente para el ingreso a un programa de rehabilitación laboral.

La figura 46 muestra en porcentaje las respuestas obtenidas. El 60% de las respuestas ubican a pacientes con edades máximas entre 30 a 40 años con valores decrecientes hacia edades mayores. El 40% restante establece la

posibilidad de incluir pacientes entre mayores a 40 años y menores a 55 años (edad máxima definida en la encuesta).

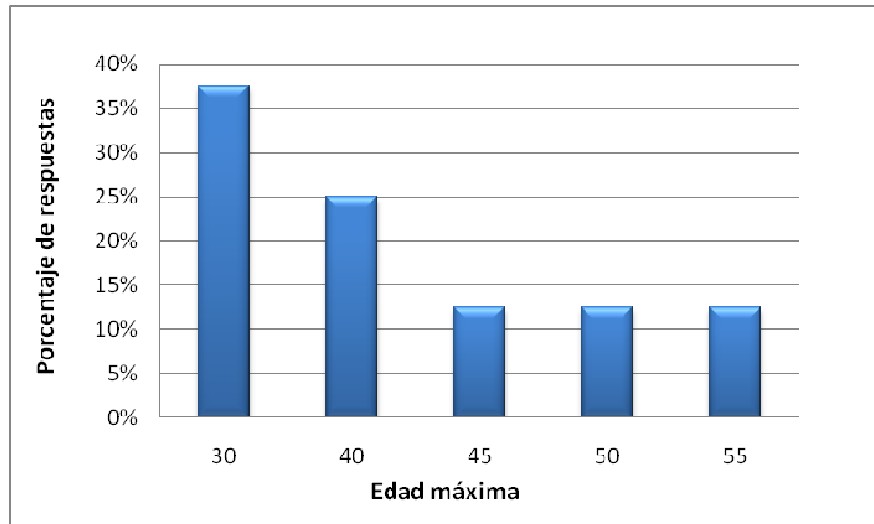


Figura 46. Resultados de la respuesta a la edad máxima apropiada para el paciente

Fuente: Encuestas

Elaboración: Autoras

2. Según su experiencia, señale aquellas patologías (diagnóstico) que el paciente puede tener y que no constituya un impedimento para finalizar con éxito un programa de rehabilitación laboral.

Los médicos ponderaron el tipo de trastorno de los pacientes para un programa de inserción laboral (figura 47).

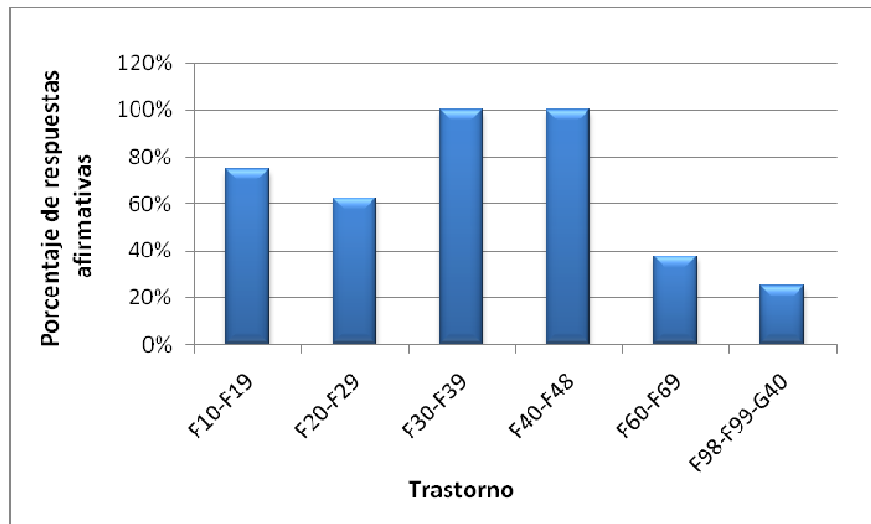


Figura 47. Resultado de la consulta sobre los trastornos que no impiden al paciente para el programa de inserción laboral

Fuente: Encuestas

Elaboración: Autoras

Consideran que trastornos del estado de ánimo (F30-F39) y neuróticos (F40-F48) no constituyen impedimentos para el paciente. Respuestas afirmativas para trastornos mentales y debido al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) y esquizofrenia (trastorno mental registrado en la mayoría de los pacientes hospitalizados), trastornos esquizotípicos y delirantes estuvieron en el orden del 60 al 75%. La opción de trastorno considerada menos apropiada fueron los trastornos del tipo retardo mental con un 25%.

3. Hasta que nivel de deterioro neurocognitivo usted aconseja que puede tener un paciente para participar en un programa de rehabilitación laboral.

La figura 48 muestra las respuestas expresadas en porcentaje sobre el máximo nivel de deterioro aceptable considerando el deterioro leve como nivel de referencia (100%). Ningún médico considero al nivel de deterioro grave como factible. La mayoría considera que los pacientes deberían tener niveles entre leves y leves moderado.

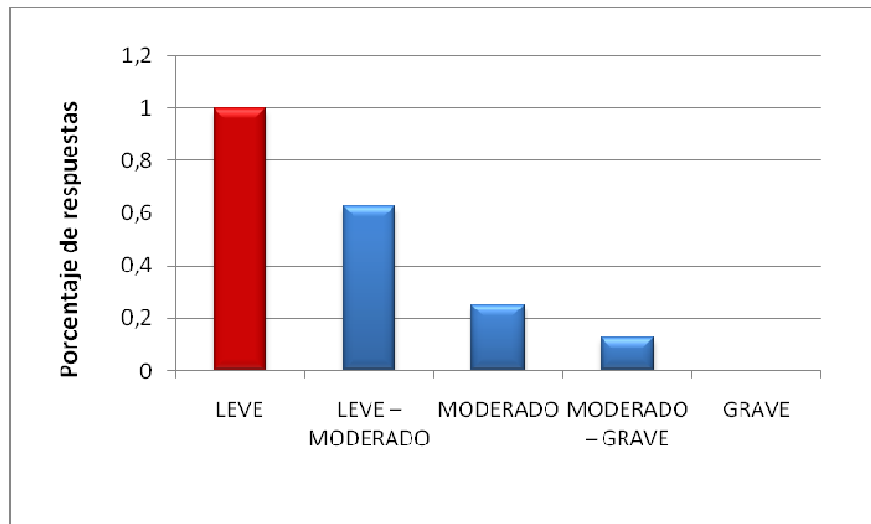


Figura 48. Respuestas obtenidas sobre el nivel de deterioro aceptable para los pacientes del programa

Fuente: Encuestas

Elaboración: Autoras

4. Condiciones adicionales para la selección de pacientes.

Otras características para definir el perfil adecuado de los pacientes que participen en el programa se establecieron conforme la tabla 14.

Tabla 14.

Condiciones necesarias de los pacientes para el programa

Característica	Muy importante	Poco importante	No importante
Con soporte familiar	75%	0%	25%
Con situación patológica estabilizada	87.5%	12.5%	0%
Ausencia de conductas auto y heteroagresivas	87.5%	12.5%	0%
Con experiencia laboral	0%	62.5%	37.5%
Interés de participar el programa	87.5%	12.5%	0%
Que la familia tenga interés de que participe en el programa	87.5%	12.5%	0%
No tener ningún tipo de dependencia a estupefacientes	50%	37.5%	12.5%

Fuente: Encuestas

Elaboración: Autoras

Ninguno de los médicos consideró “muy importante” para el programa la experiencia laboral del paciente. Sólo el 50% de los médicos consideró necesario el no tener dependencia a estupefacientes para participar en el programa.

5. Programas y/o actividades que el usuario o paciente requieren aprobar previo al programa de rehabilitación laboral.

Las respuestas de tipo abierto sobre este tema se han resumido en los siguientes:

- a. Estabilización psicopatológica
- b. Mejoramiento del nivel de conciencia de la enfermedad
- c. Recuperación de habilidades sociales
- d. Autonomía básica

6. Características del paciente consideradas como no adecuadas.

Las respuestas de tipo abierto sobre este tema se han resumido en los siguientes:

- a. Agresividad y conductas violentas
- b. Problemas somáticos (parálisis cerebrales, anemias, pérdida de miembros, entre otros)
- c. Conducta suicida
- d. Crisis no controladas
- e. Consumo de alcohol y drogas psicoactivas

B) CON RESPECTO AL HOSPITAL

1. Cuenta con la infraestructura necesaria:

Todos los consultados indicaron que el hospital no cuenta con la infraestructura necesaria, sin embargo en la pregunta de tipo abierta sobre qué

requiere; las respuestas se basaron en la falta de materiales, capacidades y bajo número del personal.

2. Personal suficiente:

Todos indican que el personal es insuficiente, sin embargo al solicitar complementar la información solo una persona consultada indicó la necesidad de mayor número de auxiliares de enfermería, y otra indicó que el programa se puede apoyar de estudiantes que realicen sus pasantías. La mayoría de las respuestas abiertas se basaron en la falta de experiencia y conocimiento en esta materia.

3. Capacitación:

Todos indican que se requiere capacitación en programas de inserción laboral que busquen reducir la dependencia del paciente al hospital.

4. Alianzas estratégicas:

Todos los médicos consultados están de acuerdo en que el HLP deberá realizar acercamientos con las dependencias públicas y privadas relacionadas con el tema.

4.5 ANÁLISIS FINAL DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LOS PACIENTES

Edad:

En términos generales aproximadamente un 50% de los pacientes tanto de hospitalización como Hospital de Día se ubica en edades inferiores a 45 años.

La edad del paciente a incorporarse en un programa de inserción laboral es importante desde dos puntos de vista:

a) Este parámetro juega un rol muy importante a la hora de conseguir empleo. El 75% de los empleados ecuatorianos se encuentran entre los 25 y 45 años de edad (El mercado laboral ecuatoriano, 2011). Otros estudios indican que se observa discriminación por la edad al momento de buscar una plaza laboral para personas mayores de 35 años y menores de 20 años.

b) Según los datos obtenidos se observa que, conforme el paciente tiene más edad el nivel de deterioro registrado es mayor, lo cual se traduce en la reducción de posibilidades de recuperación de las habilidades del paciente y por ende de poder insertarlo a nivel social y laboral.

Esto coincide con la información indicada por la mayoría de los doctores en la encuesta al considerar en la selección de edad máxima para un paciente que ingrese a un programa de inserción laboral.

Género:

La mayor parte de los pacientes son varones lo cual es mucho más evidente en Hospital de Día y en los pacientes que ingresaron al programa piloto (sobre el 75%). Si bien el género no debería incidir en la posibilidad de ingresar a un programa de inserción laboral, si puede incidir en el tipo de labor que podría realizar el paciente, las expectativas que tuviera y el esfuerzo a realizar por los responsables del programa en la búsqueda de plazas de trabajo para los pacientes.

Diagnóstico de la enfermedad:

El principal trastorno registrado en los pacientes sin deterioro, con deterioro leve a leve moderado es la esquizofrenia, la cual se presenta en varios grados y tipos. Desde un punto de vista clínico, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud – CIE 10, los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por trastornos del pensamiento, la percepción y los afectos. La claridad de conciencia y la capacidad intelectual usualmente se mantienen, aunque puede desarrollarse cierto deterioro cognitivo con el curso del tiempo (Díaz, D. & Chacón, S., 2006). El 60% de los

doctores encuestados incluyeron a esta enfermedad como uno de los trastornos que no constituiría un impedimento del paciente que la padece para finalizar con éxito un programa de inserción laboral. La respuesta parece obedecer a los diferentes tipos y grados de estado trastorno.

Trastornos como retardos mentales y demencias obtuvieron porcentajes alrededor del 20%. Ello indicaría que pacientes con ciertos tipos de trastornos tienen menores posibilidades de éxito en finalizar el programa, mientras que aquellos trastornos relacionados con el estrés y el estado de ánimo tienen mayores posibilidades.

Nivel de deterioro:

Este es uno de los aspectos de mayor importancia a la hora de tomar la decisión de establecer que pacientes se enfocarán el programa de inserción laboral.

Los resultados indican que en un programa de inserción laboral de pacientes con trastornos mentales deberá priorizarse a aquellos que no tienen deterioro cognitivo o presentan niveles de deterioro leve a leve moderado. El 100% de los doctores coinciden en que pacientes con niveles de deterioro grave difícilmente pueden alcanzar resultados positivos si se los incluye en un programa de inserción laboral. Si analizamos los pacientes de las salas generales encontramos que solo un 20% tiene condiciones para el programa, por tanto la opción planteada es trabajar con los pacientes de Hospital de Día como grupo donde exhibe el mejor perfil en este tema.

Soporte familiar:

En los últimos años el foco de interés se ha desplazado al papel que desempeña el ambiente familiar en la prevención de recaídas en personas con enfermedades mentales, es decir se concede mayor relevancia a su posible influencia (Orviz, S., 2003). El 75% de los doctores coinciden con esta aseveración por lo tanto, es importante identificar mecanismos que incorporen

a la familia tanto en la rehabilitación como en la búsqueda y selección de empleo.

Situación psicopatológica estabilizada, ausencia de conductas auto y hétero agresivas:

Estas dos condiciones se encuentran en los pacientes de hospital de día y en los pacientes sin deterioro o con deterioro leve de las salas generales. Estas situaciones le permitirán al paciente interactuar con los compañeros de trabajo.

Con experiencia laboral:

Existen divergencias con respecto a los criterios que predicen el éxito o el fracaso en la integración laboral de personas con trastornos mentales crónicos. El poseer habilidades adecuadas de ajuste laboral y una historia laboral previa son factores claves en la inserción adecuada del paciente. (Moruno, P. & Talavera, M. 2010). Inclusive se consideran más relevantes que el mismo diagnóstico psiquiátrico, test de inteligencia a la hora de evaluar las características que permitieron el éxito del programa. A pesar de ello, la mayoría de los médicos consultados consideran la experiencia laboral previa como aspecto “poco importante”. En el caso de los pacientes del programa piloto de los nueve pacientes, siete tenían alguna experiencia laboral.

Interés del paciente y la familia de participar en el programa:

Otro aspecto neurálgico es la motivación del paciente para el trabajo. La actividad de búsqueda de empleo debe ser completamente voluntaria, caso contrario se corre el riesgo de un bajo rendimiento e inclusive la deserción al trabajo. En el Centro de Rehabilitación Laboral Vázquez de Mella en España incluyen dentro del perfil del paciente que ingresa el que presente un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral (Sobrino, T., 2004)

No dependencia a sustancias a sustancias estupefacientes y psicotrópicas:

No se ha encontrado información referente a este tópico en la bibliografía consultada. Las opiniones de los médicos consultados se encuentran divididas, sin embargo los resultados de las preguntas cerradas y abiertas inducen a pensar que es preferible que el paciente no tenga este tipo de trastorno como componente adicional a su trastorno principal.

CAPÍTULO V

PROPUESTA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA DE REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

5.1 OBJETIVOS

El Programa planteado de Inserción Laboral de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce es una propuesta que direcciona las actividades que se realizan dentro de los procesos de rehabilitación hacia un objetivo concreto **“Preparar el camino del paciente psiquiátrico para el ingreso o reingreso en actividades económicamente productivas”**. Para estructurar técnica - administrativamente el plan se utilizó como soporte metodológico el documento Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la Fundación FISLEM 2007, el Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas de Brogna P. *et al* 2003, la propuesta de rehabilitación y reinserción socio-laboral de pacientes con trastorno mental internos en el HLP de Mata, S. 2008, así como las estrategias que actualmente se están desarrollando en el hospital.

Se incorporan acciones y/o actividades de rehabilitación psicosocial y laboral del paciente, educación familiar y mecanismos para la definición y consecución de plazas de trabajo. Luego de los procedimientos normales de estabilización de su salud mental y posterior a las evaluaciones periódicas de sus avances durante el proceso de reinserción psicosocial se definen las posibilidades reales de que el paciente pueda realizar labores a él encomendadas. El objetivo principal es poner al servicio de los enfermos mentales técnicas de rehabilitación, que faciliten la mejora de sus habilidades y recursos para que puedan funcionar con mayor eficacia en los entornos laborales.

5.2. ESTRATEGIAS

El proceso planteado para conseguir la rehabilitación laboral involucra varias actividades. En cada fase del programa se establecen diferentes niveles que sitúan las actividades de rehabilitación en forma escalonada. Como

muestra la figura 49, la continuidad de las acciones se divide en 5 etapas. Los usuarios no van directamente a un trabajo. Deben ir progresando por pasos según sus capacidades. En el proceso presentado, no sólo incluye las etapas, actividades ni metas propios de la rehabilitación laboral. En la etapa previa se definen los programas de rehabilitación psicosocial con carácter de “obligatorio” por los cuales el paciente psiquiátrico debe pasar y aprobar por considerarlos fundamentales.

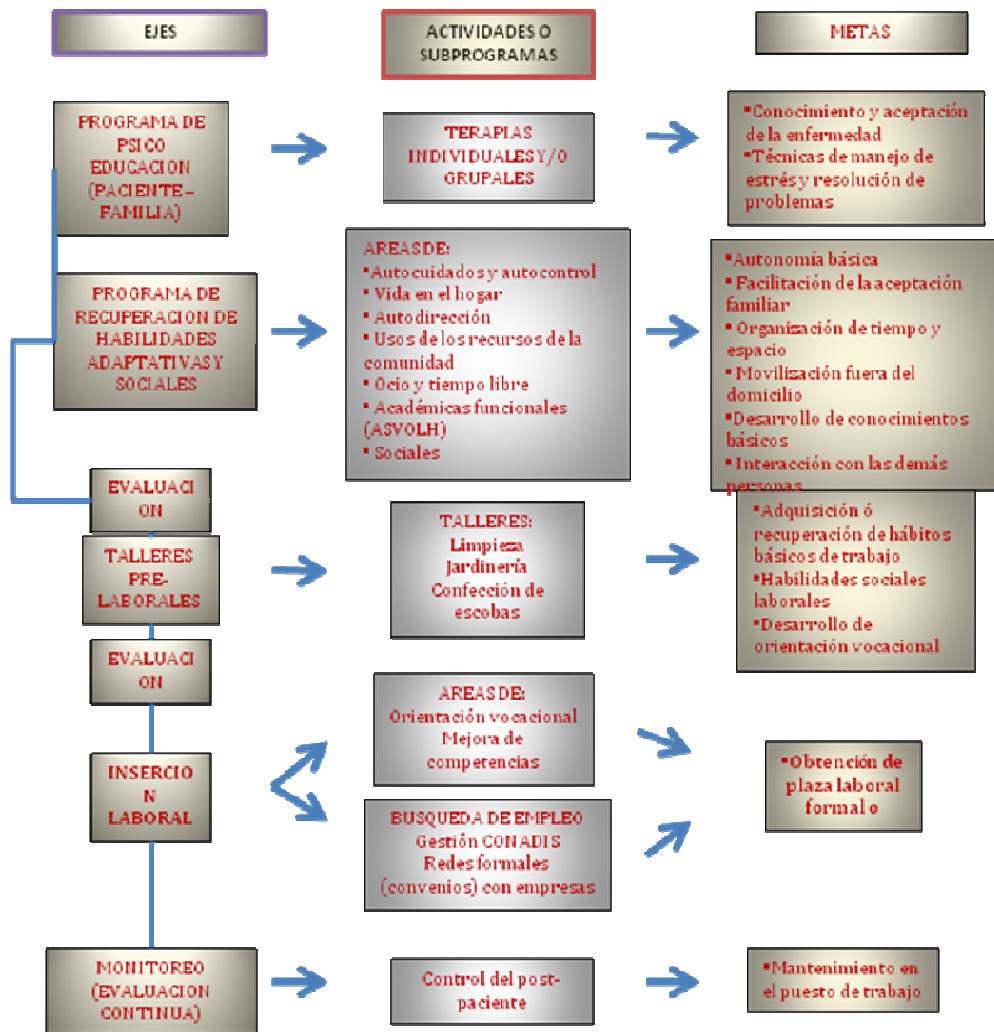


Figura 49. Esquema general del Programa de Rehabilitación e Inserción Laboral

Elaboración: Autoras

5.2.1. Fase de Rehabilitación Psicosocial

En esta fase los pacientes en general acceden a los programas propios del hospital actualmente en ejecución, es decir es el tronco común de rehabilitación integral. De las múltiples actividades incluidas se han seleccionado aquellas que se considera indispensables para instruir, educar, rehabilitar con el propósito de alcanzar ese perfil mínimo indispensable necesario para acceder a la fase de inserción laboral.

Objetivo general

- Garantizar estar en situación psicopatológica controlada
- Identificar a los pacientes con niveles de deterioro de leve a moderado que puedan acceder al sistema de rehabilitación laboral
- Alcanzar el marco referencial del paciente psiquiátrico necesario para la fase de rehabilitación laboral

Programa de Psicoeducación

Objetivo:

Direccionar su intervención a la psico educación y prevención de recaídas, buscando la promoción de la capacidad de automedicación y la consciencia de la enfermedad en el paciente y familia.

Persona responsable: Director.

Psico-educación familia - Paciente

Objetivo principales:

- Instruir tanto a la familia (responsables del paciente) y el paciente sobre la enfermedad, características y su relación con el estrés.
- Instruir sobre la importancia de seguir el tratamiento farmacológico.
- Enseñar a detectar signos de recaídas para poder intervenir tempranamente.

Personal responsable: Psicólogo, trabajadora social, enfermera.

Actividades:

- Terapias, entrevistas grupales familiares o individuales.
- Explicación de los trastornos que presenta el paciente, signos, síntomas y el tratamiento respectivo.
- Manejo adecuado del tratamiento psicofarmacológico y consecuencias de suspender el mismo.
- Mecanismos para reducir clima emocional negativo y manejo del estrés

Programa de Recuperación de Habilidades Adaptativas y Sociales

Objetivo:

Recuperar capacidades, conductas y destrezas necesarias para desempeñarse en sus entornos habituales permitiéndole autonomía y funcionalidad.

Persona responsable: Terapeuta Ocupacional

Subprogramas

1. Entrenamiento en autocuidados y autocontrol

Objetivo:

Desarrollar en los pacientes habilidades que les permitirán ser autónomos en diversas áreas como la higiene personal, vestirse, servirse alimentos entre otras.

2. Recuperación de habilidades de vida en el hogar

Objetivo:

Entrenar a los pacientes en habilidades cotidianas del hogar con la finalidad de que sean más independientes disminuyendo la carga a los miembros de su familia mejorando la aceptación y retorno a la misma.

3. Recuperación de habilidades de Autodirección

Objetivo:

Adiestrar a los pacientes mediante varias técnicas y apoyos externos según el caso con la finalidad de que puedan identificar, organizar, planificar y ejecutar las tareas y actividades diarias, semanales, mensuales y anuales.

4. Recuperación de habilidades de uso de recursos de la comunidad

Objetivo:

Preparar a los pacientes a su reinserción a la comunidad mediante el reconocimiento y uso de los diversos recursos y servicios.

5. Recuperación de habilidades de ocio y tiempo libre

Objetivo:

Entrenar al paciente a ocupar su tiempo libre en varias actividades recreativas como juegos de mesa, deportes actividades de arte así como actividades al servicio de la comunidad.

6. Recuperación de habilidades sociales

Objetivo:

Recuperar la capacidad de inter-relación e interacción del paciente con las demás personas mediante expresiones, lenguaje, normas básicas de cortesía e interacción social.

Actividades de los subprogramas (1 a 6):

Para cada subprograma será necesario:

- Evaluar utilizando el cuestionario (ver anexo 6) estableciendo el nivel de dominio de la habilidad a recuperar.
- Clasificar en grupos a los pacientes según su nivel de autocuidado.
- Elaborar el programa específico para cada grupo.
- Ejecutar el programa ayudando a los pacientes a adquirir los objetivos del programa en las áreas físicas designadas para ello.
- Seleccionar pacientes con mayor habilidad para apoyen a sus compañeros en su entrenamiento.
- Re-evaluar cada mes y registrar los progresos de los pacientes.

7. Recuperación de habilidades académicas funcionales

Objetivo:

Lograr que el paciente recupere o adquiera conocimientos que pueda aplicarlos en situaciones reales y en la vida cotidiana permitiéndole desarrollar su independencia y desempeño socio – laboral.

Actividades:

- Evaluar utilizando el cuestionario (ver anexo 7) estableciendo el nivel de dominio.
- Seleccionar y clasificar a los pacientes según su nivel académico y capacidades funcionales.
- Elaborar y ejecutar el programa específico para cada grupo.
- Re-evaluar cada mes y registrar los progresos de los pacientes.

Responsable: Tecnólogo médico en Psicopedagogía.

5.2.2. Fase de Rehabilitación Pre-laboral (Terapia Ocupacional)

En esta fase los pacientes ejecutan actividades en los diferentes talleres dirigidos a adquirir y/o fortalecer hábitos laborales básicos, así como identificar la orientación vocacional de cada usuario.

Objetivo general:

Identificar a los pacientes con habilidades básicas de trabajo que les permitan acceder a la fase de inserción laboral.

Objetivos específicos:

Entrenar al paciente en hábitos y capacidades que cada uno de ellos necesite para avanzar en su proceso de recuperación para la inserción. Los usuarios aprenden los **hábitos básicos** necesarios para cualquier puesto de trabajo.

Lograr la interacción con compañeros de trabajo, se incluyen aquí las **habilidades sociales en el ambiente laboral** (conversación, solicitar algo, asumir críticas, presentarse, seguimiento de instrucciones, etc.).

Reforzar las **habilidades para el manejo de situaciones estresantes**. Se entrena en técnicas de relajación y solución de problemas. Enseñarles a utilizar respuestas alternativas a las agresivas o ineficaces e incrementar su capacidad para solucionar los problemas con técnicas terapéuticas adecuadas.

Responsable: Terapeuta Ocupacional

Talleres: Limpieza, Jardinería, Asistencia administrativa, Lavado de vehículos, Costura, Cocina

Responsables: Tutores

Proceso:

Los pacientes tendrán asignado un tutor que será su guía de referencia encargándose de la supervisión y coordinación global de todas las actividades implicadas en su plan individualizado, seguimiento y asesoramiento. El tutor informará a la terapeuta ocupacional, quien evaluará los resultados obtenidos por cada sujeto tutorizado en las áreas en las que se esté trabajando, y en su caso propondrá las modificaciones y cambios que puedan ser pertinentes (re-evaluación del sujeto, modificación del entrenamiento, etc.) para evitar los problemas, fracasos y retrocesos. La ficha de evaluación se muestra en el anexo 8.

Actividades:

- Clase práctica demostrativa
- Asignación de tareas
- Evaluación de habilidades

5.2.3. Programa de Inserción Laboral

Objetivo: Seleccionar los pacientes en función de sus habilidades, capacidades y vocación.

5.2.3.1. Evaluación y clasificación de usuarios

La evaluación es la fase inicial del proceso de inserción laboral. Esta etapa es crucial ya que de ello dependerán las posibilidades de éxito del programa, por ende hay que brindarle el tiempo necesario. La evaluación se establece en torno a cuatro ejes principales: Perfil general, experiencia formativa y laboral, orientación vocacional, resultados de las habilidades de ajuste laboral (terapia ocupacional) y habilidades de búsqueda de empleo.

a) Perfil general:

Una vez que el paciente ha cumplido con la fase de rehabilitación psicosocial y pre-laboral, el equipo multidisciplinario del programa selecciona a los pacientes idóneos conforme al siguiente perfil:

- Tener entre 18 y 55 años (con flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad).
- Tener un nivel de deterioro leve a leve moderado (considerado como aceptable para el programa de inserción).
- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social (haber pasado por los programas previos psico-educación, recuperación de habilidades adaptativas y sociales, talleres pre laborales y/o sus respectivas evaluaciones).
- Tener una situación psicopatológica estabilizada o controlada.
- Ausencia de conductas auto o heteroagresivas peligrosas
- No tener ningún tipo de dependencia a tóxicos
- Tener soporte familiar/social
- No tener ningún impedimento legal
- Tener interés en participar en el programa

b) Historia Formativa y Laboral

Se trata de conocer el nivel de educación y la experiencia laboral que el paciente haya tenido.

Formación:

- Grado académico
- Abandono de los estudio (causas)
- Interés en retomar estudios
- Cursos de formación realizados

Laboral:

- Tipo de empleo
- Funciones, tipo de contrato, salario, jornada
- Nivel de satisfacción con el trabajo, relaciones sociales
- Exigencias laborales que supusieron problemas
- Motivos de la finalización del empleo

c) Orientación Vocacional

Esta evaluación pretende conocer cuáles son su motivación y expectativa laborales. Así mismo, es importante conocer si su interés vocacional se encuentra por encima de sus posibilidades reales ya que esto puede provocar dificultades durante el entrenamiento y posterior búsqueda de empleo llegando incluso al abandono del programa o del empleo conseguido. Sobrino, T., 2003 menciona que el análisis del grado de motivación es de especial relevancia y se requiere diferenciar si es propia de la persona o de la presión del entorno familiar y/o social. Para ello se requiere reconocer los siguientes puntos:

- Si expresa deseos de trabajar.
- Si realiza acercamientos formativos adecuados.
- Si toma iniciativas en la búsqueda del empleo.
- El apoyo familiar
- Si recibe ayudas económicas.

d) Habilidades de ajuste laboral

El trabajo realizado en la fase pre-laboral nos permite definir las características básicas que el empleador exigirá al paciente y definirá su posible comportamiento y rendimiento en el trabajo. La evaluación se realiza en torno a los siguientes aspectos:

1. Hábitos básicos de trabajo

- Asistencia
- Puntualidad

- Aseo y cuidado personal
- Actitud frente al trabajo: Motivación e Interés
- Manejo del equipo y herramientas (destreza manual)
- Cuidado del material
- Continuidad de tarea
- Resistencia a la fatiga
- Resistencia a la monotonía
- Reacción a los cambios de tarea
- Cumplimiento del horario
- Higiene en el trabajo
- Seguridad en el trabajo
- Utilización de ropa de trabajo

2. Habilidades sociales en Ambiente Laboral

- Papel en el grupo
- Interacción con compañeros
- Capacidad para iniciar conversación
- Capacidad para mantener conversaciones
- Capacidad para solicitar ayuda
- Capacidad para ofrecer ayuda
- Capacidad para expresar críticas y sentimientos negativos
- Capacidad para expresar valoraciones y sentimientos positivos

La ficha de valoración de estos aspectos se muestra en el anexo 9.

e) **Habilidades de búsqueda de empleo**

Las siguientes habilidades son evaluadas:

- Conocimiento de la fuente de información
- Constancia en la búsqueda de trabajo
- Elaboración de currículum vitae
- Llenado de solicitudes o formularios

- Manejo de entrevista laboral

Comprende las siguientes líneas de trabajo:

5.2.3.2. Fase de Intervención

Una vez realizada la evaluación inicial se deberá elaborar un plan individualizado cuyo propósito sea superar las dificultades, mejorar los hábitos positivos y eliminar o disminuir los negativos. Durante el entrenamiento se realizarán evaluaciones periódicas.

1) Orientación vocacional y mejora de competencias para búsqueda de empleo:

Considerando que los enfermos mentales que inician un proceso de reinserción laboral pueden presentar problemas como no identificar sus intereses o carecer de intereses por ausencia de experiencia laboral; no saber relacionar intereses como ocupación, ni esta con las debilidades; mostrar interés solo por un tipo de empleo y la falta de planificación para conseguir sus objetivos, se hace necesario incluir los siguientes componentes en el programa de orientación vocacional:

- A) *Adquisición de información sobre las características del mercado laboral:*

En esta etapa se debe brindar conceptos básicos laborales como remuneración mensual unificada, contrato colectivo, beneficios sociales, tipos de contrato, etc.; así como ofrecer una gama de posibilidades para la búsqueda de su información.

- B) *Reconocimiento de las propias capacidades y limitaciones:*

Con la experiencia adquirida en la etapa pre laboral y la obtenida en anteriores puestos de empleo, el terapeuta ocupacional deberá trabajar

para que el usuario tenga una idea exacta de los conocimientos que adquirió, las tareas que realizó y las destrezas que utilizó.

- *C) Definición de intereses profesionales:*

El usuario deberá seleccionar una o varias áreas laborales ajustadas sus posibilidades reales y a las demandas del mercado laboral.

2) Entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral

Es necesario apuntalar lo aprendido en la fase de talleres pre laborales siendo más específico conforme a los resultados obtenidos en la orientación. Por ejemplo actividades puntuales como pocillero, auxiliar de limpieza, mensajería, mecánica, costurera, etc.

Estas actividades tendrán un grado de complejidad y responsabilidad mayor a las realizadas en los talleres pre laborales.

3) Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo

Las actividades a incluir serán las siguientes:

- Elaborar currículum, trámites varios, etc.
- Facilitar espacios y medios necesarios (teléfono, internet, concertar citas).
- Manejo de entrevistas laborales.

4) Apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo

Consideramos que éste quizás sea el “cuello de botella” de los programas de inserción laboral. Para ello es necesario hacer múltiples esfuerzos tanto en el paciente como en las instituciones públicas y empresas privadas.

Se trabajarán en tres ejes: CONADIS, Ministerio de Relaciones Laborales, Mercado laboral.

CONADIS

Comprende las siguientes etapas de intermediación:

- Calificación de la discapacidad por el CONADIS
- Inscripción en el Registro Nacional de Discapacidades
- Obtención del carné del CONADIS
- Apoyo en ingreso de datos y seguimiento del Servicio de Integración Laboral (SIL)

Ministerio de Relaciones Laborales

Comprende las siguientes etapas de intermediación:

- Facilitar de información de los requisitos establecidos en el MRL
- Poner en contacto con las personas responsables del programa del MRL
- Seguimiento personalizado del proceso

Mercado Laboral

El ejercicio práctico de inserción laboral en Almacenes La Ganga, sirvió como antecedente para proponer una estrategia de intermediación directa con empresas que requieran y deseen incorporar empleados de este programa.

Comprende las siguientes etapas:

- Realizar visitas a las empresas a fin de plantear la propuesta de inserción de personal con capacidades diferentes.
- Seleccionar empresas que promuevan como parte de sus estrategias la responsabilidad social.
- Presentar los currículos vitae de los ex – pacientes que están en condiciones de acceder al empleo.

5.3. RECURSO HUMANO

El programa debe ser desarrollado por un conjunto de profesionales con diferentes formaciones que complementen y potencien el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Categorías de los profesionales:

Las categorías profesionales que se consideran necesarias para ejecutar el programa en la fase de rehabilitación laboral de manera óptima son:

- Director (Administrador)
- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Psicopedagogo
- Auxiliar administrativo
- Tutor

A continuación se describe las características de los cargos:

DIRECTOR/A:

Misión: Planificar, organizar y controlar las actividades del Centro y programas de Rehabilitación Integral, con la finalidad de aportar a la recuperación del paciente en el campo psicológico, familiar, social y laboral.

Actividades principales:

- Organización administrativa y laboral del programa
- Supervisar el trabajo del resto de los profesionales
- Evaluar, diseñar los planes de rehabilitación
- Supervisar los planes individualizados de rehabilitación

- Coordinar con otras instituciones tales como: universidades, municipio, entre otras la realización de eventos y pasantías
- Gestionar recursos para los programas y eventos de rehabilitación de pacientes

Educación formal: Tercer nivel, 4 años/Licenciado –Psicólogo

Conocimientos: Administración y gestión, Técnicas de supervisión, Leyes y regulaciones

Destrezas y habilidades: Manejo de recursos humanos, Construcción de relaciones, Monitoreo y control, negociación, Pensamiento analítico, Trabajo en equipo.

PSICÓLOGO/A:

Misión: Evaluar, diseñar los planes individualizados de rehabilitación y llevar a cabo la intervención.

Actividades principales:

- Supervisar el seguimiento y elaborar los informes respectivos.
- Realizar psicoeducación a familiares y pacientes que asisten al programa de Rehabilitación entre otras la realización de eventos y pasantías.
- Realizar psicoterapia grupal e individual, entrenamiento de habilidades sociales a los pacientes asignados.

Educación formal: Tercer nivel, 5 años/Psicólogo Clínico

Conocimientos: Información institucional de nivel estratégico, Leyes y regulaciones, Mercado/Entorno

Destrezas y habilidades: Construcción de relaciones, Escucha activa, Percepción social (empatía), Persuasión, Trabajo en equipo.

TRABAJADOR/A SOCIAL:

Misión: Desarrollar programas de orientación vocacional y coordinación para el proceso de reinserción laboral y familiar

Actividades principales:

- Valoración de los usuarios e intervención social
- Seguimiento de usuarios asignados
- Coordinación con el mercado laboral y análisis de los puestos de trabajo
- Apoyo en la búsqueda activa del empleo
- Participa y desarrolla los programas de orientación vocacional y entrenamiento en búsqueda de empleo.
- Realizar charlas psicoeducativas dirigidas a los familiares de los pacientes hospitalizados, preparándolos para la reinserción al entorno familiar.
- Realizar el seguimiento de casos.

Educación formal: Tercer nivel, 5 Años / Lic. en Trabajo Social

Conocimientos: Intervención familiar, leyes y regulaciones, Mercado/entorno.

Destrezas y habilidades: Construcción de relaciones, Escucha activa, Identificación de problemas, Orientación/asesoramiento, Pensamiento analítico, Trabajo en equipo.

TERAPISTA OCUPACIONAL:

Misión: Elaborar y ejecutar programas de Rehabilitación y Reinserción Laboral, para pacientes con trastornos mentales hospitalizados y ambulatorios, con la finalidad de integrar a los pacientes en el área socio-laboral.

Actividades principales:

- Coordinar con los Jefes de Sala que pacientes son posibles candidatos para participar en el programa de Reinserción laboral.
- Identificar las habilidades de los pacientes que participan en el programa de Reinserción Laboral para proceder a la ubicación en las distintas actividades ocupacionales.
- Realizar la selección de los pacientes que participarán en el programa de reinserción laboral.
- Supervisar las actividades y desempeño integral de los pacientes que asisten al programa de reinserción laboral.

Educación formal: Tercer nivel, 4 años / Lic. en Terapia Ocupacional

Conocimientos: Técnicas de rehabilitación, Leyes y regulaciones, Mercado/entorno.

Destrezas y habilidades: Identificación de problemas, Escucha activa, Identificación de problemas, Pensamiento analítico, Percepción social (empatía), Trabajo en equipo.

PSICOPEDAGOGO:

Misión: Atender, evaluar y diagnosticar los pacientes, Evaluar, elaborar y ejecutar programas de Rehabilitación a los pacientes hospitalizados y ambulatorios, con la finalidad de disminuir la cronicidad y favoreciendo a la reinserción del paciente a su medio socio-familiar y laboral.

Actividades principales:

- Coordinar ejercicios y actividades recreativas y de rehabilitación tales como: paseos terapéuticos, actividades sociales y festivas, para los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación Integral.

- Ejecutar programas que permitan que el paciente desarrolle habilidades adaptativas, de la vida diaria, de autocuidado, de autonomía y técnica instrumentales.
- Evaluar las habilidades de los pacientes hospitalizados y ambulatorios que asisten a la unidad de Rehabilitación Integral.
- Supervisar las actividades y desempeño integral de los pacientes que asisten al programa de Rehabilitación

Educación formal: Tercer nivel, 4 años/ Lic. en Pedagogía Terapeuta

Conocimientos: Técnicas de aprendizaje para personas con discapacidad mental, Leyes y regulaciones.

Destrezas y habilidades: Generación de ideas, Escucha activa, Percepción social (empatía), Construcción de relaciones, Trabajo en equipo.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

Misión: Apoyar las gestiones administrativas del Director.

Actividades principales:

- Elaborar informes de gestión.
- Organizar y archivar la información de los pacientes asisten al programa.
- Atención al público.

Educación formal: Bachiller en comercio o secretariado o en formación profesional en administración de empresas.

Conocimientos: Manejo de utilitarios, atención al cliente.

Destrezas y habilidades: Organización de la información, Trabajo en equipo.

TUTOR:

Misión: Capacitar y monitorear las labores de rehabilitación ocupacional de los pacientes asignados.

Actividades principales:

- Coordinar con los pacientes las tareas de rehabilitación ocupacional a realizar en el día tales como: limpieza de los diferentes servicios, labores de jardinería, entre otros.
- Realizar el entrenamiento de rehabilitación ocupacional en labores de limpieza y jardinería a los pacientes asignados.
- Supervisar y monitorear las actividades de rehabilitación ocupacional de los pacientes, para que las áreas o servicios donde realizan la labor queden de manera adecuada

Educación formal: Secundaria completa, 6 años Bachiller

Conocimiento: Básicos en carpintería, electricidad, gasfitería, manualidades, jardinería, etc.

Destrezas y habilidades: Generación de ideas, Escucha activa, Percepción social (empatía), Construcción de relaciones, Trabajo en equipo.

5.4. INFRAESTRUCTURA

El Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce cuenta con la infraestructura necesaria para la ejecución del Programa; sin embargo, consideramos necesario realizar adecuaciones como incrementar áreas verdes, incluir un área para Estimulación de la Motricidad, una oficina de Asesoramiento Laboral, mejoramiento estético de los espacios físicos (utilizar colores terapéuticamente recomendados) y cambiar el mobiliario existente por uno funcional y moderno. En el anexo 10 se muestran la infraestructura planteada.

5.5. CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL QUE SE ENCARGARÍAN DEL NUEVO PROGRAMA

Todo el personal involucrado técnico y administrativo deberá recibir cursos y talleres de actualización de información sobre los Programas de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral con el siguiente contenido:

- Descripción de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
 - Definiciones y características
 - Objetivos y Funciones
- Estructura de las áreas de intervención
 - Programas de intervención
- Organización y Funcionamiento
 - Categorías profesionales
 - Funciones
 - Organización interna
 - Organigrama
- Evaluación
 - Valoración de la eficacia de los programas de intervención
 - Satisfacción de los usuarios

5.6. ANÁLISIS DE COSTOS DE OPERACIÓN E INVERSIÓN

5.6.1 Costos de operación

El costo anual de operación de la propuesta asciende a \$ 206.131,93 (tabla 15).

El valor incluye el costo de mano de mano de obra directa, materiales e insumos, costos indirectos y gastos administrativos.

La mano de obra representa el 86% del total de costos de operación y constituye el personal técnico y administrativo necesario para el programa (tabla 16).

Estimando una capacidad de atención de 50 pacientes, el costo resultante es de \$ 360 mensuales por paciente, valor que a la fecha es subsidiado por la Junta en un 100% para los pacientes hospitalizados y en un 83% para los pacientes dados de alta.

Tabla 15.

Costos de operación de la propuesta

Descripción Contable	Costos y Gastos	Promedio mensual	Prom. Mensual Pacientes	Costo mensual por Paciente	% Representativo sobre total de costos&gastos
Costos de Producción de Servicios					
Mano de Obra	186.118,95	15.509,91	50,00	310,20	86,14%
Materiales & Insumos	2.580,36	215,03	50,00	4,30	1,19%
Costos Indirectos			50,00		
C. Fijos	5.792,46	482,71	50,00	9,65	2,68%
C. Variables	320,00	26,67	50,00	0,53	0,15%
Costos Fijos					
Depreciaciones	1.398,96	116,58	50,00	2,33	0,65%
Subtotal	196.210,73	16.350,89		327,02	
Gastos Administrativos					
Subcentro	8.866,34	1.477,72	50,00	29,55	8,21%
Línea de Servicios	1.054,86	175,81	50,00	3,52	0,98%
Total Costos & Gastos	206.131,93	18.004,43		360,09	

Elaboración: Autoras

Tabla 16.**Costos de Mano de Obra Directa**

CARGO	NÚMERO EMPLEADOS	RMU	TOTAL	DÉCIMO CUARTO	DECIMO TERCERO	FONDO RESERVA	PATRONAL	RMU+ BENEFICIOS	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
DIRECTOR	1	1.500,00	1.500,00	24,33	125,00	124,95	140,25	1.914,53	1.914,53	22.974,40
PSICOLOGOS	3	1.087,50	3.262,50	24,33	90,63	90,59	101,68	1.394,73	4.184,19	50.210,22
TRABAJADORA SOCIAL	2	754,00	1.508,00	24,33	62,83	62,81	70,50	974,47	1.948,95	23.387,37
TERAPISTAS OCUPACIONAL	3	897,00	2.691,00	24,33	74,75	74,72	83,87	1.154,67	3.464,02	41.568,23
PSICOPEDAGOGO	1	897,00	897,00	24,33	74,75	74,72	83,87	1.154,67	1.154,67	13.856,08
TUTOR	4	415,00	1.660,00	24,33	34,58	34,57	38,80	547,29	2.189,15	26.269,86
ASISTENTE ADMINISTRATIVO	1	500,00	500,00	24,33	41,67	41,65	46,75	654,40	654,40	7.852,80
									15.509,91	186.118,95

Fuente: Recursos Humanos HLP

Elaboración: Autoras

5.6.2 Costos de inversión

Se considera necesario mejorar la actual infraestructura, modernizar el mobiliario, renovar los equipos de cómputo y asignar un rubro para la promoción y difusión del programa. Los valores estimados se muestran en la tabla 17 y ascienden a \$ 34.087,14.

El desglose de cada rubro se presenta en las tablas 18, 19 y 20.

Tabla 17.

Resumen de la inversión propuesta

INVERSIÓN DE LA PROPUESTA	
INFRAESTRUCTURA	14.836,14
MOBILIARIO Y EQUIPOS	11.651,00
PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN	7.600,00
TOTAL DE INVERSIÓN	34.087,14

Elaboración: Autoras

Tabla 18.

Costos de adecuaciones planteadas

COD.	ITEM.	COSTOS			TOTAL
		UN.	CANT	V. UNITARIO	
1.-	OBRAS PRELIMINARES.				
	RETIRO DE PUERTAS METALICAS	U	2,00	25,00	50,00
	ABRIR BOQUETES PARA VENTANAS Y PUERTAS	M2	8,00	8,00	64,00
	CUADRADA DE BOQUETES Y ENLUCIDO DE FILOS	ML	18,40	7,00	128,80
	RESANE DE PISO BALDOSA	M2	17,90	4,50	80,55
	MAMPOSTERIA DE BLOQUE 40x20x10	M2	10,00	13,00	130,00
	ENLUCIDO	M2	20,00	8,00	160,00
	SUBTOTAL OBRAS PRELIMINARES				613,35
2.-	CARPINTERIA DE MADERA				
	MANTENIMIENTO PUERTA INTERIORES SELLADAS Y LAQUEADAS	U	30,00	55,00	1.650,00
	SUBTOTAL CARPINTERIA DE MADERA				1.650,00
3.-	CARPINTERIA METAL				
	MANTENIMIENTO PUERTA METALICA	U	1,00	80,00	80,00
	SUBTOTAL CARPINTERIA METAL				80,00
4.-	RECUBRIMIENTO				
	PINTURA INTERIOR LATEX (INCLUYE SOLO MANO DE OBRA)	M2	1.564,67	1,50	2.347,01
	TUMBADO DE GYPSUM TIPO LOSA	M2	17,90	14,25	255,08
	PULIDA DE PISO ABRILLANTADO	M2	690,78	2,80	1.934,18
	PINTURA INTERIOR LATEX TUMBADO (INCLUYE SOLO MANO DE OBRA)	M2	690,00	1,40	966,00
	SUBTOTAL RECUBRIMIENTO				5.502,26
5.-	SISTEMA ELECTRICO				
	MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELECTRICAS	GLOBAL	1,00	3.460,00	3.460,00
	SUBTOTAL SISTEMA ELECTRICO				3.460,00
6.-	ALUMINIO Y VIDRIO				
	VENTANA DE ALUMINIO Y VIDRIO	M2	5,56	75,00	417,00
	SUBTOTAL ALUMINIO Y VIDRIO				417,00
SUBTOTAL					11.722,61
IMPREVISTOS 3%					351,68
DIRECCIÓN TÉCNICA 10%					1.172,26
SUBTOTAL GENERAL					13.246,55
IVA 12%					1.589,59
TOTAL GENERAL					14.836,14

Fuente: Contratista HLP
Elaboración: Autoras

Tabla 19**Propuesta referencial mobiliarios y equipos**

DESCRIPCIÓN	CANTIDADES	COSTO UNITARIO	COSTOS TOTALES
EQUIPOS DE CÓMPUTO			
Computadoras	7,00	985,00	6.895,00
Impresoras HP laser	2,00	250,00	500,00
EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES			
Teléfonos	1,00	16,00	16,00
MUEBLES HABITACION			
Casilleros Reparación	1,00	100,00	100,00
Repisas para bodega de ropa	1,00	200,00	200,00
MUEBLES DE OFICINA			
Estaciones de trabajo 130x130 L	4,00	320,00	1.280,00
Escritorio pequeño	1,00	200,00	200,00
Sillas adecuadas para pctes.	5,00	40,00	200,00
Sillas de secretaria	4,00	95,00	380,00
Archivador aéreo	1,00	120,00	120,00
Archivadores Vertical	3,00	180,00	540,00
Archivo Arturito	1,00	100,00	100,00
MUEBLES VARIOS			
Ventiladores de pared	1,00	45,00	45,00
Ventiladores de tumbado	2,00	65,00	130,00
Vitrina 4 puertas de vidrio 4 servicios	2,00	300,00	600,00
Mesa pequeña para colocar dispensador	1,00	80,00	80,00
Repiseros	1,00		
MATERIALES DIDACTICOS			
Mesas cuadradas	2,00	90,00	180,00
Pizarrón	1,00	85,00	85,00
TOTAL GENERAL		3.271,00	11.651,00

Fuente: Logística HLP

Elaboración: Autoras

Tabla 20.

Costos de promoción y difusión

ACTIVIDADES	VALOR
Presentaciones y eventos	3.600,00
Publicaciones	1.000,00
Estrategia de medios	2.500,00
Sitio WEB	500,00
TOTAL	7.600,00

Elaboración: Autoras

5.7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA PROPUESTA

La difusión y promoción de un proyecto de inserción laboral para pacientes con problemas de salud mental deben estar orientadas a acciones mediante procesos educativos y reflexivos, que ayuden a formar nuevas visiones y cambios en su estereotipo, su sistema de vida y su potencialidad. La difusión y promoción debe ser realizada en forma continua, amplia y masiva, donde todos los actores (pacientes, familiares, médicos, estado, comunidad) trabajen organizadamente en diferentes momentos. Es un proceso que debe actuar de manera interactiva con la inducción externa (mercado laboral e instituciones de apoyo) y la organización local para la ejecución.

La difusión servirá para apoyar en la consecución de los objetivos específicos del proyecto; explicar y promover de manera general la naturaleza, filosofía, estructura, procedimientos, mecanismos de operación y alcances de los servicios prestados dentro de la propuesta. Procurará hacer llegar la información más amplia sobre los servicios ofrecidos. La actividad de difusión se enfocará principalmente al inicio del proyecto y contribuirá a la puesta en marcha del trabajo con los grupos demandantes más organizados.

Se utilizarán medios masivos de comunicación social, de fácil acceso, alta audiencia y cobertura, en especial en las zonas más alejadas y con menor posibilidad de recibir información directa.

La promoción es complementaria a la difusión. Dirigirá su esfuerzo a brindar información de manera directa y personalizada a los actores y posibles usuarios(as) sobre los servicios y oportunidades brindados por el programa; así como sobre los mecanismos de acceso a los mismos, procurando crear un mayor interés en dichos servicios. La promoción buscará incentivar y concientizar a tres grupos objetivos:

Los familiares, ya que ellos deberán tener el conocimiento necesario y tener la seguridad de que el paciente puede alcanzar independencia social y económica.

Los empleadores, que dada su percepción errónea de las cualidades de un paciente con problema mental no brindan la apertura o espacio a este grupo de personas.

Los organismos públicos y privados vinculados a la solución de este problema, a fin de que potencialicen y sumen esfuerzos para el alcance del objetivo final “paciente reinsertado laboralmente”.

La ejecución incluirá talleres, reuniones y charlas, auxiliados con medios didácticos y audiovisuales en cuya preparación participará el equipo multidisciplinario y la presentación del video “EL TRABAJO, MOTOR DE LA REHABILITACIÓN”.

La tabla 21 resume la estrategia de promoción y difusión.

Tabla 21.

Estrategia para la Difusión y Promoción del Programa

Actividades	Instrumentos	Responsabilidad	Ejecutores	Población objetivo
Presentaciones y eventos	Charlas a instituciones	Director administrativo	Trabajadoras sociales	Instituciones de apoyo (Vicepresidencia, MIES, CONADIS, SIL, SECAP, Ministerio de salud, MRL, municipios, prefecturas, Federación Deportiva del Guayas, Universidades, ONG's)
	Casa abierta	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Familiares de pacientes del Hospital y público en general
Publicaciones	Folletería	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Familiares, pacientes, empresas e instituciones de apoyo
Estrategia de medios	Información en medios escritos	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Público en general
	Elaboración de mensajes radiales, cortos publicitarios televisivos a nivel nacional	Director administrativo	Psicólogos	Público en general
	Entrevistas en medios radiales, escritos y televisivos	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Público en general
	Desarrollo de videos explicativos del programa	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Instituciones de apoyo, familiares y pacientes
Sitio WEB	Creación de un sitio web que contenga la información general del programa, agenda de eventos, actividades, charlas y cursos de capacitación, soluciones ante problemas	Director administrativo	Equipo multidisciplinario	Público en general

Elaboración: Autoras

CONCLUSIONES

Sostener la “inserción laboral” efectiva como objetivo, aparece como algo obvio y natural que debe enfocar una institución de rehabilitación como es el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, pues responde precisamente a las necesidades derivadas de las carencias directas o relacionadas con la enfermedad (por ejemplo, problemas económicos, institucionalización, imposibilidad de algunas familias de mantener en sus hogares a parientes afectados por la enfermedad, entre otros).

La mayoría de los programas de inserción laboral apuntan a pacientes con trastornos del tipo esquizofrenia. En relación a este aspecto un alto porcentaje de los pacientes del hospital de día (83%) registran este tipo de trastorno.

Existe una escasa información estadística respecto a los niveles de inclusión laboral para las personas con discapacidad general y una marcada carencia de información estadística para las personas con discapacidad psiquiátrica.

No todos los pacientes o usuarios están en condiciones de ser parte de un programa de rehabilitación e inserción laboral, en este sentido, se estableció un perfil del paciente o usuario que define sus características o condiciones apropiadas para el programa entre los que se destacan la estabilidad de la enfermedad, la ausencia de conductas auto y heteroagresivas, nivel de deterioro moderado, autonomía. Parte de este perfil podrá ser alcanzado en los programas de rehabilitación psico-social. El universo de pacientes se reduce sobre esta base de requisitos.

A pesar que los técnicos del hospital indicaron en la encuesta que la experiencia laboral no es considerada muy importante para el desarrollo del programa, si lo es para quien propone alguna plaza de trabajo. Los resultados del análisis de los pacientes del Hospital de Día muestran un escaso número de personas con experiencia laboral (17%) lo que traería dificultades en la etapa final de búsqueda y consecución de empleo. Bajo este contexto, son

importantes las alianzas estratégicas que se pueda conseguir para mejorar el nivel de competencia de los usuarios.

Existe la percepción por parte de los psiquiatras de la necesidad de capacitación de este tipo de programas para el personal técnico – administrativo a fin de garantizar el desarrollo adecuado de la propuesta.

Siendo la esquizofrenia, el principal trastorno mental presente en los pacientes del hospital con posibilidades de inserción laboral, deberán orientarse trabajos de investigación sobre este trastorno y su efecto en las actividades laborales (pérdida de capacidades) que pueda el paciente desempeñar.

RECOMENDACIONES

Con el fin de alcanzar el propósito de la intervención, rehabilitación y reinserción se plantean las siguientes recomendaciones:

- Debe mantenerse una medición periódica de la evolución de los pacientes, información que debe estar registrada en las historias clínicas aplicando escalas definidas como WHO-DAS, De Barthel, De Lawton y Brody.
- Deben implementarse indicadores de gestión que permitan medir el cumplimiento de los objetivos del programa a nivel de pacientes.
- Documentar todas las intervenciones realizadas y/o que se realicen por parte del equipo multidisciplinario.
- Se requiere fortalecer las capacidades del personal que desarrolla el programa puntualizando la visión del mismo es decir, la inserción laboral del paciente mental tomando como modelos los Programas de Centros de Rehabilitación Psicosocial de España (país donde más se ha trabajado en este tema)
- Consideramos necesario el mejoramiento estético de los espacios físicos y los cambios de mobiliario, a fin de crear un entorno favorable tanto de los pacientes como del personal que trabaja en el área, ya que ello contribuye al alcance de los objetivos planteados.
- Es necesario una inversión inicial para llevar a cabo tanto las mejoras de infraestructura como las estrategias de difusión y promoción. Así mismo deberá considerar una tarifa mínima a fin de cubrir los costos que garantice que el programa sea sostenible. Sin embargo, deberá mantenerse la política de descuentos y exoneraciones conforme al estudio socio-económico que se realiza a los pacientes.
- Es prioritario realizar estudios que permitan definir las competencias de los pacientes para la elaboración de perfiles atendiendo al nivel de deterioro.
- Implementar un programa de rehabilitación vocacional que busque la adaptación, capacitación y formación ocupacional de los pacientes de acuerdo a la demanda laboral del mercado.

- Emprender una campaña de sensibilización destinada a valorar el potencial de las personas con enfermedades de salud mental, dirigida a la comunidad, incluidas las entidades gubernamentales, las organizaciones privadas y principalmente a las familias.
- Impulsar la creación de una organización que agrupe a los familiares y los pacientes en pro de la defensa de sus derechos establecidos en los cuerpos legales vigentes.
- Adicionalmente a la normativa vigente sobre la cuota del 4% del total del personal contratado, proponer se consideren incentivos fiscales y subsidios para la contratación de personas con problemas de salud mental en el sector privado.
- Promover la creación de bolsas de empleo inclusivas con enfoque integral que considere la accesibilidad para personas con problemas de salud mental.
- Promocionar la creación de micro y pequeñas empresas y fortalecer las existentes, con la finalidad de que las personas con discapacidad logren su independencia económica y laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz, J. & Vázquez, C. (1996). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo veintiuno editores, sa. Madrid. España.
- Barreto, D., Pacurucu, S., Moya, Luis., Domínguez, F. (2002). Salud mental, alcohol y drogadicción en el Ecuador a finales del siglo XX. En Fierro R., El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, la OPS / OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX. pp. 341-346
- Brogna, P., Serrano G., Garrido, E., Gracida, A., Zires, M., Hernández, J., De los Ángeles, Ma., Rodríguez, B. & Alcántara, R., (2003). Modelo de Valoración de Habilidades Adaptativas. APAC –México.
- Carreño, L, y Millán, H. (2002). Estudios diagnósticos para el fortalecimiento integral de los proyectos de asistencia humanitaria de emergencia para personas internamente desplazadas. Corporación Avre-CHF Internacional.
- Codificación de la Ley Vigente sobre Discapacidades en el Ecuador. Registro Oficial 301, 6-IV-2001.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (s.f.). Recuperado el 15 de 03 de 2011, de <http://www.conadis.gob.ec/provincias.php>.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (s.f.)b. Recuperado el 15 de 03 de 2011, de <http://www.conadis.gob.ec/quienessomos.htm#quienes>.
- Consejo Nacional de Discapacidades. (s.f.)c. Recuperado el 15 de 03 de 2011, <http://www.conadis.gob.ec/registro.htm#regis>.
- Constitución Política del Ecuador. 2008.
- Decreto No. 3603, Registro Oficial No 27. 21 de febrero de 2003. Reglamento general de la ley reformativa de la ley de discapacidades.

- Díaz, D. & Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XV No. 1 pp. 26-54.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (1999). Plan Nacional de Salud Mental.
- Eldiario.ec. (3 de 12 de 2006). Discapacitados celebran su día entre discriminación y respeto de derechos. Recuperado el 6 de 03 de 2012, de <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador>
- Eldiario.ec. (s.f.). Recuperado el 2 de 05 de 2011, de <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador>
- El mercado laboral ecuatoriano, 2011. Grandes empleadores.
- Federaciones Nacionales De y Para la Discapacidad del Ecuador (s.f.). Recuperado el 2 de 05 de 2011. de www.discapacidadesecuador.org
- Fundación FISLEM, (2007). Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
- Galilea, V. & Colis, J. (1995). Problemática y dificultades que las personas con problemas psiquiátricos crónicos integración laboral. En varios autores Integración Laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos: rehabilitación al empleo. Ponencia presentada en el I Congreso de la AMPR. Madrid, 22 y 23 Mayo. En Sobrino, T. (2003). Centros de Rehabilitación Laboral. Madrid. pp.99-126
- Granados, J., Ortiz, L., De los Ángeles M. (2004). Segregación Laboral y Género. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica registrada en un hospital de la ciudad de México (1993-1995). Revista Española de Salud Pública. Vol. 78, 001. pp. 53-63.
- Health and Welfare Canada. (1988). Mental Health for Canadians: Striking a Balance. Ottawa: Supply and Services Canada.

- Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2008. Documento Interno. Departamento de Estadística.
- Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2010. Censo Diario. Departamento de Estadística.
- Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce (s.f.) Recuperado el 2 de 11 de 2010, de www.juntadebeneficiencia.org.ec
- Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, 2011. Documento Interno. Departamento de Estadística.
- http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf
- Infórmate y punto (13 de 12 de 2010). Recuperado el 25 de 03 de 2011, de <http://www.informateypunto.com/index.php?sec=not&idnot=7122>
- La hora. (13 de diciembre de 2010). Recuperado el 15 de marzo de 2011, de <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101062397#.UCUIV6Efpp.7-8>
- Ley Reformatoria al Código de Trabajo. Registro oficial No. 198 30-I-2006.
- Mata, S., (2009). Evaluación neurocognitiva y funcional de pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Informe Interno. Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.
- Mas, X. (2006, 27 de diciembre). Mens sana in corpore sano. En Revista La Vanguardia p.6.
- Medina, M. (1994). Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, editor. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. pp. 22-31.
- Ministerio de Relaciones Laborales (s.f.). Primer registro nacional sobre inclusión laboral de personas con discapacidad. Recuperado 12 de 12 de

2011, de http://www.vicepresidencia.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=43.

- Ministerio de Relaciones Laborales. (s.f.)b. Recuperado el 12 de 12 de 2011, de www.mrl.gob.ec
- Ministerio de Salud Pública, 1999. Plan Nacional de Salud Mental.
- Ministerio de Salud del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud & Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. (2008). IESM-OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (17 de 09 de 2010). Información General Recuperado el 17 de 03 de 2011, de <http://www.msp.gob.ec/index.php/component/content/article/39-programas/salud-mental-/75-informacion-general>.
- Mi salud, (2011, 20 de agosto). Atención en salud mental evita aislar a pacientes en hospitales psiquiátricos, Recuperado el 20 de 03 de 2012 de http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=317:atencion-en-salud-mental-evita-aislar-a-pacientes-en-hospitales-psiquiatricos-&catid=51:nacionales&Itemid=242
- Orviz, S y González, J. (1994). Factores que correlacionan con incorporación y mantenimiento laboral en personas con problemas psiquiátricos crónicos. En Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: II Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: Tiempo de rehabilitación. Madrid: Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. En Menéndez L. (2008). Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo. Revisión de estudios y análisis de evidencias. Intervención Psicosocial, Vol. 17 No. 3. pp. 245-268.

- Orviz, S., (2003). El Papel de la familia en la rehabilitación laboral de personas con trastornos mentales crónicos. *Informaciones Psiquiátricas*. Nro. 173
- Pardo V., Del Castillo R., Blanco M., & Etchart M. (2005). Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 69 N° 2.
- Reglamento General a la Ley de Discapacidades. Registro oficial No. 27.
- Rodríguez, A. (2001) Rehabilitación laboral de personas con trastornos mentales crónicos. Pirámide, Madrid. 1997. En Sanchez, O. (2006) Seminario de Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental. Madrid.
- Saltando Muros. (2010, 27 de enero). Unidad de Rehabilitación Activa (URA). Recuperado 20 de 2 de 2010, de <http://blogsalmudmentaltenerife.blogspot.com/2010/01/unidad-de-rehabilitacion-activa-ura.html>
- Sanchez, O. (2006). Seminario de Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental. Madrid.
- Sobrino, T. (1999). Trabajo y Vivienda. en “El movimiento por los derechos de las Personas con Enfermedad Mental”. IX Jornadas FEAFES Logroño, del 22 al 25 de abril de 1999.
- Sobrino, T. (2003). Centros de Rehabilitación Laboral. Madrid. pp.99-126
- The World Health Report. (2001). Mental Health: new understanding, new hope.
- Toledo, K. (2012). Análisis del Síndrome del Cuidador Primario en Madres de Niños y Niñas de = a 2 años con parálisis cerebral de la Fundación Jonathan. Tesis de Psicología. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito.

- Vehil, L., Acosta, N., García & N., Mateu, T. La inserción laboral de las personas afectadas por un trastorno mental. En *Informaciones Psiquiátricas*. Primer trimestre 2006. Nro. 183
- Vicepresidencia. (s.f.). Recuperado el 20 de febrero 2011, de <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/ecuadorsinbarreras/registrodiacapacitados>
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva.
- World Health Organization. (2005b). *Mental Health Atlas*. Recuperado el 15 de 03 2011. de http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_e_i.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDADES

(<http://www.conadis.gob.ec/registro.htm#regis>)

- Presentar alguna o algunas deficiencias irreversibles secundarias a enfermedad genética, congénita o adquirida, que persistan pese a tratamientos clínicos o quirúrgicos, que limiten la capacidad de realizar las actividades regulares de una persona, y que sean verificables clínicamente o con ayudas diagnósticas de laboratorio.
- Certificados médicos o psicológicos bien acreditados que sirvan de referencia, especialmente en casos de deficiencias auditivas, visuales, viscerales o mentales; u otros que requiera el equipo calificador.
- Ser ecuatoriano o extranjero, residente en el país, demostrado documentadamente.
- Presencia física de la persona a ser evaluada.
- Observar las disposiciones del Sistema de Calificación y de las Unidades Calificadoras.

COMO INSCRIBIRSE EN EL REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDADES

Una vez "calificadas", las personas con discapacidad deberán inscribirse en el Registro Nacional de Discapacidades y obtener el Carné del Consejo Nacional de Discapacidades lo cual le permite acceder a la condición legal de " persona con discapacidad".

REQUISITOS PARA OBTENER EL CARNÉ DEL CONADIS

- Presencia física de la persona con discapacidad
- Certificado Único de Calificación de Discapacidad (Calificación)
- Copia de la cédula de identidad del solicitante o partida de nacimiento en el caso de menores de edad.
- Documentos originales para verificación.
 - 2 fotografías actualizadas tamaño carné a color.

ANEXO 2

Hoja de Ingreso de la Base de Datos de Personas con discapacidad

(www.discapacidadesecuador.org)



Nombres:	<input type="text"/>
Apellidos:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="text"/>
Estado Civil:	<input type="text"/>
Nacionalidad:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
Teléfono Fijo:	<input type="text"/>
Teléfono Celular:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
¿Tiene usted licencia de conducir?	<input type="text" value="Seleccione"/>
¿Pertenece a alguna asociación del sector de la discapacidad?	<input type="text"/>
¿Qué discapacidad tiene?	<input type="text"/>
En qué porcentaje:	<input type="text"/>
¿Tiene usted el carné del CONADIS?	<input type="text" value="Seleccione"/>

ANEXO 3.

**ENCUESTA A DOCTORES DE HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES**

ENCUESTA SOBRE PERFIL DEL PACIENTE Y LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL

INDIQUE CON X

HASTA QUE EDAD CONSIDERA APROPIADA PARA QUE UN PACIENTE INGRESE A UN PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

30	_____	40	_____
45	_____	50	_____
55	_____		

SEGÚN SU EXPERIENCIA, SEÑALE AQUELLAS PATOLOGIAS (DIAGNÓSTICO) QUE EL PACIENTE PUEDE TENER Y QUE NO CONSTITUYA UN IMPEDIMENTO PARA FINALIZAR CON ÉXITO UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL (SE ASUME QUE EL PACIENTE ESTA ESTABILIZADO EN SU ENFERMEDAD)

Trastornos mentales y de conducta debido a uso de sustancias psicoactivas (F10 - F19)	
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (F20 -F29)	
Trastornos del estado de ánimo, afectivos (F30 - F39)	
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40 - F48)	
Trastornos de personalidad y de conducta de adultos (F60 - F69)	
Otros (retardo mental , trastornos conductuales y emocionales cuya primera aparición ocurre en la infancia o adolescencia (F70 – F79, F90 – F99)	

HASTA QUE NIVEL DE DETERIORO NEURO COGNITIVO USTED ACONSEJA QUE PUEDE TENER UN PACIENTE PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL

LEVE	
LEVE – MODERADO	
MODERADO	
MODERADO – GRAVE	
GRAVE	

CONSIDERA QUE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA ES IMPORTANTE QUE EL PACIENTE:

1. TENGA SOPORTE FAMILIAR

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

2. TENGA UNA SITUACIÓN PSICOPATOLÓGICA ESTABILIZADA O CONTROLADA

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

3. AUSENCIA DE CONDUCTAS AUTOY HETERO AGRESIVAS

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

4. TENGA EXPERIENCIA LABORAL

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

5. TENGA INTERÉS EN PARTICIPAR EN EL PROGRAMA

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

6. QUE LA FAMILIA TENGA INTERÉS DE QUE PARTICIPE EN EL PROGRAMA

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

7. NO TENER NINGÚN TIPO DE DEPENDENCIA A ESTUPEFACIENTES

MUY IMPORTANTE _____ POCO IMPORTANTE _____ NO IMPORTANTE _____

8. MENCIONE QUE PROGRAMAS O ACTIVIDADES DEBE REALIZAR EL PACIENTE PREVIO A PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION

INDIQUE QUE CARACTERISTICAS CONSIDERARÍA COMO NO ADECUADAS PARA INGRESAR A UN PROGRAMA DE REHABILITACION E INSERCIÓN LABORAL

DEL HOSPITAL

¿CONSIDERA QUE EL HOSPITAL CUENTA CON TODA LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA EJECUTAR UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL DE LOS PACIENTES?

SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES NO INDICAR QUE LE FALTA

¿CONSIDERA QUE EL HOSPITAL CUENTA CON EL PERSONAL SUFICIENTE PARA EJECUTAR UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL DE LOS PACIENTES?

SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES NO INDICAR QUE LE FALTA

¿CONSIDERA QUE EL HOSPITAL DEBERÍA BRINDAR CAPACITACIÓN ADICIONAL AL PERSONAL TECNICO PARA EJECUTAR UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL DE LOS PACIENTES?

SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES SI INDICAR QUE TEMAS DE CAPACITACION RECOMEDARÍA

¿CONSIDERA QUE EL HOSPITAL DEBERÍA REALIZAR ALIANZAS ESTRATÉGICAS PARA EJECUTAR UN PROGRAMA DE REHABILITACION LABORAL DE LOS PACIENTES?

SI _____ NO _____

SI LA RESPUESTA ES SI INDICAR CON QUÉ INSTITUCIONES

ANEXO 4.

**CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN DETERIORO NEUROCOGNITIVO
Y FUNCIONAL (Mata. S. 2009)**

GRUPOS				
Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Sin Deterioro o Deterioro cognitivo y Funcional Leve	Deterioro Cognitivo y Funcional Leve - Moderado	Deterioro Cognitivo y Funcional Moderado	Deterioro Cognitivo y Funcional Grave - Moderado	Deterioro Cognitivo y Funcional Grave
Atención sostenida Praxias visuoconstructivas Memoria de Largo plazo Pensamiento lógico	Parcial orientación temporal Atención sostenida Praxias visuoconstructivas Memoria de Largo plazo Pensamiento lógico Razonamiento Deductivo Deficiencia física y/o sensorial	Orientación temporal Atención sostenida y selectiva Praxias visuoconstructivas Gnosia visuoespacial Memoria de Trabajo Memoria Verbal, auditiva y/o visual a corto y largo plazo Pensamiento lógico Razonamiento deductivo Funciones Ejecutivas	Orientación temporoespacial Atención sostenida y selectiva Vigilancia Praxias visuoconstructivas Gnosia visuoespacial Memoria Verbal, auditiva y/o visual a largo plazo Memoria de Trabajo Funciones Ejecutivas Velocidad motora Fluencia verbal Pensamiento lógico y abstracto conceptual Razonamiento deductivo Funciones Ejecutivas Abulia Deficiencia o Discapacidad física y/o sensorial Parcialmente asistida	Discapacidad total Asistido

ANEXO 5

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE 10

CRITERIOS DE LA OMS

(http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf)

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por VIH.

F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefálico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas sin especificación.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F30 Episodio maníaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.
F40.2 Fobias específicas (aisladas).
F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
F41 Otros trastornos de ansiedad.
F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
F43.0 Reacción a estrés agudo.
F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
F43.2 Trastornos de adaptación.
F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.
F44 Trastornos disociativos (de conversión).
F44.0 Amnesia disociativa.
F44.1 Fuga disociativa.
F44.2 Estupor disociativo.
F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
F44.5 Convulsiones disociativas.
F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
F45 Trastornos somatomorfos.
F45.0 Trastorno de somatización.
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
F45.2 Trastorno hipocondríaco.
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.
F48 Otros trastornos neuróticos.
F48.0 Neurastenia.
F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.
F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
F50.0 Anorexia nerviosa.
F50.1 Anorexia nerviosa atípica.
F50.2 Bulimia nerviosa.
F50.3 Bulimia nerviosa atípica.
F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.
F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
F51.0 Insomnio no orgánico.
F51.1 Hipersomnio no orgánico.
F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
F51.3 Sonambulismo.
F51.4 Terrores nocturnos.
F51.5 Pesadillas.
F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.
F52 Disfunción sexual no orgánica.
F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.
F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
F52.3 Disfunción orgásmica.
F52.4 Eyaculación precoz.
F52.5 Vaginismo no orgánico.
F52.6 Dispareunia no orgánica.
F52.7 Impulso sexual excesivo.
F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.
F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual.

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Transvestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.
F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.
F65 Trastornos de la inclinación sexual.
F65.0 Fetichismo.
F65.1 Transvestismo fetichista.
F65.2 Exhibicionismo.
F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).
F65.4 Paidofilia.
F65.5 Sadomasoquismo.
F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.
F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.
F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
F66.0 Trastorno de la maduración sexual.
F66.1 Orientación sexual egodistónica.
F66.2 Trastorno de la relación sexual.
F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.
F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.
F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.
F70-79 Retraso mental.
F70 Retraso mental leve.
F71 Retraso mental moderado.
F72 Retraso mental grave.
F73 Retraso mental profundo.
F78 Otros retrasos mentales.
F79 Retraso mental sin especificación.
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.
F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.
F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.
F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
F81.2 Trastorno específico del cálculo.
F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.
F84 Trastornos generalizados del desarrollo.
F84.0 Autismo infantil.
F84.1 Autismo atípico.
F84.2 Síndrome de Rett.
F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
F84.5 Síndrome de Asperger.
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.
F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F90 Trastornos hiperkinéticos.
F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.
F91 Trastornos disociales.
F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
F91.8 Otros trastornos disociales.
F91.9 Trastorno disocial sin especificación.
F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.
F92.0 Trastorno disocial depresivo.
F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.
F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.
F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F94.0 Mutismo selectivo.
F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.
F95 Trastornos de tics.
F95.0 Trastorno de tics transitorios.
F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
F95.8 Otros trastornos de tics.
F95.9 Trastorno de tics sin especificación.
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F98.0 Enuresis no orgánica.
F98.1 Encopresis no orgánica.
F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
F98.3 Pica en la infancia.
F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
F98.6 Farfullero.
F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.
F99 Trastorno mental sin especificación.

ANEXO 6
VALORACION DE HABILIDADES ADAPTATIVAS (Brognna, P., et al. 2003)

HABILIDADES de AUTOCUIDADO

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

Comida

<i>Actividad</i>	<i>Independiente¹</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.a. Come con la mano				
2.a. Bebe con vaso / taza				
3.a. Utiliza cubiertos				
4.a. Pone y retira la mesa para sí				
5.a. Sacude migajas / limpia líquidos comida derramada				
6.a. Saca alimentos de la despensa ó del refrigerador				
7.a. Prepara Alimentos	1) Fríos			
Sencillos para sí	Calientes			

Vestido

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.b. QUITA ropa parte inferior				
2.b. QUITA ropa parte superior				
3.b. PONE ropa parte superior				
4.b. PONE ropa parte inferior				
5.b. Abotona/ Acordona/ Cierres				
6.b. Repara				
7.b. Distingue ropa limpia/ sucia				
8.b. Distingue según clima /Elige				

Higiene

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.c. Avisa si ensució sus pañales				
2.c. Controla esfínteres /babeo				
3.c. Utiliza correctamente WC				
4.c. Realiza higiene personal				
5.c. Se baña/ Lava su pelo				
6.c. Se maquilla / rasura				
7.c. Conoce los cuidados específicos de distintas partes de su cuerpo				
8.c. Conoce – maneja su sexualidad.				
9.c. Usa preservativos				

HABILIDADES de VIDA EN EL HOGAR

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

A) Ropa

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.a. Reconoce ropa limpia y sucia				
2.a. Lava a mano/ a máquina				
3.a. Tiende / Plancha/guarda la ropa				
4.a. Repara la ropa				
5.a. Elige su ropa diaria (según clima)				
6.a. Compra su propia ropa (neg/ catálogo)				

B) Alimento

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.b. Guarda en alacena./refrigeradora/estantes				
2.b. Realiza recetas sencillas				
3.b. Usa distintos modos de cocción				
4.b. Reconoce el buen estado de los alimentos				
5.b. Puede balancear su dieta				
6.b. Realiza listas de faltantes/compras				

C) Higiene

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.c. Barre / trapea / sacude				
2.c. Lava ventanas				
3.c. Lava y ordena trastes				
4.c. Limpia la cocina/refrigerador				
5.c. Destiende / tiende la cama				
6.c. Lava artefactos del baño				

D) General

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1.d. Utiliza el teléfono				
2.d. Utiliza artefactos eléctricos				
3.d. Reconoce /soluciona situaciones de riesgo				
4.d. Cambia focos/ destapa drenajes				
5.d. Realiza pasajes SR2 - cama/baño				

HABILIDADES de AUTODIRECCIÓN

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1) Tiene en su casa alguna responsabilidad				
2) Sabe cuáles son sus actividades diarias				
3) Conoce su dirección particular				
4) Reconoce horarios y fechas				
5) Conoce el uso del reloj				
6) Regula tiempos y puntualidad				
7) Avisa en caso de retrasos				
8) Conoce su agenda semanal				
9) Administra su medicación				
10) Maneja calendario				
11) Conoce-recuerda fechas familiares				
12) Realiza recorridos habituales				
13) Planifica sus actividades de ocio				
14) Organiza sus reuniones o salidas				

HABILIDADES de USO DE RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1) Reconoce trayectos habituales				
2) Se traslada a lugares cercanos/lejanos				
3) Utiliza medios de transporte				
4) Conoce trayectos altern. a los habituales				
5) Maneja dinero				
6) Realiza compras				
7) Reconoce centro de salud más cercanos				
8) Conoce recursos y servicios de su com.				
9) Sabe solicitar turnos médicos				
10) Sabe marcar teléfonos de emergencia				
11) Identifica - previene situac. de riesgo.				

HABILIDADES de OCIO Y TIEMPO LIBRE

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

Actividad	Independiente	Dependiente	En proceso	Observaciones
1) Sigue objetos - se conecta al entorno				
2) Presenta destrezas motrices generales				
3) Arrastra - empuja objetos				
4) Realiza juegos simbólicos				
5) Participa en juegos tradicionales ¿con quién?				
6) Participa en juegos de mesa ¿con quién?				
7) Realiza actividades preferidas en el hogar				
8) Realiza actividades preferidas en el exterior				
9) Realiza deportes				
10) Participa en actividades de arte				
11) Conoce la actualidad de su ciudad/país				
12) Utiliza servicios de ocio de su comunidad				
13) Participa en forma permanente- esporádica				

HABILIDADES SOCIALES

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

Actividad	Logra	No logra	En proceso	Observaciones
1) Presenta / responde gestos sociales básicos				
2) Presenta normas básicas de cortesía				
3) Expresa asertivamente su desagrado				
4) Reconoce / expresa sentimientos				
5) Reconoce y respeta componentes V y NV de la comunicación				
6) Inicia y mantiene relaciones				
7) Diferencia pautas sociales según grupos y entornos.				
8) Se defiende o busca ayuda en situaciones de peligro o agresión.				
9) Respeta y aguarda turnos				
10) Reconoce y respeta a autoridades				
11) Reconoce y repara un error-pide disculpas				
12) Organiza sus actividades sociales.				
13) Pertenece a grupos de su edad.				

ANEXO 7
VALORACIÓN DE HABILIDADES ADAPTATIVAS (Broyna, P., et al. 2003)

HABILIDADES ACADEMICAS FUNCIONALES

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

<i>Actividad</i>	<i>Logra</i>	<i>No logra</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1) Discrimina colores				
2) Discrimina formas				
3) Discrimina tamaños (cantidad, piezas)				
4) Respeta espacios gráficos				
5) Presenta nociones temporoespaciales				
6) Nociones de lateralidad en sí/otros				
7) Reconoce formas y figuras				
8) Presenta conservación de cantidad				
9) Clasifica				
10) Presenta nociones pre numéricas				
11) Reconoce su esquema corporal				
12) Reconoce vocales mayúsculas y minúsculas				
13) Reconoce consonantes				
14) Reconoce su nombre escrito				
15) Escribe su nombre				
16) Estructura enunciados				
17) Lee sílabas – palabras				
18) Comprende frases – textos				
19) Escribe al dictado				
20) Reconoce números hasta				
21) Reconoce números anteriores y posteriores				
22) Concepto de cantidad numérica				
23) Secuencia numérica escrita				
24) Resuelve problemas sencillos				
25) Usa calculadora				
26) Usa planos, mapas				

ANEXO 8
VALORACIÓN DE HABILIDADES ADAPTATIVAS (Broyna, P., et al. 2003)

HABILIDADES de TRABAJO

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Fecha evaluación:

Discapacidad:

<i>Actividad</i>	<i>Independiente</i>	<i>Dependiente</i>	<i>En proceso</i>	<i>Observaciones</i>
1) Sigue instrucciones simples / complejas				
2) Conoce, imita ó anticipa gestos profesionales.				
3) Cuida materiales y elementos				
4) Mantiene orden en su ámbito y elementos				
5) Acepta indicaciones				
6) Cumple normas de trabajo				
7) Recuerda /respeto secuencias				
8) Presenta resistencia a la fatiga				
9) Atiende acorde a las demandas del empleo				
10) Presenta las Habilidades Sociales necesarias (a) con los compañeros				
(b) con los superiores				
11) Respeto Horarios				
12) Avisa ante inasistencias				
13) Solicita autorizaciones				
14) Enfrenta acertadamente situaciones problemáticas y solicita ayuda				
15) Reconoce/previene riesgos de sus acciones				
16) Realiza solo el trayecto desde su casa				
17) Porta y conoce uso de la identificación				

ANEXO 9.

FICHA DE VALORACIÓN DE HABILIDADES DE AJUSTE LABORAL PARA TUTORES (Formato de seguimiento HLP 2011)

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL

Nombre y Apellido del paciente: _____

Fecha de evaluación: _____

Responsable: _____

I) HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO

1) Asistencia

Criterios	Adecuada	Inadecuada	En proceso
1.No			
2.Si			

2) Puntualidad

Criterios	Si	No	En proceso
1. Llega con más de 45 min. De retraso			
2. Llega con un retraso de 15 a 45 min.			
3. Llega con un retraso de hasta 15 min.			
4.Llega puntual			

3) Aseo y Cuidado Personal

Criterios	Si	No	En proceso
1. Se presenta sucio y descuidado en general.			
2. Su apariencia es mejorable en aspectos visibles (cabello, manos, cara, olores.			
3.Acude bien aseado pero es inapropiado según el tipo de tarea, edad, físico			
4.Se presenta correctamente aseado			

4) Actitud frente al trabajo: Motivación e interés

Criterios	Si	No	En proceso
1. Nunca muestra interés por los trabajos que le asignan.			
2. Trabaja en las tareas pero requiere mayor motivación.			
3. Se muestra interesado por la mayoría de los trabajos. Los realiza sin necesidades			
4.Trabaja en todas las tareas con gran interés			

5) Manejo del equipo y herramientas

Criterios	Si	No	En proceso
1. Nunca muestra interés por los trabajos que le asignan.			
2. Trabaja en las tareas pero requiere mayor motivación.			
3. Se muestra interesado por la mayoría de los trabajos. Los realiza sin necesidades			
4. Trabaja en todas las tareas con gran interés			

6) Cuidado del material

Criterios	Si	No	En proceso
1. Descuida totalmente el material.			
2. Muestra poca preocupación por el material.			
3. Muestra preocupación por el material y se responsabiliza de él			
4. Cuida el material individual y colectivo			

7) Continuidad de tarea

Criterios	Si	No	En proceso
1. Falta de constancia, abandonando la tarea y distrayéndose fácilmente			
2. Suele ser inconstante. Ocasionalmente mantiene continuidad en la tarea.			
3. Suele ser constante. Ocasionalmente su ritmo es discontinuo.			
4. Es constante. No abandona la tarea. Trabaja a un ritmo continuo			

8) Resistencia a la fatiga

Criterios	Si	No	En proceso
1. Se fatiga con facilidad.			
2. Frecuentemente debe descansar.			
3. Ocasionalmente debe hacer un descanso.			
4. Es capaz de mantener su actividad durante toda la jornada.			

9) Resistencia a la monotonía

Criterios	Si	No	En proceso
1. No aguanta ningún trabajo monótono.			
2. Tiene poca resistencia a la monotonía.			
3. Realiza trabajos rutinarios, pero necesita cambiar de actividad de vez en cuando.			
4. Puede realizar trabajos rutinarios sin mostrar ninguna fatiga.			

10) Reacción a los cambios de tarea

Criterios	Si	No	En proceso
1. Se muestra renuente a los cambios de trabajo.			
2. Los acepta con dificultad y le cuesta adaptarse.			
3. Presenta poca dificultad en adaptarse a los cambios.			
4. Le gusta los cambios y se adapta a la nueva tarea fácilmente.			

11) Cumplimiento del horario

Criterios	Si	No	En proceso
1. No comienza ni termina en el horario adecuado.			
2. Solo ocasionalmente comienza y termina el trabajo en el horario asignado.			
3. Frecuentemente, aunque no siempre, empieza y termina el trabajo en el momento preciso.			
4. Cumple el horario laboral completo, empezando y terminando la jornada y los descansos			

12) Higiene en el trabajo

Criterios	Si	No	En proceso
1. Termina la tarea si recoger.			
2. Frecuentemente hay que recordarle.			
3. Solo ocasionalmente hay que recordárselo.			
4. Empieza y termina la tarea con el área de trabajo recogida y limpia			

13) Seguridad en el trabajo

Criterios	Si	No	En proceso
1. No tiene adquirido los hábitos de seguridad en el trabajo.			
2. Frecuentemente descuida las normas de seguridad.			
3. Ocasionalmente descuida las normas de seguridad.			
4. Conoce las normas de seguridad en el trabajo y las pone en práctica			

14) Utilización de ropa de trabajo

Criterios	Si	No	En proceso
1. Nunca lleva ropa de trabajo			
2. Ocasionalmente lleva ropa de trabajo			
3. Utiliza ropa de trabajo, pero no de forma correcta			
4. Utiliza ropa de trabajo y la lleva correctamente puesta			

II) HABILIDADES SOCIALES EN AMBIENTE LABORAL

▪ Papel en el grupo

Criterios	Si	No	En proceso
1. No es aceptado por el grupo (se muestra hostil, agresivo, excesivamente retraído, etc.).			
2. Generalmente presenta problemas en el grupo.			
3. Se relaciona sin problemas y es aceptado por el grupo			
4. Es un miembro activo del grupo: iniciativa, cualidades de liderazgo, dirigente, etc.			

▪ Interacción con los compañeros

Criterios	Si	No	En proceso
1. Discute y se muestra hostil la mayor parte del tiempo.			
2. Esporádicamente crea fricciones con sus compañeros.			
3. Se relaciona sin problemas y es aceptado por el grupo			
4. Se relaciona muy bien con sus compañeros, es agradable y presenta buen repertorio conductual.			

▪ Capacidad de iniciar conversación

Criterios	Si	No	En proceso
1. Desconoce las estrategias necesarias y no inicia conversación.			
2. Posee las habilidades necesarias pero no suele iniciar conversación.			
3. Posee las estrategias necesarias para iniciar conversación y lo hace con frecuencia			
4. Posee un nivel adecuado para iniciar conversaciones y lo hace con normalidad.			

▪ Capacidad para mantener conversaciones

Criterios	Si	No	En proceso
1. No puede mantener conversaciones (discurso disperso, incoherente, etc.).			
2. Posee habilidades de conversación pero no suele mantenerlas.			
3. Posee habilidades necesarias y lo hace frecuentemente.			
4. Posee un nivel normalizado en su conversación.			

▪ Capacidad para solicitar ayuda

Criterios	Si	No	En proceso
1. No solicita ayuda nunca y desconoce cómo hacerlo.			
2. Solicita ayuda en ocasiones sin justificación.			
3. Solicita ayuda con frecuencia de forma ajustada.			
4. Solicita ayuda siempre que lo necesita.			

▪ Capacidad para ofrecer ayuda

Criterios	Si	No	En proceso
1. No ofrece ayuda aún cuando se la soliciten. Desconoce el procedimiento para hacerlo.			
2. Reconoce cuando puede ofrecer ayuda pero no suele prestarla.			
3. Ofrece ayuda regularmente ante cualquier demanda.			

4. Ofrece ayuda cuando es conveniente.			
--	--	--	--

- Capacidad para expresar críticas y sentimientos negativos

Criterios	Si	No	En proceso
1. No expresa críticas.			
2. No suele expresar críticas y si lo hace, no es capaz de justificarlas suficientemente.			
3. Expresa críticas de forma adecuada y frecuentemente la justifica de manera razonada.			
4. Posee adecuado espíritu crítico			

- Capacidad para expresar valoraciones y sentimientos positivos

Criterios	Si	No	En proceso
1. No expresa valoraciones ni sentimientos positivos. Expresa valoraciones desajustadas, exageradas.			
2. No suele expresar valoraciones, y si lo hace, no es capaz de justificarlas suficientemente.			
3. Expresa valoraciones de forma adecuada y frecuentemente las justifica y tiene tendencia a expresar valoraciones y sentimientos positivos.			
4. Posee adecuado espíritu crítico			

Observaciones: _____

Firma del Tutor

Firma del Director de Rehabilitación Integral

Firma de la Coordinadora

ANEXO 10.

ADECUACIÓN DE FACILIDADES PARA PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL

