

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

Percepción de las personas con diagnóstico de esquizofrenia sobre su proceso de inserción laboral y el rol que juegan los talleres protegidos en ello.

Profesor Guía: Francisco Kamann Campaña.

Metodólogo: Elías Padilla Ballesteros.

Profesor Informante: Paulina Herrera Ponce.

Alumnas: Carolina Pérez Ríos - Natalia Saavedra Farías

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología.

Tesis para optar al título de Psicólogo.

Santiago, Julio 2007

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mis padres, que desde un principio me apoyaron en esta nueva decisión de iniciar otra aventura de un pre – grado.

A Ricardo, que con paciencia y dedicación supo apoyarme en momentos en que la tolerancia y las energías faltaban.

A Alonsito, que supo soportar, desde la barriga, las “idas y venidas” de su madre.

Carolina Sylvia Pérez Ríos.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada principalmente a mi madre por su paciencia, generosidad, esfuerzo y apoyo incondicional para llegar hasta esta instancia.

Y a todos quienes facilitaron y acompañaron el logro de este sueño; su apoyo y comprensión han sido fundamentales.

Natalia Andrea Saavedra Farías.

AGRADECIMIENTOS.

A todos los usuarios de los talleres protegidos del Hospital El Peral y la Unidad de Rehabilitación del Hospital Barros Luco, sin cuyo tiempo y disposición dedicado en las entrevistas, esta tesis no habría sido posible.

A los terapeutas ocupacionales Renato Labbe y Alejandra Valenzuela, que en todo momento apoyaron y se mostraron interesados en nuestra investigación.

A Jorge Chuaqui que me dio la posibilidad de trabajar y conocer el mundo de las personas con esquizofrenia y la inserción laboral. Por sus conocimientos, observaciones a la tesis y experiencia de vida, muchas gracias.

A Eladio Recabarren, Daniela Valdevenito y Eduardo Herrera del FONADIS por el tiempo y conocimientos entregados.

Carolina Sylvia Pérez Ríos

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a todas las personas que confiaron en mi y me acompañaron en este proceso, en diferentes momentos y de distintas formas, especialmente a mis padres, hermanos, tíos y abuelos ya que sin su apoyo esto no hubiese sido posible. Les agradezco enormemente el haber facilitado y apoyado el logro de este sueño; su apoyo y comprensión han sido un pilar fundamental durante estos años.

A Mauricio, quien me apoyó en todo momento, y me ha enseñado el camino de la perseverancia y el amor incondicional.

Natalia Andrea Saavedra Farías.

INDICE

1. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes y planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema y pregunta de investigación	5
1.3 Aportes y relevancia de la investigación.....	8

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Conceptos Claves.....	14
---------------------------	----

4. MARCO TEORICO

4.1 Reseña de la historia de la psiquiatría.....	16
4.2 El trastorno mental en las antiguas culturas.....	17
4.3 Visión en la edad greco- romana.....	17
4.4 Concepción en la época Medieval.....	19
4.5 Situación de los alienados en el renacimiento.....	20
4.6 Época barroca.....	21
4.7 El siglo de las luces.....	22
4.8 Psiquiatría romántica y psiquiatría biológica.....	28

4.9	Psiquiatría del siglo XX.....	32
4.10	Desde la Segunda Guerra Mundial hasta nuestros días.....	33
4.11	La psiquiatría en Chile.....	34
4.12	Evolución de la psiquiatría en Chile.....	40
4.13	Recorrido histórico del concepto de esquizofrenia.....	42
4.14	La esquizofrenia en su etapa clásica.....	44
4.15	Corriente fenomenológica.....	51
4.16	Camino al DSM IV y CIE 10.....	56
4.17	Pautas para el diagnóstico según el CIE 10.....	60
4.18	Esquizofrenia, psicofarmacología y neurociencia.....	62
4.19	Tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia.....	68
4.20	Corrientes psicológicas y esquizofrenia.....	69
4.20.1	Corriente psiquiátrica francesa.....	70
4.20.2	Escuela de Palo Alto.....	71
4.20.3	Corriente psicoanalítica.....	71
4.21	Modelo de vulnerabilidad.....	72
4.22	La anti psiquiatría.....	79
4.23	Psiquiatría comunitaria y los primeros cambios en la rehabilitación de los trastornos psíquicos y la esquizofrenia.....	80
4.24	Del sujeto contaminado al sujeto inserto en la comunidad.....	82
4.25	Situación de las familias afectadas por la esquizofrenia.....	85
4.25.1	El rol de la familia.....	86
4.25.2	Familia e inserción laboral de la persona con esquizofrenia.....	87

4.26 Redes sociales.....	91
4.27 Emoción expresada.....	97
4.28 El Estado y la inserción laboral de las personas con esquizofrenia.....	105
4.28.1 Reforma psiquiátrica.....	105
4.28.2 Nacimiento de un nuevo modelo.....	105
4.28.3 La aplicación del Plan Nacional de Salud Mental: Informe de WHO-MINSAL sobre la situación del sistema de salud mental en Chile.....	109
4.28.4 Marcos y normativas en torno a la rehabilitación laboral.....	111
4.28.5 Normas uniformes.....	113
4.28.6 Convención internacional para los derechos de las personas con discapacidad.....	119
4.28.7 Principales aspectos considerados en la convención.....	122
4.28.8 Legislación laboral y seguridad social de las personas con discapacidad en Chile.....	123
4.29 Normas que inciden en la inserción laboral de personas con discapacidad.....	124
4.29.1 Derecho al trabajo.....	124
4.29.2 El contrato de aprendizaje.....	124
4.29.3 La capacitación.....	125
4.30 El rol del Ministerio de Salud.....	126
4.30.1 Modelo de Rehabilitación con base comunitaria: trabajando con y en la comunidad.....	128
4.30.2 Articulación de la Rehabilitación con Base Comunitaria.....	130
4.40 Talleres protegidos.....	142
4.40.1 Definición y objetivos del taller protegido.....	144

4.40.2 Organización del taller protegido.....	146
4.40.3 Recursos humanos.....	147
4.40.4 Funcionamiento del taller protegido.....	148
4.50 Estadísticas de la discapacidad en Chile.....	151
4.50.1 Primer estudio nacional de la discapacidad.....	151
4.50.2 Estadística de discapacidad y la CIF.....	153
4.50.3 El impacto de la CIF en el método estrella de valoración y orientación profesional.....	157
4.60 Las reparticiones públicas y privadas orientadas a la inserción laboral.....	162
4.60.1 Entidades encargadas de la inserción laboral de personas con discapacidad	162
4.60.2 Fondo Nacional de la discapacidad, FONADIS.....	162
4.60.3 Proyectos de capacitación e inserción laboral.....	163
4.60.4 Sociedad de Fomento Fabril, SOFOFA.....	166
4.60.5 Servicio Nacional de capacitación y Empleo, SENCE.....	168
4.60.6 Programas Especiales.....	169

5 MARCO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque metodológico.....	170
5.2 Tipo de Estudio.....	172
5.3 Diseño.....	173
5.4 Población de referencia (Universo).....	174
5.5 La muestra.....	175

5.6 Procedimiento.....	176
5.7 Criterios de la muestra.....	177
5.8 Técnicas.....	177
5.8.1 Las entrevistas en profundidad.....	177
5.8.2 Guión temático.....	180
5.9 Análisis de contenido.....	181
5.92 Análisis de categorías por objetivos (análisis descriptivo e interpretativo).....	184
6. CONCLUSIONES.....	227
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	240
8. ANEXOS	
8.1 Entrevistas en profundidad	
8.2 Guía Clínica Ges Esquizofrenia	
8.3 Método Estrella	
8.4 Cartas de Autorización	

RESUMEN

La presente investigación se inscribe en el ámbito de la percepción que tienen personas con diagnóstico de esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos y su proceso de reinserción en el mercado laboral competitivo

El objetivo de la investigación es conocer cómo perciben las personas con diagnóstico de Esquizofrenia su proceso de inserción laboral y que rol le cabe a los talleres protegidos en ello.

El marco teórico en primera instancia articula los cambios en la historia de la psiquiatría y en la mirada hacia la esquizofrenia, para derivar en las modernas formas de tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos severos

La metodología que se utiliza se enmarca en los modelos cualitativos, y el instrumento que recoge la información es la entrevista en profundidad para conocer la experiencia de estas personas, desde su propio discurso.

Específicamente se realizaron doce entrevistas a usuarios de talleres protegidos que desempeñan sus funciones en la unidad de rehabilitación psicosocial del Hospital Barros Luco y El Peral.

1. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes y planteamiento del problema.

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos que más estudios ha suscitado en la historia de la psiquiatría, tanto por las características de su cuadro clínico, como por las discusiones que hay en torno a las causas de la enfermedad. Asimismo, y en el plano social, es una de las psicopatologías más discriminadas y estigmatizadas (Huneus, 2005)

Según el estudio FONDECYT *Esquizofrenia, estigma e inserción laboral* (Chuaqui, 2002), una de las esferas en las que se refleja la discriminación, es la opinión que tienen ciento cincuenta empleadores de pequeñas y medianas empresas de la Región Metropolitana que fueron encuestados en relación a diversas características que pudiesen tener las personas con Esquizofrenia y su desempeño laboral: “agresivos, peligrosos o violentos (23,3%), problemas en las relaciones interpersonales o de comunicación (21,3%), problemas en el cumplimiento de la tarea (18,7%), inestables, tienen cambio de ánimo o ritmo de trabajo (12%)” (Chuaqui, 2002, p. 119). Frente a este panorama la posibilidad de reinserción laboral se hace compleja, por lo que la existencia de la oferta laboral se ve reducida a los talleres protegidos, en los que no necesariamente las personas reciben la remuneración acorde a sus tareas o realizan la actividad que más les agrada. En efecto, en el proyecto FONDECYT *Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales e inserción laboral* (Chuaqui, 2004-2006), para los resultados obtenidos en el año 2004, se señala que el ingreso promedio

percibido en los talleres protegidos es cercano a los \$21.000. Sin embargo, las experiencias respecto de los talleres protegidos, han permitido que los usuarios con esquizofrenia logren un alto nivel de satisfacción laboral, así como un buen nivel de relaciones tanto con los supervisores y/o monitores: el hecho de estar en una actividad productiva, les ha permitido mirar el futuro con cierto optimismo: el 60% piensa que el trabajo les ha mejorado mucho la vida, pues del 70% al 85% se sienten más personas por estar trabajando, lo que se suma a las mejoras en su salud. Respecto de su entorno laboral, manifiestan tener relaciones cálidas tanto con sus compañeros de trabajo como con sus jefes (Chuaqui, 2005).

Respecto de las políticas públicas y programas de reinserción psico social del Ministerio de Salud (www.minsal.cl) se proponen *Estrategias Comunitarias*, las que consisten en la incorporación de redes sociales y de las familias en torno al tratamiento de la Esquizofrenia. No obstante, en el cuadro de *Prestaciones de atención primaria para personas con Esquizofrenia estabilizada*, (www.minsal.cl) si bien se refiere a aspectos relativos a la intervención psicosocial y en grupos, en cuanto a la inserción laboral, ésta es planteada como *actividades* de rehabilitación social y laboral, asunto que no necesariamente implica un apoyo terapéutico de modo sistemático y que considere alguna actividad de tipo productivo y que vaya en beneficio del proceso de inserción laboral. (www.minsal.cl)

En el Fondo Nacional de la Discapacidad (www.fonadis.cl), aún no figura un concepto propio de los talleres protegidos. Lo más cercano a éste, es el que define a

la integración socio laboral como: “la participación de las personas con discapacidad en la vida corriente de la comunidad, a través de la actividad productiva, teniendo la capacidad, el deseo y la oportunidad” (www.fonadis.cl)

Sin embargo, y a pesar de lo sostenido en el párrafo anterior, el concepto que describe de mejor forma un taller protegido, para efectos de la presente investigación es: “Establecimiento público o privado, orientados a la integración social, mediante actividades de capacitación, y en algunos casos a la producción de bienes y/o servicios en un ambiente de supervisión terapéutica; está compuesto por personas, según su grado de discapacidad transitoria o permanente, que no les permite desarrollar actividades laborales en ambientes competitivos o de manera independiente”(www.discapacitados.org.ar)

Teresa Huneus, (2005) psicóloga y ex directora de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, señala: “Es inconveniente simplificar las causas -y por lo tanto- los tratamientos como se ha hecho tanto; no basta con tratar aspectos aislados, sino que se requiere de dar un tratamiento integral. No basta con darle a la personas antipsicóticos; también debe recibir un tratamiento psicosocial, familiar y psicoterapéutico. Además es necesario un cambio de actitud de la sociedad entera y de las políticas de salud mental” (Huneus, 2005, p.26).

Sin embargo, esta mirada multidisciplinaria de la esquizofrenia, donde lo psicosocial juega un rol fundamental, no ha estado siempre presente. Desde el punto de vista del

desarrollo y los avances tanto en lo político como en lo filosófico, en el siglo XIX, tras la Revolución Francesa se inician intentos concretos en el proceso de rehabilitación sociolaboral, lo que fue de la mano de los nuevos conceptos sobre las enfermedades psiquiátricas. Philippe Pinel, (Fernández, Gabay, 2003) conocido por liberar a los enfermos de las cadenas, instituyó el llamado tratamiento moral, basado en la rehabilitación a la que consideraba un tipo de educación. Esquirol, discípulo de éste, trabajó con personas con retraso mental, a los que consideró que eran reeducables.

A inicios del siglo XX, el alemán Hermann Simon (Fernández, Gabay, 2003) crea un sistema rehabilitador en el que se contrarrestan los efectos de la hospitalización, educando a los pacientes en la reinserción social. Al cabo de 5 años el 90% de estos habían logrado una ocupación. Tras la primera y segunda guerra mundial, la población en los asilos mentales aumentó, pero también el interés por la rehabilitación. El sistema de Simon se diseminó por algunos países europeos, lo que provocó la creación de consultorios externos estatales y se dio tratamiento sin costo a las personas pobres.

La aparición, en la década de 1950, de los primeros neurolépticos, como la Clorpromacina, permitió que muchos pacientes considerados peligrosos o difíciles de tratar, comenzaran a reinsertarse en la comunidad. Se popularizan otras técnicas como la terapia grupal y el psicodrama; al tiempo de la valoración de la terapia laboral como una forma para ser autovalente.

La década de los cincuenta y los sesenta es el auge del movimiento de salud mental comunitaria, el que trabaja con un nuevo concepto: que las personas con trastornos psiquiátricos severos debían ser curados e integrados en el entorno social. En consecuencia se abrieron centros comunitarios y de rehabilitación psicosocial. Europa y EEUU propiciaron la psiquiatría comunitaria y se crearon programas para la inserción laboral (Fernández, Gabay, 2003).

De las experiencias anteriormente señaladas, si bien el Estado chileno ha implementado políticas respecto de la reinserción socio laboral, y en la actualidad subvenciona talleres protegidos, a través de los servicios de salud, estos presentan un reducido abanico de actividades, lo que en la práctica se podría traducir en que dispositivos laborales apuntan a la producción más que a los intereses y aptitudes de los usuarios.

1.2 Formulación del problema y pregunta de investigación

Durante muchos años, uno de los prejuicios en relación a las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, es que no están o no estarían preparadas para desenvolverse en el mundo laboral (Chuaqui, 2002). Estas representaciones sociales se fundamentarían en que son “peligrosos”, por la falta de habilidades sociales o por su bajo nivel cognitivo (Chuaqui, 2002). A ello también han aportado siglos de tratamientos inhumanos, basados en la sobrevaloración de los psicofármacos y la

reclusión en instituciones psiquiátricas más parecidas a las cárceles que a un espacio de contención y rehabilitación (Huneeus, 2005).

No obstante lo anterior, la realidad vivida por personas con diagnóstico de esquizofrenia en los talleres protegidos, contradice aquellas representaciones sociales anteriormente señaladas. Si bien, aún no se los considera como personas relevantes en los modelos o planes terapéuticos, aunque la esquizofrenia es parte del Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), instaurado por el Ministerio de Salud (www.minsal.cl), los talleres protegidos no son considerados dentro de las políticas de integración socio laboral. En este sentido, no está claro cuales son las necesidades, inquietudes u opiniones de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aspecto que la presente tesis pretende poner en evidencia.

Esto se hace aún más preocupante, si consideramos que en la actualidad los modelos de reinserción social van encaminados al abordaje multidisciplinario, (www.minsal.cl) donde los talleres protegidos cobran especial importancia, tanto por la satisfacción que manifiestan los usuarios, como por el modo en que se insertan en lo social. Sin embargo, no hay registros de los propios protagonistas, como viven, interpretan desde la experiencia subjetiva su proceso de reinserción laboral y el rol que desempeñan los talleres protegidos en ello.

En relación a lo anterior, este estudio se propone, aportar a la falta de información respecto de la opinión que tienen las personas con diagnóstico de esquizofrenia en

relación a su proceso de inserción laboral y el rol que juegan los talleres protegidos en ello.

Mediante entrevistas en profundidad, a usuarios que se desempeñan en mantención de áreas verdes del taller “La Comarca” (Hospital El Peral) y a usuarios de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Barros Luco, podremos conocer los siguientes aspectos: la percepción tanto de las habilidades adquiridas, si la participación en el taller protegido ha influido en el tratamiento psiquiátrico, aspectos que debiesen ser considerados en el proceso de inserción laboral y los talleres protegidos, las expectativas respecto a su inserción en el mercado laboral competitivo y las característica de las redes sociales de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Al taller protegido, lo entenderemos como un dispositivo de reinserción laboral, en el que los usuarios (pacientes) adquieren, mediante la capacitación, habilidades laborales y/o la producción de bienes o servicios.

De lo anteriormente señalado se desprende nuestra pregunta de investigación:

¿Cómo perciben las personas con diagnóstico de Esquizofrenia su proceso de inserción laboral y que rol le cabe a los talleres protegidos en ello?

1. 3 Aportes y relevancia de la investigación

Durante cientos de años, el sistema manicomial y asilar, traducido en el uso de camisas de fuerza, encierro y otros maltratos, fueron los *tratamientos* conocidos para las personas con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psíquicos en general. Sin embargo, los cambios sociales, los avances científicos y políticos, han permitido que se ponga en duda la eficacia, por sí sola, de las largas internaciones, y que sólo han sido centradas en los hospitales psiquiátricos (www.esquizo.com).

No obstante, las cosas cambian y actualmente, son muchos los que hablan de los efectos iatrogénicos, producto de una larga internación en el hospicio mental, lo que da como resultado el deterioro de ciertas habilidades sociales y cognitivas de la persona con algún trastorno psíquico.

En Chile, desde la aplicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, (www.minsal.cl) se ha puesto en marcha diversas experiencias en el campo de la rehabilitación, donde los talleres protegidos aún no han cobrado un real protagonismo. En este sentido, esta tesis viene a poner de manifiesto, desde la mirada de los propios usuarios, los que además de rehabilitarse, podría implicar un paso hacia la integración y reinserción laboral, aprendiendo un oficio y aportando con su mano de obra a los talleres.

Por otra parte, nuestro estudio, más que responder temáticas de orden clínicos, como las características o síntomas de la esquizofrenia, las manifestaciones de ésta o cómo la enfermedad pudiese afectar la dinámica familiar; lo que nos interesa conocer apunta a las dificultades y gratificaciones de las personas con este diagnóstico en torno a su desempeño laboral, sus expectativas a futuro, etc. No obstante, los actores relevantes, es decir las personas con esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos, no han sido considerados como protagonistas claves tanto en las investigaciones, como en los programas de rehabilitación, siendo ellos los principales beneficiarios de estas políticas.

En nuestra búsqueda bibliográfica, no encontramos estudios respecto de cómo perciben los propios usuarios con diagnóstico de esquizofrenia su proceso de inserción laboral y el rol que le cabe a los talleres protegidos en ello. Los hallazgos tanto en Internet como en la literatura, apuntan a describir las experiencias desde los equipos de rehabilitación, haciendo referencia de la participación de personas con trastornos mentales, como es el caso de España. Si bien en Chile se encuentra en curso el proyecto FONDECYT *Esquizofrenia, Talleres Protegidos, Empresas Sociales e Inserción Laboral*, (Chuaqui, Prieto, 2004-2006) éste es de tipo cuantitativo, y busca dar una mirada global a la situación tanto de los usuarios con esquizofrenia como del estado financiero de los talleres protegidos.

Por el contrario, lo que se busca en esta tesis no el porcentaje de los usuarios que se desempeñan en talleres protegidos, sino la experiencia, sentimientos y percepción

íntima de cada uno de los entrevistados. A ello se suma, que la bibliografía en relación a talleres protegidos donde se desempeñan personas con discapacidad psíquica es muy escasa, tanto en Internet como en las bibliotecas (Chuaqui, 2004). En España, por ejemplo el programa *TELEMATICA –ARCO* va dirigido a personas con discapacidad intelectual, además de otras experiencias en Alemania que van encaminadas a experiencias de inserción en empleos competitivos (Chuaqui, 2004).

En la presente tesis, se pretende situar a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, como sujetos activos en su proceso de inserción laboral, al considerar su percepción en diversos ámbitos de su proceso de inserción laboral

Este estudio, también nos da la posibilidad de conocer y entender la reinserción laboral y el concepto de trabajo desde otra perspectiva, ya que el taller protegido funciona en un contexto distinto al del mercado laboral competitivo, y además no está regulado por un marco legal que le es propio.

Dado lo anterior, nuestro trabajo aporta en una doble perspectiva: desde el ámbito de la psicología y en lo social, ello porque la esquizofrenia se ha constituido en un área de trabajo con espacio propio dentro de las políticas de salud mental, a través del AUGE, (www.minsal.cl) y en la que nuestra disciplina realiza un aporte fundamental, junto a otros profesionales de la salud. Y en lo social, ya que esta discapacidad psíquica se encuentra presente en nuestras grandes ciudades y pueblos, y ciertamente, lo ha estado durante mucho tiempo; pero tanto su concepto como

tratamiento han evolucionado (Huneus, 2005). Esta enfermedad, que para la mirada biomédica, se explica por sus caracteres genéticos, puede estar dada por la realidad social y cultural, como por las condiciones materiales donde se desenvuelve el sujeto afectado, y es en este campo donde el psicólogo no sólo puede ser útil sino que tiene el derecho y el deber de aportar desde su disciplina poniendo al servicio de la sociedad sus competencias y conocimientos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer cómo perciben las personas con diagnóstico de Esquizofrenia su proceso de inserción laboral y rol que le cabe a los talleres protegidos en ello.

2.2 Objetivos específicos

1.-Describir las habilidades laborales y sociales que adquieren las personas con diagnóstico de esquizofrenia que participan en los talleres protegidos.

2.- Describir los efectos que tiene en el tratamiento psiquiátrico la participación en los talleres protegidos de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

3.- Identificar y describir las expectativas de las personas con diagnóstico de esquizofrenia en relación a sus posibilidades de reinserción en el mercado laboral competitivo.

4.-Describir, desde el discurso de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aspectos que debiesen ser considerados en la rehabilitación y en el proceso de inserción laboral.

5.- Conocer los tipos de redes sociales que poseen las personas con diagnóstico de esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Conceptos claves:

Percepción: Acción y efecto de percibir; Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos; Conocimiento, idea (www.rae.es).

Talleres protegidos: Establecimiento público o privado, orientados a la integración social, mediante actividades de capacitación, y en algunos casos a la producción de bienes y/o servicios en un ambiente de supervisión terapéutica. Esta compuesto por personas, según su grado de discapacidad transitoria o permanente, que no les permite desarrollar actividades laborales en ambientes competitivos o de manera independiente (www.discapacitados.org.ar).

Esquizofrenia: “Grupo de enfermedades mentales correspondientes a la antigua demencia precoz, que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable” (www.rae.es).

“Se denomina Esquizofrenia a una enfermedad o, más probablemente a un conjunto de enfermedades, que generalmente se presenta en personas jóvenes y tiene un curso deteriorante. Los síntomas pueden ser muy variados y ninguno es patognomónico” (www.asocimed.cl).

Actualmente se tiende a agrupar los síntomas de la esquizofrenia en cuatro grandes grupos: síntomas positivos, negativos, afectivos y cognoscitivos, aunque no abarcan la totalidad de la sintomatología. Los síntomas positivos incluyen alucinaciones, generalmente auditivas, ideas delirantes frecuentemente auto referentes y síntomas catatónicos como estereotipias, agitación o estupor. Los síntomas negativos incluyen la escasa expresividad emocional y gestual, la pobreza del habla y del contenido del discurso, la apatía y la escasa sociabilidad. Los síntomas afectivos más comunes son los depresivos y el suicidio es frecuente. Los trastornos cognoscitivos son variados y son la principal causa del deficiente funcionamiento social y laboral (www.asocimed.cl).

Inserción laboral: La asistencia, capacitación y rehabilitación de la persona con discapacidad, tiene como principal objetivo la inserción social de la misma, y de acuerdo con lo que sus aptitudes, intereses y posibilidades le permitan. Sin embargo, es la ubicación laboral la que constituye el principal eslabón para ese propósito. En nuestro país, el FONADIS (organismo dependiente del Ministerio de Planificación, MIDEPLAN) plantea la integración socio –laboral y es definida como: “la participación de las personas con discapacidad en la vida corriente de la comunidad, a través de la actividad productiva, teniendo la capacidad, el deseo y la oportunidad” (www.fonadis.cl)

4 MARCO TEORICO

Para comprender el modo como actualmente se entiende el proceso de inserción laboral de las personas con diagnóstico de esquizofrenia (dentro del contexto de la rehabilitación), se ha considerado necesario realizar un vistazo por la antesala de lo que hoy se conoce por psiquiatría, y posteriormente se dará a conocer una panorámica por la historia de la esquizofrenia, que como se podrá apreciar tiene un recorrido muy similar al de la psiquiatría.

4.1 Reseña de la historia de la psiquiatría.

A modo de aclaración, no está demás señalar que lo que en la actualidad se conoce por psiquiatría, sólo tuvo su advenimiento, como especialización de la medicina, en el siglo XIX. Ello, porque tanto las condiciones de vida en la comunidad y la sociedad, la habían mantenido en la esfera intrafamiliar y/o segregado al ámbito meramente biológico y genético (Shorter, 1997). Es por ello, que antes de la fecha anteriormente señalada, se puede considerar a la psiquiatría como la antesala de lo que posteriormente se dio a conocer como psiquiatría.

4.2 El trastorno mental en las antiguas culturas

Las civilizaciones en la antigüedad tenían una concepción demonológica. Para ellas la enfermedad y la muerte no eran sucesos normales, sino que se producían por la intervención de fuerzas que se encontraban ocultas o por la intervención de hechiceras o demonios, a las que había que expulsar con ritos o palabras mágicas, y de las que había que protegerse con amuletos mágicos. (Muñoz, 1992)

La medicina egipcia era ejercida por los sacerdotes, los egipcios contaban con muchos recursos terapéuticos, usaban metales, plantas e incluso órganos animales o humanos. Los medicamentos que éstos usaban era bastante raros e incluían desde bilis de algún médico muerto hasta patas de asno (Muñoz, 1992)

“El origen de muchos conceptos médicos griegos es, probablemente, egipcio”.
(Muñoz, 1992, p.4)

4.3 Visión en la edad greco- romana

En Grecia nacen las bases de la medicina actual, la que se funda en la observación, el razonamiento, el análisis y la síntesis. Surgen allí los esquemas de examen y nace un vocabulario médico que persiste hasta la actualidad (Muñoz, 1992, p. 4)

El siglo V a.C. marca el apogeo de la civilización griega. En este siglo nace Hipócrates, llamado *el padre de la medicina* al que hasta la actualidad se le reconoce su aporte crucial al descubrir que todas las enfermedades tienen causas naturales.

Éste y otros griegos afirmaban que la histeria se producía por desplazamientos uterinos, los que se provocaban por falta de relaciones sexuales (Muñoz, 1992)

El mayor aporte de la cultura greca a la psiquiatría fue el haber atribuido un origen natural a las patologías psíquicas, conceptualización que perduraría hasta el siglo XVIII. (Muñoz 1992)

Asimismo la medicina romana tiene a su gran exponente en Galeno, éste reconoce los cuatro humores descritos anteriormente por Hipócrates y afirma que el predominio de cada uno de ellos explica los cuatro temperamentos: sanguíneo, flemático, bilioso y melancólico, originados respectivamente en la sangre que viene desde el corazón, la flema que viene desde el cerebro, la bilis amarilla que se origina en el hígado y la bilis negra, que proviene del baso (Muñoz, 1992). Plantea también que existen tres formas de espíritu: el animal que recibe sensaciones, el vital que se ubica en el corazón y que crea calor, y el natural que se encuentra en el hígado y que asegura la nutrición. Asimismo Galeno plantea que los diferentes órganos de nuestro cuerpo poseen cuatro facultades naturales: atractiva, para atraer los jugos naturales, alterante, para modificarlos, redentora para retenerlos y transformarlos y expulsora para rechazar los residuos. (Muñoz, 1992)

Los principales escritos de la época referentes a la psiquiatría corresponden a Celso, Areteo de Capadocia Sorano de Efeso y Galeno. Para éstos habían tres tipos de patología mental: manía, melancolía y frenitis, las que tendrían causas corporales. La

frenitis sería una inflamación del diafragma y equivaldría a lo que hoy conocemos como Delirium o Delirio, la manía sería una enfermedad de la cabeza y corresponde a las actuales Esquizofrenias, especialmente aquellas que causan agitación psicomotora y por último la melancolía sería una enfermedad de origen digestivo y corresponde a lo que actualmente se denomina como depresión. (Muñoz, 1992)

4.4 Concepción en la época Medieval

La Edad Media es la época de las grandes epidemias, con consecuencias tan fatídicas que, luego de ellas, algunas ciudades quedan reducidas a simples pueblos. La peste bubónica en el año 540 es devastadora y la peste negra en 1348 provoca la muerte de 50.000 personas en París y 100.000 en Florencia. (Muñoz, 1992)

“En el clima marcadamente moral y religioso de la edad media aparecen los fenómenos de histeria colectiva y de posesión demoníaca” (Muñoz, 1992, p. 6).

La medicina en la Edad Media se hace impenetrable a la experiencia, desatendiendo la observación y poniendo la autoridad de los antiguos como una verdad incuestionable y por encima de la realidad de los hechos tomando gran distancia de la ciencia. El médico ya no sabe observar y reflexionar sino que ve los hechos a través de dogmas erróneos (Muñoz, 1992)

Poco se conoce de lo que sucede con la psiquiatría en la Edad Media, y lo que se sabe es negativo. Su ejercicio pasa otra vez a manos de magos y exorcistas perdiéndose de esta manera todos los avances de la tradición griega. (Muñoz, 1992).

Sin embargo, ya se tienen registros de manicomios, pues los pueblos o villorrios se vieron obligados a solucionar su problema con los psicóticos o quienes tenían trastornos mentales. Es así como en el siglo XIII, se tienen noticias del hospicio Priorato de St, Mary de Bethlehem, de cuyo nombre derivó en Bedlam, y del que se presume tendría origen la palabra loco (Fernández, Gabay, 2003), y que pasó de tener seis varones con trastornos mentales en 1403, a recibir en 1547, sólo a pacientes con estas características Este lugar seguiría funcionando hasta 1948 (Shorter, 1997).

En resumen, ya sea en cárceles junto a los delincuentes o vagabundos, o bien en hogares para pobres, la sociedad de esa época debió resolver de algún modo la situación de los *locos*, aunque por el momento, los manicomios tenía por función un fin represor y de vigilancia, más que objetivos terapéuticos (Shorter, 1997).

4.5 Situación de los *alienados* en el Renacimiento

Para la psiquiatría, el Renacimiento fue escenario de persecución de enfermos psiquiátricos, más inhumana que la de la Edad Media. El exorcismo medieval fue reemplazado por las condenas de muerte en la hoguera (Muñoz, 1992). Si bien lo anteriormente expuesto no es positivo, existe un hecho de extrema significación para

la psiquiatría, la primera revolución en psiquiatría, que consiste en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia, el año 1409, por el sacerdote mercedario fray Juan Gilbert Jofre “un establecimiento u hospital donde locos e inocentes puedan ser recogidos y atendidos cristianamente y no anduviesen por las calles haciendo y recibiendo daño” (Muñoz, 1992 p. 7)

En Francia, 1656 Luís XIV crea dos manicomios en los que se recluyen criminales, vagabundos y enfermos mentales. Uno para hombres Bicêtre y la Salpêtrière para mujeres; en provincias se abrieron los llamados *hospitales generales* (Shorter, 1997). Sin embargo, su objetivo seguía siendo de custodia y castigo hacia los reclusos, los que se traducían en encadenamiento, azotes y en general condiciones higiénicas paupérrimas. De lo que si no se podía hablar era de confinamiento, ya que en un país con cerca de 30 millones de habitantes, el manicomio de Bicêtre confinaba a unas 245 personas con trastorno mental y los provinciales, sólo algunas camas eran utilizadas para los *locos* (Shorter, 1997)

4.6 Época Barroca

Durante este periodo, la psiquiatría no presenta grandes cambios. En el plano asistencial, las personas con patologías mentales permanecen recluidas en asilos casi sin recibir atención, ya que se les considera alienados, seres extraños a la sociedad por lo que se les imponía la segregación social en establecimientos casi carcelarios. Los aportes importantes nacen en los consultorios de los médicos ingleses Willis y

Sydenham, los que plantearon que la Histeria no sería una enfermedad del útero, sino que del cerebro. (Muñoz, 1992)

4.7 El siglo de las luces.

La tradición y la fe son apartadas en el siglo XVIII por la confianza en la razón y en la ciencia (Muñoz, 1992)

Durante este periodo, Inglaterra llegó a contar con siete manicomios, además de los hospitalizados en el sector privado, que más tarde derivaron en las llamadas *Clínicas privadas de los Nervios* (Shorter, 1997). No obstante, aunque sus condiciones de higiene e infraestructura podían ser mejor que los mismos manicomios, estaban muy lejos de prestar un servicio terapéutico. No obstante, concentraban un mayor número de hospitalizaciones que en el sector público (64% versus 36%): Bethlem y St Luke en su conjunto tan sólo contaban con 500 pacientes. Si consideramos que Inglaterra contaba con 10 millones de habitantes, con esta cifra no se puede hablar aún de confinamiento, tal como lo señaló el filósofo Michael Foucault (Shorter, 1997).

En el 1800, se inicia la psiquiatría científica en Francia, con la obra de Phillippe Pinel, quien plantea la necesidad de no seguir construyendo nuevas hipótesis sin fundamentos, sino limitarse a la observación y descripción de los hechos. Con la obra de Pinel y de su discípulo Esquirol, la psiquiatría se libera, casi definitivamente, de las interpretaciones demonológicas y se reemplaza la especulación por la observación

empírica, poniéndose énfasis en las causas somáticas, con lo que la psiquiatría se acerca finalmente a la medicina. (Muñoz, 1992). Al respecto, Shorter (1997) señala que el reconocimiento a Pinel, estaría en sus textos inspirados por la filosofía humanitaria y el progreso social, y no en el haber liberado a los pacientes de sus cadenas –ya que, por un lado fue el director del hospital quien dio la orden, y por otro, éstas fueron reemplazadas por camisas de fuerzas- (Shorter,1997).

El nuevo trato a los pacientes con trastornos psiquiátricos, no es un hecho aislado, ya que Francia al contar con un modelo de administración centralizado, significó que tanto el Estado, la Iglesia como las autoridades provinciales se preocuparon de los cuidados de los enfermos psiquiátricos (Shorter, 1997). Desgraciadamente, este sistema sólo duró hasta fines del siglo XVIII, incluso en Alemania no se escuchó de psiquiatría hasta el siglo XIX, incluso en Würzburg, no se enseñaba de trastornos mentales entre los estudiantes de medicina (Shorter, 1997)

No obstante, Pinel, considerado el fundador de la psiquiatría moderna, fue un adelantado, en una época en que la sociedad aún conservaba en su imaginario colectivo, imágenes de horror hacia el “trastornado mental”, ya que las rígidas normas sociales de la época, no concebían a aquellos que se salían de las estrictas normas sociales. En efecto: “vivían en estrictas comunidades organizadas en el cara a cara, y daban gran importancia a los papeles sociales heredados, a las costumbres sociales dictadas por la razón, y su vida estaba guiada por la marcha de las estaciones (...) Los enfermos mentales engrosaban las corrientes de mendigos que vagaban por

los caminos en los inicios de la Edad Moderna (...) y la idea estándar del loco con su bastón fue una imagen iconográfica” (Shorter, 1997, p. 2). De ello se deriva, que en el contexto de la rígida comunidad, era en el seno familiar donde debían cuidarse a las personas con trastornos mentales, la que claramente hacía lo que podía.

Hacia fines del siglo XVIII, el director del hospicio Royal Julius en Würzburg, Alemania, daba cuenta de maltrato físico y abandono de los *locos* por parte de sus familias (Shorter, 1997). Esta situación se repitió hasta 1870, justo antes de la creación de un manicomio en Suiza, lo que tampoco alivió del todo la situación de los llamados alienados, ya que aún existía vergüenza en el seno de las familias de reconocer que tenían un pariente con un trastorno mental, por lo que lo seguían manteniendo en condiciones inhumanas. En otros casos, el trato humillante, llegaba al punto de que al enfermo lo amarraban a la salida de una casa, donde era ridiculizado por los vecinos que pasaban por el lugar. Y eso que se encontraban ad portas de la Revolución Industrial (Shorter, 1997)

Si bien, no faltaba mucho por llegar a la aparición de la psiquiatría, se estaba a años luz de lo que hoy conocemos por la visión y tratamiento del trastorno mental y de quien lo padecía. Para graficarlo, un integrante de la Cámara de los Comunes de Irlanda, señalaba en 1817: “No hay nada más traumático que la locura en casa del campesino irlandés...cuando un hombre o una mujer enferman, el único camino que tienen para resolverlo es hacer un agujero en el suelo de la cabaña, justo para que pueda caber de pie, y con una reja en la salida para prevenir que escape. El agujero

tiene alrededor de cinco pies de profundidad; le dan al pobre la miserable comida allí, y generalmente muere” (Shorter, 1997, p. 2). Si bien este periodo se le ha denominado *romanticismo*, la cita no nos evoca imágenes en tal dirección. No olvidar, que en Chile estas situaciones se vivieron no hace mucho tiempo, con el recordado caso de la *Mujer Gallina*.

En esta época la psiquiatría sigue bajo el amparo de Pinel que pasa a la historia por liberar a los enfermos mentales de las cadenas y de los tratamientos inhumanos a que eran sometidos, lo que se reconoce hoy como la segunda revolución en psiquiatría; por haber iniciado la actividad psicoterapéutica y por haber introducido en la psiquiatría el método experimental, con la observación repetida y el análisis racional de los hechos psiquiátricos (Shorter, 1997)

Pinel organiza las hepatologías psiquiátricas en cuatro tipos: la manía o delirio general que comprende a las actuales esquizofrenias, manías e hipomanías, la melancolía o delirio exclusivo (nuestra actual depresión), la demencia o destrucción del pensamiento en que se incluyen lo que actualmente conocemos parálisis general progresiva y las esquizofrenias crónicas, y la idiocia o ausencia de todas las facultades mentales que en la actualidad se denomina retardo mental. (Muñoz, 1992, p. 9).

Jean –Etienne Esquirol (Shorter, 1997), discípulo de Pinel, planteó el papel de las *pasiones* en la enfermedad mental. Posteriormente, comienza a dictar la cátedra de

Psiquiatría, dirigida a estudiantes de Medicina, y aplicar los postulados de su maestro, tal vez el más importante, fue la comunidad terapéutica, entendida en esos años, como la convivencia entre psiquiatras y pacientes en un contexto de terapia (Shorter, 1997).

Claramente, el Siglo de las Luces, pone en evidencia que es la ciencia la que puede mejorar las terapias utilizadas en los siglos anteriores. Por primera vez se instala la noción de *curabilidad* (Shorter, 1997 p. 8), lo que permitía que recursos financieros fueran destinados no sólo a la aplicación de nuevas terapias, sino que además en el paulatino mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con trastornos psiquiátricos. El alemán Johann Reil fue cabeza de este movimiento, el que ya se expandía a Europa Central e Inglaterra. En este país, podemos identificar a William Batlle, fundador en 1751 del Hospital San Luke en Londres, quien manifestó y defendió la función terapéutica de los manicomios (Shorter, 1997).

En Florencia, Italia, Vincenzo Chiarugi, propuso a la administración de la época, que el hospital Bonifazio, fuese restaurado y ocupado con los pacientes psiquiátricos de Santa Dorotea (Shorter, 1997). En su tratado “On Insanity”, al igual que Reil, sostiene que los manicomios “no estaban simplemente para separar a los pacientes mentales, sino para curarlos” (en Shorter, 1997 p. 10)

A pesar del destacado aporte de Pinel y Esquirol, este fue acallado en Europa Central, ya que Reil optó por el legado de Chiarugi. En este sentido, se horrorizó por las

condiciones infrahumanas de los antiguos hospicios mentales, enarbolando la bandera de lucha de la Ilustración: “Cuando se trata de salvar a otros, ¿dónde están los famosos frutos de nuestra famosa cultura, amor por la humanidad, sentido de comunidad, supuesta ciudadanía y noble renuncia hacia el interés personal” (en Shorter, 1997 p. 14). Asimismo, dio cuenta de los pocos doctores dispuestos a trabajar en salud mental, estos debe estar altamente preparados y ser concentrados en los manicomios, y no en centros privados (Shorter, 1997)

En forma paralela, surge Ernst Horn, médico militar que llega al hospital Charité en Berlín. Este facultativo, influenciado por la educación prusiana, la que no dudó poner en práctica en el manicomio, ya que los pacientes no contaban con ninguna rutina o actividad ocupacional. Si bien en un principio pudo ser visto como una postura autoritaria, finalmente resultó altamente terapéutico para algunos internos (Shorter, 1997).

Durante el siglo XVIII, los doctores pensaban que estaba en ciernes una nueva especialidad, de la que Reil se encarga de investir de una particular forma a los llamados médicos alienistas: “Perspicacia, talento para la observación, inteligencia, buena voluntad, persistencia, paciencia, experiencia, un físico imponente y un semblante que merezca respeto” (Reil en Shorter, 1997 p. 17). Pronto este sentimiento de lo *especial* que debiese ser esta nueva disciplina, se amplía a otros países como Inglaterra. Sin embargo, a la idea que los trastornos mentales están relacionados con las pasiones humanas, también se le da un especial énfasis a la

comprensión de la cultura y el carácter. Es así como en 1808, Reil impuso el concepto Psychiaterie (Psiquiatría) (Shorter, 1997).

4.8 Psiquiatría Romántica y Psiquiatría Biológica.

La llamada corriente Romántica de la Psiquiatría, comprende entre el 1800 y el 1848 la que entró en tensión con la mirada biologicista. En aquellos años, ambos paradigmas corrían por carriles distintos, al contrario de los postulados actuales, que sostienen una mirada bio – psico-social (Muñoz, 1992).

Los románticos, que en aquel entonces los denominaban de orientación psicológica, hacían hincapié en la historia del paciente y el medio en el que se desenvolvían. Asimismo, los padecimientos mentales trataban de enfocarlos en la moral y las pasiones (Shorter, 1997). El alemán Johann Christian Heinroth, influido por el movimiento fundamentalista protestante, inicia la cátedra de Terapia Psicológica en Leipzig. Este médico no tarda en obsesionarse con la influencia de la moral y el pecado, ya que ambas llevaban a la corrupción del espíritu y por ende a la causa de la enfermedad mental. Como remedio, señala que el único camino es la libertad de Dios (Shorter, 1997).

Por su parte, la psiquiatría biológica, cuya evidencia está dada por los medicamentos, la anatomía y química cerebral. También había un énfasis en la herencia, partiendo de la base que las enfermedades mentales podían caracterizar a algunas historias

familiares, en las que la melancolía y el suicidio eran recurrentes. Es así como hablaban de *males hereditarios*. Investigadores como el inglés William Battle (Shorter, 1997) sostenían que la herencia constituía un aspecto primario, ya que si uno de los padres tenía un trastorno psiquiátrico, lo más probable que uno de la descendencia también lo manifestara (Shorter, 1997).

Iconos de la psiquiatría como Pinel y Esquirol (Shorter, 1997) llenaron sendas páginas sobre la herencia, ya que en sus observaciones habían dado cuenta de generaciones de familias en las que se manifestaba una enfermedad mental, Reil, por su parte, se refirió a una predisposición de la locura (Shorter, 1997). No obstante, con el redescubrimiento de las leyes genéticas de Mendel pone fin a estos planteamientos que se basaban en meras especulaciones (Muñoz, 1992).

En esta época comienza la debilitación de la psiquiatría francesa con la *Teoría de la degeneración* de Morel, la que establecía que la enfermedad mental era producto de la degeneración de las familias que se regía por la *Ley de la progresividad* (Shorter, 1997)

A mediados del siglo XIX acontece la tercera revolución en psiquiatría, con las concepciones de Kraepelin y de Freud. Mientras Kraepelin plantea que “hay que acercarse al enfermo y mirar”, Freud por su parte enseña que “hay que escuchar al enfermo y comprenderlo” (Muñoz, 1992, p. 10). Por su parte, en los primeros treinta años del presente siglo, en la mente de los psiquiatras ingleses, se llevan a cabo las

nociones de terapia moral y el empleo del trabajo como un aspecto positivo en el contexto de la terapia. (Shorter, 1997). Comenzando por William Tuke, y posteriormente su nieto Samuel, quien señala que es el afecto y no el castigo y la represión, los que provocan cambios en los pacientes (Shorter, 1997). En pasos similares encontramos a William Charles Ellis, quien siguiendo las enseñanzas de Esquirol, ve el hospital mental como una *gran familia* (Shorter, 1997) y en la que debía aplicarse los principios del humanitarismo. Hacia 1837, las tres cuartas partes de los internos del hospital West Riding (del que era Superintendente) realizaban algún tipo de actividad (Shorter, 1997).

En Estados Unidos, cuya práctica psiquiátrica era altamente influenciada por el pensamiento europeo, también se hablaba de la ocupación, y de los juegos de salón como una forma de desviar los pensamientos que atormentaran al paciente. De esta forma, hacia fines de la década de los cuarenta, a lo largo de la costa Atlántica, los manicomios eran un hecho que permitía a los psiquiatras cantar victoria en relación a los resultados terapéuticos de los mismos (Shorter, 1997).

Sin embargo, la debacle estaba por llegar: lo que en principio fueron lugares de tratamiento para unos pocos pacientes, terminó siendo un espacio de sobrecarga producto de *la masificación* (Shorter, 1997). Por un lado, estaba la presión de las autoridades por internar a todo sujeto considerado desviado de las rígidas normas sociales, pero por otro, el presupuesto de los hospicios no daba abasto, lo que generaba gran molestia del sector financiero y administrativo, en el sentido que los

hospitales psiquiátricos no hacían otra cosa que demandar cada vez más recursos económicos (Shorter, 1997). De esta manera, se iniciaba la decadencia de los manicomios, cuya prioridad terapéutica, paso a la de simple asilamiento. Asimismo, aumenta la frecuencia de algunos trastornos psiquiátricos, como “la neurosífilis, la psicosis alcohólica y aparentemente, aunque es menos seguro, la esquizofrenia” (Shorter, 1997, p. 49).

Una mención especial a lo anteriormente señalado lo constituyen las familias de la época: hay que considerar la grave situación de pobreza por la que atravesaban muchas familias de Europa central, por ejemplo en Alemania, donde un pariente enfermo constituía una carga; y por otro los cambios en su propia dinámica. En efecto, si en la Edad Media y el Renacimiento las fronteras entre la familia y comunidad se confundían teniendo el poder y linaje mas peso, a fines del XIX y comienzos del XX, ésta comenzó a verse como *una unidad emocional* (Shorter, 1997). Uno de los motivos para que ello ocurriese es que al crecer las expectativas de vida, era posible la construcción de los lazos afectivos entre familiares, por lo que una persona con trastorno mental venía a ser un factor disruptivo (Fernández, Gabay, 2003).

4.9 Psiquiatría del siglo XX

La psiquiatría clínica continúa su desarrollo en la línea de Kraepelin, por medio de los aportes de Bleuler y Schneider (Silva, 2000)

En los inicios de la primera guerra mundial, los hospitales psiquiátricos se encontraban hacinados, y muchos de sus pacientes estaban en sus dependencias sólo por ser considerados desadaptados sociales (Shorter, 1997). A ello se suma que el conflicto armado, trajo un indudable aumento de los trastornos mentales, pero también la intolerancia trajo aparejado un rechazo hacia la diferencia (Shorter, 1997). Si en el 1800 había un reducido número de hospitalizados, a inicios del XX, Francia ya contaba con 108 hospitales psiquiátricos, y sólo en Londres habían 16 de éstos. Ello, sin contar las instituciones que recibían a personas alcohólicas o con adicciones a la morfina o pacientes epilépticos (Shorter, 1997)

El psicoanálisis comienza a disgregarse en variadas escuelas extendiéndose de esta manera por todo el mundo el movimiento psicoanalista. (Muñoz ,1992). Autores como Shorter (1997) y Fernández, (2003) señalan a esta escuela como uno de los grandes responsables del hacinamiento en los hospitales. No obstante, por esa época los psiquiatras, independiente de su orientación o método habían alcanzado una oscura reputación, siendo considerados entre pares como médicos de segunda categoría (Shorter, 1997).

Tal vez los únicos hospicios mentales que podían ser la excepción al hacinamiento en Europa y Estados Unidos fue Alemania, gracias a que eran mantenidos por los estados germanos y porque además los médicos tenían un afán de querer demostrar sus hallazgos científicos ante el ministerio (Shorter, 1997). Sin embargo, y como dejaron testimonio las observaciones de Kraepelin, la calidad de vida de los pacientes y las condiciones terapéuticas, como las salas, el aseo, entre otras no eran el mejor ejemplo.

4.10 Desde la Segunda Guerra Mundial hasta nuestros días

En Estados Unidos, el psicoanálisis que hasta entonces sólo se había mantenido en los Institutos Psicoanalíticos, entra a las Universidades, incorporándose a las escuelas de Medicina y extendiéndose de esta manera por todo el país (Muñoz, 1992)

En el año 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS), con fines epidemiológicos, pone en marcha un estudio internacional sobre diagnóstico de la esquizofrenia, utilizándose para ello una escala internacional de apreciación diagnóstica, *PSE* y un sistema diagnóstico por computadora *CATEGO*. Este estudio puso en evidencia diferencias importantes en el diagnóstico psiquiátrico en diferentes países (Muñoz, 1992)

La percepción acerca de las desigualdades provocó una remedicalización de la psiquiatría clínica, y comenzaron a aparecer sistemas para registrar la sintomatología a través de encuestas o entrevistas psiquiátricas estandarizadas (Muñoz, 1992)

Dichos avances en la epidemiología psiquiátrica y en la uniformización de criterios diagnósticos y de lenguaje en psiquiatría, tal vez serán vistos en el futuro como la quinta revolución en psiquiatría. Una revolución que esta actualmente en marcha (Muñoz, 1992)

4.11 La psiquiatría en Chile: esbozo histórico

Existen tres etapas históricas que define a la psiquiatría chilena:

- 1) Asilo (1852- 1952)
- 2) Hospital Psiquiátrico (1953- 1970)
- 3) Salud mental de la comunidad (1971- en adelante)

Estos periodos nacen a partir de estructuras que concuerdan con el desarrollo histórico del país. (Medina, Escobar, Quijada, 2002)

El día 8 de agosto de 1852 fue fundado en Santiago, la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, asentado en un antiguo cuartel militar, éste fue el primer establecimiento del país destinado a la internación de personas con patologías psiquiátricas (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

La primera etapa o etapa Asilar, entiende la asistencia como un prolongado secuestro del paciente demente. Es por esta razón que la casa de orates se nos muestra mas como un recinto carcelario o centro de detención que como un hospital (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Los médicos contaban con escasos conocimientos acerca de la locura, ya que la formación del personal se limitaba a profesionales que en breve periodo de tiempo observaban y aprendían a reconocer cuadros graves y terminales para posteriormente remitirlos al asilo, asimismo los espacios institucionales no existían. La figura del medico no tenia peso en las decisiones importantes del recinto, éste cumplía un rol secundario, y estaba supeditado a la autoridad de las congregaciones religiosas y de las juntas de beneficencia las que se mantenían con fondos públicos que recibían de la caridad (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Respecto de los tratamientos utilizados en esa época, existen registros acerca de la practica del encadenamiento, que consistía en sujetar a los *locos* con cadenas (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Asimismo el tratamiento de esa época se dividía en físico y moral. El primero correspondía a la hidroterapia, como baños tibios, duchas, natación. Los primeros se realizaban a una temperatura que oscilaba de los 30° a los 32° y tenían una duración aproximada de dos y media horas; como sedantes se utilizaban los bromuros, el

alcanfor y antipirina, como hipnóticos el trional, sulfonal e hidrato de cloral (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

El tratamiento moral consistía en el aislamiento, de preferencia en la manía y melancolía; en salidas acompañadas por un familiar, paseos, vale decir en todo tipo de distracción o en el trabajo, desempeñándose talleres de zapatería, carpintería y costura, entre otros que contribuyeran al buen estado del paciente (Medina, Escobar, Quijada, 2002)

En el año 1896, de 872 pacientes internos en la casa de Orates, 377 realizaban algún tipo de trabajo (Medina, Escobar, Quijada, 2002)

El tratamiento medicamentoso estaba esquematizado en las afecciones luéticas: mercurio y yoduro de potasio. Para tratar la melancolía aguda se utilizaban inyecciones de opio y morfina, en la manía aguda, además del aislamiento se utilizaban baños tibios (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

La investigación se centraba en la realización o perfeccionamiento de las clasificaciones nosológicas que permitían ordenar a los pacientes.

Según el Censo de la República, realizado en el año 1854, existían en Chile:

Locos	81
Jorobados	26
Mancos	172
Quebrados	288
Sordos	343
Sordomudos	36
Tuertos	619
Tullidos	419
Impedidos	647

(En www.psykeba.com.ar)

Como muestra el cuadro, la tasa de prevalencia de locura en Chile en el año 1854 sería de 5,6/100000 habitantes. Se trata de una tasa baja para la época, si se toma en consideración que el alcoholismo era uno de los mayores abastecedores de pacientes de la Casa de Locos. (www.psykeba.com.ar)

A pesar de lo anteriormente señalado el manicomio adquirió gran importancia social, esto se podía comprobar mediante el número de internados, el que iba en aumento anualmente. Cada vez eran más los interesados en hacer uso de las prestaciones que brindaba este lugar. “a fines de 1854, a dos años de su fundación, ya habían ingresado

103 individuos, existiendo en el asilo una población permanente de 59 enajenados”
(www.psykeba.com.ar)

Entre 1930 y 1950, la introducción de la malarioterapia (insulina) y los tratamientos de choque eléctrico, prepararon la rotación a la segunda etapa histórica de la psiquiatría en nuestro país. (www.psykeba.com.ar)

En correspondencia con el dominio de una clase burguesa que nace, el asilo se moderniza, La Casa de Orates modifica su nombre y parte de su estructura interna adquiere características de Hospital Psiquiátrico. (www.psykeba.com.ar)

Esta etapa concibe el asistencialismo como deber nacional, sin sectorialización, añadiendo técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas que permiten la atención externa de casos seleccionados de neurosis y alcoholismo. (www.psykeba.com.ar)

La formación de personal en esta etapa es incrementada en las universidades, motivando –aunque no capacitando– a los profesionales de la salud hacia el control y prevención del alcoholismo y neurosis (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

La investigación científica durante este periodo se encontraba orientada a la clínica y al tratamiento farmacológico.

Durante la tercera etapa , que corresponde a la orientación mundial hacia la psiquiatría comunitaria de los años 60, se introdujeron técnicas de tratamiento farmacológico y la evidencia de que un porcentaje no menor de la población (20%) requiere de atención psiquiátrica. De esta manera, se rompe el esquema institucional de hospitales y consultorios para plantear el desafío de fondo, el que implicaba la transferencia de los ejes de los programas de asistencia, docencia e investigación- desde la estructura institucional- a la estructura de masas-. De este modo las instituciones quedan como elementos de apoyo y coordinación técnica. (www.psikeba.com.ar)

En términos de programa, la asistencia es entendida sectorialmente como labores de líderes de la comunidad, personal de la salud y el equipo de salud mental, siendo la prevención tarea de toda la población. (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

La investigación científica se “centra en la creación, implementación y evaluación de programas populares de salud mental” (Medina, Escobar, Quijada, 2002)

El quiebre institucional iniciado por la intervención militar del año 1973 atravesó todo el país. El movimiento antipsiquiátrico, ilusión de un cambio en el destino de los pacientes psiquiátricos se extinguió. (www.psikeba.com.ar)

De lo anteriormente planteado se desprenden nuevas interrogantes , una de ellas y que es fundamental es si se podrá pasar de una estructura feudal , representada por el asilo

y modernizada o reestructurada a Hospital Psiquiátrico , a una Psiquiatría de masas en la que se privilegie la humanización de la atención psiquiátrica y la aceptación del otro. (www.psykeba.com.ar)

4.12 Evolución de la psiquiatría en Chile

El desarrollo de la psiquiatría en nuestro país se puede dividir en cuatro etapas:

Etapa Prepsiquiátrica: comprende desde la época colonial, hasta los primeros años de la naciente República. Lamentablemente existe poca información al respecto, aunque es sabido –sobre todo en países de Occidente- que a la locura se le concibe como un estado demoníaco, un castigo divino o una tremenda y despiadada desgracia la que se enfrenta con exorcismos, plegarias y otras formas dictadas por el empirismo o la superstición (Medina, Escobar, Quijada,2002)

La segunda etapa tiene influencias que provienen de Francia. Con la acción de Pinel y Esquirol en el Hospital Nacional de Charenton en Paris, la locura se enfrentaba con un criterio de enfermedad, o sea se le concebía a esta como un estado conocible y que probablemente tenía cura (Medina, Escobar, Quijada,2002)

En el año 1852 se funda en Chile el Manicomio Nacional, establecimiento en el que “se nutre, desarrolla y expande la Psiquiatría chilena” (Medina, Escobar, Quijada 2002 p. 61)

Asimismo esta etapa podría denominarse medico filantrópica, esto debido a que durante un largo periodo de tiempo los enfermos eran tratados por médicos generales, que posteriormente se especializaron en el área de la psiquiatría (Medina, Escobar, Quijada,2002).

La tercera etapa vendría a ser la del predominio del criterio psiquiátrico en la orientación del manicomio; en ésta se realizan cátedras regulares y se comienza la formación del psiquiatría como especialista específico(Medina, Escobar, Quijada,2002)

Durante esta etapa aparecen publicaciones en revistas, se pone una gran cuota de esfuerzo por un personal técnico y auxiliar adecuado a las necesidades de los enfermos, se realizan investigaciones, se perfeccionan los criterios diagnósticos y se obtienen mayores logros terapéuticos (Medina, Escobar, Quijada,2002).

La cuarta etapa podría denominarse como de la expansión psiquiátrica, se comienzan a desarrollar métodos de exploración psíquica y terapéutica y pronósticos psiquiátricos (Medina, Escobar, Quijada,2002)

En esta etapa el concepto de manicomio es reemplazado por el de Hospital Psiquiátrico, se promueve la investigación y la docencia, el especialista pasa a ser más respetado y consultado, las estadísticas permiten una mayor satisfacción, y tener

una afección psiquiátrica va dejando de ser una vergüenza crónica e irreversible (Medina, Escobar, Quijada,2002).

4.13 Recorrido histórico del concepto de esquizofrenia.

Se podría afirmar que la Esquizofrenia es en verdad la historia de las psicosis, ya que ha ido a la par de las diversas miradas, tratamientos y modelos de rehabilitación que se han aplicado en psiquiatría y en general en las disciplinas de la salud mental (Huneus, 2005) En efecto, las primeras descripciones de lo que hoy designamos como Esquizofrenia, surgen en el año 1400 a.c en textos hindúes (Quiroga, en Muñoz 1992).

En el siglo II a.c. ya se cuenta con descripciones de las ideas delirantes. Muchos siglos después, específicamente en 1780, Arnold diferencia la “locura nocional”, entendida como la locura de las ideas, para separarla de las otras psicosis (Quiroga, 1992, p. 187).

En el siglo XIX, Esquirol realiza descripciones de un tipo de locura que se caracteriza por alucinaciones y monomanía, planteando que el aislamiento (hospitalización) para estas personas, es una medida terapéutica que tiene como objetivo poner freno a la principal manifestación de este trastorno, que es el delirio (Huneus, 2005).

Según lo señalado por Shorter, a inicios del siglo XX, una de las enfermedades que tuvo un considerable incremento es la esquizofrenia. Para este autor, señala que “actualmente está claro que la esquizofrenia es una enfermedad del desarrollo del cerebro influenciada genéticamente, comenzando quizás en el útero o en un trauma de nacimiento dejando el cerebro del niño sin crecer adecuadamente, provocando desde los años de adolescencia una incapacidad para enfrentarse con las relaciones humanas, manejar el estrés normal de la vida u organizar sus pensamientos en forma exitosa”. Asimismo, la esquizofrenia vendría a ser “una mezcla de enfermedades, a veces con algo genético, otras veces no” (Shorter, 1997, Pág. 61).

En relación a lo anteriormente expuesto, José Manuel Cañamares (Cañamares et al., 2001), coincide con Shorter, en el sentido que la esquizofrenia – en consideración a que las distintas miradas y modelos consideran diversos síntomas o causas del trastorno-, ha llegado a ser “un cajón de sastre donde cabe casi todo. Ello se debe a que de todos los criterios utilizados para el diagnóstico no hay ninguno que cumplan todas las personas con esquizofrenia” (Cañamares, 2001, Pág. 57). En consideración a ello, es fundamental que al momento de evaluar el trastorno, se observe de qué manera éste se manifiesta en relación con el entorno (familia, amigos, etc.). Del rol que cumple la familia, se detallará más adelante, en el capítulo de redes sociales.

4.14 La esquizofrenia en su etapa clásica

En relación a la etapa *clásica* de la Esquizofrenia, es en 1860 cuando Morel la denomina Demencia Precoz, interpretándola como “una variedad de degeneración física, intelectual y moral” (Portuondo 1982, p. 19), sin embargo, lo clasificó como un retardo o deficiencia mental más, y no como una enfermedad con características propias.

Asimismo, introduce el concepto de degeneración, el que plantea que la enfermedad mental, que podía afectar a una generación, se puede transmitir a la próxima en un grado cada vez mayor. Esta se origina en los postulados lamarkianos y se inspira en el dogma del pecado original, que plantea que la melancolía o la manía conducían a la demencia o la idiotez. Los mecanismos que estaban involucrados, eran la transmisión y la degradación de la semilla manchada. Esta teoría entregaba a los alienistas (los que cuidaban a los llamados alienados) una hipótesis genética creíble, ya que la manifestación de esta mancha heredada o hereditaria no era sólo conductual, sino que también física. De esto último, se sostenía que las malformaciones eran una señal o estigma del proceso de degeneración, en el que el alcoholismo y la masturbación jugaban un rol prominente. Desde esta teoría, la esterilización era el único medio que permitía poner fin a esta cadena deteriorante (Huneus, 2005).

Posteriormente, Valentín Magnan (Huneus, 2005), psiquiatra francés, incorpora la teoría de la degeneración en la psiquiatría, pero separándola de la influencia moral y

religiosa, lo que permitió ser aceptada por los científicos franceses, de fuerte orientación anti religiosa, ubicando el proceso de degeneración en el cerebro.

Hacia 1882, fue el descubrimiento del bacilo de Koch (tuberculosis) en Berlín, Alemania, el que significó un adelanto para la medicina general, situación que se traspasó a la psiquiatría. Una consecuencia, fue el énfasis en la búsqueda del origen patológico de los trastornos mentales, homologándolos a enfermedades como la neumonía neumocócica y “otras producidas por agentes externos y nocivos” (Silva, 1993, p. 17).

Hacia 1896, Kraepelin (Silva, 1993) denominó *Demencia Precoz* a la esquizofrenia, fundamentalmente por sus características: “una enfermedad que afecta principalmente a sujetos jóvenes y que tiene un curso deteriorante” (Silva, 1993 p.18), poniendo mayor énfasis en el curso evolutivo que en el cuadro clínico. El autor plantea que la diversidad de las manifestaciones clínicas es muy grande y que no hay síntomas que se puedan considerar como característicos de la enfermedad (Silva, 1993).

Cabe señalar que se preocupó de establecer una clasificación detallada, y de paso critica a la utilizada por sus contemporáneos, al considerarla “puramente sintomática y psicológica” (Silva, 1993, p.. 33), y que lleva a errores. A ello se agrega, que es el modo de evolución del trastorno lo que puede establecer un diagnóstico. Para sus investigaciones toma como referencia la “locura de doble forma de Falret, la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum” (Silva, 1993, p 33). A este último

le ha reconocido el diferenciar lo puramente mental de lo mórbido, por ejemplo en las diferencias que a catatonía y parálisis general se refiere (Silva, 1993).

En su última versión del tratado, califica a la demencia precoz como *demencias endógenas*, las que se originan por factores internos, y que finalizan en un disminución de las funciones cognitivas, y que generan detrimento en el contacto con el entorno y la voluntad. Asimismo, es la nueva clasificación que realiza en el grupo de *afecciones endógenas* (Silva, 1993)

Por otra parte, en relación a los hallazgos de Bayle (Silva, 1993) en torno a la parálisis general de etiología sifilítica, éste pasa a constituirse en un modelo al que se adhiere Kraepelin, y que le permite construir el concepto de enfermedad mental. Ello implica que por regla general debiesen tener un curso o características concordantes, por lo tanto, “un final idéntico y una anatomía patológica común” (Silva, 1993, p. 17). La influencia de este autor es poderosa, en el sentido que trasciende al siglo XX, al introducir “una clasificación pragmática, orientada a la clínica y el pronóstico” (Huneus, 2005, p. 59). Aunque su nosografía toma fundamentalmente aspectos del naturalismo, para abandonar lo meramente reflexivo de la psiquiatría, ello es consecuencia del estado generalizado de la psicología, la psiquiatría y la medicina general, que fueron ampliamente influenciadas por lo experimental y conductista. En este sentido, el material con el que se trabaja es aquél que se puede medir y observar, por ejemplo la anatomía patológica del cerebro (Silva, 1993). No obstante, su aporte al concepto de psicosis es indiscutible (Huneus, 2005).

Kraepelin va afinando y agregando nuevos conceptos a su inicial concepto de *demencia precoz*, el que parte por las siguientes clasificaciones: *forma hebefrénica* - que se caracteriza por actitudes pueriles y marcada división de la personalidad-; *forma catatónica* -que se presenta por una etapa inicial depresiva, luego agitada, para finalmente el advenimiento del *estupor catatónico*- (Silva, 1993, p. 35). A ello, se incluye: *demencia precoz simple* (donde se observa un paulatino detrimento en las funciones intelectuales); *depresiva* -que puede ir de lo simple, como el retraimiento, a lo grave que se presenta con catatonía o bien *delirio melancólico* (Silva, 1993) *pseudoperiódicas* -con predominio en el sexo femenino y puede coincidir con etapas reproductivas: ciclo menstrual, post parto y climaterio- y *demenciales* -cuya principal característica es la alteración del curso formal del lenguaje- (Silva, 1993).

Este autor, las separa de otro grupo de grupo de trastornos, *las parafrenias* y que a diferencia de la demencia precoz, no presentan debilitamiento en la relación con el medio y la voluntad, sino que su común denominador son “los delirios marcados y el colorido paranoide (...) y que además se inician en la vida media” (Silva, 1993, p. 37). A esta clasificación las denomina: *parafrenia sistemática* -que oscila entre la marcada melancolía o depresión a la exacerbación del carácter-; *expansiva* - caracterizada por un desarrollo paulatino de los síntomas y con características de marcado narcisismo-; *confabulatoria* -el sujeto se observa primero retraído y de mal humor, para posteriormente hacer referencia a situaciones en que es perseguido o querido perjudicar por otros- y la *fantástica* -los delirios y alucinaciones se muestran

de modo incongruente, al tiempo que relata vidas o viajes a lugares fantásticos, esto último Kraepelin lo llama los *pseudorreuerdos*- (Silva, 1993)

Esta visión fue criticada por las investigaciones de Bonhoeffer (Silva, 1993), quien señala que los cuadros psiquiátricos planteados por este investigador son inespecíficos, ya que si bien la sintomatología se pueden relacionar entre un cuadro clínico y otro, sus orígenes y/o causas difieren entre si (Silva, 1993).

Meyer (Portuondo, 1982) en 1906, sostuvo que la esquizofrenia no respondía a una enfermedad claramente determinada, sino que a la forma de reaccionar que tenían determinados individuos frente a ciertos conflictos o tensiones del medio ambiente, lo que les hacía retrotraerse por lo que sus “hábitos sociales se terminaban deteriorando”. (Portuondo, 1982 p. 20) Asimismo, sostuvo que no existía evidencia fisiológica o neuronal para sostener que tenía una base somática.

En 1911, Bleuler (Silva, 1993) le da el nombre de esquizofrenia o *mente dividida*, Además describe el cuadro clínico, los grupos de síntomas y llega a la conclusión que se trata de un síndrome más que de una entidad nosológica.

Por otra parte, se refiere a la esquizofrenia como un conjunto de enfermedades, por ello se refiere al grupo de las esquizofrenias. Es optimista en relación al curso y pronóstico de la enfermedad, ya que en ocasiones la sintomatología puede desaparecer por completo (Silva, 1993).

Aunque Kraepelin y Bleuler son considerados representantes de la etapa clásica de la esquizofrenia, éste último plantea que el concepto *demencia precoz*, hace sólo mención al trastorno y no a quien se encuentra afectado. Sin embargo, y lo fundamental para Bleuler es que no necesariamente el inicio es en sujetos jóvenes, sino que se puede detectar en personas de más edad. Por ende, opta por el término esquizofrenia, estableciendo un común denominador: la división de las funciones psíquicas (Silva, 1993), las que estarían centradas en “la alteración del pensamiento, los sentimientos y la alteración con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular” (Silva, 1993, p. 41).

Por otro lado, identifica las características que han de estar siempre presentes en la esquizofrenia, denominándolos *síntomas fundamentales* (Silva, 1993), y que son los relacionados a la *asociación* -trastorno del curso del pensamiento, el que se torna inconexo, extraño o aislado-; la *afectividad* -que en los casos considerados menos graves se caracteriza por la apatía y en los más graves, los sujetos no son capaces de manifestar sus sentimientos o estos no se condicen con la situación que es vivida, por ejemplo ante una noticia trágica que les afecte, se muestran indiferentes-; la *ambivalencia* -la conducta de la persona con esquizofrenia puede ser al mismo tiempo indiferente o en extremo afectivo- y el *autismo* -se caracteriza por el alejamiento del mundo exterior y sus relaciones, dando hincapié a su mundo interno-. Para Bleuler este aspecto sólo se hace evidente tras una larga y acuciosa evaluación del sujeto (Silva, 1993). Respecto de los síntomas accesorios, estos los agrupa en: “ideas delirantes y alucinaciones, las alteraciones del lenguaje y de la escritura, los síntomas

somáticos y catatónicos y los síntomas agudos” (Silva, 1993, p. 45). En este sentido, habla de los cuatro *subgrupos* de la esquizofrenia, según la periodicidad de los síntomas, y que se dividen en *paranoide* -que aparecen de modo repentino, y en el que el sujeto refiere las acciones del entorno siempre en función de él, e influenciado por fuerzas externas-; la *catatonía* -el inicio puede ir acompañado de estupor o bien con características paranoides, para luego pasar al estupor- ; la *hebefrenia* -que a diferencia de Kraepelin que la caracteriza por los síntomas pueriles, en ésta se refiere a la predisposición al “deterioro y la demencia”- (www.psiquiatria.com) y la *simple* -con un marcado detrimento de las relaciones con el entorno y en las capacidades cognitivas o de procesamiento mental, lo que les lleva a la pérdida del interés por las cosas, y por ello, en la paulatina aparición de la demencia- (Silva, 1993).

En líneas generales, Bleuler establece la diferencia entre los *síntomas fundamentales* y los *accesorios*, los que se presentan ya sea en todo o parte del curso del trastorno y *primarios* y *secundarios*, los primeros se relacionan a la patología y lo segundo responden a lo psíquico (Shorter, 1997). Pero esto último, señala, no explicaría por sí sola la sintomatología, ya que en la esquizofrenia existiría una predisposición cerebral, y es característico de los sujetos paranoides (Silva, 1993).

En lo que respecta a Kraepelin, su propia clasificación de las enfermedades daría paso, posteriormente, al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o

DSM, cuya primera versión se daría a conocer en los primeros años de la década del cincuenta (Shorter, 1997)

4.15 Corriente fenomenológica.

En 1913 aparece la *Psicopatología General de Karl Jaspers* (Silva, 1993), la que marca un hito significativo en el estudio de los trastornos mentales y en particular de la esquizofrenia. Este psiquiatra germano, instaura una mirada que va más allá del estudio positivista en psicología, como lo fue la influencia de lo netamente mecanicista o fisiológico en el campo del estudio de los trastornos mentales. Es así como Jaspers, intenta “aprehender el síntoma psíquico en su conjunto, como un hecho in toto, susceptible en sí mismo de aprehensión en sus rasgos formales (fenomenología) y en su dotación o no de sentido (comprensibilidad o incomprensibilidad)” (Silva, 1993, p. 19).

Cabe agregar que las observaciones de Jaspers, tienen su base epistemológica en Brentano, Husserl y Dilthey, quien promueve el *método comprensivo*, es decir que no busca las causas sino que el sentido de aquello que es observado. Producto de ello, es que este germano estudia a distintos pacientes, de manera rigurosa, dando cuenta de sus historias de vida y de qué manera vivenciaban sus propios síntomas. Como resultado, Jaspers aporta con el llamado *método biográfico*, de gran aplicación en la psiquiatría actual (www.wikipedia.org).

Respecto de la esquizofrenia, planteaba que los psiquiatras no debían reflexionar en torno al contenido de la creencia del delirio, sino que al modo como la persona lo defendía, es decir por su forma (Silva, 1993).

Sus investigaciones están motivadas por su descontento en relación con la postura que dominaba hasta ese entonces en el estudio de los trastornos mentales. Ello impulsó a preguntarse tanto del “criterio de diagnóstico como los métodos clínicos de la psiquiatría” (www.wikipedia.org). En su obra, citada en párrafos anteriores, se cuestionaba si la paranoia era una “faceta de la personalidad o el resultado de cambios biológicos” (www.wikipedia.org). Es así como Jaspers ofrece una nueva división de los síntomas psíquicos, a los que divide en *primarios y secundarios*, los que se clasifican a su vez en *comprensibles e incomprensibles*. A los primarios los definió como “autóctonos, es decir, que aparecen sin una causa aparente, siendo incomprensibles en términos de un proceso mental normal”. En este sentido, no tendrían una lógica entendible que respalde su inicio o formación (www.wikipedia.org) y se relacionan al proceso morboso que le da origen (Silva, 1993). Los delirios secundarios, por su parte, se refieren a la personalidad o antecedentes del sujeto con esquizofrenia (Silva, 1993).

Los postulados de Jaspers serán desarrollados por Wilmans (Silva, 1993) los que se enfocan fundamentalmente en los síntomas de la esquizofrenia. Cabe señalar a Schneider como continuador de este método de observación, quien integra los síntomas de *primer orden*, cuya existencia no es esencialmente *patognómico*, pero sí ofrece material importante para la evaluación de una persona con diagnóstico de

esquizofrenia. Se le considera eminentemente clínico, ya que pone en el tapete la importancia del diagnóstico, al tiempo que plantea que éste debe basarse en la forma y no en el contenido (Silva, 1993).

Por otra parte, hace hincapié en diferenciar a la esquizofrenia, de otras formas de psicosis, al plantear los *síntomas de primer orden*, los que se caracterizan por: pensamiento sonoro, voces que hablan entre sí o que comentan las acciones del sujeto, influencia corporal, robo, divulgación o control de pensamiento y percepciones delirantes (www.wikipedia.org).

Cabe señalar que para (Schneider), la noción de enfermedad se remite sólo a lo médico, y que lo morboso, se encuentra en lo psicopatológico, cuando hace referencia a procesos orgánicos (Silva, 1993)

Minkowski, fenomenólogo francés y ayudante de Eugene Bleuler, al igual que Jaspers abraza los postulados de Hussler, y en particular los de Bergson (Silva, 1993). En su obra de 1927, sostiene que hay que ir más allá del comportamiento o la conducta de las personas con esquizofrenia, intentando abordar la “estructura íntima del psiquismo esquizofrénico” al como lo planteó Jaspers. (Silva, 1993, p. 51).

Aunque trabajó de modo estrecho con Bleuler, difiere de éste, en el sentido que la esquizofrenia no sería producto de un “relajamiento de las asociaciones, sino la pérdida del contacto vital con la realidad” (www.wikipedia.org). Asimismo realiza un parangón con Bergson, proponiendo dos clasificaciones de las patologías mentales: la derivada de la inteligencia y la del instinto (Silva, 1993). Asimismo, establece la

diferencia entre el vínculo que sostiene el ciego o el sordo con el mundo, del que tiene la persona con esquizofrenia. En este último caso, el contacto con el mundo se caracterizaría por lo vegetativo o la no existencia en el mundo. Al respecto señala Minkowski, que si bien el individuo con esquizofrenia puede hacer referencia o decir donde se encuentra, “él no se siente en el lugar que ocupa, que no se siente en su cuerpo, el que *yo existo* para él no tiene sentido preciso” (Silva, 1993, p. 58). En este sentido, para el sujeto con esquizofrenia, todo es tiempo inmóvil (Silva, 1993).

Asimismo, se refiere al racionalismo mórbido de la persona con esquizofrenia, el que se sería construido bajo los parámetros, en lo que podríamos señalar en la vida común y corriente de los sujetos *normales*, como aquellos característicos de la lógica y las matemáticas. Por ello todo “acto de la vida” (Silva, 1993, p. 59) es enfrentado como contrapuestos: lo bueno y lo malo; lo peligroso y lo conveniente, etc. Este hecho, que podría funcionar bien en el campo de lo lógico, en el caso de una persona con esquizofrenia, produce una rigidez de principios, los que los transforma en únicos y universales (Silva, 1993). La conducta y el pensamiento, según Minkowski se rige por las matemáticas, la que va dando el peso de las cosas, las personas y las situaciones, las que se van determinando según los caracteres geométricos (Silva, 1993).

Otro aspecto fundamental a analizar en la teoría del fenomenólogo francés, es el *pensamiento autístico*, el que se caracterizaría por no buscar una comprensión con el medio, sino que satisfacer a la propia persona. En este sentido, utilizaría símbolos y

signos que sólo le son útiles para quien los emite por ejemplo analogías vagas y lejanas, parecidas a las que contienen los sueños (Silva, 1993). En el autismo, donde el sujeto se confina hacia su propio mundo, lo que se traduciría en un comportamiento apático y de anhedonia con el medio, y que para Minkowski es la falta de contacto vital con la realidad, no es lo fisiológico (ya que una persona con parálisis no la perdería), sino que el deseo de reafirmar su propia personalidad, la que se refleja en la oposición al entorno y en un sentimiento de que si se pone en contacto con éste se *desvanece*. Este autor habla de *autismo rico*, el que se construye sobre la base de un mundo imaginario, y el *autismo pobre*, donde por una parte no existe un mundo imaginario, sino que las conductas parecieran descontextualizadas (Silva, 1993). Este último es en opinión de Minkowski, fundamental para el devenir de una teoría de la esquizofrenia, ya que es el que más daría cuenta de lo deficitario de la personalidad de la persona afectada (Silva, 1993).

En 1939, Langfeldt (Silva, 1993) diferencia entre proceso esquizofrénico, que según él tiene un inicio temprano, gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro; y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo (Silva, 1993).

4.16 Camino al DSM IV y CIE 10.

A continuación una referencia a los manuales de clasificación de los trastornos psiquiátricos más utilizados en salud mental, y cuyas categorizaciones se basan la mayor parte de los diagnósticos en salud pública.

En 1948, el *Comité de nomenclatura* de la *Asociación de Psiquiatría Americana*, comienza la redacción de una nueva clasificación de los trastornos mentales, cuya primera versión posteriormente se le llamó DSM I. El mencionado comité estaba altamente dominado por el psicoanálisis estadounidense tanto por sus categorizaciones como por el lenguaje utilizado (Shorter, 1997)

Hacia 1952, ya estaba editado el DSM I (Manual Diagnóstico Estadístico), el que clasifica a la esquizofrenia como *reacciones esquizofrénicas*, incluyendo los siguientes tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual. En ediciones posteriores, se incluye el de tipo desorganizado.

No obstante, para la edición del DSM III, la psiquiatría americana hizo su retorno al modelo médico respecto del diagnóstico lo que tuvo como resultado la vuelta a la campo de lo científico y positivista, donde los trastornos se separaban en un número de 297. Se le criticó de etnocentrista, por ejemplo al incluir la anorexia nerviosa, desconocida en culturales no occidentales (Shorter, 1997).

En el DSM IV, da cuenta de los siguientes criterios para el diagnóstico de la Esquizofrenia:

Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos en un periodo de un mes o antes si ha sido tratado con éxito.

-Ideas delirantes.

-Alucinaciones.

-Lenguaje desorganizado.

-Comportamiento catatónico o desorganizado.

-Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo o abulia.

-Disfunción social/ laboral: Al inicio del tratamiento, una de estas áreas se encuentra deficitaria en relación a como se encontraban al comienzo de la enfermedad.

-Duración: Si persisten signos continuos de alteración al menos durante seis meses, y que al menos deben contener un mes de síntomas señalados en el punto 1 y puede presentar síntomas prodrómicos y residuales, y que se manifiestan por síntomas negativos o por dos síntomas del criterio uno.

-Exclusión de los trastornos esquizoafectivo o del ánimo: Se descartan dentro del cuadro, pues no ha existido un cuadro depresivo mayor, maniaco o mixto en la fase

activa; o si los episodios de alteración del ánimo aparecen en la fase activa y su duración ha sido breve respecto de la duración de los periodos activo y residual.

-Exclusión de sustancias y enfermedad médica: El trastorno no tiene directa relación, por ejemplo con la ingesta excesiva de drogas o alcohol.

-Relación con el trastorno generalizado del desarrollo: Si hay antecedentes de autismo o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de Esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o alucinaciones se mantienen al menos un mes o menos si se ha tratado con éxito.

Según los criterios diagnósticos planteados por el CIE 10, categorización validada por la Organización Mundial de la Salud, *OMS*, este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.(www.psicoadictiva.com)

Ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí.

Estos son:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.

- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos, por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos.

- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (www.psychoactiva.com)

4.17 Pautas para el diagnóstico según el CIE 10.

Para realizar diagnóstico de esquizofrenia deben estar presentes como mínimo un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (varios autores) En Herleein, 2000)

a) Criterios de Eugen Bleuler

1.- *Síntomas fundamentales*: trastornos de la asociación, trastorno de la afectividad (discordancia afectiva), ambivalencia y autismo.

2.- *Síntomas accesorios*: ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y de la escritura, síntomas catatónicos y los “síndromes agudos” (son formas especiales de presentación, como estados maníacos y melancólicos, estados crepusculares y confusionales, dipsomanía, etc.)

b) Criterios de Kurt Schneider

1.- *Síntomas de primer orden*: Sonorización del pensamiento, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que acompañan con comentarios los propios actos, divulgación del pensamiento, percepción delirante, influenciación corporal, del sentir, de las tendencias y de la voluntad

2.- *Síntomas de segundo orden*: otras alucinaciones, ocurrencia delirante, perplejidad, distimias, empobrecimiento afectivo, etc.

c) Criterios de Nancy Andreasen

1.- *Síntomas positivos*: alucinaciones, Ideas delirantes, comportamiento extravagante, trastornos formales

2.- *Síntomas negativos*: aplanamiento afectivo, alogía, abulia, apatía, anhedonia, déficit de atención.

4.18 Esquizofrenia, psicofarmacología y neurociencias.

El descubrimiento de los neurolépticos como la clorpromacina, en la década de los cincuenta, abre un nuevo campo en el tratamiento de la esquizofrenia y en general de los trastornos mentales (Fernández, Gabay 2003). Tanto es así, que la Teoría Dopaminérgica de la esquizofrenia, tiene su principal sostén teórico en la utilización de los citados psicofármacos, ya que estos actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos a nivel cerebral (Silva, 1993). Esta proposición, nace en 1962, cuando Carlsson y Linqvist (Silva, 1993), tras la administración de neurolépticos en ratas de laboratorio, descubrieron que aumentaba “la cantidad de metabolitos del neurotransmisor dopamina en proporción a su actividad clínica. Presumiblemente ello era la consecuencia del bloqueo de los receptores para dopamina producido por estos fármacos” (Silva, 1993, p. 118).

Según lo señalado por Silva, las actuales visiones de la esquizofrenia son herederas de los avances en la neurociencia, ya que en la medida que se ha comprendido la función del sistema nervioso central, se ha establecido tanto el proceso mórbido y el probable origen de las patologías funcionales que las afectan (Silva, 1993). Asimismo, el advenimiento de nueva tecnología de punta y de la biología molecular, entre otras, ha permitido progresos en lo que a las bases biológicas de la esquizofrenia se refiere. En este sentido, se puede señalar la incorporación de la “tomografía axial computarizada y de la tomografía por emisión de positrones en el estudio de las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro en los pacientes esquizofrénicos o la identificación de una variedad de subtipos de receptores dopaminérgicos” (Silva,

1993, p. 21). Según esta mirada, la hiperactividad dopaminérgica, sería la responsable de los delirios y las alucinaciones.

No obstante, en los últimos años se han constatado deficiencias de esta teoría, ya que no se ha podido dar respuesta ante aquellos pacientes que no responden a los neurolepticos, por lo que se presume que otros sistemas neuroquímicos estarían involucrados. A ello se suma que los neurolepticos sólo entregan una respuesta parcial ante los síntomas negativos, especialmente tras la fase aguda (Silva, 1993). A ello se suma que autopsias aplicadas a sujetos con esquizofrenia han arrojado que los “metabolitos de la dopamina en líquido cefalorraquídeo no sugieren un exceso homogéneo de dopamina en la esquizofrenia” (Silva, 1993, p. 119). En el caso de hallazgos de grandes niveles de noradrenalina en la sangre, así como en el líquido cefalorraquídeo, ha coincidido en personas que presentaban esquizofrenia paranoide

En consecuencia, en las actuales investigaciones, se ha optado por estudiar grupos de neurotransmisores, puesto que un solo grupo no daría cuenta de un trastorno con las particulares características de la esquizofrenia (Cañamares et al, 2001).

La neurociencia tiene su antecedente en la primera psiquiatría biológica, aunque esta no reveló grandes avances en su momento, había cierta sospecha que las enfermedades mentales eran producto de la química del cerebro (Shorter 1997). No obstante, la observación ante el microscopio, no fue suficiente para pasar de la intuición a la certeza. En 1891, el psiquiatra escocés Thomas Clouston (Shorter, 1997) sostuvo que en un futuro podríamos estar ante “una neurociencia que podía

abarcando todas las neurosis de desarrollo en una amplia clasificación de enorme interés, dando así coherencia fisiológica a lo que ahora son hechos patológicos sin relación” (Shorter, 1997, p. 262). Cabe aclarar que para Clouston las neurosis de desarrollo se refería a lo que después se conocería como esquizofrenia y otras patologías del desarrollo cerebral (Shorter, 1997).

Posteriormente, en Munich se establece el primer centro de estudios de los trastornos del cerebro y la mente, los que hacen ciertos hallazgos en el campo de la sífilis. Los nazis lo clausuran, para que después de la Segunda Guerra Mundial, Francia e Inglaterra recojan esta experiencia con la celebración del primer Congreso Internacional de Psiquiatría (1950). Por esa época se da paso a la llamada segunda psiquiatría biológica, en la que se plantea la utilización de la electroencefalografía en la psiquiatría, y posteriormente de la instauración de la psicofarmacología en el Reino Unido. Luego en París, se dan las condiciones para que se estudie al cerebro como el “sustrato físico del desequilibrio mental” (Shorter, 1997, p. 263).

Para Shorter (Shorter, 1997), es Stanley Cobb el precursor de la psiquiatría biológica en los Estados Unidos, y que su gran aporte es el descubrimiento de un psicofármaco contra la epilepsia. En 1946, en conjunto con otros docentes, daría vida a la *Sociedad de Psiquiatría Biológica*, la institución estadounidense más grande en la disciplina.

Respecto de la psicofarmacología, esta tiene sus primeros antecedentes en el siglo XVI, cuando el sacerdote Urbanus Rhegius, publica el *Phychofarmakon*. Durante el siglo XIX, hay numerosas experiencias en las que se pretende insistir que los

remedios son el camino correcto para estudiar el cerebro (Shorter, 1997). Es así como Jacques-Joseph Moreau, quien había realizado investigaciones junto a Esquirol, conjeturaba que el hachis podía iluminar respecto de los “misterios de la locura, que nos conduciría a la fuente oculta de estos desequilibrios, que son tan numerosos, tan diferentes y tan extraños” (Shorter, 1997, p. 264). Veinte años después Bernard, sostuvo que los fármacos serían una especie de *bisturí* preciso y delicado para ahondar en los misterios de los trastornos mentales. Kraepelin, gracias a sus investigaciones, logró establecer el concepto de psicofarmacología (Shorter, 1997).

Sin embargo, y como ya se ha señalado en párrafos anteriores, no es sino en la década de 1950, cuando Charpenter (Shorter, 1997) por casualidad -en ese momento se investigaba respecto de los antihistamínicos- se descubren los usos de la cloropromacina y otros psicofármacos (Shorter, 1997). En un primer momento se descubrió su efecto como tranquilizantes, denominándolos *tranquilizantes mayores*, posteriormente se constató que actuaban a nivel de síntomas positivos (Silva, 1993). Asimismo, se les llamó neurolépticos “por la alta incidencia de efectos neurológicos colaterales que producían” (Silva, 1993). Una consecuencia fundamental es que la cloropromacina, permitió abordar el tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos considerados violentos o *incurables*. A ello se suma, tal como se señaló en los antecedentes de la presente tesis, la aparición del movimiento de salud mental comunitaria, abriéndose nuevos centros de atención y la creación de programas de inserción comunitaria (Fernández, Gabay, 2003).

La actuación de la industria farmacológica no se hizo esperar, multinacionales como el laboratorio Sandoz, financiaron investigaciones respecto de los resultados de la clorpromacina en el cerebro, y de paso una ayuda para las neurociencias. En la década de los sesenta, esta industria se convertiría en grito y plata en Estados Unidos y el Reino Unido, teniendo como principales actores los estudios de la dopamina y la serotonina (Shorter, 1997).

Otro aporte a la neurociencia, han sido los avances tecnológicos, como la *tomografía axial TAC*, la *resonancia magnética RM* y la *tomografía de emisión de positrones PET*, cuyo uso se registra en la década de los setenta, cuando en Londres se llevó a cabo una investigación con 17 personas con esquizofrenia, los que se contrastó con igual número de sujetos pero sin trastorno, y que se desempeñaban en labores similares (Shorter, 1997). Los resultados fueron sorprendentes: se dilucidó que los cerebros de los individuos con esquizofrenia mostraban una morfología distinta, por ejemplo los ventrículos cerebrales (Shorter, 1997).

Las preguntas que se hacían los representantes de la psiquiatría clásica, como Kraepelin, respecto del funcionamiento neuronal de las personas con esquizofrenia, han sido en parte respondidas por estos nuevos soportes tecnológicos (Shorter, 1997). En este sentido, el núcleo de la esquizofrenia, para la postura biologicista, ha estado dada por dos hechos: el vinculado a lo “genético, el segundo un trauma uterino o incluso un hecho biológico o psicosocial posterior, tal como un parto difícil” (Shorter, 1997, p. 270). Estos acontecimientos dejarán una especie de marca de nacimiento,

que repercutiría en la patología, no obstante hacia los noventa se hablaba de un virus asociado a la esquizofrenia, el que aparecería en los inicios de la primavera, y que según sus defensores, coincide con el periodo de nacimiento de las personas con esquizofrenia (Shorter, 1997).

En la actualidad, en el tratamiento de los trastornos psicóticos, los psicofármacos varían según la fase en la que se encuentre la persona afectada. En la fase aguda, el *Formulario Modelo de la OMS 2004* (<http://med.unne.edu.ar>), señala a la clorpromacina y el haloperidol como aquellos que permiten mejorar “los síntomas, como las alteraciones del pensamiento, las alucinaciones y los delirios y previene las recaídas” (<http://med.unne.edu.ar>). En la llamada etapa de *mantenimiento*, o cuando se tiene certeza del diagnóstico de esquizofrenia, lo que se recomienda es la menor dosis posible de antipsicóticos considerando los efectos secundarios que provoca, como rigidez -efectos extrapiramidales-, sueño, sequedad en la boca, falta de voluntad, galactorrea, entre otros (<http://med.unne.edu.ar>). A nivel del programa de salud mental del Ministerio de Salud (www.minsal.cl), además de los antipsicóticos clásicos ya mencionados, se administra el Zuclopentixol Acutard, Diazepam, Lorazepam, Orfrenadina, Trihexifenidilo y la Flufexazina (www.minsal.cl). Respecto de los fármacos de última generación o antipsicóticos atípicos, se encuentran la Clozapina, Risperidona y la Olanzapina cuyos efectos deben ser controlados periódicamente con hemogramas, ya que altera la producción de glóbulos blancos, (www.minsal.cl), pero también se evitan los indeseables efectos colaterales de los neurolépticos o bien se administra cuando no existe respuesta a estos, al tiempo que

permitiría intervenir mejor en una etapa de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, y como no se puede esperar milagros al respecto, fármacos como la Clozapina, que produce en algunas personas disfunción sexual o subida de peso. No obstante, se ha comparado la clozapina, los otros antipsicóticos atípicos “no han mostrado aún una efectividad y tolerabilidad equivalente” (www.colegiodekinesiologos.cl), ya que esta se asocia más a cuadros como fatiga, náuseas o mareos, entre otros.

4.19 Tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia.

El tratamiento de la esquizofrenia debe ajustarse a las características de cada caso. En una enfermedad tan compleja, debe recurrirse a un conjunto de estrategias terapéuticas (www.psicologiaonline.com).

La hospitalización puede estar indicada para propósitos diagnósticos, establecimiento de tratamiento farmacológico y el control de la sintomatología. En la actualidad se considera que las hospitalizaciones deben ser breves si se cuenta con la posibilidad de reinsertar al paciente en la comunidad o de integrarlo a instituciones tales como hospitales de día, talleres protegidos y centros de rehabilitación. La hospitalización prolongada tiene el riesgo de dificultar la posterior reinserción social y laboral del paciente y favorece la tendencia a cronificar la enfermedad (www.psicologiaonline.com)

Si bien el tratamiento psicofarmacológico es esencial también es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial ya que padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. La rehabilitación se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial (Herlecin, 2000)

Los centros de rehabilitación psicosocial se enmarcan dentro del modelo comunitario, se trabaja con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución (www.psicologiaonline.com)

Se destinan grandes esfuerzos para disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar. (www.psicologiaonline.com)

4.20 Corrientes psicológicas y esquizofrenia

A continuación un recorrido por las diferentes visiones y aportes psicoterapéuticos de la esquizofrenia, como uno de los pilares fundamentales en la rehabilitación de este trastorno psiquiátrico.

4.20.1 Corriente psiquiátrica francesa.

Para la psiquiatría francesa, la esquizofrenia tiene dos miradas: como el sujeto vivencia el delirio o los diversos síntomas que padece, y de que forma la enfermedad constituye un obstáculo en el desarrollo psicodinámico de este. Aunque sigue siendo una mirada sólo desde la psiquiatría, es interesante como los especialistas franceses han dado cabida a como la persona con diagnóstico de Esquizofrenia vivencia o significa su propia sintomatología, lo que nos parece coherente con los objetivos de la presente tesis.

En este sentido, Henry Ey, (Ey, 1995) reconocido psiquiatra francés define la esquizofrenia como: “una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que deber ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por la transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en su pensamiento, en un caos imaginario” (Ey, 1995, p. 476)

Como vemos, esta definición se aleja de las posturas *oficiales* como el DSM IV y el CIE 10, las que buscan correlaciones entre lo biológico y una serie de sintomatología. A la luz de este autor, más bien las teorías biológicas y de alteraciones bioquímicas deben revisarse a la luz de los factores ambientales, pues ambos se retroalimentan.

Ey define los siguientes aspectos en el origen y desarrollo de la esquizofrenia:

Factores psicosociales: papel de los acontecimientos o de que manera incide en el sujeto ciertos hitos de su vida, por ejemplo duelos o separaciones los que juegan un papel de precipitación; factores socioculturales.: clase social, urbanización, cambios de cultura. Devereux (Ey, 1995), en su libro *Teoría sociológica de la Esquizofrenia* habla de culturas en las que se inculca el modelo esquizoide: por ejemplo disgregación social, desaparición de la frontera entre lo real y lo imaginario, etc.

4.20.2 Escuela de Palo Alto.

Papel de la familia (Escuela de Palo Alto): teoría comunicacional de Bateson, que diferencia entre lo emitido y lo recibido. El nexo patológico del Esquizofrénico vendría dado por la hipótesis del doble vínculo. En la actualidad esta teoría ha sido ampliamente criticada, pues culpabiliza a la familia, y sobre todo a la madre del Esquizofrénico. Para Schneider la comunicación doble vincular no es exclusiva de la Esquizofrenia (Ey, 1995).

4.20.3 Corriente psicoanalítica.

Estudios psicoanalíticos: Melanie Klein (Ey, 1995). Estudia las dos pulsiones desde la teoría freudiana mediante dos *posiciones* esenciales; una la esquizoparanoide de los primeros meses de vida y la depresiva desde el sexto al doceavo mes. La primera se

caracterizaría por sadismo hacia el cuerpo de la madre, fantasma del pene materno, etc., que dan lugar al futuro niño sicótico, a una fragmentación del sujeto y del objeto -identificación proyectiva- (Ey, 1995). El miedo a este mundo que se significa como terrorífico da lugar a lo depresivo, donde la ambivalencia de la relación materna sumerge al niño en una ambivalencia de la relación materna que sumerge al pequeño en una tristeza que la madre no sabrá reparar, siendo incapaz de llevar al niño al enfrentamiento con la realidad (Ey, 1995).

Por su parte, Lacan recoge la visión kleiniana e introduce un tercer elemento donde el niño, atrapado por el deseo de su madre no puede llegar a la triangulación edipiana primitiva. Es la llamada *Forclusión del nombre del padre*, fallo primordial que impediría el acceso del niño a lo simbólico; Dolto habla del acceso al lenguaje, la “metáfora paterna, el acceso a la ley de la castración humanizante”. (Ey, 1982, p. 498).

4.21 Modelo de vulnerabilidad.

Planteado por Zubin y Spring (Cañamares et al, 2001) en 1977, incorpora tres factores: el entorno, el comportamiento del sujeto y lo biológico (Cañamares et al, 2001). La base de este modelo, es que los brotes esquizofrénicos surgen frente a un acontecimiento estresante del individuo, y que tengan predisposición a la psicosis. Asimismo, trata de explicar “no sólo la aparición del trastorno, sino que también explica el curso del mismo, agrupando cuatro componentes: los marcadores de

vulnerabilidad –estable-, estímulos ambientales externos, estados intermedios –transitorios- y conductas resultado” (Cañamares et al, 2001, p. 47).

A grandes rasgos, la noción de vulnerabilidad, apunta a que el sujeto, antes del primer episodio, presenta anomalía en los tres factores anteriormente señalados: lo conductual, lo ambiental y lo biológico. Según sea el caso, los factores premórbidos podrían presentarse de manera evidente o pasar casi desapercibidos, por ejemplo confundirse con conductas propias de la adolescencia, por ejemplo, aislamiento de la familia, conducta retraída (Cañamares et al, 2001).

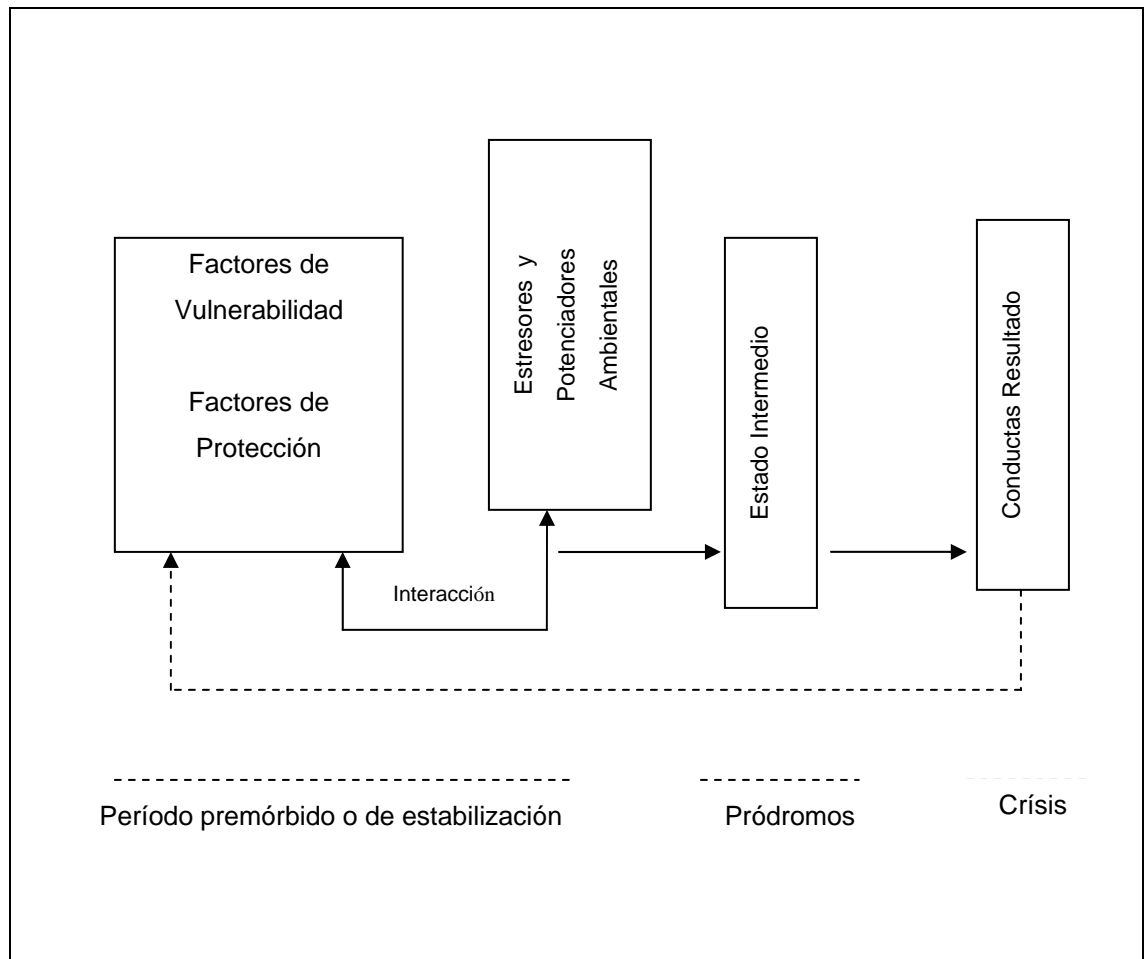
En el caso de los factores ambientales, y sobre todo en presencia de una débil red social, son factores estresores, los que pueden gatillar un brote psicótico. Sin embargo, se presume que a mayor vulnerabilidad (en algunos o en todos los factores ya señalados), se requiere de “menor nivel de stress necesario y viceversa” (Cañamares et al, 2001, p. 49).

Otro aspecto fundamental a considerar por los autores de este modelo son los llamados síntomas podrómicos, ya que son aquellas señales que permiten detectar posibles recaídas del individuo a corto plazo, por lo que tienen un alto valor de prevención y predicción. No está de más señalar que una recaída -con la consiguiente hospitalización- implica un retroceso significativo en la calidad de vida del sujeto (Cañamares et al, 2001).

Como se puede inferir de este modelo, la esquizofrenia no es “un estado permanente. Lo que es estable en el tiempo es la vulnerabilidad” (Cañamares et al, 2001, p. 51). En este sentido, lo que le ocurre a la persona es que pasa por diversas etapas en su trastorno y otros casos en que es la vulnerabilidad lo que se mantiene o la propensión a desarrollar otro brote. Esto último tiene consecuencias clínicas en los siguientes aspectos: una evaluación adecuada permitiría pesquisar a los individuos que altamente vulnerables, y por ende prevenir; ofrecer un tratamiento según la conducta presentada por el sujeto y el episodio premórbido debiese ser material de trabajo para el terapeuta (Cañamares et al, 2001).

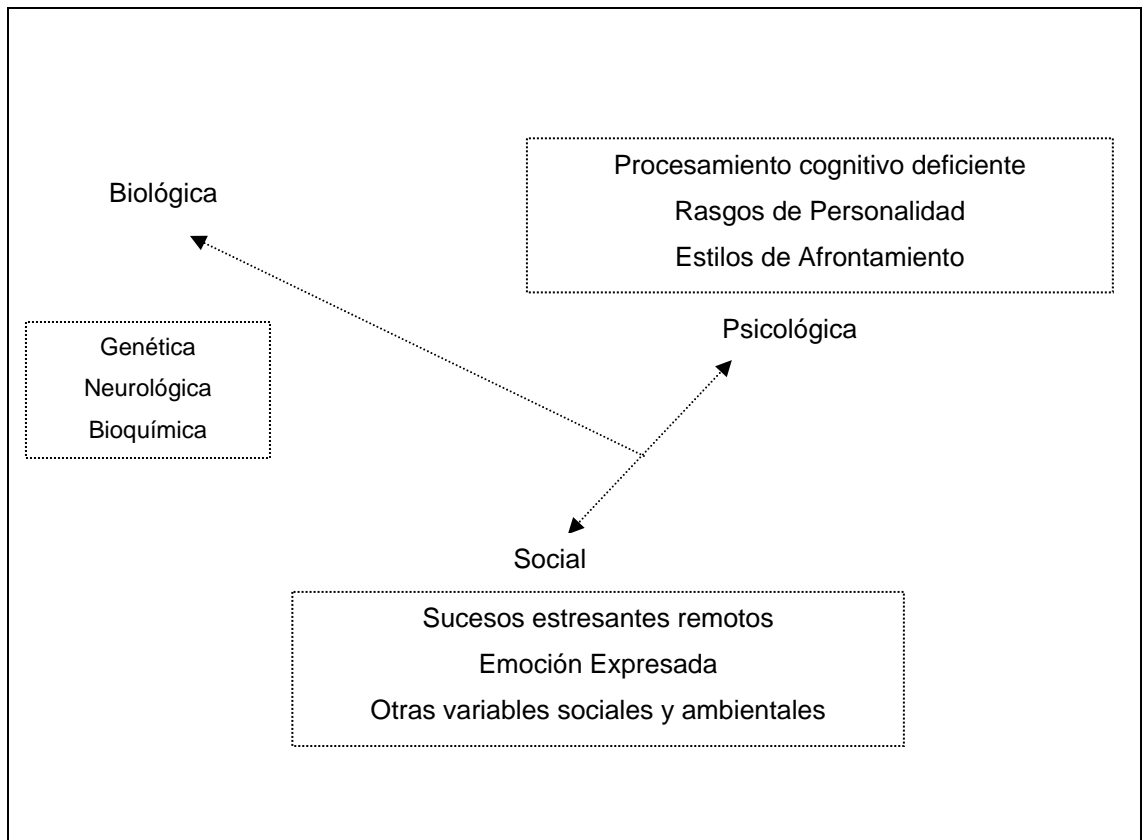
Otros aspectos claves es la observación de la situación del individuo en los momentos previos al brote psicótico, esto permitirá, con apoyo terapéutico, que sea que sea el propio afectado o la familia quien identifique su sintomatología, para evitar posibles recaídas. A ello se suma la identificación de los factores protectores, por ejemplo red de apoyo acceso a tratamiento psicofarmacológico y dispositivos de salud, programas de intervención comunitaria y otros que previenen los factores estresores (Cañamares, 2001)

Modelo de Vulnerabilidad



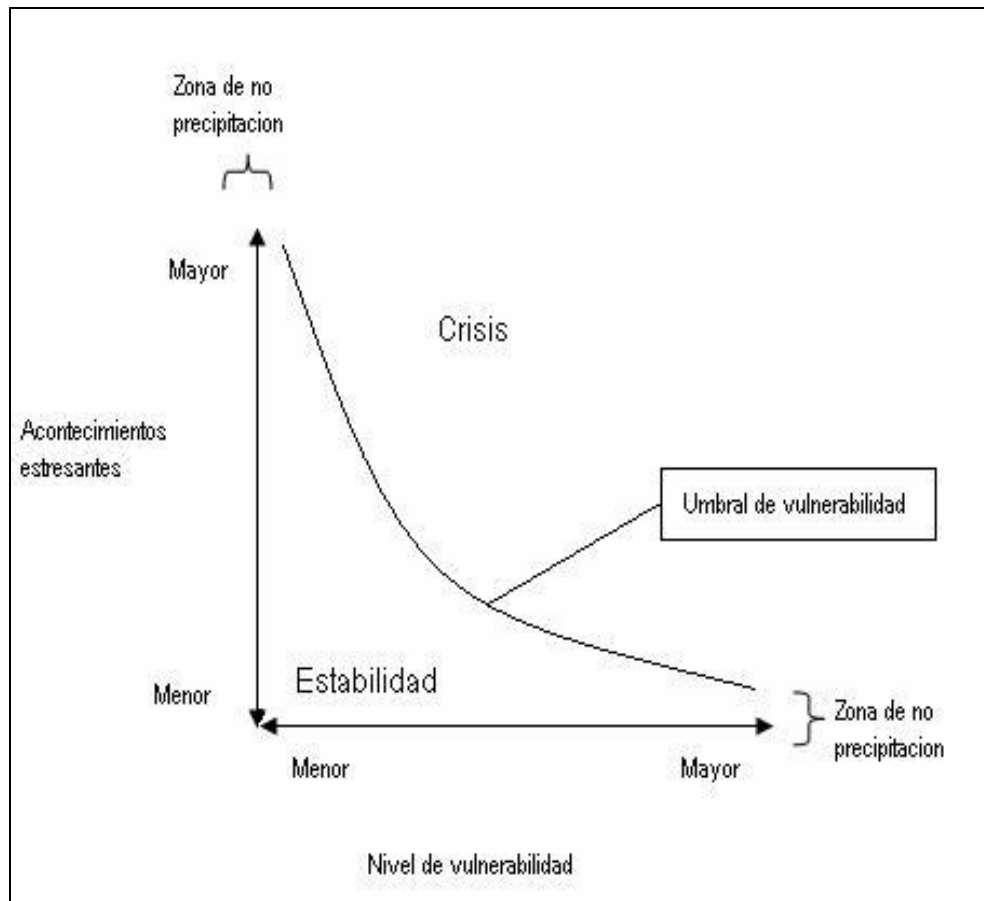
(En Cañamares et al, 2001)

Componentes de la Vulnerabilidad



(En Cañamares et al, 2001)

Relación entre el Estrés y la Vulnerabilidad



(En Cañamares et al, 2001)

Relaciones entre vulnerabilidad y estresores en esquizofrenia

Marcador de Vulnerabilidad	Estímulos Externos	Estadios Intermedios	Conductas Resultado
Anomalías estructurales en el cerebro y déficit en el neurodesarrollo	Acontecimientos vitales estresantes y estresores diarios	Disminución capacidad de procesamiento (dificultad de concentración)	Síntomas propios de un episodio esquizofrénico (alucinaciones, delirios o alteraciones formales del pensamiento)
Disfunciones dopaminérgicas y otras comentadas anteriormente	Nivel de estrés familiar	Hiperactividad autonómica tónica (sentir un aumento de la tensión emocional)	Funcionamiento social deteriorado
Antecedentes familiares cercanos (genética)	Ambiente social de sobreestimulación	Procesamiento deficiente de estímulos sociales	Funcionamiento ocupacional deteriorado
Incapacidad atencional ilimitada y otros déficit cognitivos			
Anomalías en la activación autonómica: hiperactividad autonómica ante estímulos aversivos			
Déficit en estrategias de afrontamiento y en competencia social			
Rasgos de personalidad esquizotípicos			

(En Cañamares et al, 2001)

4.22 La antipsiquiatría.

No se ha podido dejar de mencionar a esta corriente por dos razones: una, porque sería desconocer los valiosos avances en el tratamiento de los trastornos psíquicos y particularmente la esquizofrenia, y por otra parte, este movimiento es un antecedente indiscutible para la psiquiatría comunitaria y en las visiones posteriores de la rehabilitación de los trastornos psiquiátricos severos.

Hacia la década de los sesenta, los avances científicos (neurolépticos, utilización de electroshock) dan tal confianza a los psiquiatras, que llevan al distanciamiento entre el vínculo médico- paciente, descuidando lo fundamental de la disciplina: lo clínico – terapéutico (Shorter, 1997). Esto va a la par de los cambios sociales y políticos, en los que toda autoridad -tradúzcase poder- es cuestionada. El trastorno mental, se concibe nada más que como una construcción social y legal: “si ha sido construida por la sociedad, era necesario deconstruirla para liberar del estigma patológico al espíritu libre, las personas excepcionales y creativas que no siguen las normas” (Shorter, 1997, p. 274).

Podemos señalar la gran influencia de Michael Foucault y su obra *Locura y Civilización*, en los fundadores de la antipsiquiatría y la desinstitutionalización. Thomas Szasz en el *Mito de la Enfermedad Mental*, se refiere a los trastornos psíquicos como un error de la ciencia y que sirve como justificación para la existencia en los hospitales psiquiátricos. Otro autor que dejó su huella lo constituyó el

sociólogo Erwing Goffmann con *Manicomios* , donde era calificado como un lugar en el que se torturaba y vejaba a los pacientes, al tiempo que también sostenía que la enfermedad mental no era más que un constructo social (Shorter, 1997). En el caso del Reino Unido, Ronald D. Laing, con *El Ser Dividido*, donde sostiene que el sujeto con esquizofrenia se hace el insano, para burlarse del psiquiatra y la institución, y que quienes enferman a los esquizofrénicos son las familias, ya que no les permiten mostrarse como lo que son: personas creativas, que deseaban explorar su propio yo, expandirlo (Shorter, 1997).

Sin embargo, en Italia, y de la mano de Franco Basaglia, gracias a la instauración de un sistema político progresista (sobre todo en las alcaldías, que se preocuparon de salud a nivel comunitario), y que posteriormente permite la apertura de la institución hospitalaria psiquiátrica, para dar forma a lo que en la actualidad se conoce como los centros u hospitales diurnos y las comunidades terapéuticas. Para suerte de Basaglia, esta idea tiene apoyo de la *Organización Mundial de la salud OMS* (www.biografiasyvidas.com).

4.23 Psiquiatría comunitaria y los primeros cambios en la rehabilitación de los trastornos psíquicos y la esquizofrenia

Este clima de crítica a la psiquiatría y sus instituciones, da también las primeras luces respecto de los cambios en la atención y visión de las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales. En lo político, la aparición (post Segunda Guerra) del

Estado de Bienestar y un modelo de gobierno democrático; la propagación de las libertades civiles y la importancia del respeto a los derechos humanos; el descubrimiento de los psicofármacos y otras teorías en relación a los trastornos psíquicos; denuncia y conciencia de la sociedad de la preocupante situación de los psiquiátricos y la necesidad de buscar tratamientos alternativos, puesto que los hospitales se habían transformado en verdaderos *elefantes blancos* (Rodríguez, 1997).

Aunque cada país asume su proceso desintitucionalización se pueden constatar elementos comunes: intento por transformar al hospicio psiquiátrico en un espacio terapéutico y la consiguiente reinserción de sus internos en la comunidad; la instauración de una forma de atención con base en la comunidad y que coordine distintos servicios que vayan más allá de lo médico; que la interacción debe ser un apoyo a los otros servicios y no al revés y las tentativas porque la atención a las personas con trastornos mentales sea integral y continuada en la comunidad (Rodríguez, 1997).

En Chile, las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria van de la mano de los facultativos Luis Weinstein, Juan Marconi y Martín Cordero, y que sufrieron un franco retroceso para el gobierno militar (www.psiquiatriasur.cl). En 1990, se da paso tras constatar la necesidad de atención de salud mental en la comunidad, a la necesidad de crear dispositivos comunitarios, por ejemplo la integración de los servicios de psiquiatría a los hospitales con otras especialidades, los COSAM, Centros Comunitarios de Salud Mental, entre otros.

En la actualidad, y como se verá en el capítulo de la reforma psiquiátrica en Chile, la inserción laboral de personas con trastornos psiquiátricos crónicos severos es un proceso que se realiza con equipo multidisciplinario -psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional y monitor- (www.minsal.cl).

Desde el punto de vista técnico son los terapeutas ocupacionales los llamados a trabajar directamente con los usuarios en los talleres protegidos. Sin embargo, las múltiples implicancias en salud física y mental de los usuarios que están insertos en programas de inserción laboral, la psicología cumple un rol fundamental.

4.24 Del sujeto *contaminado* al sujeto inserto en la comunidad

Así como las miradas en torno al tratamiento y definición de la Esquizofrenia son diversas, también el enfoque respecto de los trastornos psiquiátricos ha cambiado.

En la Grecia antigua, se sostenía la idea de que el *loco* estaba contaminado y podía contagiar al resto, por lo que se encerraba o simplemente había que ejecutarlo (Fernández, Gabay, 2003). De este periodo surge el concepto de estigmatización, cuyo origen esta en el vocablo estigma que significa picadura o herida abierta que se les otorgaba tanto a los esclavos o bien por honores militares; durante la Edad Media, a la persona con un trastorno mental se le consideraba un portador de la verdad divina y podían caminar libremente por la comunidad.

Con el Iluminismo, si bien se iniciaron avances científicos al considerarse que la mente es una función del cerebro, se vio nuevamente a los *locos* como incurables y por lo tanto fuera del interés académico de los médicos. En consecuencia, las personas quedaban aisladas y custodiadas por guardianes (Fernández, Gabay, 2003).

Por su parte, el auge del movimiento evangélico ayudó al mejor trato hacia las personas con trastornos psiquiátricos, disminuyendo los abusos y el empleo de la ocupación y el trabajo en forma racional. Asimismo, se estableció el primer hospital con el sistema *open door*, donde se instituyó la llamada terapia moral que reconocía el valor terapéutico de realizar una actividad estructurada (Fernández, Gabay, 2003).

Hacia mediados del siglo XIX, surge la idea que los *insanos* podían ser cuidados en comunidades. Inclusive, se sostenía que el ambiente rural era propicio para ellos, en definitiva el asilo pasó de ser considerado una prisión a un espacio curativo. No obstante, se llevó a un punto en que se planteó que los pacientes debían auto valerse por sí solos en la comunidad, lo que trajo como consecuencia un alto número de recaídas en los llamados *manicomios*, por lo que fue necesario agrandarlos. (Fernández, Gabay, 2003).

Sin embargo, la aparición del electroshock, provocó su sobre valoración, ocupándose como único tratamiento para los pacientes, abandonándose algunas prácticas rehabilitadoras y psicoterapéuticas. De este modo, aumenta la oposición psicología – biología en los tratamientos de los trastornos psiquiátricos (Shorter, 1993).

En la década de los cincuenta aparece el primer neuroléptico (clorpromacina), permitió abordar el tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos considerados violentos o *incurables*. A ello se suma, tal como se señaló en los antecedentes de la presente tesis, la aparición del movimiento de salud mental comunitaria, abriéndose nuevos centros de atención y la creación de programas de inserción comunitaria (Fernández, Gabay, 2003).

Por otra parte, en los modelos actuales de rehabilitación ocupacional, lo que se busca es que el sujeto no sólo se inserte laboralmente en la comunidad, sino que además lo haga según sus intereses. Es por ello, que desde la *OMS* Organización Mundial de la Salud y la *OPS*, Organización Panamericana de la Salud, se ha validado un nuevo concepto de discapacidad psíquica en base a un nuevo instrumento de evaluación, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF*, cuyo fin es “aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud (...) en la que las problemáticas de la discapacidad sean una resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social” (ENDISC –CIF, 2004 p.13). En este sentido, la CIF permite una nueva clasificación en torno a la discapacidad:

Deficiencias de función y estructura (antes deficiencias en general).

Limitaciones a las actividades -antes discapacidades-.

Restricciones a la participación -antes minusvalía-. (ENDISC –CIF, 2004 p.14).

4.25 Situación de las familias afectadas por la esquizofrenia

Un elemento que ha cruzado a las familias de personas con esquizofrenia, es el desconocimiento frente a la enfermedad. En el estudio FONDECYT *Esquizofrenia y discriminación familiar* (Chuaqui, 2002), realizado en la Región Metropolitana, señala que un 71,6% ha conocido nada o poco de la esquizofrenia antes de que se le diagnosticaran a su familiar, un 52% tenía una idea muy diferente del trastorno y un 18% mas o menos diferente (Chuaqui, 2006).

Ello, señala el investigador “indica la gran desorientación y confusión que debe haberse presentado en la familia cuando apareció la enfermedad en alguno de sus miembros” (Chuaqui, 2006)

Esta incertidumbre, no desapareció, ni cuando consultaron al primer psiquiatra, un 47,1 % de la muestra tuvo que consultar varios de ellos para llegar a un diagnóstico acertado (Chuaqui, 2006).

La esquizofrenia trae otros problemas a la familia, éstos van desde lo económico, al manejo frente al trastorno: un 54% manifiesta haber tenido muchos o demasiados problemas económicos ante la enfermedad. En un 45,2% un integrante ha debido someterse a una terapia como consecuencia de la esquizofrenia que padece su familiar, y que un 71,5% les costo mucho controlar las crisis. (Chuaqui, 2006)

Para la misma investigación se realizaron grupos focales con familiares cuyo análisis reveló una fuerte carga de emotividad desencadenada por las situaciones que han debido enfrentar (Chuaqui, 2006)

Ello, prosigue Chuaqui lleva a la clara necesidad de apoyo -desde políticas de salud pública- y capacitación a las familias, mediante psicoeducación, ayuda financiera o intervenciones familiares. Esto último tiene por finalidad bajar los niveles de tensión, estar preparadas ante la crisis, reducir la emoción expresada -véase capítulo al respecto- y ajustar las expectativas de la familia en relación al progreso y cambios de su integrante con esquizofrenia

Otras experiencias han señalado la necesidad de trabajar en los factores protectores, sin embargo ello no debiese transformarse en sobreprotección de la familia, sino más bien en la motivación para que la persona con esquizofrenia sea un agente de cambio en la familia.

4.25.1 El rol de la familia

Si de modelo comunitario se trata, la familia ha venido desarrollando un papel destacado en la intervención y rehabilitación de las personas con esquizofrenia.

La familia forma parte de las llamadas *redes sociales* con las que cuenta la persona con Esquizofrenia. Este es un concepto nacido al alero de la Psicología Comunitaria

(Bustamante, González, Tapia, 2002)), y que ha cobrado gran relevancia en nuestro país, dado el énfasis que se le ha otorgado a la Rehabilitación Psicosocial y a la Rehabilitación con Base Comunitaria, impulsada tanto por la legislación en la materia, por ejemplo, la *Convención de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad*, y la *Norma Técnica para la Rehabilitación de Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos, TPS*.

4.25.2 Familia e inserción laboral de la persona con esquizofrenia

Continuando con la familia, como uno de los soportes sociales de la persona con esquizofrenia, revisaremos estudios en torno a la percepción de estas en relación a las posibilidades de inserción laboral.

En la investigación *FONDECYT Esquizofrenia y Discriminación familiar* (Chuaqui, 2006) se ha revelado que existe un trato paternalista y sobreprotector desde las familias a las personas con esquizofrenia, tanto si se les pregunta por la posibilidad de que se desempeñen en una actividad remunerada, como por la participación en los quehaceres de la casa (Chuaqui, 2006).

Existe una contradicción entre lo que el familiar dice y lo que realmente creen que su hijo o hermano es capaz de realizar (Chuaqui, 2006). Ello aumenta a medida que se avanza en la escala socio-económica, donde existe renuencia a que su familiar se desempeñe en un oficio o actividad que implique bajar en el escalafón social (Chuaqui, 2006)

De la investigación se desprende que, según los cercanos, un 79,4% no es capaz de vivir solo aunque tenga ayuda económica de la familia y un 84,3% tampoco lo haría, aunque sea económicamente independiente (Chuaqui, 2006). Sin embargo en otra investigación de Jorge Chuaqui (Chuaqui, 2006), más del 60% de estas señalan su alegría cuando un integrante de la familia cuenta con un trabajo y cerca del 40% percibe que sus parientes lo apoyan (Chuaqui, Prieto, 2006)

Considerando que la mencionada investigación se realizó mayoritariamente a personas que se desempeñan en talleres protegidos, donde la mayoría de los supervisores al menos conocen del trastorno que presenta el trabajador, las opiniones en relación a estos son positivas: un 74% de ellos les reconocen sus trabajo y un 60% manifiesta que sus jefes los escuchan. Un pequeño grupo de entrevistados, cercano al 10%, sostiene que los supervisores tienen actitudes negativas hacia ellos (Chuaqui, Prieto, 2006)

No obstante, cuando se indaga por las opiniones de los empleadores de empresas en el mercado laboral competitivo, y presentados en los *Antecedentes y problema de investigación*, de la presente tesis, el panorama cambia, ya que el nivel de prejuicio y discriminación hacia las personas con esquizofrenia es muy alto, lo que podría relacionarse con el bajo porcentaje (10% a 20%) de inserción laboral en empresas *normales*. (Chuaqui, 2006)

El panorama en países desarrollados no es muy diferente. En Japón, por ejemplo, un 16% de los sujetos entrevistados trabajan en jornada laboral completa, en tanto que un 8% lo hace en la modalidad de tiempo parcial (Chuaqui, en Chuaqui 2002). Por otra parte, en Alemania de 502 personas con esquizofrenia que fueron encuestadas, un 12,8 % se mantiene con su sueldo, un 16% tiene expectativas de encontrar empleo en el mercado laboral. En el caso de España, que se caracteriza por la aplicación de un modelo comunitario en la atención de personas con discapacidad psíquica, la situación no ha cambiado de manera sustantiva. Puntualmente las personas con esquizofrenia son aquellas que han presentado mayores dificultades a la hora de insertarse en un empleo competitivo: “en torno al 90% no tienen empleo en nuestras sociedades y la mayoría de los que los obtienen, suelen perderlo, como media en no más de seis meses” (Álvarez, Cuetos, Jiménez et Alt., 2004, p. 34)

De los resultados anteriores, se puede observar que el desarrollo económico de una nación, no necesariamente ha permitido la plena integración laboral de las personas con esquizofrenia, sin embargo distintas investigaciones dan cuenta de las ganas de contar con un empleo, independiente de la modalidad que este adopte -taller protegido o en el mercado laboral competitivo-, lo que “obligaría a prestar más atención a las dimensiones subjetivas relacionadas con el empleo, tanto en la investigación como en la intervención” (Álvarez, et Alt., 2004, p. 39)

Aunque la evidencia, señala el texto de Alvarez, Cuetos, Jiménez et alt, no muestra correlación entre un mejoramiento o empeoramiento de los síntomas positivos y los

negativos, de lo que si se puede dar cuenta es aspectos tan trascendentales como “el funcionamiento social, grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima y la calidad de vida” (Álvarez, et Alt., 2004, p. 40).

Esto último no ha estado lejano a los resultados en Chile, ya que como evidenció el FONDECYT *Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral* -investigador responsable Jorge Chuaqui-, un 80% o más se siente bien o muy bien en el trabajo, en tanto que un 85% considera que su lugar de trabajo tiene posibilidades de crecer en el futuro, que tiene buenas relaciones con sus compañeros de labores -70%-, alrededor del 70% se ven a sí mismos como mejores personas por contar con un trabajo, al tiempo que más de la mitad de los encuestados piensa que está en condiciones de trabajar más de 8 horas al día en cualquier empleo y un 70% señala que su ocupación actual le permitirá encontrar otra mejor (Chuaqui, Prieto, 2006).

No obstante, cuando se les interroga respecto de si que se les paga es acorde a la actividad que realiza, un 50% y más se manifiesta en desacuerdo. Casi la mitad manifestó que la discriminación sería la mayor dificultad ante la posibilidad de encontrar trabajo, pero también están concientes que las barreras para la obtención de un empleo se presentan para todas las personas con y sin discapacidad. (Chuaqui, Prieto, 2006)

Respecto del salario recibido por las personas con diagnóstico de esquizofrenia -datos ya señalados en *Antecedentes y planteamientos del problema-* y que en la generalidad constituyen menos del sueldo mínimo, los talleres protegidos no se presentarían como una posibilidad real de inserción de las personas con esquizofrenia. Al respecto, señala Chuaqui, el taller protegido si podría marcar la diferencia, si tuviese: “si las remuneraciones fueran las que correspondieran a los trabajos desempeñados y no lo que son: aproximadamente un tercio del sueldo mínimo” (Chuaqui, 2006, p. 106)

También interesa revisar lo que respecta políticas públicas en nuestro país, y que son en definitiva los marcos regulatorios que permiten definir, por un lado lo que se ha considerado por esquizofrenia, y por otro, las prestaciones y posibilidades de atención e inserción laboral con que cuentan las personas con esquizofrenia en el sistema estatal.

4.26 Redes sociales

La Red Social se define como “el conjunto de personas altamente significativas con quienes uno tiene interacción social (...) Una red social incluye el núcleo familiar y todos los demás parientes del sistema foco, pero también amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todos aquellos que, perteneciendo a una escuela, organismo asistencial o institución de cualquier tipo, brindan una ayuda significativa y muestran capacidad y voluntad de asumir el riesgo que implica la participación” (www.psiquiatriasur.cl).

El núcleo de la red podría ser un sujeto o una familia, y que se relaciona de manera indistinta con aquellos que la persona conoce o se contacta. En este sentido una “red mínima” (www.psiquiatriasur.cl) la constituye: el sujeto en cuestión, la pareja, familia, algunos parientes, amigos, vecinos, conocidos, colegas, en el caso de un usuario con esquizofrenia los terapeutas con los que se relacionan en el centro de rehabilitación, hospital o centro diurno, etc.

Asimismo, las redes sociales pueden clasificarse del siguiente modo (Bustamante et al, 2002):

1.- Red primaria: Constituida por un grupo de sujetos que interactúan en función de sus intereses personales, más allá de las instituciones formalmente establecidas. Aquí se establecen relaciones de cariño y confianza, elementos fundamentales para que la persona perciba a este nivel de la red como cercana. Mientras más extendida, es decir abarque a una mayor cantidad de personas, mayor inclusión en la red y por lo tanto mayor presencia de la persona en lo social (www.psiquiatriasur.cl).

2.- Red secundaria: Aquí se agrupan los individuos en instituciones, las que se relacionan a través de los programas y políticas que implementan. La motivación personal se supedita al de la organización a la que pertenece. En este nivel, el individuo puede percibir la relación con la red como lejana e impersonal. (www.psiquiatriasur.cl).

Hay autores que se refieren a la *red operante* (www.psiquiatriasur.cl), la que corresponde al segmento de la red social en la que el sujeto o la familia efectivamente logran recursos materiales o de apoyo del medio, por ejemplo una institución que preste capacitación laboral. “Esta incide en la calidad de vida de un individuo o familia, siendo un recurso clave para desarrollar y mantener relaciones gratificantes” (www.psiquiatriasur.cl). Este aspecto de la red se caracteriza por su alta flexibilidad, ya que funciona u opera según el contexto y las necesidades que se le presentan al sujeto y/o familia. En efecto, según esta clasificación, la red se puede superponer o trabajar de manera separada, según el grado de complejidad que se requiera para resolver una determinada problemática: no es la misma que actúa en caso de una situación crítica o en la rutina diaria del individuo. (www.psiquiatriasur.cl).

También, y dependiendo del punto de vista estructural, Troncoso et al (www.psiquiatriasur.cl), proponen la siguiente conceptualización:

- 1.- *Tamaño*: Número de personas de la red.
- 2.- *Intensidad*: Cercanía o lejanía observada por el sujeto y los distintos actores de la red.
- 3.- *Densidad*: Tipo de vínculo que se establece entre integrantes de la red o bien la cantidad de contacto que tiene el individuo con la red.
- 4.- *Extensión*: Lejanía o cercanía física de sus miembros.
- 5.- *Dimensionalidad*: Actividades que realizan los integrantes de la red.

6.- *Homogeneidad*: Semejanzas o diferencias entre aspectos demográficos o psicosociales.

7.- *Acceso*: A relaciones con los espacios de toma de decisión o bien la cantidad de relaciones directas que la persona puede establecer con la red.

8.- *Puentes*: Es el contacto entre dos o más sujetos, los que no se relacionan de modo directo. Un alto número de *puentes*, podría significar una red con muchas interrelaciones.

9.- *Estructura estrechamente interconectada*: Las relaciones entre los miembros de la red son muy cercanas y parecidas entre sus miembros. Esto se da, por ejemplo, cuando un grupo de personas vive en un mismo barrio.

10.- *Estructura indirectamente conectada*: Muchos de los vínculos que establece la persona no son ni con los familiares o los sujetos no se conocen entre sí. Se caracteriza por ser una red permeable y con muchos *puentes* que interconectan complejas relaciones. Pero a su vez, por las características del entramado social, los vínculos que se establecen pueden ser débiles.

11.- *Dispersión*: posibilidad de contacto directo entre los miembros de la red. Pueden ser determinados por lo geográfico o psicológico.

12.- *Frecuencia*: Cantidad de contactos que realiza el sujeto en una red, en un periodo dado.

13.- *Percepción de la red social*: Opinión o significación que hace el sujeto en relación al tamaño y calidad de la red social. De ello dependerá la “satisfacción y expectativas de ayuda respecto de la red social de la cual forma parte” (www.psiquiatriasur.cl).

1.- *Red personal inmediata*: las que relacionan a una persona con un grupo y entre estas.

2.- “*Red personal de segundo orden*”: comprende los vínculos de los integrantes de la red cercana a sus propias redes cercanas.

3.- *Red extendida*: el total de la red y sus vínculos a grupos más amplios.

Si bien en los tres niveles pueden existir relaciones significativas para el sujeto, ello no significa que éste las perciba como fundamentales en su diario desenvolvimiento. Factores fundamentales que influirían en ello están la entrega de “amor, respeto, influencia y aprecio” (www.psiquiatriasur.cl).

Independiente del tipo de red y/o cercanía que establecen con el sujeto, la red no actúa en el “aire”, sino que es la trama de relaciones entre lo primario y secundario que opera con el sujeto de manera recursiva, es decir se alimentan de manera recíproca.

En el caso de la salud mental, hay distintos motivos por los que las personas pueden interrelacionarse con las redes sociales: contención psicológica, necesidad de información sobre la red de salud, cambiar la ayuda oficial de los organismos por ayuda informal y adquirir elementos de psicoeducación (Bustamante et al).

Además tiene efectos en el bienestar y calidad de vida, ya que permite que el individuo satisfaga sus necesidades y obtenga reconocimiento por parte de la red social. En síntesis evita la soledad y abandono del individuo, al tiempo que hace resurgir nuevos intereses. En este sentido, la red social posibilita la promoción y prevención en aspectos como la adicción a drogas, estrés y trastornos mentales (Bustamante et al).

En el caso de las personas con esquizofrenia, uno de los papeles de la rehabilitación es la mantención, creación y reforzamiento de las redes sociales. Ello, porque sirven de verdadero soporte frente a los factores estresores del individuo. En relación a los factores que confluyen en un buen pronóstico ante la evolución del trastorno de una persona con esquizofrenia se cuentan los siguientes: antecedentes de salud mental de la familia, desenvolvimiento social del sujeto antes de la enfermedad -si trabajaba o estudiaba, contactos personales, etc.-, edad de inicio y psicopatología asociada. Un estudio comparativo realizado en España, indica que las personas con esquizofrenia que son atendidas en la comunidad mantienen un curso del trastorno estable, sin grandes deterioros, con cortas rehospitalizaciones y con un considerable aumento en la calidad de vida, independencia afectiva de sus pares y aumento en las relaciones interpersonales (fuera del círculo familiar o de la red de salud en la que se atiende) (www.sie.es).

Uno de los primeros en estudiar las redes sociales en personas con esquizofrenia fue Tolsdorf, (www.psiquiatriasur.cl), quien descubrió que la red social era distinta,

según en que momento del trastorno en que se encontraba el individuo. En el periodo después del alta, la red tiende a reducirse y densificarse; antes del primer brote las redes eran relativamente pequeñas, en comparación con un sujeto que no presenta esquizofrenia y durante la crisis o manifestación del trastorno las redes se achican. Pero en general, en las redes sociales de los sujetos psicóticos con los no psicóticos, se observa que estas son “altamente interconectadas alrededor de los parientes y presentan un contacto difuso en relación a los no parientes. La relación con los parientes tiende a ser dependiente, mientras que con los no parientes son más recíprocas” (www.psiquiatriasur.cl).

4.27 Emoción expresada.

El punto respecto al modo como la familia manifiesta la emocionalidad en relación al integrante del hogar con esquizofrenia, esta ha surgido como un elemento importante en el abordaje en la intervención y trabajo con la familia. Cabe mencionar que es uno de los resultados del proceso de desinstitucionalización, cuando la persona realiza su tratamiento en la comunidad, el que ha conllevado elementos positivos, como a la vez una serie de obstáculos o la aparición de nuevas problemáticas a las que urge dar respuesta.

Hoy en día los familiares son los auténticos cuidadores del enfermo, y es imprescindible darles información, entrenamiento y un apoyo sostenido para que sean capaces de realizar dicha labor. Asimismo las intervenciones familiares,

entendiendo que la familia es la principal red de apoyo del enfermo con esquizofrenia, no deben terminarse en su función de prevención de recaídas de los pacientes, sino que los familiares tienen derecho a una atención directa a sus propias dificultades y necesidades. (Fernández, Gabay 2003)

Dadas las condiciones anteriormente descritas se dio origen en la década de los cincuenta a estudios sobre las tasas de recaídas en el año posterior al ingreso hospitalario de pacientes esquizofrénicos. Inicialmente se concluyó que el pronóstico de pacientes esquizofrénicos al ser dados de alta tenía una estrecha relación con el contexto que les recibía, especificándose de este modo una serie de características de las interacciones sociales entre el paciente y sus familiares y/u otras personas del entorno que parecían influir sobre la evolución positiva o negativa de los trastornos (Fernández, Gabay, 2003)

El concepto de emoción expresada *EE* ha surgido de manera pragmática para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos.

La emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta de los individuos que constituyen el entorno familiar de los pacientes, dichos comportamientos son observados directamente en la entrevista o bien, indagados en la entrevista en la que el informante es un familiar. (Rodríguez, 1997)

El constructo de la Emoción Expresada consta de cinco componentes:

1.- “Criticismo: comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente”. (Rodríguez, 1997 p. 275)

2.- “Hostilidad: es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo de su conducta”. (Rodríguez, 1997 p. 275)

3.- “Sobreimplicación: refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente”. (Rodríguez, 1997 p. 275)

4.-“Calor: manifestaciones de empatía, comprensión, afectos e interés hacia el paciente”. (Rodríguez, 1997 p. 275)

5.- “Comentarios positivos: expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta”. (Rodríguez, 1997 p. 275)

Los aspectos básicos anteriormente descritos son observados en el grupo familiar y con pequeñas modificaciones técnicas al personal encargado del cuidado de los pacientes. Se ha constatado que evaluar la emoción expresada es de suma importancia, ya que los comentarios que se vierten en las instituciones y la empatía

con que se atiende a los pacientes tienen efectos independientes del trabajo que se hace con el paciente, aunque este último sea óptimo. (Fernández, Gabay 2003)

Un nivel elevado de emoción expresada ha comenzado a utilizarse para describir de manera clínica a las familias y tomar decisiones antes de que se provoquen mayores daños en el paciente.

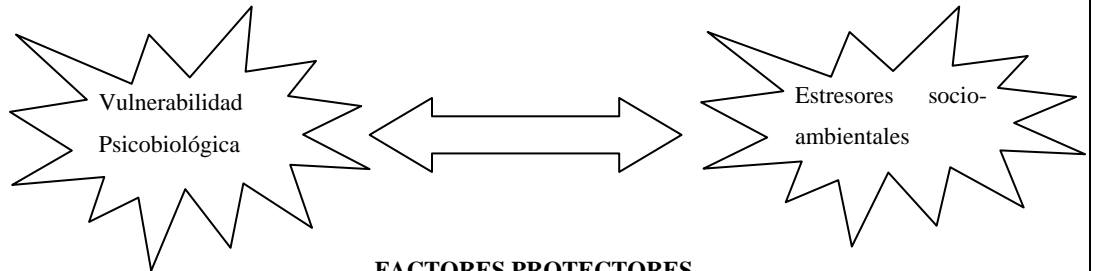
Cabe señalar que “en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, conceptos como vulnerabilidad y stress dependen de las características individuales” (Fernández, Gabay 2003 p. 44)

El modelo de *stress- vulnerabilidad, afrontamiento y competencia de los pacientes con enfermedades mentales crónicas*, descrito por J. Lieberman en 1982, explica la interrelación de estos factores y cómo operan para determinar la evolución y el comportamiento social de estos individuos. (Fernández, Gabay 2003 p. 44)

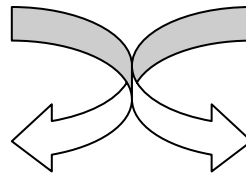
El modelo anteriormente descrito es aplicable también en rehabilitación. La medicación psicofarmacológica y la correspondencia entre la vulnerabilidad y el stress sobre la enfermedad, los daños y las minusvalías de un paciente estarán transformadas por los factores de protección y las características familiares (Fernández, Gabay 2003)

Modelo de factores protectores en la esquizofrenia

Tomado de Anthony WA, y Liberman RP: En Fernández, Gabay 2003



FACTORES PROTECTORES



Tratamiento y Rehabilitación

Drogas Antipsicóticas
Psicoeducación
Terapia Familiar
Terapia cognitiva
Rehabilitación Laboral
Psicoterapia de Apoyo.

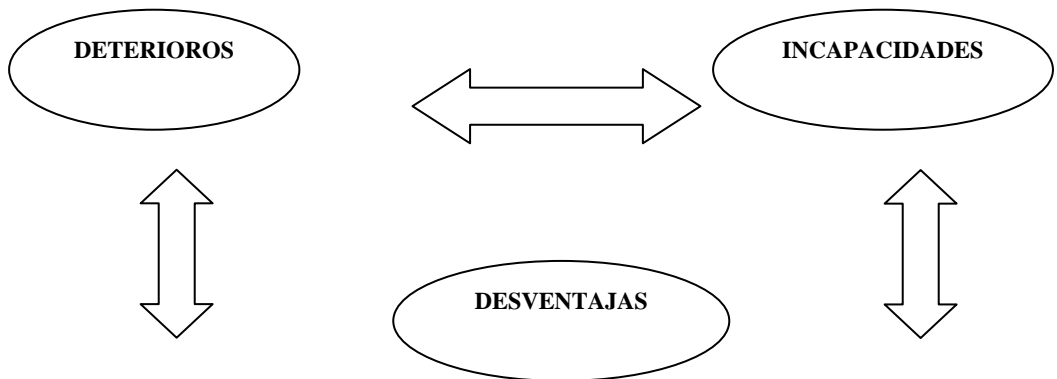
Programas de Sostén Comunitarios

Manejo de Casos
Servicios Ambulatorios
Programas de Vivienda
Trabajos con Apoyo
Clubes psicosociales

DETERIOROS

INCAPACIDADES

DESVENTAJAS



Componentes de las desventajas sociales en la esquizofrenia.

Wing JK, 1994 (En Fernández Gabay 2003)

Deterioros Primarios

Problemas cognoscitivos premórbidos que impidieron el desarrollo social e intelectual.

Experiencias subjetivas anormales; por ejemplo: pensamientos oídos en voz alta o en eco; voluntad propia anulada por la voluntad de otro.

Delirios y alucinaciones basadas en las experiencias subjetivas anormales.

Pensamiento y lenguaje incoherente.

Problemas de expresión no verbal (corporal).

Lentitud psicomotriz.

Comportamiento anormal en función de todo lo anterior.

Desventajas sociales

Carencia de formación , escasez de habilidades sociales y culturales.

Falta de ayudas sociales.

Trato inadecuado o perjudicial.

Ausencia de ayudas capacitadoras.

Estigma y rechazo social (incomprensión del deterioro)

Poco interés por parte de las autoridades gubernamentales.

Actitudes propias adversas

Poca consideración y confianza en uno mismo.

Comorbilidad; depresión, ansiedad, etc.

Reducida motivación para utilizar las facultades intactas.

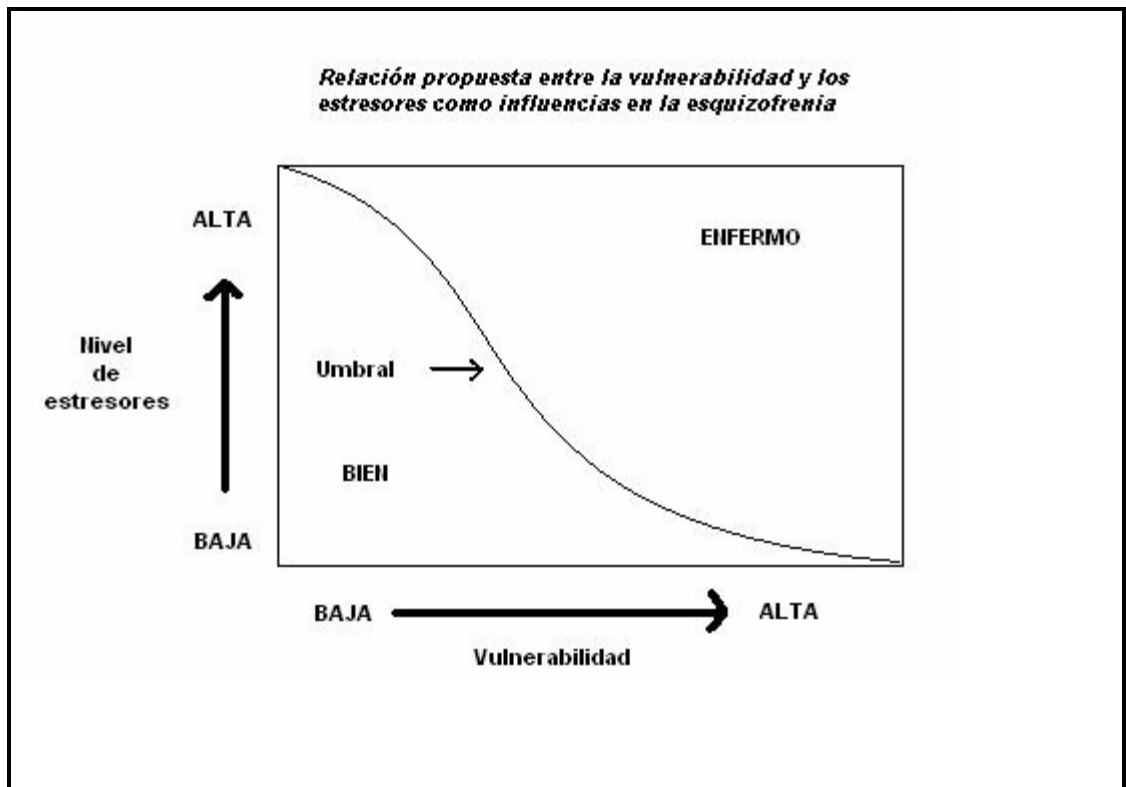
Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan un alto grado de vulnerabilidad, es por esto que la variable sobre la que se puede influir la componen los factores de stress. Estos factores se encuentran básicamente, en el ambiente familiar y en los ambientes sociales en donde el paciente se desenvuelve. Asimismo los pacientes se ven influidos por el nivel de emoción expresada y de todo aquello que implique la presencia de estresores socioambientales. (Fernández, Gabay, 2003)

Es por esto que ante una(s) situación(es) de estrés mayor, las probabilidades de descompensación aumentan. Entre las causas que acrecientan la vulnerabilidad o el stress se incluyen: la intensificación del deterioro, la falta de medicación, el advenimiento de acontecimientos vitales que sobrepasen las capacidades de manejo del paciente y la rotura o reducción de la red social del individuo (Fernández, Gabay, 2003).

En el año 1982 se realizó un estudio en Escocia con 51 pacientes en el que Presly (Fernández, Gabay, 2003) y sus colaboradores hallaron que los pacientes “que progresaron y fueron capaces de mantenerse en la comunidad eran los que habían podido mejorar su capacidad de autonomía en el manejo del dinero, en el cuidado de su ropa, la cocina y otras habilidades similares” (Fernández, Gabay, 2003 p.. 47).

El ambiente en el que el paciente desarrolle estas capacidades, sumado a sus propios estímulos internos, transformara sus oportunidades de una mejor reinserción en el medio social. (Fernández, Gabay, 2003).

Lo anteriormente planteado ejemplifica la sustancial relación existente entre el estado del paciente, el ambiente en que éste se desenvuelve y la influencia de las interacciones con esta ultima sobre la situación clínica. (Fernández, Gabay 2003)



(En Fernández, Gabay, 2003)

4.28 El Estado y la inserción laboral de las personas con esquizofrenia

4.28.1 Reforma psiquiátrica

En Chile, a partir del año 2000, se inicia en Chile la llamada *Reforma Psiquiátrica*, la que se ve plasmada en el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* (www.minsal.cl), en el que uno de sus objetivos fue la desintitucionalización de las personas con problemáticas de salud mental, es decir bajar el tiempo de estadía en los hospitales psiquiátricos.

4.28.2 Nacimiento de un nuevo modelo

Para la elaboración del *Plan Nacional de Salud Mental* se convocaron a técnicos y profesionales del sector público y privado, a usuarios y familiares, colegios profesionales y sociedades científicas, universidades y autoridades del poder ejecutivo y legislativo. Mediante grupos de trabajo, revisión de documentos, asesorías internacionales y seminarios nacionales, se llegó al documento final conocido como el *Plan Nacional de Salud Mental* (www.minsal.cl).

A grandes rasgos, lo que se pretendía era pasar de un sistema centrado en la atención en los hospitales psiquiátricos a otro enfocado en la red de salud mental (con todos los dispositivos) y psiquiatría. El primero se caracterizó por “cuatro centros de referencia nacional, internaciones prolongadas, frecuentes reingresos, familias con

pocos recursos (físicos, psicológicos, sociales) y ausencia de centros ambulatorios donde derivar” ; el segundo y actual se podría caracterizar en los siguientes elementos: “descentralización en 28 servicios de salud, tratamiento comunitario, prevención de recaídas (mediante monitoreo y psicoeducación), organizaciones de familiares y usuarios, concientes de sus derechos y deberes y la existencia de una de atención primaria, equipos de salud mental multidisciplinarios y servicios de psiquiatría en hospitales generales (www.minsal.cl)

Respecto de los usuarios, el nuevo modelo contempla de manera explícita la inserción social y laboral, pero como se verá más adelante, esta cuenta con un bajo apoyo de los dispositivos de salud. No obstante, en líneas generales de lo que se trata es considerar a la persona con diagnóstico de esquizofrenia que se atiende en los dispositivos de salud pública, a conocer sus derechos y deberes, por lo que se comienza a utilizar el concepto de *usuario*, y no de *paciente*, es decir sólo como receptor de las políticas de salud que el Estado le entrega

Aunque el financiamiento del Estado para la salud mental aumentó en 1, 2% en 1999, sólo el 2,4% del presupuesto del MINSAL va para esta área. Muy por debajo de países desarrollados y en un punto intermedio de en nuestra región: Uruguay, por ejemplo gasta un 8% en la materia (WHO, MINSAL, 2006).

Para la esquizofrenia, como para otras enfermedades mentales, se estableció un plan de acción (www.minsal.cl), basado en un modelo de Rehabilitación Comunitaria -

cuya naturaleza se explicará en el capítulo dedicado a Rehabilitación con Base Comunitaria- y cuyo acento está dado por la importancia tanto del apoyo de la familia y la comunidad al tratamiento y rehabilitación a la persona con Esquizofrenia, lo que se traduce en que tanto los servicios de salud como el trabajo o lugares de esparcimiento deben estar lo más cercano posible al domicilio de la persona.

Como parte de esta reforma, el 2001 se despacha un nuevo *Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos* y la creación de la *Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental* -que reemplaza a la existente desde 1927- , ya que el Código Sanitario se mostraba insuficiente (WHO, MINSAL, 2006). En líneas generales, este nuevo cuerpo legal hace hincapié la importancia de la atención bajo el concepto de la “menor restricción posible” (WHO, MINSAL, 2006, p.19), derechos de las personas hospitalizadas, regulación de tratamientos consentidos y no consentidos y a estos últimos se le señalan las formas de supervisión.

En el caso de la *Comisión*, existe una a nivel nacional y tres regionales, pero el objetivo es llegar a 13 en los próximos años. Están integradas por expertos en salud mental, representantes de organizaciones de usuarios y familiares y del mundo “legal, académico, ético y espiritual” (WHO, MINSAL, 2006, p.21). Dentro de sus atribuciones se cuentan la fiscalización en centros de internación psiquiátrica, auditorías en caso de violaciones a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la aprobación de procedimientos clínico – quirúrgicos definitivos, como psicocirugías o esterilizaciones (WHO, MINSAL, 2006)

En lo que respecta a los dispositivos de salud mental, se organizan de manera territorial, bajo el alero de los 28 Servicios de Salud del País. Según un catastro realizado el 2004, la red se compone de los siguientes establecimientos (WHO, MINSAL, 2006):

- 472 Centros APS que cuentan con psicólogo.
- 38 Centros Comunitarios de Salud Mental, COSAM.
- 58 Unidades de psiquiatría ambulatoria.
- 40 hospitales de día.
- 18 servicios de corta estadía dentro de hospitales generales.
- 25 Centros Diurnos.
- 96 hogares y residencias protegidas.

Respecto del número y tipo de usuarios de servicios de salud mental, un 50% son mujeres, la que se concentra en “centros ambulatorios, clínicas privadas y en servicios de corta estadía de los hospitales generales” (WHO, MINSAL, 2004, p.10).

4.28.3 La aplicación del Plan Nacional de Salud Mental: Informe de WHO-MINSAL sobre la situación del sistema de salud mental en Chile.

|

El *Informe WHO – AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*, señala que si bien falta mucho por hacer respecto de la capacitación de los funcionarios, desde que se inició el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, se han detectado mejorías respecto de la capacidad de resolución de los técnicos y profesionales (WHO – MINSAL, 2006), ya que más del 70% de los dispositivos cuentan con guías clínicas de salud mental, psicofármacos esenciales, psicólogos, consultorías de salud mental y se realizan interconsultas, por lo menos una vez al mes, en el nivel secundario (WHO – MINSAL, 2006).

Pero el citado informe, tras la evaluación de los Servicios de Salud Mental, detectó falencias en las siguientes áreas:

- Tiempo de espera para la primera atención psiquiátrica, el promedio de atenciones anual por persona y porcentaje de intervenciones psicosociales y centros de atención que cuentan con organizaciones de usuarios.
- Aumentar la cantidad de COSAM, dada la importancia de la descentralización y territorialización en las actividades de prevención y promoción de salud mental.
- Necesidad de una política de salud mental para niños y adolescentes.

- Indicadores del informe WHO – MINSAL pueden servir de guía para la aplicación de las Garantías Explícitas de Salud, ex *AUGE* y en la paulatina incorporación de la depresión, consumo abusivo de drogas y alcohol, entre otros.
- Integrar legislación que proteja los Derechos Humanos de las personas con enfermedades y trastornos mentales.
- Implementación de un plan de recursos humanos, tanto para la formación de pre y post grado, como la capacitación de los equipos ya existentes.
- Realizar un seguimiento multisectorial (trabajo, educación, vivienda, judicial y seguridad social), teniendo como base los indicadores del informe WHO – AIMS. En este punto la investigación de WHO- AIMS (WHO, AIMS, 2006), señaló que no hay una normativa tanto financiera como legislativa que exija a instituciones tanto públicas como privadas para que contraten a personas con discapacidad ni tampoco sean protegidas contra los prejuicios o exclusión en el puesto de trabajo (WHO, AIMS, 2006). No obstante, el apoyo de los dispositivos estatales o comunitarios tampoco logra soslayar lo anteriormente señalado: algo más del 20% cuentan con programas de inserción laboral en el mercado competitivo. Respecto de la seguridad social, sólo un 15% la recibe a raíz de su discapacidad mental (WHO, AIMS, 2006)

4.28.4 Marcos y normativas en torno a la rehabilitación laboral

Los equipos de salud de los diversos dispositivos de salud -COSAM, Consultorio- deben entregar herramientas psicoeducativas tanto a la familia como a los usuarios, ante todo la rehabilitación es un proceso que se da con y para la comunidad. En el caso del proceso de inserción laboral, mediante la Norma Técnica del Ministerio de Salud, se establecen los siguientes conceptos (Ministerio de salud, Norma técnica, 2006)

Empleo protegido: “los usuarios realizan una actividad remunerada por pieza u hora de trabajo en un contexto en el cual se manejan todas las variables ambientales que lo componen en función del proceso de rehabilitación” (Ministerio de Salud, norma Técnica, 2006 p. 32). No obstante, señala la Norma Técnica del *Minsal*, aunque esta es un paso fundamental en el proceso de rehabilitación, en ocasiones termina siendo una actividad de entretención para los usuarios más que la posibilidad de insertarse en una actividad productiva. Ante ello, el ministerio del ramo propone lo siguiente.

Empleo con apoyo: Parte del principio de “igualdad de oportunidades e integración social” (Ministerio de Salud, norma Técnica, 2006, p 32,). Es decir, todas las personas con Discapacidad de causa Psíquica podrían realizar un trabajo en un ambiente laboral competitivo, siempre y “cuando cuentan con un conjunto de apoyos flexibles e individualizados que permitan su ajuste al desempeño de la tarea y al desarrollo máximo de sus capacidades”. Lo anterior se basa en el modelo del

aprender haciendo, donde el usuario aprende en su puesto de trabajo. Dentro de las características del empleo con apoyo, están la utilización de puestos laborales en el mercado productivo *normalizado*, con sueldos a tiempo parcial o completo y en un ambiente de integración y contacto con personas sin discapacidad. Por su parte, el equipo de salud, tener conocimiento de las oportunidades de trabajo en el mercado, estudiar sus características y las de los empresarios, la normativa laboral y aquellas empresas que intermedian con las OMIL *Oficinas Municipales de Intermediación Laboral*.

Empresa social: Se define como un tipo de empresa en el que trabajan personas con y sin discapacidad, pero dando énfasis en este último grupo, dando un equilibrio entre lo productivo y social. “Por lo anterior, si bien tiene un carácter emprendedor en lo económico, en lo social promueve nuevas relaciones entre los sujetos y aprovecha los intercambios sociales para brindar beneficios que se reparten entre todos sus miembros” (Ministerio de Salud, norma Técnica, 2006, p. 33). No obstante, la creación de este tipo de empresas requiere de apoyos técnicos y legislativos y por supuesto del apoyo de la comunidad. En Chile, la falta de una normativa desde el Servicio de Impuestos Internos en relación a las empresas sociales, sumado a la discriminación por parte de las personas y empresarios, dificulta el nacimiento de las empresas sociales.

Asimismo, los equipos de salud deben estar concientes que cada usuario requiere de intervenciones distintas, según sus expectativas, motivación, intereses, etc. Por ello,

los planes deben ir en función de los objetivos planteados con y para el usuario (Ministerio de Salud, Norma Técnica, 2006). La evidencia indica que el empleo no mejora la sintomatología positiva, pero si el funcionamiento social, el grado de satisfacción y la autonomía personal, es decir, impacta significativamente en la calidad de vida.

4.28.5 Normas uniformes en OMS 2006

Cabe señalar que Chile hasta mediados del 2006, aún no contaba con legislación en salud mental (OMS, 2006), por lo que los derechos de las personas con discapacidad, y por ende las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, no contaban con un marco legal que protegiera sus derechos en relación al trabajo.

Por esta razón las normas uniformes pretenden garantizar que todo ciudadano con discapacidad cuente con los mismos derechos y obligaciones que los demás habitantes. Es sabido que aun en algunas sociedades del mundo (incluyendo nuestro país) hay barreras que imposibilitan que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades, dificultándose de esta manera su activa participación en las actividades de la sociedad (OMS, 2006)

Para efectos de la investigación nos parece atinente dar a conocer los artículos relacionados con la rehabilitación y empleo, como ejes fundamentales para una

posterior inserción laboral en el mercado competitivo de personas con discapacidad psíquica.

Las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad plantea en el artículo número 23 que: “La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional” (www.cocemfe.es).

1. Los Estados deben elaborar programas nacionales de rehabilitación para todos los grupos de personas con discapacidad. Dichos programas deben basarse en las necesidades reales de esas personas y en el principio de plena participación e igualdad (www.cocemfe.es).

2. Esos programas deben incluir una amplia gama de actividades, como la capacitación básica destinada a mejorar el ejercicio de una función afectada o a

compensar dicha función, el asesoramiento a las personas con discapacidad y a sus familias, el fomento de la autonomía y la prestación de servicios ocasionales como evaluación y orientación (www.cocemfe.es).

3. Deben tener acceso a la rehabilitación todas las personas que la requieran, incluidas las personas con discapacidades graves o múltiples (www.cocemfe.es).

4. Las personas con discapacidad y sus familias deben estar en condiciones de participar en la concepción y organización de los servicios de rehabilitación que les conciernan (www.cocemfe.es).

5. Los servicios de rehabilitación deben establecerse en la comunidad local en la que viva la persona con discapacidad. Sin embargo, en algunos casos, pueden organizarse cursos especiales de rehabilitación a domicilio, de duración limitada, si se estima que esa es la forma más apropiada para alcanzar una determinada meta de capacitación (www.cocemfe.es).

6. Debe alentarse a las personas con discapacidad y a sus familias a participar directamente en la rehabilitación, por ejemplo, como profesores experimentados, instructores o asesores (www.cocemfe.es).

7. Los Estados deben valerse de la experiencia adquirida por las organizaciones de las personas con discapacidad cuando formulen o evalúen programas de rehabilitación (www.cocemfe.es).

Respecto de las políticas de empleo las Normas uniformes plantean que los Estados deben reconocer el principio de que las personas con discapacidad deben estar facultadas para ejercer sus derechos humanos, en particular en materia de empleo (www.cocemfe.es).

Tanto en las zonas rurales como en las urbanas debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado de trabajo.

1. Las disposiciones legislativas y reglamentarias del sector laboral no deben discriminar contra las personas con discapacidad ni interponer obstáculos a su empleo (www.cocemfe.es).

2. Los Estados deben apoyar activamente la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo. Este apoyo activo se podría lograr mediante diversas medidas como, por ejemplo, la capacitación profesional, los planes de cuotas basadas en incentivos, el empleo reservado, préstamos o subvenciones para empresas pequeñas, contratos de exclusividad o derechos de producción prioritarios, exenciones fiscales, supervisión de contratos u otro tipo de asistencia técnica y financiera para las empresas que empleen a trabajadores con discapacidad. Los

Estados han de estimular también a los empleadores a que hagan ajustes razonables para dar cabida a personas con discapacidad (www.cocemfe.es).

3. Los programas de medidas estatales deben incluir:

a) Medidas para diseñar y adaptar los lugares y locales de trabajo de forma que resulten accesibles a las personas que tengan diversos tipos de discapacidad (www.cocemfe.es).

b) Apoyo a la utilización de nuevas tecnologías y al desarrollo y la producción de recursos, instrumentos y equipos auxiliares, y medidas para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a esos medios, a fin de que puedan obtener y conservar su empleo (www.cocemfe.es).

c) Prestación de servicios apropiados de formación y colocación y de apoyo como, por ejemplo, asistencia personal y servicios de interpretación (www.cocemfe.es).

4. Los Estados deben iniciar y apoyar campañas de sensibilización con la finalidad de lograr que se superen las actitudes negativas y los prejuicios relacionados con los trabajadores aquejados de discapacidad (www.cocemfe.es).

5. En su calidad de empleadores, los Estados deben crear condiciones favorables para el empleo de personas con discapacidad en el sector público(www.cocemfe.es).

6. Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar para asegurar condiciones equitativas en materia de políticas de contratación y ascenso, condiciones de empleo, tasas de remuneración, medidas encaminadas a mejorar el ambiente laboral a fin de prevenir lesiones y deterioro de la salud, y medidas para la rehabilitación de los empleados que hayan sufrido lesiones por motivos laborales (www.cocemfe.es).

7. El objetivo debe ser siempre que las personas con discapacidad obtengan empleo en el mercado de trabajo abierto. En el caso de las personas con discapacidad cuyas necesidades no puedan atenderse en esa forma, cabe la opción de crear pequeñas dependencias con empleos protegidos o reservados. Es importante que la calidad de esos programas se evalúe en cuanto a su pertinencia y suficiencia para crear oportunidades que permitan a las personas con discapacidad obtener empleo en el mercado de trabajo (www.cocemfe.es).

8. Deben adoptarse medidas para incluir a personas con discapacidad en los programas de formación y empleo en el sector privado y en el sector no estructurado.

9. Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar con las organizaciones de personas con discapacidad en todas las medidas encaminadas a crear oportunidades de formación y empleo, en particular, el horario flexible la jornada parcial, la posibilidad de compartir un puesto, el empleo por cuenta propia, y el cuidado de asistentes para las personas con discapacidad.

4.28.6 Convención internacional para los derechos de las personas con discapacidad

El día 25 de agosto de 2006, en Sudáfrica, la *ONU* evacuó el texto final borrador de la *Convención internacional para los derechos de las personas con discapacidad* (ONU, 2006), el que surge tras constatar que las personas con discapacidad eran uno de los grupos más vulnerados y menos protegidos. En este contexto, se llega a consenso en que la discapacidad debe superar el paradigma biomédico y es un concepto en constante evolución, conceptos de dignidad y autonomía, no discriminación y un cambio fundamental de la interdicción a uno *Modelo de apoyos*, es decir toda persona tiene plena capacidad legal, pero requiere de apoyo para que ésta se concrete. Respecto del trabajo se apuesta a la igualdad en las remuneraciones, acceso a orientación vocacional y capacitación; y un punto fundamental obliga a los estados partes a entregar empleo en el sector público y la promoción en el sector privado (ONU, 2006).

Es así como el 13 de diciembre de 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas, *ONU* aprobó por consenso la *Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad*, cuyo objetivo es resguardar los derechos de las personas con discapacidad de todo el mundo (ONU, 2006).

Esta convención es el primer gran tratado sobre derechos humanos del siglo XXI y tiene por objetivo dejar en el pasado las prácticas discriminatorias a las que se han visto sometidas personas discapacitadas (ONU, 2006).

La Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad contribuye a la equiparación de las normas internacionales de derechos humanos, precisando en sus artículos los derechos de las personas discapacitadas -derechos civiles y políticos, accesibilidad, participación e inclusión, derecho a la educación, salud, trabajo, entre otros- (ONU, 2006).

En conjunto con la convención, la asamblea general de la ONU, avaló un protocolo facultativo sobre comunicaciones, el que consta de 18 artículos, éste posibilita que las personas y/o asociaciones de personas con discapacidad presenten sus reclamos al comité de los derechos de las personas con discapacidad, una vez que se hallan acabado todos los recursos a escala nacional (ONU, 2006).

Según Naciones Unidas, actualmente alrededor de 45 países cuentan con leyes en las que se aborda la situación de personas con discapacidad. Los intercesores de la nueva convención sostienen que, si bien las personas con discapacidad tienen los mismos derechos, en la práctica son objeto de discriminación en todo ámbito (ONU, 2006).

La *convención internacional* para los derechos de las personas con discapacidad promueve un cambio en la percepción de la discapacidad, asegurando que la sociedad

admita que es necesario suministrar a todas las personas la oportunidad de vivir la vida en plenitud y respetando sus derechos (ONU, 2006).

Asimismo la convención incorpora aspectos de la vida de las personas discapacitadas, promoviendo, protegiendo y garantizando el pleno disfrute del conjunto de derechos humanos de las personas con discapacidad (ONU, 2006).

La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en si mismos una discapacidad (ONU, 2006).

Es por ello que los Estados se verán en la obligación de incluir medidas designadas a fomentar los derechos de las personas con discapacidad y a luchar contra la discriminación. Dichas medidas incorporaran una legislación antidiscriminatoria, la exclusión de leyes y prácticas que establecen una discriminación hacia las personas con discapacidad y se considerara a las personas con discapacidad al momento de aprobar nuevos programas o nuevas políticas. De igual manera se tratara de prestar servicios, proporcionar bienes y crear infraestructura accesible a las personas con algún tipo de discapacidad (ONU, 2006).

4.28.7 Principales aspectos considerados en la convención

Los principios de la presente convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.
- b) La no discriminación
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas de la sociedad.
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana
- e) La igualdad de oportunidades
- f) La accesibilidad
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (www.oms.org)

4.28.8 Legislación laboral y seguridad social de las personas con discapacidad en Chile

Lamentablemente no existen normas laborales especiales para las personas con discapacidad. Por ende, sus relaciones laborales deben regirse por las normas generales sobre la materia (Hormazabal, 1998).

La única excepción la constituyen los artículos 15 y 16 de la Ley N° 18600, sobre personas con deficiencia mental y los artículos 33 al 38 de la Ley N° 19284 (Hormazabal, 1998).

El artículo 15 de la ley N° 18600 prohíbe que los organismos de la administración del Estado, discriminen respecto de las personas con deficiencia mental, en los llamados a concurso, nombramientos o contrataciones para funciones o labores que resulten compatibles con su condición sicobiológica (Hormazabal, 1998).

El artículo 16 de la misma ley, permite que en el contrato de trabajo que firme la persona con deficiencia mental, las partes convengan libremente la remuneración sin ajustarse al ingreso mínimo (Hormazabal, 1998).

4.29 Normas que inciden en la inserción laboral de personas con discapacidad.

4.29.1 Derecho al trabajo

“La Constitución Política de la República, manifiesta que los hombres son libres e iguales en dignidad y asegura la libertad de trabajo y su protección, señalando que toda persona tiene derecho al trabajo y prohíbe cualquier discriminación que no se base en la capacidad e idoneidad (artículos 1º y 19º N°16)” (Hormazabal, 1998, pág. 89)

Llevando a cabo la norma constitucional, el artículo 2º del Código del Trabajo plantea que el trabajo cumple una función social y constituye un derecho y un deber para cualquier ciudadano (a) (Hormazabal, 1998, p. 89)

4.29.2 El contrato de aprendizaje

Éste es un tipo de contrato de trabajo que se encuentra establecido en los artículos 78 al 86 del Código del Trabajo, definido como la convención en virtud de la cual un empleador se obliga a transmitir a un aprendiz por sí o a través de un tercero, en un tiempo y en condiciones determinadas los conocimientos y habilidades de un oficio calificado, según un programa establecido; y el aprendiz a cumplirlo y a trabajar mediante una remuneración convenida (Hormazabal, 1998).

Este contrato es valido hasta la terminación del programa de aprendizaje, el que no puede exceder el 10% del total de trabajadores ocupados, a jornada completa, en la respectiva empresa (Hormazabal, 1998).

La edad límite de los jóvenes con discapacidad para celebrar Contrato de Aprendizaje es de 24 años, según el artículo 34 de la Ley N° 19.284 (Hormazabal, 1998).

Este aumento no constituye una discriminación arbitraria sino que es una respuesta a los especiales requerimientos que se puedan presentar por la discapacidad, permitiendo de este modo que esta modalidad llegue a un sector que presenta una mayor necesidad de usarla, como mecanismo de acceso a una futura inserción laboral (Hormazabal, 1998).

4.29.3 La capacitación

Se define como “El proceso destinado a promover, facultar, fomentar y desarrollar aptitudes habilidades o grados de conocimientos de los trabajadores, con el fin de permitirles lograr mejores condiciones de vida y de trabajo y, a la vez incrementar la productividad nacional, procurando la necesaria adaptación de los trabajadores a los nuevos procesos tecnológicos y a las modificaciones estructurales de la economía. (Hormazabal, 1998 p. 91)

Los beneficiarios serán los trabajadores que estén desarrollando alguna actividad, los cesantes y las personas que se encuentren buscando empleo por primera vez.

Al servicio de capacitación y Empleo le corresponde fomentar acciones que estén orientadas al campo ocupacional, otorgar información que facilite la elección de una profesión, actividad u ocupación, así como también de los estudios que permitan lograr una adecuada capacitación ocupacional (Hormazabal, 1998).

4.30 El rol del Ministerio de Salud

No obstante e independiente de las visiones personales en torno a una definición o catalogación de la Esquizofrenia, el Ministerio de Salud, tal como señalamos en la introducción, ha establecido el tratamiento y la definición de esta patología a partir del CIE 10: “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (www.minsal.cl)

Sin embargo y en la línea que nos hemos propuesto en el diseño de investigación, el ministerio reconoce que el tratamiento farmacológico por sí solo no es efectivo, ya que los avances científicos y las investigaciones evidencian que el aislamiento de las personas con Esquizofrenia no hace más que aumentar los síntomas y la

estigmatización en torno a la enfermedad. En esta línea es que se proponen *Estrategias Comunitarias*, que consisten en la incorporación de redes sociales y de las familias en torno al tratamiento de la esquizofrenia. De esta forma, reconoce el ministerio, se utilizan recursos que antes no habían sido considerados o bien subutilizados y por otra parte un menor consumo de los recursos hospitalarios. Además se establece la población beneficiaria a los mayores de 15 años, y su atención tanto en los recintos primarios como terciarios del sistema de salud pública y en establecimientos privados (www.minsal.cl).

No obstante, en el cuadro de *Prestaciones de atención primaria para personas con Esquizofrenia estabilizada* (www.minsal.cl), aunque se refiere a aspectos relativos de la intervención psicosocial y en grupos, en lo referente a la inserción laboral, ésta es planteada como *actividades* de rehabilitación social y laboral.

En este sentido y en función de los objetivos planteados en la investigación, consideramos que el término *actividad* no necesariamente refiere a inserción laboral o a un plan laboral o de trabajo que tenga por función la integración plena de las personas con esquizofrenia. Si bien reconocemos que el plan contempla en forma de detallada y multidisciplinaria el tratamiento, falta la referencia y participación de los principales afectados: las personas con esquizofrenia. Si bien se establece la participación de organizaciones de pacientes y familiares, ésta se reduce al entrenamiento en “comportamientos” sociales, domésticos o de autoayuda, y no hay un espacio exclusivo para aquellas personas con esquizofrenia en los que manifiesten

sus inquietudes y anhelos respecto de lo que ha significado insertarse social y laboralmente tras el tratamiento, o que otros elementos le gustaría que fuesen considerados en la rehabilitación. En definitiva, que su voz sea considerada y pasen de ser un objeto para la clínica a un sujeto activo en el proceso de inserción social y laboral.

4.30.1 Modelo de Rehabilitación con base comunitaria: trabajando con y en la comunidad

Tal como se señaló en el capítulo dedicado a la *Reforma Psiquiátrica*, el modelo que se instala es comunitario, donde los afectados por los trastornos psiquiátricos severos y sus familias reciben atención en la comunidad.

Dado lo anteriormente señalado, nos ha parecido atinente echar un vistazo al modelo de Rehabilitación con Base Comunitaria -en adelante *RBC*-, el cual se caracteriza por promover la colaboración de la comunidad en aspectos relativos a “ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad” (OIT, UNESCO, OMS, 2004, p. 2).

Iniciada hace 25 años, tras la Declaración de Alma - Ata (ver cuadro al final del presente capítulo), este enfoque comunitario, apunta a resguardar los Derechos Humanos de las personas con discapacidad. En este sentido viene a reforzar las

normas uniformes de la ONU y la Convención para la Protección y la Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad (OIT, et al, 2004)

El principal objetivo de la *RBC* consiste en asegurar que las personas discapacitadas puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales, teniendo acceso a los servicios y a las oportunidades y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general (OIT, et al, 2004)

Asimismo la *RBC* es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad (OIT, et al, 2004)

La evolución del concepto de RBC gira en torno a los conceptos de discapacidad y rehabilitación, basándose en la llamada *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF*. Este nueva nomenclatura, que será explicado en detalle mas adelante, considera a la discapacidad como consecuencia no sólo de una deficiencia sino que además a factores ambientales, sociales , restricción a la participación, las actitudes, servicios y políticas. Por ejemplo, esta comprobado que pobreza y discapacidad generan un circulo vicioso en que la una potencia a la otra (OIT, et al, 2004)

La RBC plantea que las comunidades deben ser integradoras, es decir inclusivas, lo que significa que éstas adapten a toda la comunidad (con y sin discapacidad) sus estructuras y procedimientos, facilitando por ejemplo la capacitación y el empleo. De

este modo “la comunidad se observa a si misma y estudia cómo afectan las políticas, las leyes, las practicas habituales a todos los miembros de la comunidad” (OIT et alt, 2004, p. 5)

4.30.2 Articulación de la Rehabilitación con Base Comunitaria

El modelo de la *RBC* se va articulando a través de las *Organizaciones de Personas con Discapacidad* -en adelante OPD-, cuya función es sensibilizar a las personas con discapacidad acerca de sus derechos, y como garantizarlos y en conjunto con sus asociados, promover el empoderamiento de los programas de *RBC* (OIT, et alt, 2004).

Se distinguen dos tipos de OPD las genéricas que apuntan a todo tipo de discapacidad y las específicas que aglutinan solo a personas que tienen deficiencias concretas. Ambas tienen el deber de conocer los requerimientos de las personas con discapacidad y encontrar vías para satisfacerlos (OIT, et alt, 2004).

En ocasiones, las políticas de *RBC* pueden ser puestas en marcha por una ONG o ministerio (generalmente de Salud, Planificación o Trabajo), pero en cualquier caso ésta debe ser decidida por los organismos de la comunidad y apoyada por políticas y estructura de gestión (OIT, et alt, 2004). Todo dependerá de las características del Estado, administración central y local, como se reparten los recursos y desde que repartición provienen las políticas de *RBC*.

En caso de que los programas de *RBC* no tengan un apoyo a nivel central, el impacto dependerá si es posible coordinar los diferentes proyectos a las reparticiones de gobierno. De lo contrario, plantean los autores del documento, se hace compleja la sustentabilidad de los programas de *RBC* en el tiempo (OIT, et al, 2004).

Independiente de la cartera o repartición que asuma el programa de *RBC*, para que este se ponga en marcha es imprescindible que la comunidad este al tanto de sus necesidades. Sin embargo pueden recibir dos tipo de apoyo: por una parte mediante los gestores de nivel intermedio o distrito, los que se vinculan directamente con la comunidad -sobre todo las personas con discapacidad y sus familias-, para que ésta tome conciencia de las bondades que el programa aporta, y determinen ellas mismas el nivel de necesidades. Por otro lado las reuniones de la comunidad otorgan el espacio para evaluar los requerimientos y si éstos debiesen ser acogidos por un programa de *RBC* (OIT, et al, 2004).

Si la comunidad decide aplicar un programa de *RBC*, un camino a seguir es por medio “del liderazgo de un comité de desarrollo comunitario ya existente u otra estructura encabezada por el jefe del pueblo o el alcalde de la ciudad” (OIT et al, 2004 p. 9) A grandes rasgos esta instancia procede como coordinador de los distintos estamentos gubernamentales y no gubernamentales, preocupados de apoyar el programa de *RBC*.

Existe la probabilidad de que los miembros del comité de *RBC*, requieran de la intervención de un experto para resolver problemáticas de la comunidad. Es por ello que el intercambio de información es un aspecto importante de los programas de *RBC*.

Otro eje fundamental son los *agentes comunitarios*, los que generalmente son profesores, profesionales de la salud, o trabajadores sociales que se desempeñan de manera voluntaria, ya sea informando, atendiendo o defendiendo a las personas con discapacidad y a sus familias, siendo las personas con discapacidad los mejores candidatos para realizar esta función (OIT et al, 2004).

Asimismo los programas de *RBC* tienen apoyo multisectorial a la comunidad, atendiendo las necesidades de las personas con discapacidad y afianzando el rol de las *OPD*. En este sentido, todos los programas de *RBC* debiesen colaborar de manera estrecha con los distintos sectores de la sociedad, para que de esta manera se pueda garantizar las oportunidades de trato justo e igualitario de las personas con discapacidad a los distintos servicios que otorga la comunidad (salud, educación, entre otros). Siguiendo esta lógica, en lo que respecta al empleo, es el sector laboral el llamado a que “los jóvenes y los adultos con discapacidad tengan acceso a oportunidades de formación y trabajo a nivel comunitario” (OIT et al, 2004, p 12). Las reparticiones gubernamentales cuentan con la experiencia y capacidades para garantizar o dar un marco adecuado para el acceso igualitario de las personas con discapacidad al trabajo, el que se debiese traducir en la capacitación, la educación, la

readaptación de los puestos de trabajo, jurisprudencia, normas uniformes entre otros tópicos (OIT et al, 2004)

Respecto del rol de la comunidad, existe el aprendizaje no formal con monitores o empresas que están dentro del distrito, y que otorguen experticia para el trabajo. Los empresarios, tienen la posibilidad de apoyar los proyectos de *RBC*, a través de la contratación de personas con discapacidad y desarrollo de competencias; así como la oportunidad de acceso a créditos para microemprendimiento. Estos pueden ser apoyados por corporaciones, fundaciones u ONG (OIT et al, 2004). Estas últimas pueden tomar distintas formas, ya sea mediante servicios de ayuda religiosa o desarrollo, pero en general si su presencia o contactos es internacional, pueden contar con la capacidad para extender los planes de *RBC* (OIT, et al, 2004).

Los medios de la comunicación (prensa escrita, radio y televisión) pueden trabajar de manera coordinada con los involucrados en *RBC*, para que de esta manera se entregue una visión positiva y dignificadora de las personas con discapacidad (OIT, et al, 2004).

Actualmente se considera a la *RBC* como una herramienta idónea para cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad, especialmente de las que viven en áreas rurales. Si bien se han promovido programas de *RBC* en estas zonas, es necesario que éstos se propaguen ampliando sus labores a otros sectores y tomando

en consideración la igualdad de género e incluyendo todos los rangos etéreos de las personas discapacitadas (OIT, et alt, 2004).

Asimismo los programas de RBC están en constante expansión y se pretende que las personas con acceso limitado a éstos, producto de las condiciones geográficas y/o económicas, se integren a los servicios de apoyo que presta la comunidad (OIT, et alt, 2004).

La experiencia de los programas de RBC han revelado que es ineludible la realización de una capacitación formal, que asegure que los programas se gestionen de manera eficiente, para que las OPD colaboren de manera eficaz y para una adecuada prestación de servicios por parte de los agentes de RBC y los profesionales que prestan servicios de apoyo.

Asimismo es probable que las OPD también necesiten capacitarse en tareas como” la promoción, planificación y evaluación de programas, para actuar como enlaces entre la comunidad y los niveles nacional e intermedio o de distrito”. (OIT et alt, 2004 p. 10)

Tanto los agentes de RBC como los profesionales que prestan servicios especiales deben prepararse y adquirir destrezas para capacitar a las personas con discapacidad, proporcionando información, sensibilizando a las familias de personas con discapacidad y a los dirigentes de la comunidad. Probablemente deban instruirse en el

lenguaje de señas e idear maneras de comunicarse con las personas que tengan discapacidades visuales, de movilidad, de comprensión o de comportamiento (OIT, et alt, 2004).

El objetivo fundamental de la *RBC* es que las personas con discapacidad física y psíquica se potencien al máximo, al tiempo que accedan y hagan uso de los servicios comunitarios insertándose a su entorno (OIT, et alt, 2004).

Dicho lo anterior la *RBC* abarca un abanico de acciones de inserción de las personas en la comunidad, desde la prevención y rehabilitación de la discapacidad, hasta el desarrollo de un trabajo remunerado. Éste último considerado como el punto máximo de la integración a la comunidad -el sujeto pone en marcha sus capacidades, al tiempo que se dignifica como persona- (OIT, et alt, 2004).

Aunque existen proyectos, programas de *RBC* que son representados por reparticiones estatales o gubernamentales, estos traspasan la puesta en marcha y ejecución y administración de los fondos a la comunidad. En suma es un esfuerzo mancomunado de las personas con discapacidad, sus familias y los diversos servicios de la comunidad (OIT, et alt, 2004).

Si la coordinación de un programa de *RBC* viene desde el exterior, éste podría ser del *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad* (OIT, et alt,

2004), el que hace sugerencias y análisis respecto de la situación de salud, educación y de empleo de las personas con discapacidad.

Desde el otro polo, un programa de *RBC* puede ser el resultante de las exigencias propias de las organizaciones de personas con discapacidad y/o de grupos que trabajen en rehabilitación (OIT, et al, 2004).

Aunque, como se planteó en los párrafos anteriores, es la comunidad la que tiene en sus manos la ejecución de información de la *RBC*, hay aspectos de tipo técnico que deben ser abordados por servicios y profesionales competentes. A estos se les denomina los *servicios de referencia* (OIT, et al, 2004). Por ejemplo, la sensibilización y toma de conciencia de una persona con esquizofrenia respecto de su tratamiento farmacológico.

Esto ayuda al prestigio de los programas de *RBC* y a una mejor coordinación entre la comunidad y los servicios especializados. Asimismo, el proyecto de *RBC* permanecerá en el tiempo sólo si se reúnen los siguientes requisitos: detección de una necesidad, voluntad de la comunidad para abordar el requerimiento y el apoyo de *RBC* a ésta.

Las personas con discapacidad y sus familias fijan las necesidades más urgentes, basado en el conocimiento de éstas. De no existir este conocimiento el proyecto no será eficaz. Debe ser discutido por los diferentes estamentos de la comunidad -

dirigentes, personas discapacitadas, familiares de éstos, organizaciones, etc.- (OIT, et alt, 2004).

El apoyo desde organizaciones publicas o de gobierno, podrán mejorar la disposición de la comunidad para participar en un proyecto de *RBC* (OIT, et alt, 2004).

Pero estos tres factores no son garantía de éxito si la *RBC* no responde a una política gubernamental, si los trabajadores comunitarios no son suficientes o están poco motivados ante un proyecto de *RBC* (OIT, et alt, 2004).

DECLARACION DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,

Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y

cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

(En www.paho.org)

4.40 Talleres protegidos

Desde la *RBC*, se plantea que la plena realización de la persona en la comunidad, se refleja mediante la obtención de un trabajo remunerado. En nuestra tesis, uno de los objetivos a analizar es como se da este proceso de inserción laboral en los talleres protegidos, por lo que analizaremos sus implicancias y objetivos.

El eje de todo proceso reajuste es la colocación de la persona con discapacidad psíquica, es decir su incorporación a la sociedad a través del trabajo. El no lograr un empleo remunerado acorde a las posibilidades de cada persona significa no sólo una pérdida económica, sino que también una grave consecuencia al provocar un sentimiento de frustración en las personas discapacitadas, especialmente esperanzados por el tratamiento y la atención que se les ha brindado.

Sin embargo, es necesario reconocer que existen personas con discapacidad psíquica que por el grado y naturaleza de su invalidez tienen muy restringidas sus posibilidades de acceso a un empleo corriente o dentro del mercado laboral competitivo.

Los organismos internacionales han consagrado el derecho al trabajo de todas las personas: ya en el año 1946 la *Declaración Universal de los Derechos Humanos por las Naciones Unidas* “asegura a cada hombre el derecho a la seguridad social y el derecho al trabajo, protegiendo su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad”.

En las constituciones de casi todos los países del mundo aparece el derecho al trabajo de sus habitantes como un derecho fundamental, y se vela por facilitar a todos el ejercicio de este derecho. Sin embargo el grupo constituido por personas discapacitadas es probablemente el que menos oportunidades tiene de acceso al mundo laboral.

Es así como programas de rehabilitación profesional que actualmente se llevan a cabo en muchos países -incluido el nuestro- pretenden dar solución a este problema fomentando la creación de servicios que brinden a este grupo de personas facilidades de acceso al mercado laboral. Sin embargo, debe reconocerse que en el mercado laboral competitivo no existen muchas posibilidades de ingreso al mercado laboral para un alto porcentaje de las personas con discapacidad psíquica; aparece aquí la necesidad del taller protegido como institución que ofrezca trabajo en esas condiciones. Se puede plantear que todo sistema de rehabilitación profesional debe ser complementado con los talleres protegidos, ya que el porcentaje de personas con discapacidad que no tienen posibilidades de obtener un empleo en el mercado laboral competitivo aumenta con la tasa de desempleo que existe en cada país.

Lo anteriormente planteado revela que en todos los países la demanda de trabajo protegido es siempre superior a la oferta de los servicios existentes o programados. Incluso en países desarrollados puede observarse que los talleres protegidos tienen siempre su capacidad colmada.

4.40.1 Definición y objetivos del taller protegido

Según el glosario sobre rehabilitación profesional y empleo de los incapacitados de la Oficina Internacional del Trabajo -edición provisional- el taller protegido “se trata, a menudo, de un establecimiento subvencionado, donde se ofrece trabajo a personas que, debido a una incapacidad grave y/o a las condiciones del mercado del empleo, no pueden lograr un empleo competitivo. Estos talleres proporcionan parcial o totalmente los siguientes servicios: evaluación profesional, guía, adaptación al trabajo, formación profesional, empleo protegido a largo plazo, preparación para colocarse en un empleo no protegido y colocación selectiva, seguimiento”. (Giorgio, Lacal, 1987)

La definición anteriormente planteada se esfuerza en resumir los distintos servicios que ofrecen los talleres protegidos que funcionan en distintos países. En general el objetivo fundamental es posibilitar trabajo a personas con incapacidades graves. Sin embargo, esta definición acoge la posibilidad de que aun personas que no tienen limitaciones graves puedan tener acceso al taller protegido, dependiendo de las condiciones del mercado de trabajo. Por ejemplo, en un país donde existan grandes tasas de desempleo, el criterio de admisión deberá ser más flexible ya que el acceso al trabajo es más difícil. (Giorgio, Lacal, 1987)

Por el contrario en países donde el desempleo es bajo, el taller deberá reservarse para los casos mas graves, puesto que los demás podrán obtener mas fácilmente trabajo en el mercado laboral competitivo. (Giorgio, Lacal, 1987)

La recomendación N° 99 (1995-OIT) en el capítulo VIII, art.33, menciona: “Los talleres protegidos deberían proporcionar, con la debida vigilancia medica y profesional, no solo trabajo útil y remunerado, sino también oportunidades de adaptación al empleo y de ascenso y siempre que sea posible, de traslado a un empleo normal. (Giorgio, Lacal, 1987)

Los objetivos de un taller protegido se pueden resumir en los siguientes puntos:

- a) Instaurar una fuente laboral con condiciones especiales para personas con discapacidad, que ven limitadas sus posibilidades laborales en el mercado laboral competitivo.
- b) Servir de lugar de instrucción o adaptación al trabajo para los casos de personas que no puedan asistir a cursos de formación profesional, para que alcancen un entrenamiento que les permita pasar al mercado laboral competitivo.
- c) Posibilitar la ocupación en forma temporal a personas discapacitadas, mientras aguardan su colocación en forma definitiva en un trabajo competitivo.

- d) El taller protegido puede ser un extraordinario servicio para la evaluación de casos para la rehabilitación profesional. El aprendizaje de habilidades sociales y laborales y otras aptitudes pueden ser evaluados durante el proceso de una persona con discapacidad que sea parte del taller protegido.

El taller protegido puede facilitar el trabajo en el hogar a personas que, por diferentes motivos no puedan concurrir al taller. En estos casos, personal a cargo del taller protegido se haría cargo de dejar y retirar del domicilio el trabajo que la persona con discapacidad realice (Giorgio, Lacal, 1987)

4.40.2 Organización del taller protegido

En muchos países los talleres protegidos han sido organizados por asociaciones de familiares o voluntarios para facilitar el trabajo a las personas discapacitadas. Sin embargo, estas sociedades benéficas no siempre cuentan con los medios técnicos y financieros para llevar a cabo estos servicios. Es por ello que la acción del Estado es fundamental en la promoción de los talleres protegidos. (Giorgio, Lacal, 1987)

La recomendación N° 99 de la Conferencia Internacional del Trabajo de 1955, en su Art. 32 establece:

- 1) La autoridad o autoridades competentes deberían adoptar medidas, en colaboración con organización es privadas que estén interesadas en crear y

llevar a cabo medios de formación y de trabajo protegido a las personas con discapacidad que no pudieron ser capacitados para trabajar en el mercado laboral competitivo.

- 2) Entre estos medios deberían figurar la creación de talleres protegidos y la aplicación de medidas especiales para aquellas personas con discapacidad que por distintos motivos, se vean impedidos de asistir regularmente hasta su centro de trabajo.

4.40.3 Recursos humanos

El taller protegido necesita personal idóneo para llevarse a cabo, entendiéndose por tal a aquellas personas que posean aptitudes, formación básica y capacitación para realizar tal labor.

Se consideran profesionales necesarios para el taller protegido terapeutas ocupacionales, (supervisor) asistentes sociales, médicos, psicólogos. Las funciones de estos profesionales apuntan principalmente a:

El supervisor: Interviene en la selección de casos, entrena a las personas con discapacidad, distribuye las tareas, realiza controles de calidad y cantidad de trabajo, mantiene la disciplina.

El o la Asistente Social: Tendrá a su cargo la atención de los problemas socioeconómicos de la persona con discapacidad que participa del taller protegido y la relación con la familia de éste. Interviene también en la selección de los candidatos para talleres y en la colocación en empleos laborales competitivos a las personas que cuenten con los requisitos necesarios para ello.

El Médico: Interviene en la selección de casos, aconseja sobre los trabajos y realiza periódicamente exámenes a las personas discapacitadas que participan del taller protegido.

El psicólogo: interviene en la selección de casos y cuando es necesario realiza terapias individuales o colectivas. (Giorgio, Lacal, 1987)

4.40.4 Funcionamiento del taller protegido.

Selección de casos: El taller protegido debería acoger a los trabajadores accidentados o víctimas de enfermedad profesional; asimismo podría abrirse a la comunidad tomando casos de personas discapacitadas que no tengan trabajo. (Giorgio, Lacal, 1987)

En cuanto al tipo de discapacidad, el taller debería ser polivalente, o sea para todo tipo de discapacidad. Sin embargo la mayoría de los casos serán personas con discapacidad física; deberá tenerse en cuenta que en caso de aceptarse personas con

discapacidad mental o psíquica, la proporción de estos con respecto al total del taller no deberá exceder del 10 al 15%. Un número mayor de personas exigiría una supervisión medica especial que originaria mayores costos. (Giorgio, Lacal, 1987)

Reevaluación: La asistencia mas o menos prolongada a un taller protegido puede poner a una persona en condiciones de desempeñase normalmente en un puesto de trabajo común.

Para determinar cuáles personas y en qué momento se han logrado estas habilidades, se hace indispensable una reevaluación periódica de las personas que participan del taller protegido. (Giorgio, Lacal, 1987)

Trabajos: Un principal factor de éxito en la marcha del taller protegido es la selección de los trabajos a realizar en el mismo. Se discute si es conveniente tomar trabajos en subcontrato o por el contrario producir y comercializar algún articulo. (Giorgio, Lacal, 1987)

Horario de funcionamiento: El horario del taller debería ser el mismo que se estila en empresas y fábricas. Es el medico el que determinará los casos en que el horario deberá ser progresivo, pero lo ideal es que todos lleguen a cumplir una jornada laboral del ocho horas. Debe tomarse en consideración que un taller protegido que pretenda funcionar en horarios reducidos, dará solamente una terapia ocupacional o un pasatiempo ya que no se lograría la adaptación de la persona con discapacidad a

una situación real de trabajo, si no es través de una jornada completa. (Giorgio, Lacal, 1987)

En el caso de que la jornada de trabajo sea de ocho horas corridas, deberá hacerse un descanso para tomar una colación, asimismo tal como se hace en la industria, deberán respetarse los descansos dominicales, días feriados, etcétera. (Giorgio, Lacal, 1987)

Retribuciones: La retribución de los operarios debe realizarse en lo posible de acuerdo a la producción.

“En el año 1959 en el Seminario Europeo sobre el Empleo Protegido de La Haya, se aconsejó que la retribución hacerse tomando en cuenta los siguientes factores:

- a) Cantidad de trabajo.
- b) Calidad de trabajo.
- c) Interés demostrado hacia la tarea.
- d) Actitud frente a compañeros y supervisores
- e) Cuidado de los materiales, herramientas, maquinarias, edificios y consumo de energía.

Es obvio que este sistema seria ideal sino fuera por las dificultades en la aplicación de los factores anteriormente mencionados, ya que si bien los dos primeros factores son relativamente fáciles de evaluar, los siguientes suponen una cuidadosa observación de cada caso. Debe tenerse en cuenta que el objetivo principal de la retribución es

motivar a la persona discapacitada para que mejore continuamente su habilidad en el trabajo y se sienta orgulloso de sus logros. (Giorgio, Lacal, 1987)

4.50 Estadísticas de la discapacidad en Chile

4.50.1 Primer estudio nacional de la discapacidad

Los datos estadísticos que existían hasta antes de la realización del Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile daban cuenta de las falencias conceptuales y las enormes diferencias cuantitativas entre sus datos, esto se debe a que la conceptualización de la discapacidad y el tipo de instrumentos utilizados difiere entre unos investigadores y otros. (Fonadis, 2004)

Mediante una pregunta realizada en el *CENSO* del año 2002 que consultó sobre deficiencias totales y severas se estableció que el 2,2% de la población padece una o más deficiencias, lo que equivale a 334.377 personas con discapacidad. El mencionado Censo consideró como discapacitados a las personas que manifestaron ceguera y sordera total, mudez, parálisis y deficiencia mental. (Fonadis, 2004)

Por otro lado la encuesta CASEN 2003 realizada por el Ministerio de Planificación, plantea que un 3,6% de la población chilena posee a lo menos una discapacidad, es decir 565.913 personas, dicha cifra atañe a las personas que manifestaron tener alguna deficiencia (forma en que se conceptualiza la discapacidad), o sea a partir de

las deficiencias para oír, ver, hablar, deficiencia física, mental y por causa psiquiátrica. (Fonadis, 2004)

Otro de los dispositivos usados para establecer la prevalencia de la discapacidad en nuestro país ha sido la *Encuesta de Calidad de Vida y Salud* realizada por el Ministerio de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas en el año 2000. Esta encuesta que incorporó siete preguntas acerca de las dificultades para el desarrollo de actividades habituales, arroja un dato completamente distinto a *CENSO* y *CASEN*, planteando que un 21,7% de la población, declararon a lo menos un tipo de discapacidad. Ésta significó un enorme aporte al conocimiento de la discapacidad ya que contribuyó con una conceptualización más dinámica y ligada a las consecuencias de un estado negativo de salud relacionado con las dificultades para la realización de actividades cotidianas. (Fonadis, 2004)

Asimismo se ha preguntado principalmente por déficit o deficiencias y no por discapacidad, lo que ha coartado de alguna manera describir y/o tener registros de las dificultades o consecuencias de dichas deficiencias en las actividades cotidianas de la población con discapacidad; o como plantea la *CIF* “las consecuencias negativas de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales, ambientales y personales” (Fonadis, 2004)

El primer estudio nacional de discapacidad en Chile se enmarca en los derechos de las personas con discapacidad a ser sujetos sociales, ya que en pleno siglo XXI, es

inevitable la necesidad de cimentar la acción en discapacidad sobre una sólida perspectiva de derechos, reconociendo a las personas con discapacidad y a sus familias como sujetos directos y activos en sus derechos. (Fonadis, 2004)

Durante muchos años el prototipo de la rehabilitación y los enfoques biomédicos centraron los esfuerzos principalmente en la provisión de servicios, contrariamente a esto hoy se levanta un enfoque que promueve la autonomía de las personas con discapacidad, reforzando el marco de los Derechos Humanos y fortaleciendo el potencial participativo de las propias personas con discapacidad y sus familias, acercando de esta manera a la comunidad a la mejor rehabilitación disponible.

4.50.2 Estadística de discapacidad y la CIF

La definición conceptual de la discapacidad del Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, así como su instrumento de recopilación de información, están basados en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* promulgada por la Organización Panamericana de la Salud (Fonadis, 2004, p. 13).

Por otra parte, en los modelos actuales de rehabilitación ocupacional, lo que se busca es que el sujeto no sólo se inserte laboralmente en la comunidad, sino que además lo haga según sus intereses. Es por ello, que desde la OMS, *Organización Mundial de la Salud* y la OPS, Organización Panamericana de la Salud se ha validado un nuevo

concepto de discapacidad psíquica en base a un nuevo instrumento de evaluación, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), cuyo fin es “aporta un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud (...) en la que las problemáticas de la discapacidad sean una resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social” (ENDISC –CIF, 2004 p.13). En este sentido, la CIF permite una nueva clasificación en torno a la discapacidad:

Deficiencias de función y estructura (antes deficiencias en general).

Limitaciones a las actividades (antes discapacidades).

Restricciones a la participación (antes minusvalía). (ENDISC –CIF, 2004 p.14).

Los cambios en los conceptos y estructuras que se incluyeron a lo largo del proceso de revisión de la Clasificación de Discapacidad y que dieron origen a la generación de la CIF, fueron de tal magnitud que es posible afirmar que ésta se ha convertido en un nuevo sistema nosológico, que integra todos los principios rectores de su proceso de revisión. (Fonadis, 2004)

La CIF aporta con un lenguaje estandarizado, fidedigno y que se puede aplicar transculturalmente, lo que permite describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, empleando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas

problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.

La CIF pretende poner en evidencia, la situación real del funcionamiento humano, en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social. (Fonadis, 2004 p. 13)

Con todo este cambio en la manera de concebir la conceptualización de la CIF, se puede afirmar que ésta ha pasado de ser una clasificación de *consecuencias de enfermedades* -versión vigente entre 1980 y mayo del 2001- a una clasificación de *componentes de salud*, centrando sus objetivos en brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. (Fonadis, 2004)

Como clasificación la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona con un estado de salud. El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación (Fonadis, 2005).

Asimismo, con el desarrollo de la CIF, precisada consustancialmente como una clasificación de salud y de aspectos relacionados con esta, los ámbitos de aplicación se amplían a otros sectores como las compañías de seguros, el sistema laboral, la educación, entre otros. Dicha clasificación ha sido además aceptada como una de las clasificaciones sociales de las naciones unidas e incorpora las normas uniformes para la igualdad de las personas con discapacidad (Fonadis, 2005).

Como tal la CIF brinda un instrumento adecuado para llevar a cabo los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales. Ésta ofrece además un marco de referencia conceptual para la información que es adaptable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, promoción de la salud y la mejora de la participación, aplacando los obstáculos sociales e impulsando el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores (Fonadis, 2005).

De lo anteriormente planteado se desprende que el futuro de la *CIF* dependerá de su utilidad práctica, es decir, hasta que punto puede servir como medida de la actuación de los servicios de salud a través de indicadores basados en el efecto que tienen los consumidores y el grado en el cual es aplicable a las distintas culturas, con el propósito de llevar a cabo comparaciones internacionales para establecer comparaciones internacionales para identificar necesidades y recursos, para la planificación y la investigación (Fonadis, 2005).

Como ejemplo de la utilidad pública que brinda la *CIF*, destaca el trabajo que se realizó en el año 2003 en la ciudad de Cantabria –España- en el contexto del Convenio de Colaboración firmado entre el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO y la *Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria* UIPC, para el proceso de revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud , *CIF* así como su difusión e implementación en España: La adaptación del Método estrella a la conceptualización, terminología y estructura de la *CIF*

4.50.3 El impacto de la *CIF* en el método estrella de valoración y orientación profesional

El método estrella de valoración y orientación profesional, se puede definir como un método estandarizado para la recolección de información relativa a las capacidades de las personas en situación de discapacidad que deseen acceder a un empleo, tanto en el mercado laboral competitivo como en una instancia protegida (UIPC, IMSERSO, 2003).

El método estrella presenta como apoyos fundamentales dos procesos básicos y que se complementan entre si y que asimismo son el núcleo de cualquier agencia de Orientación e Inserción Laboral:

- La valoración y orientación profesional de la persona
- El análisis del puesto de trabajo

El hecho de llevar a cabo ambos procesos, permite la inserción laboral a través de una metódica selección de posibles candidatos para desempeñarse en puestos de trabajo en el mercado laboral competitivo (UIPC, IMSERSO, 2003).

Es así como el vocabulario, la estructura y conceptualización del Método Estrella , manifiesta el ámbito de la CIF , organizando la información concerniente al perfil de la persona que postula a un empleo , de un modo significativo , correspondiente y fácilmente accesible (UIPC, IMSERSO, 2003).

La conexión existente entre la *CIF* el método Estrella contribuye a que profesionales de diferentes ámbitos y que se encuentren implicados en el campo de la discapacidad y el empleo, utilicen un lenguaje común y de aplicación universal, en lo que a valoración de las personas con discapacidad se refiere (UIPC, IMSERSO, 2003).

Es indudable que , para el universo de la *CIF* ,que contempla tanto los dominios de la salud como cuestiones relacionadas con ella, el tema del empleo y en concreto del acceso al mercado laboral competitivo de las personas con discapacidad, es uno de los puntos mas importantes a la hora de evaluar el bienestar de las personas. El haber desarrollado este trabajo de adaptación de un método, como es el método estrella, de manera estrechamente relacionada al acceso al trabajo de las personas con

discapacidad, a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*, cumple uno de los principales objetivos marcados para la *CIF* desde la propia *OMS* (UIPC, IMSERSO, 2003).

El modelo de intermediación laboral de FONADIS, basado en el método estrella contempla siete etapas:

- 1.- Evaluación y entrevista: Se analizan las competencias laborales y los antecedentes personales, laborales y familiares de la persona con discapacidad.
- 2.- Antecedentes de la discapacidad: tipo, grado, medicación y problemas asociados.
- 3.- Perfil ocupacional: mide las competencias del sujeto, según grado de discapacidad -si es física, sensorial, visión, psíquica, mental, nivel de autonomía, etc-.
- 4.- Antecedentes académicos: educación formal, talleres, capacitación, si cuenta o no con título.
- 5.- Antecedentes laborales: se pesquisa toda la historia laboral del sujeto, cuantos empleos tuvo, cuanto abandono o fue despedido y porque.
- 6.- Expectativas: área, jornada, sueldo, movilidad o capacidad de traslado.
- 7.- Selección: análisis de puesto de trabajo. Este aspecto se cruza con el punto N° 1 y N° 2.

Si la persona ha sido seleccionada para el puesto de trabajo, deben corroborarse los siguientes elementos en la empresa o institución: tipo de contrato, conocimientos exigidos para el empleo, nivel educacional, etc. Posteriormente, se negocia con el futuro trabajador, si le interesa o no concurrir a la entrevista, de ser positiva la respuesta, se pasa al *apresto laboral*.

En el apresto laboral, se entregan las orientaciones específicas para la entrevista de trabajo, es decir manejo de habilidades sociales y comunicacionales.

Si la persona es aceptada en el empleo, FONADIS realiza un seguimiento laboral, el que se hace posterior a los 30 días de la colocación en el puesto de trabajo. Aquí se aplica una evaluación al empleador (nivel de adaptación de la persona a su puesto de trabajo, respecto de la cantidad y calidad de trabajo, comprensión de las instrucciones, relación con sus compañeros de trabajo, entre otros) y el trabajador (conformidad con el sueldo, jornada de trabajo, etc). Cabe señalar que la tarea de FONADIS llega hasta este punto (debido a las capacidades técnicas de la institución), sin embargo quienes han sido colocados en empleos deben tener seguir en contacto con la institución.

Dado que el seguimiento de FONADIS es breve, se han tomado ciertos resguardos con las empresas o instituciones: jornada laboral de no más de 30 horas a la semana y en horario diurno; trabajo estructurado o semi – estructurado; empleos que se relacionen con servicios, aseo, producción, operarios, administrativo.

Desde el usuario, se exige que se encuentre farmacológicamente compensado, en un periodo de al menos seis meses y que tenga apoyo familiar y psicoterapéutico. Con ello, y sobre todo en el caso de la discapacidad psíquica (que representa el 11% de las colocaciones en el mercado laboral competitivo), FONADIS evita las descompensaciones, asunto que hasta el momento no ha sucedido.

El empleador debe firmar un *Convenio de Colaboración*, en el que señalar el periodo de la colocación con cuantas vacantes se compromete.

Este programa, que se inició el 2002, en una primera instancia se implementó con la pequeña, mediana y gran empresa. No obstante, las mejores experiencias han sido con esta última, ya que cuentan con políticas de responsabilidad social, departamento de recursos humanos y bienestar -que no tienen las PYMES-, mayores recursos, en el caso que haya que implementar adaptaciones a personas con discapacidad física, existencia de un proceso formal de ingreso, prevención de riesgos, etc.

De las 1700 personas empleadas, 300 corresponden a trabajadores independientes o microemprendedores mediante un programa FOSIS (financiado por el Banco del Desarrollo y en que FONADIS actúa como aval), que entrega un subsidio de \$300.000 para materiales. También se cuenta con el *Fondo de Organizaciones Comunitarias* y la *Línea de Acceso al Trabajo*.

4.60 Las reparticiones públicas y privadas orientadas a la inserción laboral

4.60.1 Entidades encargadas de la inserción laboral de personas con discapacidad

Actualmente existen entidades que están encargadas de la inserción laboral y capacitación de las personas con discapacidad, entre ellas se pueden mencionar como las más importantes, el *Fondo Nacional de la Discapacidad*, FONADIS, la *Sociedad de Fomento Fabril SOFOFA* y el *Servicio Nacional de Capacitación y Empleo SENCE* (Hormazabal, 1998)

4.60.2 Fondo Nacional de la discapacidad, FONADIS

El Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS, es una entidad autónoma del Estado, que esta relacionada con el Ejecutivo a través del Ministerio de Planificación (Hormazabal, 1998)

Fue creado en 1994, por mandato de la Ley 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, y como respuesta a la constante demanda de este sector de la población, para disponer de un organismo orientado a la satisfacción de sus necesidades (www.fonadis.cl).

Los recursos que administra *FONADIS* se destinan preferentemente al financiamiento total o parcial de la adquisición por parte de terceros de las ayudas técnicas. Estas ayudas están destinadas a personas con discapacidad de escasos recursos o a personas jurídicas sin fines de lucro que las atiendan, asimismo se financian total o parcialmente planes, programas y proyectos en favor de las personas con discapacidad, que sean ejecutados por terceros y que de preferencia se orienten a la prevención, diagnóstico, rehabilitación e integración social de dichas personas (www.fonadis.cl).

El objetivo principal del programa es lograr la inserción de las personas con discapacidad en un puesto de trabajo en el mercado laboral competitivo, como un paso sustancial hacia una mayor autonomía, ésta entendida como el modo y el éxito con que una persona con discapacidad logra manejar las dependencias ocasionadas por ella.

4.60.3 Proyectos de capacitación e inserción laboral

El *FONADIS* ha realizado anualmente, llamados a concursos nacionales de proyectos de capacitación e inserción laboral de personas con discapacidad. La modalidad de proyectos que se financia en estos concursos, apunta a cursos ejecutados por instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que posean idoneidad técnica, solvencia financiera y experiencia profesional debidamente comprobada en el campo de la capacitación (www.fonadis.cl).

Cada proyecto incluye una campaña de sensibilización de la comunidad y del empresariado, y un plan de inserción laboral de las personas con discapacidad que aprueban el curso (www.fonadis.cl).

En general, las personas con discapacidad presentan un bajo índice de auto colocación, de allí que es importante y esencial la Intermediación Laboral, parte sustancial en el proceso de inserción laboral, que consiste en el análisis, por parte de profesionales especializados, de los puestos de trabajo de las personas con discapacidad a partir de las aptitudes, expectativas, características físicas, tipo de personalidad, edad, sexo, entre otras (www.fonadis.cl).

La intermediación laboral esta a cargo de las Oficinas de Colocaciones Municipales, dependencias encargadas de ejercer el nexo entre la oferta y demanda de trabajo.

Con la colaboración del Gobierno de Chile, el Fonadis, ha implementado un programa pionero en el país, el que se orienta a la inserción de personas con discapacidad en un puesto de trabajo en el mercado laboral competitivo (www.fonadis.cl).

Este Programa se implementa con la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales, orientado a distintas áreas de acción coordinadas:

Entrevista de beneficiarios: En ésta se desarrolla una rigurosa evaluación de las capacidades y aptitudes de las personas con discapacidad, determinándose de esta forma el perfil laboral funcional de cada postulante.

Búsqueda de posibilidades de trabajo en empresas privadas y servicios públicos: En esta etapa se realiza el análisis del puesto de trabajo definiendo las exigencias físicas, psíquicas y responsabilidades de los puestos de trabajo vacantes, determinando de esta forma el perfil que define el tipo de trabajador que requiere el empleador.

Selección de postulantes: Esta fase se pone en marcha a través de la vinculación de las áreas anteriormente mencionadas, logrando determinar a las personas indicadas para postular al cargo disponible. De este modo la persona con discapacidad se integra como un trabajador más a la empresa, con iguales derechos, responsabilidades y exigencias.

Seguimiento: se entrega apoyo técnico orientado a las eventuales necesidades y requerimientos presentados por el empleador y/o el trabajador durante la etapa de integración del trabajador con discapacidad en la empresa (www.fonadis.cl).

La inserción laboral de las personas con discapacidad física y/o psíquica estará determinada por un Contrato de Trabajo y protegido bajo la normativa vigente del código del trabajo, conforme el vínculo contractual acordado entre ambas partes (www.fonadis.cl).

El *Programa de Intermediación Laboral* se ha implementado en todas las regiones del país y cuenta con una base de datos de personas con distintas discapacidades, autónomas en su traslado, mayores de 18 años, con diferentes niveles de educación y formación, y diversas experiencias laborales (www.fonadis.cl).

El *Fonadis* promueve, sin costo alguno para las empresas, la oportunidad de optimizar su inversión en Recursos Humanos, al contratar una persona con discapacidad, la que cuenta con gran motivación hacia el trabajo y enorme interés en desempeñar adecuadamente su función (www.fonadis.cl).

Becas de Estudio: El *Programa de Apoyo a Estudiantes* con distintos tipos de discapacidad, consiste en el financiamiento total o parcial durante un año de elementos que le faciliten al estudiante con discapacidad, participar de las actividades académicas de su nivel educativo, considerando sus necesidades educativas especiales en relación al tipo y grado de discapacidad que presente, adicionando recursos para movilización y alimentación por beneficiario.

4.60.4 Sociedad de Fomento Fabril, SOFOFA

La Sociedad de Fomento Fabril, es una agrupación industrial – empresarial, que a través de su Comisión de Acción Social del Consejo del Área de Desarrollo Social, desarrolla un programa orientado a abrir espacios de participación de las personas con discapacidad a la vida comunitaria y laboral. (www.sofofa.cl)

En dicho programa se promueve una activa participación de los empresarios y de la base comunitaria organizada, asumiendo en conjunto variadas iniciativas que apunten a la integración a nivel local. (www.sofofa.cl)

Desde el punto de vista institucional, la *SOFOPA* ha puesto énfasis en la difusión de este programa en sus empresas asociadas con el propósito de incorporar cada vez a más empresarios al desarrollo de diversas acciones en tal sentido (www.sofofa.cl).

En el año 1992 se creó una entidad a nivel comunal, constituida por autoridades locales, empresarios, representantes de diversas instituciones de la comunidad y las personas con discapacidad, destinada a intervenir en la integración social y laboral de las personas con discapacidad. (www.sofofa.cl)

Desde que fue creada, y hasta nuestros días la Comisión coordina 154 *Consejos Comunales de la Discapacidad* y asimismo promueve el establecimiento de éstos. Cuya función es constituirse en una red de apoyo comunal y local en el diseño y la aplicación de políticas en beneficio de este grupo de la población. (www.sofofa.cl)

Los Consejos Comunales de la Discapacidad , de ahora en adelante *CCD*, tienen como función principal agrupar a entidades relevantes de la comuna para beneficiar la integración de las personas con discapacidad en el campo laboral, por medio de la elaboración de programas de acción innovadores (www.sofofa.cl)

Los *CCD* desarrollan sus propios diagnósticos acerca de la situación laboral de las personas con discapacidad y a partir de ellos se elaboran las líneas de acción.

El sector privado que participa en los *CCD* realiza importantes contribuciones tales como:

- Ubicación productiva; ésta referida a los puestos de trabajo que existen en las empresas.
- Transmisión de conocimientos y experiencias; El empresario contribuye en el traspaso de información y experiencias en relación a las tendencias ocupacionales.
- Fomenta y promueve la microempresa (www.sofofa.cl)

El objetivo final de la *SOFOFA* es lograr que estos Consejos estén presentes en cada comuna del país y se transformen en canales activos para la integración social de las personas con discapacidad y a la vez sean entes coordinadores entre el empresariado, las personas con discapacidad y la comunidad en general. (www.sofofa.cl)

4.60. 5 Servicio Nacional de capacitación y Empleo, SENCE.

El servicio nacional de capacitación y empleo *SENCE*, es un agente que norma y cofinancia al sistema de capacitación. El país a través del *SENCE* financia y lleva a cabo programas públicos de capacitación para personas que no tienen acceso a la capacitación directa promovida por las empresas (www.sence.cl).

A partir de 1990 se precisan dos líneas principales de trabajo; la primera es el programa de Capacitación Ocupacional que esta integrada por el programa de Empresa, el Programa de Becas Sence y el programa de Capacitación de jóvenes, el programa de Convenios Internacionales y Programas Especiales. La segunda tiene relación con el asesoramiento técnico que por ley el Sence debe otorgar a las Oficinas Municipales de Colocación, O.M.C (www.sence.cl).

4.60.6 Programas Especiales

El programa Especial de Capacitación para personas con discapacidad fue incorporado por el Sence en forma piloto en las licitaciones de programas ordinarios de becas realizado durante los años 1993 y 1994. Dicho programa estuvo dirigido únicamente a personas con discapacidad, con el fin de capacitarlos en diferentes actividades propuestas por organismos especializados (www.sence.cl).

En el año 1995 y producto del éxito que se obtuvo en los cursos realizados anteriormente, el Sence resolvió integrar un programa dirigido principalmente a este segmento de la población, el que incluyó una nueva metodología de trabajo, en el sentido de hacer una convocatoria para personas con discapacidad (www.sence.cl).

5 MARCO METODOLÓGICO.

5.1 Enfoque metodológico

De acuerdo a las características de la investigación, el método que más se adecua para la realización de ésta es el cualitativo, ya que apunta a la descripción de situaciones relatadas desde las propias experiencias de las personas en estudio. A diferencia del método cuantitativo o positivista que busca “la observación, la medición y el tratamiento estadístico de los fenómenos que descubrirán una regularidades básicas en los mismos, expresadas en forma de leyes o relaciones empíricas”. (Pérez Serrano, 1998, p. 22). A ello se suma, que el método cualitativo, al abordar la realidad por sus significados, lo que busca es conocer las propias experiencias de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia en su proceso de inserción laboral y rol que le cabe a los talleres protegidos en ello.

Concordante con lo anterior, lo que se despliega es la propia historia o experiencia del sujeto en relación a su desempeño en los talleres protegidos, su influencia en el tratamiento psiquiátrico, entre otros aspectos que nos interesa abordar más allá de lo que la literatura científica señale en cuanto a las características de la esquizofrenia.

Este enfoque tiene una definición dinámica que se encuentra determinada por diversos factores entre los cuales se encuentran la época histórica en que se vive, la

disciplina en que se inserta la investigación, la ideología que rodea el estudio y la orientación del investigador.

En un intento por sistematizar las características del enfoque cualitativo, Taylor y Bogdan ,1986, han propuesto diez elementos que le son propios:

1.- Es inductivo: Intenta comprender el fenómeno estudiado a partir de datos obtenidos en terreno. No se prueban hipótesis ni modelos preconcebidos.

2.- Posee una perspectiva holística: busca contextualizar el fenómeno tomando en cuenta pasado, presente y proyección a futuro.

3.- Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de la investigación. Estos efectos son considerados al momento de interpretar los datos obtenidos.

4.- Se intenta comprender al sujeto dentro del contexto en que se encuentra, es decir comprender y estudiar el fenómeno desde la perspectiva del sujeto que forma parte de dicho fenómeno.

5.- El investigador se distancia de sus propios prejuicios, es decir mantiene una disposición flexible ante distintas perspectivas dentro del tema.

6.- Todas las visiones frente al problema son validas, ya que la verdad no es absoluta sino relativa.

7.- Esta metodología es humanista ya que no reduce al ser humano a estadísticas sino que lo comprende en todas sus dimensiones.

8.- Se enfatiza la validez a través del discurso, es decir que los datos son obtenidos a partir del discurso del sujeto de investigación.

9.- Todas las personas y escenarios son dignos de estudio ya que poseen características únicas y propias, por lo que nada es demasiado trivial como para no ser investigado.

10.- La investigación cualitativa utiliza elementos del arte ya que incorpora la creatividad y la flexibilidad como un recurso para dar cuenta de la realidad estudiada.

5.2 Tipo de Estudio

Este estudio es exploratorio descriptivo, ya que los hallazgos bibliográficos no nos han permitido contar con antecedentes respecto de la percepción de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia en su proceso de inserción laboral y el rol de los talleres protegidos. Tal como se señaló en la relevancia, las investigaciones apuntan a estudios de tipo cuantitativo y aplicados en talleres protegidos en los que desempeñan

personas con discapacidad mental, cuya percepción del proceso de inserción laboral y las variables que allí se ponen en juego, podrían ser distintas.

Tal es el objetivo de esta fase de estructuración del modelo de análisis que constituye el punto de unión entre la problemática que el investigador ha considerado y su trabajo de indagación, que lo coloca en un nivel de análisis forzosamente restringido y preciso. En este sentido, lo que buscamos es “indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes” (Hernández, 2003, p. 115)

Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis” (Danke, 1989 citado en Hernández, 2003). En este sentido, nuestra investigación lo que pretende es poner de manifiesto las características de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia y que se desempeñan en talleres protegidos.

5.3 Diseño

Nuestro diseño de tesis responde a un diseño no experimental, ya que las variables que están presentes en la investigación no serán manipuladas a priori, es decir “(...) sino como se dan en su contexto natural, para después analizarlas” (Hernández, 2003, p. 287). En el caso de nuestra investigación, se entrevistará a los usuarios que se

desempeñan en talleres protegidos ,el ambiente natural, en relación a las actividades laborales que ya han realizado, por ejemplo en relación a su desempeño.

Los diseños no experimentales se pueden clasificar en transeccionales o longitudinales; para efectos de la presente investigación utilizaremos la investigación transeccional ya que ésta “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, 2003, p. 270).

De esta manera se conocerán las percepciones de los usuarios que participan en los talleres protegidos y su reinserción laboral, sin la manipulación del contexto y con la recopilación de los datos en un momento único.

5.4 Población de referencia (Universo).

En la presente tesis, el universo con el que se trabajará, corresponde a 120 usuarios de talleres protegidos de la Región Metropolitana, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 60 años tanto de sexo femenino como masculino. Asimismo su nivel socio económico es bajo y las comunas de origen: Conchalí, Puente Alto, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Peñalolén, Quinta Normal y Maipú. Viven tanto con sus familiares como en hogares protegidos o casa hogar. En relación al nivel educacional de los usuarios, en su mayoría cuentan con enseñanza básica y media incompleta, sólo un bajo porcentaje con estudios superiores -técnico o universitario-.

5.5 La muestra

En el caso de nuestra investigación, utilizaremos una muestra no probabilística, o también llamadas muestras dirigidas, “éstas suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario” (Hernández, 1998 p. 312). La ventaja de este tipo de muestras es su utilidad para el tipo de diseño (no experimental) que se utilizara en la presente investigación ya que éste requiere una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente ; a partir de la selección de algunas personas, realizaremos inferencias sobre nuestro universo (Hernández, 2003). Asimismo, “la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores” (Hernández, 2003, p. 327). Para efectos de nuestra investigación, los criterios de elección de la muestra, se realizaron en función de aquello que consideramos más representativo.

La ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad de elementos de una población sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema” (Hernández, 1998 p. 312.) De ello se desprende que la muestra sean personas con diagnóstico de esquizofrenia, que se desempeñan en talleres protegidos, mayores de 18 años, sexo masculino o femenino, etc.

5.6 Procedimiento

Visitar los talleres protegidos del Hospital El Peral y Barros Luco.

Reunión con los encargados de los talleres para explicarles las características de la investigación y el perfil de los usuarios que necesitamos entrevistar.

Reunión con los usuarios que se entrevistarán, para generar un ambiente de confianza antes de la aplicación de la encuesta. Se les explicará en que consisten la investigación y la entrevista que se les realizará, poniendo énfasis en la confidencialidad de los datos entregados y la firma de un consentimiento informado, para respaldar la voluntariedad de la entrega de la información por parte de los usuarios.

Preparación de un ambiente cordial para la entrevista, materiales y setting adecuado.

Realización de la entrevista.

n: Para la investigación, se compromete un mínimo de 20 personas (n) para la muestra, hasta saturar.

5.7 Criterios de la muestra:

Usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia y que se desempeñen en talleres protegidos de la Región Metropolitana.

Mayor de 18 años.

Sexo masculino o femenino.

5.8 Técnicas

5.8.1 Las entrevistas en profundidad.

Para nuestra investigación, como técnica de recolección de datos, utilizaremos la entrevista “estandarizada no programada” (Valles, 2003, p. 187), basada en un *guión* y cuyas características son la “preparación de guión de temas a tratar (y tener la libertad del entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo de la entrevista)” (Valles, 2003, p. 180). Por lo tanto, Valles señala que la entrevista en profundidad, de las herramientas con que cuenta la metodología cualitativa, es la que más se acerca a la conversación coloquial o de la vida diaria. No obstante, al contar con un guión y seguir determinadas técnicas también es diferente a una mera plática (Valles, 2003). Ello, porque en la entrevista se ha preestablecido que “uno habla y el otro escucha”, y por otra parte, “el entrevistador anima constantemente al entrevistado a hablar sin contradecirle” (Valles, 2003, p. 181). Esto último lo consideramos de vital importancia si lo que se busca es que nuestros sujetos informantes nos cuenten aspectos significativos de su vida, en función de su

percepción del proceso de inserción laboral y el rol que le cabe a los talleres protegidos en ello.

En este sentido, este instrumento ha sido caracterizado como no directivo, no estructurado, no estandarizado y abierto. En este sentido, se adecua a nuestro enfoque metodológico (cualitativo) y a los aspectos que necesitamos conocer de los individuos seleccionados en la muestra. Al respecto una definición de Taylor y Bogdan: "Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros se encuentran dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras" (Taylor y Bogdan, 1986, p. 69)

Tal como en un setting clínico, es fundamental establecer un rapport con los informantes, a los que inicialmente se les formula preguntas no directivas y se va adecuando a los intereses de los entrevistados y no sólo a los de la investigación (Taylor y Bogdan, 1986). Las entrevistas en profundidad se llevan a cabo en situaciones preparadas, por lo tanto la experiencia reposa exclusivamente sobre los relatos de otros.

De lo anterior, y volviendo a las características de la entrevista "estandarizada no programada" (Valles, 2003, p. 187), esta señala que la *estandarización* se hará en función del lenguaje de la persona con diagnóstico de Esquizofrenia; no hay un orden

rígido o preestablecido, sino que más bien se ordenan en función de las necesidades de cada uno de los usuarios a entrevistar.

Respecto de los objetivos de este tipo de entrevistas y tomando los planteamientos de Gloria Pérez Serrano -1994-, se puede señalar que el objetivo es la obtención de material, cuya profundidad psicológica permita hacer visibles actitudes, motivaciones, sentimientos, percepciones que en una conversación informal no saldrían de ese modo. En este sentido, y dado que los objetivos de la investigación así lo ameritan, las actitudes ante el entrevistado debiese ser de interés abierto por el otro, sin prejuicios, sin intervención o con ánimo directivo, la comprensión por el otro en su propio mundo y formas de expresarse, pero finalmente controlando las variables de la situación para no perder la objetividad.

De lo anterior se desprende que la entrevista permite escuchar y recoger testimonios, desde la voz viva y natural, directamente desde los protagonistas y actores sociales, y en ese sentido, sólo puede ser leída como interpretación, es decir la información no es verdad ni mentira, es un producto de un individuo en sociedad que hay que localizar, contextualizar y contrastar. Ello, porque lo que nos interesa es dilucidar el discurso de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, como informantes relevantes y la riqueza discursiva que se pueda obtener de las entrevistas. Asimismo, por la intimidad, y el feedback que se lograría con los entrevistados, para tener más antecedentes a las habilidades y experiencias adquirida en los talleres protegidos y

sus expectativas a futuro, por ejemplo la posibilidad de inserción en un lugar de trabajo en el mundo laboral competitivo.

5.8.2 Guión Temático

- Tiempo que se desempeña en el taller protegido.
- Cómo llegó al taller, sus primeras impresiones.
- Relato de las actividades laborales que enfrentó con mayor dificultad y lo que le fue más llevadero.
- Relación actual con sus compañeros de trabajo, monitores y/o supervisores.
- Si el trabajo le ha beneficiado o ha sido un apoyo en el tratamiento psiquiátrico.
- Aprendizajes laborales en el taller protegido.
- Aspectos que más le gustan y los que más le han costado en relación a su desempeño laboral /ocupacional.
- Si le gustaría desempeñar otro trabajo fuera del taller protegido, y cómo se ve en el mercado laboral competitivo (sondear en expectativas, futuro, temores, etc.)
- Aspectos o actividades que incluiría en un taller protegido o dentro de la rehabilitación.

5.9 ANALISIS DE CONTENIDO

5.9.1 Plan de análisis de la información

El análisis que se utilizará para la presente investigación será el de categorías por objetivos y que compone las siguientes etapas:

1.- Se realizará una lectura independiente de las entrevistas en profundidad realizadas a los usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos.

2.- Se identificarán las unidades de registro o citas textuales de las entrevistas de los usuarios que se desempeñan en talleres protegidos.

3.- Se establece un código, es decir al tomar la idea de registro se sitúa en una unidad de contexto, y según a que se refiere construyo un código, por ejemplo objetivo: *Identificar y describir las expectativas de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia en relación a sus posibilidades de reinserción en el mercado laboral competitivo.*

4.- Se construyen categorías en función de la semejanza del material que se está analizando y que permite organizar la información.

5.- En esta etapa recién se inicia la interpretación a la luz de la teoría (por ejemplo desde nuestro enfoque de la Rehabilitación con Base Comunitaria), la experiencia de los investigadores, la pregunta de investigación, objetivos, etc.

Cabe señalar que el análisis de datos cualitativos supone la división en segmentos o unidades, sobre todo si son citas textuales (Rodríguez, Gil, García, 1999). Los criterios son muchos, el utilizado en la presente tesis es el temático, ya que se consideran “unidades en función del tema abordado” (Rodríguez, Gil, García, 1999, p. 207).

Respecto de la categorización de los datos, estas pueden ser predefinidas por el investigador o bien que surjan a medida que se van analizando los datos. Si sucede lo primero, el investigador se apoya en el marco teórico y conceptual o las hipótesis (Rodríguez, Gil, García, 1999). Pero hay que tener en cuenta que la elaboración de categorías es un juicio de valor, por lo que difícilmente dos investigadores llegarán siempre a las mismas unidades de análisis, por lo que es importante la comparación y relectura de las entrevistas (Rodríguez, Gil, García, 1999).

Las categorías también se pueden establecer a medida que se vayan leyendo los datos, es decir mediante lo inductivo: “al examinar los datos vamos reflexionando del contenido de los mismos, nos preguntaríamos por el tópico capaz de cubrir cada unidad. De este modo se van proponiendo categorías provisionales, que a medida que avanza la codificación pueden ir siendo consolidadas, modificadas o suprimidas a

partir de la comparación entre los datos agrupados bajo una misma categoría, o a partir de la comparación con los datos incluidos en otras diferentes” (Rodríguez, Gil, García, 1999, p.210).

En la práctica investigativa, generalmente son utilizados ambos métodos (a priori o inductivo), lo que finalmente produce es la ampliación o reducción de ciertas categorías, o a medida que avanza en la recopilación de otros datos, las unidades de análisis pueden ser modificadas, ya que la visión del investigador también puede verse transformada (Rodríguez, Gil, García, 1999, p.211)

5.9.2 Análisis de categorías por objetivos

Categoría 1: Percepción del usuario con esquizofrenia, proceso de inserción laboral y el rol de los talleres protegidos

Caso 1: Juan, 38 años

“Es que lo único que quería era trabajar para valerme como persona ser una mejor persona porque como yo no tengo estudios no tengo nada no tenía ni siquiera una pensión”.

Caso 2: Alicia, 41 años

“Bueno al principio era todo lento, o sea, como se dice, estaba no activa. Entonces yo el hospital Barros Luco lo encontré que era bonito, o sea me fui acostumbrando poco a poco, hay harta vegetación harta gente que se conoce, y con un poquito de miedo eso si pero hay que superarlo”... “Bien, en ocasiones me siento muy exigida porque están todos pendientes de lo que uno hace, pero me siento bien trabajando aquí” ... “No para nada pues, si esto es un programa de rehabilitación, por ejemplo si yo trabajara afuera tendría que ganar el doble de lo que recibo aquí. Lo que yo recibo es como un incentivo, a mi ese dinerito me sirve, todo es bienvenido”... “Si, porque esto me ayudo a darme cuenta que no soy la única persona en el mundo que esta enferma y que todos tenemos dificultades”.

Caso 3: Sergio, 42 años

“(Tuve una buena impresión), porque yo ya sabía trabajar”... “Yo siempre he trabajado. Cuando salí del colegio, empecé a trabajar con mi papá como cargador, y allí empecé como trabajador”... “Me ha ayudado, por ejemplo para comprar mis cosas, para solventar mis gastos. La pensión me sirve para comprarle el jumper a mi hija, los útiles, que incluso ahora tengo que comprárselos. Puedo ayudar por ultimo”... “Bien, pues me siento bien (en relación a trabajar). Tengo mejor autoestima a mi mismo y con los demás”... “Bien, ahora estoy en reciclado y junto cartones, botellas, papeles blancos. Lo junto todo eso y voy como unas dos veces a una fábrica y me gano mis ingresos con lo que produzco yo”... “No corresponde al esfuerzo que realiza, pero como son tan bajos los sueldos, hay que aceptarlos. Porque la secretaria recibe \$120.000 por trabajar de 8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, y ahí tiene que trabajar ella y el marido, mandar los hijos al jardín. Entonces uno que es solo, ahora que estoy solo, algo me sirve. Pero los sueldos están muy bajos, un sueldo debiera ser de \$200.000 mensuales, el sueldo mínimo”... “No, porque acá la gente sabe de la enfermedad que tiene uno y lo respeta a si mismo, y como uno también respeta a los demás. Nunca me ha tocado de alguien que sepa de mi enfermedad y se burle”...

Caso 4: Rodrigo 37 años

“Yo me imagine una cosa totalmente fea como yo ya había hecho tantos trabajos ya, pero nunca me había tocado un trabajo así como estos y ahora iba a estar en un trabajo permanente y gracias Dios me fui superando y los doctores me iban

acompañando en este proceso”... “Ha habido días en que amezco contento, contento y con hartas ganas de trabajar, pero hay otros en que lo único que quiero es salir de aquí incluso he pensado en pedir un permiso administrativo por ultimo, porque estoy muy cansado, pero no lo hago por miedo a que me quiten el puesto de trabajo, entonces me doy animo solito no mas y sigo trabajando”...

Caso 5: Manuel, 58 años

(Refiriéndose al taller de agropecuaria) “Me pareció bien”... “es que como yo llevaba harto tiempo en agropecuaria, porque siempre estuve ahí, entonces yo sabía como se hacía el trabajo”... “Me siento muy bien, me gusta trabajar aquí, me siento útil”... “No se, aportar con mi trabajo, no estar todo el día en la casa”... “si yo veo en el hogar (protegido) que hay gente que está todo el día sin hacer nada, y no me gustaría eso a mí”... “Si, con lo que me pagan yo estoy bien”... “(Nos ha mejorado la vida) En que mi polola y yo estamos bien, porque nos hemos podido comprar ropa, salimos a pasear, si me ha mejorado la vida trabajar”...

Caso 6: Juan Carlos, 35 años.

“El lugar me pareció bonito, y todo en general me pareció bien porque tuve una buena acogida de parte de los terapeutas, de los psicólogos, de todos”.

(En relación al trabajo) Si igual me gusta, y estoy súper conforme, pero anhelo ganar por ejemplo el sueldo mínimo o un poquito más porque es necesario

Caso 7: Dolores, 48 años.

El lugar es bastante precario, pero yo sé que aquí se usan todos los medios que hay. Si esto no esta mejor, es realmente porque no hay para que este mejor... (En relación a tu puesto de trabajo)...Ah, lo mismo, lo encontré feo, precario, la verdad que no me gustó mucho. Pero lo que si me gustó, lo encontré bueno fue el ambiente de trabajo...Bien, ni una queja... (Refiriéndose al pago) No, no corresponde, pero esta bien porque esta es una instancia protegida y de rehabilitación y no un trabajo normal. Obviamente que me gustaría ganar más dinero pero sé que no es posible. Yo estoy contenta con mi trabajo, aunque el sueldo sea bajo. ..(Si el trabajo le ha mejorado la vida) Definitivamente si, porque si estuviera en la casa estaría sin hacer nada, y uno se deteriora estando sola en casa.

Caso 8: Patricio, 43 años.

Me pareció todo bien, la acogida, los compañeros, el lugar de trabajo todo bien... Es que este trabajo me ha permitido desarrollarme como persona y explotar mis capacidades, por eso a pesar de que este trabajo es cansador me siento muy a gusto...(Cómo se siente en tu trabajo)...Bien, hay ocasiones en que me siento cansado, pero yo creo que eso es natural, a mi me agrada el trabajo que realizo y me siento muy a gusto aquí.

(el trabajo le ha mejorado la vida)...Si, de todas maneras, esto me ha servido para desarrollarme mas como persona, adquirir nuevo conocimientos y me dio cierta independencia económica a pesar de que el dinero que recibo aquí es poco a mi me sirve cualquier cantidad, obviamente que a todos nos gustaría ganar mas pero a mi

me ha mejorado mi calidad de vida, si no estuviera trabajando aquí estaría en mi casa sin hacer nada.

Caso 9: Ximena, 39 años.

Venía asustada a algo desconocido, pero dije, bueno voy a tener que atreverme....Más que todo para darme cuenta que yo no era la única, que estaba sufriendo. Eso para mí fue importante, y que la gente salía igual adelante. Y bueno, finalmente me adapté...Venía temerosa, pero me pude soltar, o sea darme a conocer si miedo, más que nada pensar que tenía que superarlo de a poco...Me ha costado mucho esto, pero tengo que seguir adelante.

Caso 10: Pedro, 44 años.

Me pareció bien, las personas que trabajan aquí son amables... Si me siento bastante bien , esta ha sido una instancia de rehabilitación y de tener un espacio para mi , para poder desarrollar nuevas habilidades, me he relacionado bien con el personal que trabajo, he trabajado bien, recibo buenos comentarios y felicitaciones de parte de mis jefes, estoy contento aquí, me siento a gusto...me siento bien trabajando aquí, el trabajo se compensa bien , hace que uno tenga mas valores y a la vez uno le toma mas valor a las cosas, las valoriza me entiende , porque yo solvento mis gastos y no dependo de nadie, me gano mi dinero trabajando porque yo no tengo pensión...

Caso 11: Luis, 37 años.

“Bueno, yo recuerdo que al tiro me pusieron a trabajar, me dijeron que tenía que plantar y cuidar cebollas, zanahoria, ajos, lechugas, coliflor, betarragas. Todas esas cosas que cosechábamos se las vendíamos al hospital, a la gente que se la llevaba para la casa, que se interesaban en comprarlas”. “El único problema que en el trabajo este de la cancha me dijeron que iba a ganar 10.000 pesos más, y estoy ganando la misma plata. Por eso yo fui para allá, porque me dijeron que iba a ganar más”. “Me gustaría que me tomaran en cuenta de las cosas que yo hago en el trabajo. Que me dijeran, pucha, que bien te quedó la cancha, trabajas súper bien, estás haciendo bien tu pega y cosas así”.

Caso 12: Karen, 23 años.

“(…) me gustó el ambiente. Son simpáticos, conversan conmigo, me tratan bien. Por eso me gustó y no tuve problemas”.

Análisis Interpretativo Categoría 1. Percepción del usuario con esquizofrenia, proceso de inserción laboral y el rol de los talleres protegidos.

Tras los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que en general, los usuarios con esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos tienen una buena impresión de éstos. Al leer los relatos acerca de sus primeras impresiones, todos concuerdan en que los acogieron bien, describen físicamente el lugar y a las personas que conocieron cuando se integraron a sus puestos de trabajo, al tiempo que se sintieron satisfechos con su labor. No obstante, hay algunos casos en que la primera sensación en relación al taller protegido no fue del todo positiva, tanto por el entorno físico en que realizarían sus funciones, como por la actividad en sí misma. Pero más allá de las diferencias de opinión y el tiempo que lleven en los talleres protegidos (desde dos a 28 años de trabajo), todos tienen patente el primer día de trabajo, describiendo al menos uno de los aspectos en relación a esta pregunta: ya sea describiendo a los sujetos del taller, la infraestructura o las actividades.

Si bien a casi todos les gustaría recibir más dinero del que perciben por su trabajo, al mismo tiempo hacen la distinción que se desempeñan en una instancia protegida, por lo que difícilmente su salario aumentará.

Tanto los procesos de ingreso como de adaptación de cada uno de los usuarios entrevistados son distintos. Hay casos en que se incorporan al taller protegido por sugerencia de la encargada de la Unidad de Rehabilitación, asistente social o por

algún familiar; otros en que el contar con experiencia laboral previa, o llevados por una precaria situación económica o la tediosa rutina, son factores que impulsan a que el usuario se incorpore al taller protegido por iniciativa propia.

En relación a las motivaciones para trabajar, las respuestas son diversas. En algunos casos, lo que prima es la satisfacción personal, traducido en el crecimiento personal, en el mejoramiento de la calidad de vida y en otros, lo que prima es el dinero. Respecto de cómo se sienten en el taller protegido, en general manifiestan satisfacción por estar trabajando, aunque algunos perciben que los supervisores están muy pendientes de su desempeño (aunque este comentario de los entrevistados, nos cabe la duda si es propio del ambiente de trabajo de estos talleres protegidos o parte de la sintomatología de la Esquizofrenia). Sostienen que el trabajo en el taller protegido ha contribuido en un mejoramiento de la autoestima, el autoconcepto y la calidad de vida; y les ha brindado cierta independencia económica.

Asimismo los entrevistados plantean que esta instancia les ha permitido conocer a otras personas que tienen dificultades y que esto les ha servido para darse cuenta de que no son los únicos que presentan esta patología.

Respecto del clima laboral, todos los usuarios coinciden en que tanto la recepción de las personas como el trato han sido buenos tanto en el actual trabajo como en los anteriores. Señalan no haber recibido ningún tipo de discriminación de su entorno.

Valoran la adquisición de nuevos conocimientos y herramientas para desarrollar en un futuro no muy lejano un trabajo en el mercado laboral competitivo.

Categoría 2: Habilidades sociales y laborales adquiridas en el taller protegido.

Caso 1: Juan, 38 años

“No si igual aprendí varias cosas, aprendí como hacer madera así de ese tipo (apunta una madera tallada) aprendí a transplantar plantas, que yo no tenía idea de cómo transplantar y cambiar plantas de macetero o de jardín, a regar, pero transplantar no es llegar ni hacerlo hay que hacer una mezcla con tierra y poner abono eso que aprendí me gusto harto”

Caso 2: Alicia 41 años

“Si ahora estoy trabajando como estafeta Hago un poco de aseo, sirvo café, atiendo teléfono, veo registro del libro, reparto correspondencia saco fotocopias de las fichas clínicas y así”... “También atiendo el teléfono y recepciono los recados”... “Haberme integrado al trabajo por medio de la rehabilitación psicosocial, como me dieron la oportunidad, me di cuenta que puedo hacer algo y tengo capacidad de trabajo, además de todas mis cualidades que soy responsable, puntual y esas cosas que valen en el trabajo”... “He hecho cursos de computación, preparación para la búsqueda de empleo, trabajar en grupo, estafeta, orden de las fichas, cursos de integración laboral”... Me gusta la recepción y envío de correspondencia, porque así puedo conocer gente, y las distintas secciones del hospital.

Caso 3: Sergio 42 años

“Si poh, me provocaba dificultad (el trabajar en muchas secciones del Hospital) porque eran muchos los pisos, no se abarcaba bien el trabajo. Conversamos con Don Carlos Gana, que es el Coordinador del CDT, y llegamos a la propuesta que cada uno de los estafetas iba a trabajar en un piso para hacer mejor el trabajo”... “Y como sabían que yo tenía buen desempeño, me llevaron de estafeta a Maternidad, porque la otra persona se fue a trabajar a otra parte, por intermedio del hospital”... “Porque no se trabaja con tanta gente (refiriéndose a su actividad actual en reciclaje), antes se trabajaba con todas las secretarias de un piso, tenía que llevarles todos los papeles al día. Me gusta más allá si, pero tal vez en un futuro pueda volver”... “Bien, porque yo soy sociable”... (Respecto de sus relaciones interpersonales)...” Bueno, por ser (yo he aprendido) en las especialidades como Bronco pulmonar, para que sirve, también Cardiología, Dermatología, en que consiste cada logo de las diferentes enfermedades”... “Me ha servido para saber como se ordenan las fichas, de que se trata cada especialidad”... “yo me llevo bien con la gente, soy tranquilo, no soy muy conversador. Yo me llevo bien con las personas. El único comentario negativo que me ha llegado es cuando tenía el olor a vino, no he tenido otro”... “yo siempre he llegado a la hora, siempre he sido puntual”... “Me conseguí, poh, conversé hasta que me regalaron unas zapatillas. Porque estaban en lo justo con lo que me dijeron, les encontré la razón”...(refiriéndose a como resolvió su problema con la presentación personal) “Yo me sabía el trabajo, pero lo que más me costó fueron donde estaban los servicios para saber donde ir a dejar las fichas, por ejemplo en el subterráneo queda el

archivo, y yo empecé por ahí. Después el primer piso, después nos dieron un piso a cada estafeta, para trabajar mejor”...

Caso 4: Rodrigo, 37 años

“Yo ahora en estos momentos me estoy desempeñando como estafeta, es decir el estafeta es el encargado de entrar y sacar documentos desde y hacia la corporación en donde yo trabajo, vale decir yo trabajo con el área administrativa y desde ahí me mandan a hacer papeleos y recibo papeles para traerlos a coordinación y archivarlos y que me den la firma y muchas cosas, muchas cosas”... “Lo que más me costó fue jardinear y recolectar la basura porque ese es un trabajo más bien sucio”... “lo que mas me costo también fue el reciclaje , ordenar los cartones y después amarrarlos, eso lo aprendí acá...” “Lo que menos me costó es la actividad que estoy haciendo ahora que es recoger los documentos porque esta actividad me la enseñaron”... “trabajé cuatro meses como jardinero, estuve trabajando en la repostería, todas esas cositas livianas que uno hace primero y de ahí me dijeron oiga usted está preparado lo vamos a evaluar y le vamos a enseñar para qué trabaje de estafeta”...

Caso 5: Manuel, 58 años

“A mí me gusta hacer de todo, lo que me manden hacer yo lo hago con gusto, no hay ningún trabajo que me guste mas que otro, todos me gustan”... “Trasplantar, cuidar el pasto, riego de las plantas, cortar el pasto con máquina, cuidado de los árboles”... “Ninguna cosa me cuesta y todas me gustan”...

Caso 6: Juan Carlos, 35 años

“No, yo empecé con jardinería, después trabaje como estafeta, haciendo aseo con los carros y actualmente estoy trabajando en la coordinación administrativa”... “Las actividades, que he aprendido y que han sido complicadas son las que estoy haciendo ahora en coordinación porque estoy trabajando con un gasfiter y un eléctrico y en el momento cuando hacemos algún arreglo de tubo fluorescente por ejemplo lo hago, pero al otro día no me acuerdo de nada de lo que aprendí”...

Caso 7: Dolores, 48 años.

(Si le costo alguna actividad) Nada, el trabajo en los archivos no es difícil, y lo que hago ahora en el servicio de psiquiatría tampoco, es mas yo diría que el trabajo de estafeta es más fácil que archivos....Yo adoro el trabajo en archivo, me gusta mucho, porque es algo fácil, es ordenado, de hecho yo llegue a dominar a cabalidad ese trabajo, tal como una persona “normal” que trabajara contratada y que no tuviese los mismos problemas que yo.

Caso 8: Patricio, 43 años.

(Actividad que realiza)Fichas, desde que estoy trabajando aquí que hago esa actividad, de estafeta ...Yo manejo al revés y al derecho la actividad que tengo que hacer aquí, que es ser estafeta, sé que hay que ser ordenados con las fichas, que no se pueden extraviar, que cuando las fichas no están en el archivo hay que buscarlas en las demás dependencias del hospital hasta encontrarlas porque los doctores las necesitan conozco las dependencias del hospital, o sea sé lo que tengo que hacer...Lo que más me gusta de este trabajo es que puedo potenciar mis capacidades y explotarlas, el contacto con las personas, aprender cosas nuevas que me pueden servir para un trabajo en una empresa etcétera...(del trabajo en si mismo)me gusta ordenar las fichas y llenar la hoja de registro

Caso 9: Ximena, 39 años.

Estuvimos un mes haciendo cartonaje, Bueno, yo ofrecía mis productos. Yo hice un curso de floristería por intermedio de la municipalidad... y al mismo tiempo un curso de computación... Y bueno, como a mí me gustan las flores y las cajas de flores, entonces lo complementé con lo que sabía hacer... hice talleres, fue una experiencia importante porque debía tener hábitos, ser responsable. Acá empecé con clases de cartonaje, que era un taller chiquitito de cuatro personas, donde hicimos canastitos. Entonces, pude tener de nuevo la habilidad de relacionarme con personas.... Después yo les empecé a enseñar, (Paso de ser aprendiz a monitora del taller)(refiriéndose a las personas que eran sus alumnos) al principio les costó, como todo trabajo, pero después se adaptaron y lo hicieron bien, y eso me gratificaba ...(Si

le cuesta cumplir horarios)... Ehhh, no porque yo era responsable, llegaba a la hora, era confiable, cumplía el horario... Hace tiempo atrás hice un curso de digitación, porque me gusta mover las manos, y como además tenía el curso de computación.

Caso 10: Pedro, 44 años.

Yo soy estafeta... Yo cuando recién ingrese acá realice varias actividades, estuve en reciclado, repostería, estafeta, cuando yo llegue aquí empecé con el reciclado, después estuve en repostería y después me mandaron a estafetear, cuando ellos me evaluaron y determinaron que yo hacia bien mi trabajo me hicieron los contactos y se gestiono mi entrada a trabajar en la clínica dental.

Caso 11: Luis, 37 años.

“(...) de primera a mí me anotaban las herramientas, después me las fui aprendiendo y ya las tenía memorizada”. “Ehhh, recolector, es más complicado. Es que las cosas que hay que hacer son como cosas de mujeres. Por ser así, barrer es de mujer, barrer, sacar las bolsas, eso es de mujer” “(...) yo siempre me he preocupado de andar bien vestido, de que mi ropa esté limpia”... “Incluso cuando trabajaba de estafeta andaba con camisa, pantalón de tela, bien presentado”

Caso 12: Karen, 23 años.

“Me ha costado aprender a llevar los papeles, o sea a archivarlos y poner los timbres en los papeles que corresponde. También me ha costado fotocopiar” “(...) a veces me equivoco en archivar los papeles, entonces yo pienso que para que ellos no pasen rabia no me dan más cosas. O sea lo justo y necesario”. (...) “He aprendido los anexos de las personas que trabajan en el hospital, pero me costó un poco, entonces puse un papel con los anexos y ahí me los aprendí” “Si, ahora puedo contestar el teléfono, y como me sé los anexos, no me ha sido difícil”.

Análisis Interpretativo Categoría 2. Habilidades sociales y laborales adquiridas en el taller protegido.

En relación a la presente categoría, las habilidades sociales y laborales adquiridas en el taller protegido, dependerán de la actividad que haya realizado o que el usuario desempeñe en la actualidad. No obstante, todos pueden hacer mención a que han aprendido y reconocen en ellos una nueva destreza laboral. Aunque los entrevistados no responden de manera explícita respecto de las habilidades sociales adquiridas en el taller protegido, se podría inferir que estas destrezas se habrían internalizado en el proceso previo al ingreso al taller protegido, vale decir en la etapa de adherencia al tratamiento y/o de rehabilitación psico social. Ello, porque es difícil pensar que un usuario que se desempeña, por ejemplo, de estafeta pudiese desenvolverse de manera asertiva en sus funciones. En consecuencia, el taller protegido podría responder a una instancia en que se potencian y/o se ponen en práctica estas habilidades ya adquiridas.

Por otra parte, un porcentaje de los entrevistado, se ha desempeñado dentro de un mismo rubro, como es el caso del taller protegido de El Peral, orientado a la mantención de áreas verdes; por el contrario los usuarios del Barros Luco, salvo excepciones, se han desempeñado en áreas tan diversas como el reciclado, repostería y estafeta, entre otros. Sin embargo, dentro de un mismo taller o en actividades distintas, los usuarios pueden distinguir cual es aquella que más le gusta o le ha sido más llevadera.

Respecto de las dificultades para realizar algún tipo de actividad, éstas corresponden principalmente a labores que requieren de ciertas destrezas psicomotrices, como por ejemplo sacar fotocopias, o en el caso de los entrevistados que trabajan en jardinería, manipular alguna máquina. En otros casos, responden a actividades que requieren de procesos cognitivos, en los que está involucrada la memoria. Es el caso de los usuarios que deben trabajar clasificando archivos o entregando documentación.

No obstante, dentro del taller protegido ha existido preocupación, por parte de los terapeutas o supervisores, de reforzar ciertos hábitos de trabajo, tales como el autocuidado y la presentación personal. Ello ha llevado, a que la mayoría de los entrevistados tomen conciencia de que su papel en el mundo del trabajo no sólo implica el desarrollo y puesta en práctica de determinadas competencias.

Categoría 3: Efectos del tratamiento psiquiátrico en los usuarios de talleres protegidos.

Caso 1: Juan 38 años

“Si, si me ha ayudado harto”... “En la capacidad de valerme como persona que no todos tienen la oportunidad que tenemos nosotros o sea hay gente que nunca la han internado y se muere así po’ y hace puras locuras”... “El trabajo, pero no el tratamiento, lo que pasa es que a mi el tratamiento nunca me gustó” ... “No, o sea yo ya supere todo esto hace tiempo ya, para mi ya es como que no hubiese existido jamás eso” ... “Lo que pasa es que yo nunca he aceptado que mi familia me haya internado acá”

Caso 2 Alicia, 41 años

(Si no trabajara) “Si yo estuviera en mi casa estaría aburrida, el trabajo es importante hay un dicho que dice la gente que ama trabaja y el trabajo es un buen escudo”... “Porque a uno le sirve para mantener la mente ocupada, no aburrirse y estar en la casa pensando tonteras, por ejemplo en que uno se siente mal o las voces que a uno le venían antes y esas cosas”.

Caso 3: Sergio, 42 años

“Bueno, en sentirse útil, en ganar su dinero”...

Caso 4: Rodrigo, 37 años

“Si, dentro de los márgenes de lo probable”... “Si, me siento mejor”... “En que estoy mejor, no tengo que estar encerrado en un psiquiátrico o en una clínica o en los hogares protegidos”...

Caso 5: Manuel, 58 años

(El trabajo) “Si me ha ayudado, me ha servido de terapia”... “Es que uno se mantiene con la mente ocupada, no anda pensando leseras, yo creo que si no trabajara andaría puro pensando tonteras”...

Caso 6: Juan Carlos, 35 años

“Si me ha ayudado en mi tratamiento, porque aquí tengo amigos, converso con los chiquillos, no me aburro porque antes en la casa pasaba solo me aburría y me deprimía, pero estar trabajando me ha ayudado mucho en mi tratamiento, me ha hecho súper bien”...

Caso 7: Dolores, 48 años.

Si, definitivamente si, aparte que como estoy trabajando en el área de psiquiatría, eso igual me da un plus, y puedo tener más acceso a la información acerca de mi enfermedad. Y yo he tenido bastante éxito en mi tratamiento.

Caso 8: Patricio, 43 años.

Por supuesto, me ha rehabilitado... Lo que pasa es que esta es una unidad de rehabilitación psicosocial, hay que empezar por ahí, la oportunidad de trabajo es parte del tratamiento, por eso es un trabajo protegido y no competitivo o fuera del hospital, ahora nosotros igual tenemos talleres de búsqueda de empleo y yo soy parte de él porque estoy buscando trabajo en una empresa y porque el doctor me dijo que yo estaba capacitado para desarrollar un trabajo en una empresa o industria.

Caso 9: Ximena, 39 años.

Me ha pasado por ejemplo en los talleres que he participado que me dan más energía, más creatividad, alegría para hacer cosas en la casa, ser más creativa, la alegría. Últimamente me ha dado por compartir con las personas.

Caso 10: Pedro, 44 años

Si bastante, aquí me entretengo, me levanto temprano, me acuesto temprano , me tomo mis medicamentos a la hora así que estoy regulando mis horarios para no descompensarme o tener estrés.

Caso 11: Luis, 37 años.

“Si, me siento más despejado, yo siento que cambié hartito. Ando más tranquilo, tengo cosas que hacer. Además con las pastillas he estado más estable, porque me permiten dormir y relajarme de los nervios”

Caso 12: Karen, 23 años.

“Ahora me dan ganas de pintarme, de arreglarme, porque siento que tengo un motivo para hacerlo, porque si antes iba a estar todo el día en la casa, no tenía motivos, daba lo mismo”. “Antes ni siquiera me daban ganas de bañarme, pero ahora ha mejorado mi presentación personal, y como me relaciono con gente, ahora tengo amigos en el hospital. También el trabajar me ha servido para tomarme las pastillas”.

Análisis Interpretativo Categoría 3. Efectos del tratamiento psiquiátrico en los usuarios de talleres protegidos.

De los análisis descriptivos anteriormente citados, se puede plantear que a todos los usuarios entrevistados, el trabajo les ha favorecido en su tratamiento, e incluso se han hecho más responsables de este. En efecto, uno de los entrevistados, señala que el trabajar en el Servicio de Psiquiatría, le ha permitido tener más acceso a información sobre su discapacidad psíquica. Otro aspecto que se ha visto beneficiado, es el de la autoestima, lo que se refleja en su presentación personal (en algunos casos refieren que tienen un motivo para cuidar de su imagen), por otra parte el trabajo les ha permitido salir de la tediosa rutina en la que se encontraban antes de integrarse a los talleres protegidos, llegando a señalar que el haber estado un periodo sin actividad laboral, les agudizó la sintomatología, por ejemplo escuchar voces o “pensar tonteras”.

Lo anteriormente señalado, es aún más complejo, en aquellos sujetos que al momento de su primera crisis se encontraban trabajando, que en comparación con los que no tenían ningún tipo de actividad. A partir de las entrevistas, podemos inferir que para los primeros, el sólo hecho de salir de la rutina, gracias a su ingreso al taller laboral, es un aspecto aún más valorado. Lo anteriormente señalado, también podría operar como un arma de “doble filo”, ya que la comparación con su antigua vida laboral, podría generar frustraciones o desesperanzas tanto por el dinero que ganan o la actividad en la que se desempeñan en el taller protegido.

Categoría 4: Expectativas de inserción laboral en el mercado competitivo.

Caso 1 Juan, 38 años

“Me gustaría volver a la mueblería donde trabajaba antes de enfermarme, por que sabe, a mí me aburre la rutina, y me esta aburriendo un poco el trabajo acá”... “Es que a mi me gustaría cambiarme, porque estoy un poco aburrido acá , mas encima don Renato perdió el trabajo allá en el Hospital El Pino , como que resulta mas monótono trabajar y venir para acá. Es que a mi me gustaba trabajar en el Hospital El Pino porque lo encontraba como que la gente era mas amable, o sea en el sentido del trabajo que nosotros hacíamos nos valoraban mas porque aquí es difícil, esto es tan grande. Yo tendría harta ganas de irme a trabajar en la mueblería, pero la dueña no acepta lo que a mi me pasó, o sea ella cree que a mí me puede pasar cualquier cosa, que puedo hacer una locura pero yo siempre he mantenido el equilibrio”... “Es que yo sé que me puedo meter a trabajar en otro lado, porque en Puente Alto hay harto trabajo”... “En el currículum uno no pone que estuvo enfermo y como la gente no se da cuenta y no pregunta tampoco”.

Caso 2: Alicia, 41 años

“Si, de todas maneras me gustaría (trabajar fuera del hospital)”... “Yo pienso que si tengo esta enfermedad, eso no es excluyente. Yo tengo un mundo por delante, y si me tomo mis remedios y soy responsable podrías desempeñar un trabajo en otro lado”... “Yo quiero seguir estudiando, aprendiendo cosas, el curso de computación que terminamos hace unos días me sirvió harto, y el otro día en la OMIL (Oficina

Municipal de Intermediación Laboral), nos dijeron que se impartirán otros cursos, así que yo quiero inscribirme y así aprender más”.

Caso 3: Sergio, 42 años

“Si, si me veo, sería bueno (tener un trabajo fuera del hospital). Incluso trato de buscar trabajo, pero no he encontrado”.... “estoy preparado para trabajar afuera, porque yo lo he hecho antes”... “(me gustaría desempeñarme) En un empresa, en una parte donde haya movimiento, por ejemplo me gustaría trabajar como operador en un lugar donde hagan ropa, esas cosas”...

Caso 4: Rodrigo, 37 años

Si pues, tener un trabajo bueno o sea donde se pueda ganar buena plata para poder comprarme mis cosas...A mi me gusta el trabajo de oficina, porque encuentro que es limpio, es versátil es muy bueno para el desarrollo de la mente, Mis temores son mas que nada el como me voy a llevar con mis compañeros porque se pueden aprovechar de mi trabajo y darme mas pega de la que a mi me corresponde, y no con mis capacidades personales, porque las capacidades personales tu las dejas llevar y yo me siento capaz

Caso 5: Manuel, 58 años

“No, porque a mi no me gusta trabajar afuera, me gusta aquí porque aquí nos dan todas las comodidades”... (por ejemplo) “Un buen baño, casilleros, duchas con agua caliente”... No, yo estoy acostumbrado aquí, me gustaría trabajar sólo aquí y nada

más. “No, a mi me gusta trabajar en esto no más si así estoy bien, siempre en esto”... (si en otra empresa tuviera las mismas comodidades) “Si yo creo que así si, si es igual que aquí yo lo pensaría y vería si acepto”... “Es que tendría que pensarlo, porque en otra parte nunca va a ser como acá, con las comodidades y que además a uno le den permiso para ir al médico”...

Caso 6: Juan Carlos, 35 años

“Si me gustaría pero me daría un poco de miedo porque como igual yo dentro de todo estoy bien, pero no estoy al 100% porque igual todavía se me olvidan las cosas, a veces me desoriento y cosas así y en los trabajos de afuera son exigentes, yo lo sé porque he trabajado , ahí quieren todo rápido y bien hecho , porque o si no te retan y aparte que en los trabajos cuando yo trabajaba apenas te daban un día de permiso y yo tengo que ir a control y a hemograma entonces eso me afectaría porque en las empresas hay que producir y si yo falto me echarían”... “No, si igual tengo ganas porque es poco lo que se gana acá pero igual me gusta estar acá pero igual me gustaría ganar un poco más y estar en un trabajo normal”... “Me gustaría hacer algo que no fuese tan difícil, tan complicado, me gustaría por ejemplo hacer aseo en alguna industria o jardinería”...

Caso 7: Dolores, 48 años.

Por supuesto que si... Me gustaría trabajar en una consulta médica, ser encargada de archivos, hacer labores de secretaria, recepcionista etcétera, labores más bien administrativas, me entiendes...Salir a trabajar al mundo laboral "normal", nada más que eso...A un trabajo que no sea como este, a una instancia no protegida...Si, tengo temores, por las exigencias que implica un trabajo en una empresa, por la eficiencia que te exigen, y yo no tengo las mismas capacidades de un trabajador que no tenga la enfermedad, esos son mis temores.

Caso 8: Patricio, 43 años.

Pero claro, yo participo en un programa de búsqueda de empleo que se realiza los días lunes con la señorita Alejandra, la terapeuta ocupacional de la unidad de rehabilitación psicosocial, y mi psiquiatra me autorizo para desempeñar un trabajo en una instancia que no este protegida, pero aun no lo consigo...(expectativas que tiene el entrevistado de un trabajo competitivo)

Ganar más dinero, por ejemplo, demostrarme a mi mismo que me la puedo, es como de logros personales ¿me entiende? Tiene que ver con la realización personal...(Existen temores en relación a este tema)...Bueno si, los temores tienen relación con que me acepten tal como soy y no me discriminen por tener esquizofrenia, y lo otro que me preocupa es que no me den permiso para asistir a los controles médicos y a realizarme los exámenes a los que mensualmente me someto, aunque yo estoy dispuesto a trabajar incluso los fines de semana para compensar las horas que me ausente cuando tenga que ir al doctor...(¿Ninguno de tus temores tiene

que ver con el trabajo en sí mismo?)...¿Es que sabe? Yo me siento capaz de trabajar, hace poquito que hicimos junto a otros compañeros un curso de computación y eso sirve para desempeñar un trabajo en una empresa, soy responsable, puntual, ordenado y lo más importante es que tengo todas las ganas.

Caso 9: Ximena, 39 años.

“Y bueno, pensaba si podía trabajar en una empresa, en una oficina digitando, eso me encantaría...porque quiero trabajar independiente, tener mi propia empresa... tengo miedo a fracasar de nuevo, aunque me dicen que estoy bien, que he superado muchas cosas... si no me resulta vender mis cosas voy a tener que buscar trabajo, voy a tener que hacerlo. Estoy haciendo todas las instancias para que así sea, pero si me resulta tendré que buscar empleo, porque no tengo AFP, no tengo ISAPRE....Me gustaría hacer clases y digitación...Y me gustaría tener mi empresa, tener un local y ofrecer todas las cosas que tengo en mi pieza ahí metida...Tener un local, para mostrar, ofrecer los productos. Es un sueño que tengo, espero que se haga realidad y que persista, pero me ha costado mucho, estoy así en el suelo y no veo salida. (se emociona)...Pero yo quiero salir adelante y demostrar que puedo hacerlo, esa es la fuerza que me da, porque no quiero fracasar”.

Caso 10: Pedro, 44 años.

“Si los requisitos que ellos pidan yo los pueda cumplir, de todas maneras trabajaría en una empresa...me gustaría trabajar en una industria o fabrica realizando trabajo en serie, artículos que produzcan ellos, haciendo control de calidad, trabajando de

estafeta en una empresa...mi temor es que me suceda lo que me paso cuando estaba trabajando en la clínica dental que me estresaba mucho, que las exigencias fueran muchas y me descompensara , lo otro es que me dieran permiso para asistir a los controles médicos y retirar mis medicamentos , o sea que me dieran los permisos que yo necesito producto de mi enfermedad...bueno mis expectativas serian que me dieran permiso para asistir a los controles médicos y todas las facilidades para ir a retirar los medicamentos y poder trabajar tranquilo

Caso 11: Luis, 37 años.

“Si, me gustaría. Me gustaría porque uno sería como más de la sociedad.”
“(Trabajar en un empleo en el mercado laboral competitivo) sería como un gran logro para mí”. “Es que yo sirvo para cualquier trabajo, no me llama la atención un puro trabajo. Me gustaría por ejemplo trabajar en soldadura, haciendo rejas, bisagras, candados”.

Caso 12: Karen, 23 años.

“(...) ya estoy buscando trabajo de promotora o de secretaria. Yo participo del grupo de “Búsqueda de Empleo” que lo hacen acá (en la Unidad de Rehabilitación del hospital Barros Luco), y a una le enseñan como salir a encontrar empleo. Además como me van a dar el alta, eso significa que tengo que ir a buscar trabajo afuera” (...) *“Me da un poco de susto (desempeñarse en un empleo en el mercado laboral competitivo), porque es algo nuevo, si yo nunca he trabajado fuera del hospital, entonces no sé como será afuera”.*

Análisis Interpretativo Categoría 4. Expectativas de inserción laboral en el mercado competitivo.

En relación a esta categoría, la gran mayoría de los usuarios, con excepción de un caso, les gustaría insertarse en el mercado laboral competitivo. Este hecho, lo visualizan como un logro, una meta a cumplir, ganar más dinero y aportar a sus familias, una forma de integrarse a la sociedad, realización personal y profesional, al adquirir nuevos conocimientos y experiencias. En definitiva, lograr independencia o autonomía de una instancia laboral protegida.

Sin embargo, aquellos usuarios que cuentan con experiencia laboral, manifiestan menos aprensiones a una posible reinserción en el mercado laboral competitivo, a diferencia de quienes no la tienen. En ambos grupos, hay aprensiones en torno a que no les dieran permiso para sus controles médicos y retirar los medicamentos, que los discriminen por el trastorno psiquiátrico, que se les sobre exija y producto de ello se descompensen. Cabe señalar que la mayoría de los entrevistados, se ven así mismos con sus competencias laborales menoscabadas, en el caso de insertarse en el mercado laboral competitivo. Sin embargo, esto último no les coarta sus motivaciones para encontrar un empleo fuera de los talleres protegidos, al sentir que con esfuerzo podrían llegar a lograrlo.

Cabe destacar, que en el caso de la Unidad de Rehabilitación del hospital Barros Luco, existe el grupo de *Búsqueda de Empleo*, instancia que fue señalada por algunos usuarios como la etapa previa a la inserción en un empleo competitivo, en la que son

empoderados en habilidades básicas como redacción de un currículum o formas de expresión en una entrevista de trabajo.

No obstante, tanto en el grupo de usuarios con y sin experiencia laboral, no pueden hacer distinción respecto de su vocación o intereses. En este sentido, manifiestan tener interés o capacidad para hacer todo tipo de actividades laborales.

En relación a aquellos usuarios que pueden hacer una relativa distinción respecto de su aptitudes o intereses, estos se remiten a señalar en que lugar trabajarían (una empresa o industria) y ojalá desempeñándose en la misma actividad del taller protegido.

Categoría 5: Desde el discurso del usuario, actividades complementarias al proceso de rehabilitación e inserción laboral

Caso 1: Juan, 38 años

“A mí me gustaría que se integrara a más personas a la empresa pero que no estén enfermas para poder compartir como se dice con gente común y corriente, para que aprendan a aceptar a las personas que han pasado por esto, y nos conozcan y nos acepten, porque la gente le tiene miedo a las personas que han pasado por esto, pero sabe si uno se toma todos sus medicamentos no tiene porque perder el equilibrio y es normal.”

Caso 2: Alicia, 41 años

“A mí siempre me ha gustado pintar, me gustaría que hiciéramos talleres de pintura”.

Caso 3: Sergio, 42 años

“Por ejemplo, ver cine aquí en el hospital. Que nos pasen películas, que nos hagan actividades recreativas, o cuando antes jugábamos pin pon, nosotros teníamos una mesa, y no sé que pasó”...

Caso 6: Juan Carlos, 35 años

“Es que yo encuentro que esto es bien completo, hacemos nuestras terapias y nos enseñan hartas cosas , yo no incluiría nada mas, de repente eso si converso con mis compañeros y lo que me gustaría es salir a pasear , ir al cine, a la playa con mis compañeros”

Caso 7: Dolores, 48 años

“Mira yo no sé si tiene que ver con la rehabilitación pero, a mi me gustaría practicar natación. Esa oportunidad sería linda, considero que es una actividad saludable y que relaja mucho, eso contribuiría de manera positiva en el tratamiento”

Caso 9: Ximena, 39 años.

“Por ejemplo el taller que hice de cartonaje, es manual y de concentración... Entonces lo que yo haría es ver como está la motricidad de las personas, porque son más lentas, para captar las cosas... Entonces como una terapia anexa, yo vería esas cosas que les cuestan más a las personas. (...)Pero yo no sé si se podrá hacer acá en Rehabilitación. Es que sabe, lo que a mí me gusta es enseñar, más que vender, por ejemplo me gustaría hacer clases en el adulto mayor, incluso fui a preguntar el otro día, pero ya habían contratado otra persona que les iba a enseñar hacer cajitas y esas cosas...Enseñar es mi vocación... A ver... ahora en la etapa en que estoy, me gusta por ejemplo el taller de búsqueda de empleo, me sirve para no estar tanto sola en la casa, y para saber como buscar trabajo, como comportarse en una entrevista,

el currículum, que todavía no lo he visto y me gustaría verlo. ..me gustaría que me explicaran como se hace un currículum, como presentarse ante un trabajo”.

Caso 10: Pedro, 44 años.

“Es que yo considero que esto es bien completo, pero cualquier actividad que contribuya a romper la monotonía sería un aporte”

Caso 11: Luis, 37 años.

“No, es yo tengo tiempo para eso. Es que trabajo harto, por ejemplo, llego a las nueve a regar y hay días que apenas alcanzo” “Si, por ejemplo baile. Es que hubo un tiempo en que yo participaba en muchos talleres, entonces, por el momento no me llama la atención. Lo que pasa es que cuando termino de trabajar tengo que preocuparme que quede todo ordenado, que la carretilla, que la manguera y eso a uno le ocupa tiempo y a veces cansa”.

Caso 12: Karen, 23 años.

“Si, me gustaría tener un taller de aeróbica o de baile. Es que a mí siempre me ha gustado bailar y hacer gimnasia, como que esas cosas la relajan a uno”.

Análisis interpretativo Categoría 5. Desde el discurso del usuario, actividades complementarias al proceso de rehabilitación e inserción laboral.

En relación a la integración de actividades extra laborales en el proceso de rehabilitación, si bien existe un grupo de entrevistados que no puede señalar que tipo de actividad le gustaría realizar, por el contrario, un grupo importante de ellos, manifiesta sus intereses en el ámbito del baile, cine, paseos fuera de Santiago o gimnasia. Estos últimos son personas que, generalmente, tuvieron actividades recreativas en su proceso de rehabilitación, por lo que recuerdan esa instancia como positiva, ya que les permitía salir de la rutina y stress del taller protegido. Es el caso de una de las entrevistadas, que al contar con una jornada de trabajo en la que no le asignan grandes responsabilidades y/o labores, por lo que manifiesta aburrimiento ante esa situación. Por el contrario, está el caso de otro entrevistado, en el que las características del trabajo que desempeña, no le permite tener actividades extra laborales o de ocio.

Frente a ello, podríamos inferir que no necesariamente la distribución de la carga laboral por parte de los supervisores es la más idónea.

Categoría 6: Redes Sociales

Caso 1: Juan, 38 años

“No es que yo siempre no me he llevado bien con mí familia, porque no encuentro que haya sido positivo que me internaran. Mejor me hubiesen llevado a un psiquiatra, porque para mí estar internado no me hizo nada de bien...Lo que pasa es que mi familia, cuando yo salí de alta del otro hospital (después del intento de suicidio) contrató una ambulancia para que me llevaran al Peral y me internaran. Por eso yo ahora a mi familia no la miro bien, o sea no puedo, he tenido peleas y todo, y eso no me hace bien porque si yo pierdo el equilibrio me vuelve a pasar lo mismo (refiriéndose a una descompensacion)..Vivo con mi familia, haya mismo en el departamento donde me quise matar.

Caso 2: Alicia, 41 años

(La relación con sus compañeros de trabajo) Bien, tengo buena relación con ellos. En general nos llevamos bien, son buenas personas, atentos, no hemos tenido problemas o complicaciones...Mi mamá esta súper contenta, porque si estuviera en la casa no haría nada, mis hermanos también están contentos.

Caso 3: Sergio, 42 años

(Si tiene contacto con su hija) Si, si yo la veo, yo converso con ella, tenemos una relación cercana... Vivo con mi mamá, con mi sobrina y una pareja de arrendatarios...(ellos me dicen) Que soy útil, porque no paso todo el día haciendo el

ocio en la casa. Es que también ellos me lo demuestran apoyándome, si por ejemplo en la mañana van me despiertan para que no me quede dormido, me apoyan en que venga ordenado, que venga bien aseado, afeitado. Me levantan si ven que me estoy quedando dormido, me llaman, me hablan.

Caso 4: Rodrigo, 37 años

(La relación con sus compañeros de trabajo) De primera no era una relación muy buena porque se colocan celosos cuando a uno lo ven que es joven y ellos ya no son jóvenes porque aquí en rehabilitación la mayoría tiene más de 50 años , pero ahora me llevo bien con ellos es una relación llevadera, para llevarse bien con las personas hay que tener buena voluntad , toda relación como tu sabes tiene sus pro y sus contra... Es una envergadura grande que muriera mi papá y mi mamá porque me quede solo, con mis dos hermanos pero solo al fin y al cabo... (Si tiene contacto con sus hermanos) si el domingo me llamaron por teléfono. Hablé con mi hermano, ya que queremos ir a Curacavi a ver a mi papá porque el murió en el 2004 y mi mamá el 2003..Mis hermanos me han ayudado hartó, me dicen que no piense leseras ...Están contentos, por que si bien yo no gano grandes sumas de dinero estoy tranquilo, no tengo deudas, estoy bien

Caso 5: Manuel, 58 años

(Relación con sus compañeros)Me llevo bien con ellos...Es que son buenas personas, son alegres, siempre estamos tirando la talla y además a uno lo escuchan (Su familia) mi mamá me vino a dejar al hospital y nunca más me vino a ver...(¿Usted no

sabe nada de su familia) No, nada...(¿Y usted tiene el apoyo de alguien?)De mi polola y algunos compañeros de trabajo.

Caso 6: Juan Carlos, 35 años

(Relación con sus compañeros) Buena, súper buena nunca he peleado, ni he tenido discusión con nadie, siempre me he llevado bien con todos... yo vivo en mi casa, con mis papas, mi hermano y mi sobrino...(relación que tiene con su familia) Buena...(ellos, su familia) Están súper contentos, es gratificante para ellos saber que yo estoy trabajando, están conformes están contentos con mi recuperación...Están asombrados del cambio que sucedió conmigo... Por que ahora trabajo, soy más responsable, me porto bien en la casa

Caso 7: Dolores, 48 años

Mi marido me apoya bastante y tengo buena relación con él....Mi esposo esta súper contento, él me apoya en todo...(en relación a su familia)...La verdad que con mi familia no tengo mucho contacto, no es que estemos enojados o algo parecido, sino que simplemente no hay relación con ellos. Y amigos yo no tengo, entonces con quien me apoyo es con mi marido, somos los dos no más.

Caso 8: Patricio, 43 años.

Mi familia esta súper contenta de que yo este trabajando y me apoyan bastante, ellos siempre están pendientes de mis avances y ahora que saben que prácticamente estoy de alta y autorizado para trabajar en otro lado me motivan para que encuentre un

nuevo trabajo, mis hermanos también me apoyan... Si mi familia siempre me ha apoyado en todo

Caso 9: Ximena, 39 años.

Acá en el hospital, conocí a un joven y yo decía no, no quiero pololear, nada. Estaba totalmente cerrada al tema, pero primero nos conocimos como amigos, él también tiene esquizofrenia y estaba solo, entonces nos pusimos a pololear. Esa parte también me ha dado como fuerza, ya que estuve siete años sola, que es harto....Con Esteban, y nos llevamos bien, no tenemos peleas, conversamos harto...(Apoyo de la familia)Si, claro. Si cuando me vino lo de la enfermedad, toda la familia se unió para que me hospitalizara en la Clínica Oriente...(Toda mi familia)...A ver, todos se unieron, mis hermanos se unieron, me compraron los remedios. Mi mellizo cuando estuve hospitalizada en la Clínica Oriente, solventó los gastos.(La familia).. Se unió la familia. Si había que ir a reuniones familiares con el Dr. Raúl Riquelme, iban todos a su consulta. En total somos cuatro hermanos, más mi mamá. Entonces nos juntábamos, conversábamos, hablábamos de cómo estoy yo, si he superado cosas...

(Mi madre)...Quiere que tenga un trabajo estable, y que lo otro, la empresa que sea un pasatiempo, una entretenición... (A mis amigos)...Si, pero no los veo tan seguido. Uno, que viven lejos y la única amistad cercana es Esteban (la pareja), también está la Patty, pero ella trabaja..Antes yo la iba a ver, no todos los meses, pero la iba a ver. A ella (Patty) no la veo del año pasado, pero la verdad ha sido culpa mía, porque yo no llamo para saber como esta...

(Mis amigos)... Si, se ponen contentos. A la Evelyn, que es una amiga de la iglesia, le conté y le pareció bien, estaba contenta. Le conté que estaba pololeando, que era una microempresaria. Ellos ven que de cinco años atrás a la fecha he crecido, yo no he descansado, he luchado.

Caso 10: Pedro, 44 años.

(Refiriéndose a la relación con sus compañeros) Buena ni un problema, me llevo bien con ellos... (En relación a su familia)... mis padres fallecieron, somos seis hermanos, yo vivo con 2 de ellos y los otros están casados y viven en otro lado. Ellos saben en lo que estoy, saben que estoy trabajando y saben también lo que significa que yo tenga esquizofrenia y que estoy tratando de superarlo. Ellos me cuestionan poco... nos llevamos bien, concordamos en todo tenemos una buena relación, nos reunimos los fines de semana con mis otros hermanos y compartimos, hacemos un asadito, conversamos bastante, me preguntan como me va en mi trabajo, se preocupan por mi, mi hermana, la que vive conmigo es mi apoderado, mis hermanos me apoyan bastante y están siempre pendientes de mi

Caso 11: Luis, 37 años.

“Mi hermana me pasa a buscar al hogar, y me dice ya Luis, vamos a la casa a almorzar. Allá veo a mi mamá, a mis otros hermanos, conversamos, me preguntan por mi trabajo. Si, yo tengo contacto con mi familia” “No, es que a ellos no les gustaría verme trabajar porque encuentran que soy muy joven. Eso me dice mi mamá y mi hermana. Si antes me decían que me retirara del trabajo y estuviera sólo en el

hogar. Y yo les decía que eso a mí no me gustaba, porque en el hogar lo único que haría es hacer las cosas de la casa, lavar loza y esas cosas que a mí no me gustan”.

“(Mi polola) me apoya, me regala ropa, de hecho la polera con que ando ahora, me la regaló ella”. “(Mi amigo) me escucha, conversamos. Cuando está de buenas, me dice que está bien que yo trabaje, que salga adelante” (...) “También me llevo súper bien con los cabros del hogar, conversamos, me preguntan que echo en el día, yo les cuento de mi trabajo. A ellos les gusta, porque la mayoría está allí (en el hogar) sin hacer nada, entonces es como novedad para ellos lo que les cuento”. (...)

Caso 12: Karen, 23 años.

“Ellos están contentos con que trabaje (la familia), y que haga cosas distintas. Les gusta que trabaje en el hospital, y me apoyan, siempre me han apoyado. Pero les gustaría que me contrataran” (...) “Tengo dos amigas fuera del hospital, pero más que nada hablamos de cosas sentimentales, no de trabajo”. “Si, hace tiempo (las amigas) me dijeron que estaban contentas con que trabajara, porque me veían que estaba cambiada, que era para mejor”.

Análisis Interpretativo Categoría 6. Redes Sociales

Respecto de esta última categoría, podemos señalar que todos (con sus características propias, según la biografía de cada usuario) cuentan con redes sociales. En general, los amigos y la familia son los que están más presentes en la vida de los entrevistados, por un lado se encuentran aquellas personas con esquizofrenia que no tienen ningún tipo de contacto con su familia, y por otro lado, aquellos en que uno o varios familiares con los que viven cumplen la función de levantarlos en la mañana para que no lleguen atrasados a su trabajo, o bien definen con el médico tratante las dosis más adecuadas de medicamentos. No obstante, y en relación a este último grupo, el núcleo familiar no es indiferente a lo que le suceda a su pariente con esquizofrenia, manifestando su opinión, en el sentido de que si están contentos, si debiesen ganar más dinero o cambiarse de trabajo, etc.

Respecto de los amigos, casi todos son usuarios que se desempeñan en los talleres protegidos, por lo que se sienten escuchados y comprendidos en relación a lo que les suceda en su lugar de trabajo. Esta situación les permite realizar actividades en conjunto, como almorzar o conversar en los ratos libres.

En relación a aquellos que tienen pareja, ésta la han conocido en el marco del taller protegido, o es una persona que no está afectada por la esquizofrenia u otro trastorno mental, es decir se desenvuelve fuera del ambiente laboral protegido. Sin embargo, en

ambos casos, los entrevistados manifiestan sentirse escuchados y apoyados por sus parejas.

6 CONCLUSIONES

Tal como se señaló en el marco teórico, un aspecto fundamental de la *Reforma Psiquiátrica*, implementada a través del *Plan Nacional de Salud Mental*, es la inserción de las personas con esquizofrenia en la comunidad, aspecto que se traduce en la participación en talleres protegidos, bajo el alero de diversos dispositivos de salud.

Sin embargo, en la bibliografía que hemos revisado en torno a la esquizofrenia, no hemos encontrado, como voz principal de los estudios, la que recoja el discurso íntimo de quienes se desempeñan en talleres protegidos (salvo estudios cuantitativos como el *FONDECYT*). En función de ello, es que se decidió indagar en la percepción de los usuarios respecto de la inserción laboral y el rol que juegan los talleres protegidos.

A medida que se iban analizando las entrevistas, con las relecturas y comentarios, se ha podido dilucidar, que independiente del tiempo transcurrido, los usuarios han podido recordar sus primeras experiencias en los talleres protegidos, estableciendo una clara diferencia entre los aspectos que consideraron negativos y los positivos.

Este último aspecto es clave, ya que en contraste con algunas de las teorías revisadas, se ha podido constatar que el discurso de los entrevistados, es coherente, articulado, lo que les permitió hacer un recorrido cronológico de su historia laboral, las

relaciones que han surgido en el contexto del taller protegido, y también han tenido la capacidad de situarse en el futuro, respecto de una posible inserción en el mercado laboral competitivo.

Lo anteriormente señalado, desvirtúa a las posturas clásicas o eminentemente biologicistas, que han sostenido que una de las particularidades de la esquizofrenia, es el deterioro progresivo y sostenido en el tiempo (cabe recordar el concepto de *demencia precoz* de Kraepelin), o como *íconos* de la *locura*, dado que el esquizofrénico escucha voces o alucina, en definitiva se le ha presentado como un sujeto desconectado del mundo, sin voluntad, un *alienado*, incapaz de insertarse en la comunidad, formar familia, trabajar.

Ello es una situación no menor, ya que si bien la gran mayoría de los entrevistados, sobre todo aquellos que cuentan con experiencia en el mercado laboral competitivo, se manifiestan optimistas y sin aprehensiones si se emplearan fuera del hospital, lo que se pesquisó en el objetivo *Identificar y describir las expectativas de las personas con diagnóstico de esquizofrenia en relación a sus posibilidades de reinserción en el mercado laboral competitivo*, los estudios revelan que la realidad empresarial es otra. En la investigación *FONDECYT, Esquizofrenia, Estigma e Inserción Laboral* se encuestó a 150 representantes de medianas y grandes empresas (Chuaqui 2002 en Chuaqui): un 72.5 % de los entrevistados demostró un deficiente conocimiento en relación a las características de la esquizofrenia (se detectó por ende, un alto nivel de prejuicio) y en relación a sus capacidades de trabajo, el 62.7 %

manifestó que entorpecerían *mucho* la producción de la empresa (aún cuando se desempeñaran en tareas sencillas, donde el 68% opinó que no serían capaces de llevarlas a cabo).

No obstante, y como se dio cuenta en el marco teórico, el panorama en países desarrollados no es muy distinto (que a priori se podría pensar que no existe o que existe muy poca discriminación o prejuicios en torno a las personas con esquizofrenia). En Alemania el nivel de inserción no pasa del 16%, y en Japón el Estado ha debido crear una ley que obligue a las instituciones públicas y privadas a contratar a personas con algún tipo de discapacidad. Volviendo a la investigación *Esquizofrenia, Estigma e Inserción Laboral* (Chuaqui 2002 en Chuaqui), un no despreciable 40% de las empresas nacionales, no contrataría a personas con trastornos mentales.

En Chile, según el Primer Estudio de la Discapacidad, implementado por *FONADIS*, un 12,9% de la población presenta algún tipo de discapacidad, y un sorprendente 70,8% que pertenece a la población económicamente activa no trabaja. Ello, significaría que no cuentan con seguridad social, o que sólo reciben una pensión asistencial, que no sobrepasa –en promedio– los \$45.000. Esto perpetuaría ciertas situaciones de marginalidad y pobreza, al menos en el grupo que fue entrevistado para la presente tesis. A ello se suma, que sólo es un 15% de las personas con discapacidad psíquica las que reciben pensión asistencial.

Por otra parte, la posición de la SOFOFA se podría calificar de ambigua, ya que en su página web (www.sofofa.cl) no se señalan hechos o cifras concretas en relación a la inserción en empleos de las personas discapacitadas, o si cuenta con políticas en la materia o si éstas se han enmarcado dentro de la llamada *Responsabilidad Social*. En este sentido, sus experiencias son sólo en el campo de la discapacidad física, por lo que el mundo empresarial tampoco se mueve con principios claros y generales.

Si se revisa el papel de FONADIS, entidad gubernamental que pertenece a *MIDEPLAN, Ministerio de Planificación*, el resultado no es auspicioso. Por una parte, las capacidades técnicas (léase recursos) sólo permiten aplicar (en forma posterior al primer mes de ser contratado) no más que una evaluación al empleador y a la persona con discapacidad. Asimismo, las cifras de colocación en general son bajas: sólo el 30% de los que postulan, y dentro de ello el 11% tienen discapacidad psíquica. Como la institución no cuenta con un desglose de inserción laboral por tipo de trastorno mental, no se sabe lo que ocurre con las personas con esquizofrenia. En esto último, se reconoce una mayor dificultad en la posibilidad en que las empresas los empleen, aspecto que suponen desde *FONADIS*, se debería una vez más a la discriminación y prejuicio ante el trastorno.

¿Qué hacer o que se ha hecho respecto de la discriminación? La situación legal de las personas con esquizofrenia no mejora el panorama. La rehabilitación psicosocial planteada desde el *MINSAL*, sólo habla de actividades, pero en ningún caso de talleres protegidos o empresas sociales. Eso lleva a pensar que no ha estado dentro de los

objetivos o de las políticas públicas del ministerio, la ocupación de personas con esquizofrenia y menos la posibilidad de inserción en el mercado laboral competitivo, lo que lleva a preguntarse ¿en manos de quien? ¿del *Ministerio del Trabajo*? ¿con que atribuciones cuenta la *Mesa de la Discapacidad* en relación a regular el empleo de las personas con esquizofrenia?.

En el documento “Trabajo y Discapacidad” (www.mesadiscapacidad.cl), perteneciente al *Ministerio del Trabajo*, se habla de los “cupos laborales para personas con discapacidad psíquica en todas las instituciones estatales, como acción afirmativa” (www.mesadiscapacidad.cl), lo que más que visualizarse como un tipo de discriminación positiva, se le señala como *inconveniente*, ya que produce una limitación en la libre contratación de mano de obra y en consecuencia, la marginación de otros miembros de la población económicamente activa. Ello podría interpretarse de dos formas: o que el Ministerio del Trabajo no tiene intención en hacerse partícipe en el proceso de inclusión laboral de las personas con trastornos psiquiátricos severos, o bien que esto último sólo es abordable o comprensible desde las reparticiones que trabajan con discapacidad, como *FONADIS*.

En relación al objetivo *Describir las habilidades laborales y sociales que adquieren las personas con diagnóstico de esquizofrenia que participan en los talleres protegidos*, si bien los entrevistados han podido señalar las habilidades propias de su trabajo, y en menor medida las sociales, sería interesante indagar en que si la capacitación que reciben en los dispositivos de salud (por ejemplo cursos de

computación que se otorgan a usuarios del Hospital Barros Luco), van orientados a la inserción real en el mercado laboral competitivo, es decir si es acorde a la demanda de mano de obra y si se le valoriza. Asimismo, y en el contexto de los talleres protegidos, la inquietud que surge tras la investigación, es si los equipos multidisciplinarios que trabajan con los usuarios de talleres protegidos, no sólo están integrados por profesionales de la salud mental, sino que además por especialistas en el área en que se desarrolla el taller protegido, lo que en nuestro juicio podría mejorar las competencias laborales de las personas con esquizofrenia.

Aunque no se consideró como un objetivo en sí, en las respuestas dadas por los usuarios, en relación a sus perspectivas en el mercado laboral competitivo, no se pudo identificar en que área les gustaría desempeñarse, lo que por un lado nos lleva a preguntarnos nuevamente por el tipo de capacitación que se les está entregando, o si los talleres en los que se les emplean están acordes a sus intereses o vocación, por lo que lleva a preguntarse si esta actividad sería una real antesala a la inserción laboral. Sin embargo, la evidencia internacional pone en relieve lo importante que es trabajar la vocación en personas con trastornos psiquiátricos. En efecto, en Estados Unidos, una investigación concluye que el apoyar a pacientes en la búsqueda de empleo y que este coincida con su vocación, eleva el bienestar y las posibilidades de remuneración (Becker, 1996 en Chuaqui y Prieto, 2006). Si además el trabajo al que postula, otorga autoridad y prestigio aumenta la motivación y la autoestima (Berelson, Steiner, 1964 en Chuaqui, Prieto, 2006); situación que se origina no sólo en pacientes psiquiátricos, sino que en la población en general. De lo anteriormente mencionado, se desprende la

siguiente interrogante y posible línea de investigación: ¿Cuál es el sentido que las personas con esquizofrenia le otorgan al trabajo?

En la investigación de Jorge Chuaqui “Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral” (Chuaqui, 2006), se aplicó una escala vocacional *ESSO (Escala Social de Segregación Ocupacional)*, en la que se miden las congruencias o incongruencias en relación a los intereses, aptitudes, valores sociales y oportunidades ambientales de las personas con esquizofrenia, los resultados no distan de lo observado en las entrevistas que se realizaron. En el ítem *Componente Entorno*, los encuestados no se sienten marginados en su ocupación, sino que además “perciben positivas condiciones externas para sus eventualidades (sic) posibilidades de desempeño en todas las áreas medidas por el test” (Chuaqui, Prieto, 2006, p.13). En lo que respecta al *Componente Personal*, todas las ocupaciones por las que se les preguntó son valoradas en forma positiva, pero a la vez no hay esferas que le sean mayormente significativas, pero tampoco las califican de forma negativa, con lo se podría inferir “un posible aplanamiento motivacional y cognitivo” (Chuaqui, Prieto, 2006, p. 14).

Dado lo anterior, es que se sostiene que todo proceso de inserción laboral debiese considerar las siguientes problemáticas en las personas con trastornos psiquiátricos (Rodríguez, Sobrino, Galilea, et al en Rodríguez, 1997):

- Incapacidad para señalar los intereses y habilidades.
- No logran unir trabajo e intereses.

- Dificultades para elegir trabajos, según sus capacidades reales.
- Inflexibilidad ante las perspectivas laborales.
- No planifican sus expectativas de trabajo.
- No reconocen limitaciones.

Por otra parte, nos sorprendió constatar que en Chile, las actividades ocupacionales (jardinería, manufacturas, zapatería, etc) desde la época del *tratamiento moral* de las personas con trastornos psíquicos no han sido modificadas por completo, y sólo han ido evolucionando desde lo tecnológico,

En las entrevistas que se efectuaron, se reveló que aunque a la mayoría de los usuarios les gustaría recibir más dinero por la actividad que realizan (recordemos que perciben un tercio del sueldo mínimo), de igual forma se sienten motivados para seguir empleados en los talleres, Esto nos lleva a reflexionar, que el taller protegido ha sido fundamental en reforzar de manera positiva, aspectos subjetivos de los usuarios (en lo referente a sus redes sociales, mejoramiento en su sintomatología, etc.). Aquí damos cuenta del objetivo (cuya temática apareció de manera emergente en la tesis): *Conocer los tipos de redes sociales que poseen las personas con diagnóstico de esquizofrenia que se desempeñan en talleres protegidos*, donde este espacio laboral ha permitido que los usuarios aumenten su autoestima, reconozcan los cambios en sus vidas antes y después del ingreso al trabajo, la oportunidad de conocer a más personas o formar pareja, y que en general el empleo les ha brindado un sentido de vida.

El entorno familiar, con el que cuentan la mayoría de los usuarios entrevistados, juega un rol fundamental en el apoyo y acompañamiento de la actividad laboral del usuario con esquizofrenia; ya sea manifestando su agrado o sobre involucrándose en el tratamiento. Desde esta perspectiva, la familia constituye un núcleo fundamental que no debiese ser obviado al minuto de considerar un tratamiento o rehabilitación psicosocial integral. Desde esta óptica, el rol del psicólogo en la intervención familiar o la psicoeducación es fundamental.

En la aplicación de las entrevistas, se fueron conociendo distintas historias de vida de personas con esquizofrenia, cuyo común denominador, es la inserción en la comunidad, ya sea por medio del trabajo o cuando reciben su tratamiento. Al respecto, las investigaciones a nivel internacional (www.sie.es) revelan que aquellos pacientes que reciben su tratamiento sin ser sacados de su entorno, han mejorado su calidad de vida, logrado autonomía, y un punto fundamental es que se han incrementado sus redes sociales, al encontrar amistades fuera de la familia o de los dispositivos de salud, tal como lo pudimos constatar en la mayoría de los entrevistados. Esto último es un gran avance en el proceso de inserción en la comunidad, ya que las redes sociales de sujetos con esquizofrenia, se caracterizan por ser más “densas y más pequeñas”, que en aquellos que no presentan un trastorno psicótico (www.sie.es). A ello se suma que las figuras significativas o que están presentes en el caso de una crisis, no son las mismas, que por ejemplo, para un individuo con depresión. Las estadísticas en Chile y otros lugares muestran que los sujetos con esquizofrenia entre 25 y 45 años se mantienen solteros en un porcentaje

importante (68%) o no han tenido hijos, o se encuentran sin trabajo en el momento de una descompensación u hospitalización. A ello se suma que lo que la familia entiende como ayuda, para el afectado podría ser sólo intromisión o franca persecución de uno o más parientes.

Por otra parte, en el antiguo sistema de tratamiento, caracterizado por el encierro, lo que se genera es el aislamiento y empobrecimiento del usuario y sus redes. Esto, y otros factores de deterioro llevan a que la red social se debilite, por lo que la ayuda en esta esfera es un asunto prioritario.

Otro aspecto que se ha querido conocer en la tesis, es de que forma ha estado presente el ocio y recreación en las personas que se desempeñan en talleres protegidos, aspecto que fue indagado en el objetivo de actividades extra laborales o complementarias al proceso de rehabilitación. En este punto, si bien la mayoría de los usuarios pudieron señalar que tipo de pasatiempo les gustaría realizar, sólo los usuarios de El Peral dieron cuenta de momentos de esparcimiento (realización de asados, a fin de mes cuando les pagaban), pero generados por ellos mismos. En el caso del Barros Luco, la mayoría no realizaba ninguno en la actualidad, pero los recordaban con satisfacción. La mayoría añora actividades físicas.

Según lo que se ha observado, pareciera ser que la carga de trabajo no se ha repartido de manera equilibrada entre un usuario y otro. Cabe recordar que una de las entrevistadas manifestó aburrirse en su trabajo, ya que le entregaban pocas labores, lo

que sumado a la falta de esparcimiento, podría generar algún tipo de deterioro social y/o cognitivo. En el polo opuesto, encontramos a un usuario que, por la cantidad de trabajo que tiene, ni siquiera se representa el contar con recreación.

En este sentido, nos ha parecido interesante citar, la definición del Dr. Mario Varela respecto del ocio: “es una actitud de tranquilidad, donde nada obliga, no existen estímulos que exijan, es sólo abandonarse al mundo circundante (...) es algo totalmente distinto al aburrimiento” (Varela, 1986, p.79 en Revista de Psiquiatría).

Un avance en relación a las actividades recreativas lo ha constituido la implementación de los Clubes de Integración Social, a través de políticas del Ministerio de Salud (www.minsal.cl). Aquí las personas con esquizofrenia, comparten actividades de recreación y formativas (arte, juegos de salón, macramé, entre otros). No obstante, en la generalidad no son espacios que se generen por iniciativa de los usuarios, sino que como parte de las actividades programadas por el equipo de rehabilitación.

En la actualidad, donde se valora y privilegia la productividad y el éxito; el tiempo libre y el ocio han pasado a ser bienes escasos, sólo alcanzables para aquellos que han cumplido con su deber, tal vez como herencia de la ética protestante en el trabajo. En el caso de las personas con esquizofrenia, que no necesariamente son consideradas como sujetos productivos, el derecho al ocio, la cultura y recreación, también ha pasado a ser una tarea pendiente. Por ello, y en función de los testimonios de las

entrevistas, se abre otra interrogante. ¿será que la sociedad no ve el desempeño de los talleres protegidos como una actividad productiva o al menos dignificadota, lo que en consecuencia no les haría merecedores de horas de esparcimiento?

No obstante, si nuestra intención es conocer el proceso de inserción laboral, el taller protegido aún no establece la diferencia respecto de un avance en la integración al mundo del empleo: no reciben remuneraciones de acuerdo a sus capacidades y desempeño, y por consiguiente no apelan al derecho fundamental de todo ser humano de contar con un trabajo digno. No se duda que los terapeutas o profesionales involucrados en estas instancias protegidas han tenido un real interés en que las personas con esquizofrenia se empoderen como sujetos laboralmente autónomos. Sin embargo, el desenvolverse bajo la sombra de una institución hospitalaria podría llevarlos inexorablemente a procesos de institucionalización, en algunos casos difíciles de revertir. En este sentido, no es menor el modo en que los entrevistados significan el lugar en que trabajan, como un espacio de protección, anexo al mundo (que es lo que ellos perciben como lo que está *afuera*), y que este hecho podría ser un motivo de preocupación de los entrevistados que no cuentan con experiencia laboral, al momento de insertarse en empleos de aquel mundo que los espera *afuera*. En este sentido, no hay que olvidar que la marginación del mundo del trabajo, presenta una importante desventaja social que suele afectar a las personas con discapacidad psíquica.

En lo que concierne a la psicología, los tratamientos orientados a las personas con esquizofrenia han ido de la mano de los cambios en la concepción que se ha tenido del trastorno, lo mismo ha sucedido en la apreciación de quien la padece, como la mirada del terapeuta. La experiencia de los usuarios en los talleres protegidos, los testimonios que ellos nos pueden entregar, refuerzan la importancia de una mirada integradora, es decir sin dividirlos en sus síntomas, sino que en relación con su entorno (redes sociales). Por ello, la importancia del *Modelo de Vulnerabilidad*, presentado en el Marco Teórico, el que recoge elementos bio –psico- sociales, y no deterministas como sucedería en algunas posturas psicológicas o psiquiátricas.

Desde esta perspectiva, es que se hace necesaria una mayor incorporación de los psicólogos en el ámbito de lo comunitario, dado que los actuales modelos de salud mental apuntan a la multiplicidad de visiones en el proceso de integración social y laboral de la persona con esquizofrenia. Ello es congruente ante las respuestas de los usuarios en relación si el trabajo les ha beneficiado en su tratamiento, aspecto que prácticamente todos contestaron de manera positiva, lo que nuevamente nos pone al frente del rol que pudiese tener el psicólogo, dado que el taller protegido se presentaría como terapéuticamente significativo.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aroca A. *Historiografía de la locura, El péndulo de la historia* (s.f.)
Extraído en mayo 2007 desde
http://www.psykeba.com.ar/articulos/AAhist_locura.htm

- Biografías y Vida *Franco Basaglia* (s.f.) Extraído en diciembre 2006 desde
<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/basaglia.htm>.

- Bustamante, M, González, M, Tapia, H (2002) *Aportes que las redes sociales brindan a las familias que poseen un integrante con VIH/SIDA, para enfrentar el impacto emocional que conlleva la enfermedad* Tesis para optar al título de psicólogo y al grado de licenciado en Psicología UAHC Santiago, Chile.

- Cañamares, J. Castejon, M, Florit, A. et al (2001) *Esquizofrenia* Series guías de intervención, Síntesis, Madrid.

- Clasificación de trastornos mentales CIE 10
Criterios de la OMS (s.f.) Extraído en octubre 2006 desde
<http://www.psycoactiva.com/cie10/cie1.htm>

- Chuaqui, J, Prieto, A. (2006) *Esquizofrenia y Desempeño Laboral*, en prensa.
- Chuaqui, J. (2005). *Salud mental y Derechos Humanos Trabajo* presentado en la Conferencia Regional de Salud Mental, noviembre, Brasil.
- Chuaqui, J. (2006) *Situación de las personas con discapacidad en Chile*, en prensa.
- Chuaqui, J: (2002) *Sociedad Psiquiatría y Esquizofrenia (Interrelaciones)* Alba producciones, Valparaíso.
- Declaración de Alma Ata (s.f.) Extraído en junio de 2007 desde http://www.paho.org/spanish/dd/pio/alma-ata_declaracion.htm
- DSM IV Breviario (1997), Masson, España.
- Ey, H (1995) *Tratado de Psiquiatría*, España, Masson.
- Esquizofrenia (s.f) Extraído en septiembre 2006 desde <http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/neurologia%20psiquiatria%20y%20neurocirugia/esquizofrenia.html>.

- Esquizofrenia (s.f.) Extraído en agosto 2006 desde http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_11.htm

- Esquizofrenia, (s.f.) Extraído en agosto 2006 <http://www.esquizo.com/v4/content/view/15/89>.

- Esquizofrenia (s.f.) Extraído en agosto 2006 desde http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=esquizofrenia

- Fernández M. Gabay P (2003) *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves* Buenos Aires, Polemos

- Fonadis, *Mesa de la discapacidad*, (s.f.) Extraído en abril 2007 desde <http://www.mesadiscapacidad.cl/pdf/seguridadsocialydiscapacidad.pdf> sitio

- Fonadis (2004) *Primer Estudio Nacional de la discapacidad en Chile*, Santiago, Chile.

- Fonadis, *términos y definiciones más frecuentes sobre la discapacidad*, (s.f.) Extraído en noviembre 2006 desde <http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=14&letra=0>

- García F, Ibáñez J, Alvira F (1998) *El análisis de la realidad social Métodos y técnicas de investigación* España, Alianza Universidad Texto II Edición revisada y compilada.
- Giorgio O. (1997) *Informe sobre el curso regional de administradores de talleres protegidos* Edición de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) Agencia Internacional Danesa para el desarrollo, Perú.
- Herleein, A, (2000) *Psiquiatría Clínica* Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile.
- Hernández, R y Fernández, C (1998) *Metodología de la Investigación*, Colombia, Mac Graw Hill.
- Hormazabal M. 1998 *Inserción laboral de personas con discapacidad mental*, Tesis para optar al grado de trabajador social UAHC, Santiago Chile.
- Huneus, T (2005). *Esquizofrenia*, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Jasper K. *Biografía de Kart Jasper* (s.f.) Extraído en abril 2007 desde http://es.wikipedia.org/wiki/karl_jasper

- Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas discapacitadas (1999) *Taller Protegido*
Extraído en junio 2006 desde <http://www.discapacitados.org.ar/nacionales/35.html>

- Medina, E, Escobar, E., Quijada, M et al (2002) *De Casa de Orates a Hospital Psiquiátrico, Antología de 150 años* Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud (2006) *Sistema de Salud Mental en Chile*, Santiago, Chile.

- Minsal, *personas con trastornos psiquiátricos severos* Extraído en noviembre 2006 desde http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/EQZ.pdf

- Muñoz, M. (1992) *Apuntes de psiquiatría* Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

- Normas Uniformes para las oportunidades de las personas con discapacidad, Extraído en mayo 2007 desde <http://www.cocemfe.es/asesoria+juridica/1normas+generales/1normasuniformeso nu.pdf>

- Ortiz M. *Redes sociales y evolución de la esquizofrenia* Extraído en marzo 2007 desde www.sie.es/crl/articulos3.htm

- Percepción, Extraído en junio 2006 desde <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>

- Pérez Serrano, G (1994) *Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos* Madrid, España, Narcea.

- Pérez Serrano, G (1998) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid, España La Muralla.

- Portuondo, J (1982) *El Psicodiagnóstico de Rorschah y la Esquizofrenia* Madrid, España Biblioteca Nueva.

- Psicosis (s.f.) Extraído en mayo 2007 desde <http://www.psiquiatria.com/areas/psicosismasarticulos/psicosis>

- Psiquiatría Comunitaria (s.f.) Extraído en mayo 2007 desde <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/viewcat.php?cid=0>

- Quivy, Campenhautd (2005) *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*.
Limusa
- RBC *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*, documento de posición conjunta 2004
- Rehabilitación basada en la comunidad *RBC con y para personas con discapacidad* Ponencia conjunta 1994
- Rodríguez, A. (Compilador) 1997 *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales graves crónicos* Ediciones Pirámide S.A. Madrid
- Sence, *Oficinas de Intermediación Laboral* Extraído en mayo 2007 desde <http://www.sence.cl/intermediacion.html>
- Shorter, E (1997) *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina* J y C Ediciones medicas, Barcelona
- Silva, H (2000) *Psiquiatría Clínica*, Santiago de Chile, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

- Sofofa *Discapacidad* Extraído en mayo 2007 desde <http://www.sofofa.cl/sofofa/index.aspx?channel.-4281>

- Taylor, J y Bogdan, R (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona, Paidós

- Valles, M (2003) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid, Síntesis.

8 ANEXOS

8.1 Entrevistas en Profundidad

Entrevista en Profundidad Juan Alonso

E: Buenas tardes Juan, cuénteme que edad tiene usted

J: 38

E: 38 años

E: ¿Y hace cuanto tiempo que esta trabajando acá en el taller?

J: En diciembre cumplí 5 años

E: En diciembre cumplió 5 años...

E: ¿Y siempre trabajó en el área de los jardines?

J: Si en diferentes cosas, pero o sea el jefe siempre me decía que yo me mandaba solo, pero yo no me mandaba solo, si de repente tenía que hacer un trabajo, demás que yo lo hacia

E: ¿Y por que su jefe le decía que se mandaba solo?

J: Porque en vez de estar ayudando a los otros yo o sea terminaba mi trabajo y me iba para otro lado por que o sea yo siempre trabajé aparte del grupo por que me gustaba trabajar siempre tranquilo sin que estuvieran todos

E: Le gustaba un trabajo más individual

J: Al principio era así, después tuve que meterme en el grupo

E: ¿O sea después se fue integrando?

E: ¿Y cómo llegó usted a este lugar a trabajar?

J : Don Renato un día me dijo lo que pasa es yo trabajaba en un taller ahí gratis , tenía que tener pensión para que me dieran un sueldo en el taller de don Lalo que hacen maderas, muebles de todo y como yo trabajé antes en una mueblería entonces ya sabía ese trabajo y..pero ehhh él me dijo que tenía que encontrar un trabajo para mí entonces yo vine para acá y trabajamos media jornada de 8:30 a 13:00 cuando empezamos aquí después la otra semana teníamos que ir al Pino a trabajar

E: ¿Al hospital el Pino?

J: Si

E: Y cuánto tiempo trabajó aquí en la mueblería en ese taller de madera?

J: Aquí un mes no más, dos meses, lo que pasa es que yo no podía trabajar gratis, tenía que tener una pensión

E: ¿Pero usted como llegó a integrar el taller protegido?

J: Don Renato me dijo que yo tenía que trabajar, entonces tuvimos que ir al Pino a trabajar él me llevó en su camioneta, porque yo no sabía bien donde era, entonces para que me quedara claro él me llevó y me dijo donde tenía que tomar la micro.

E: ¿Y después se quedó sólo con esa actividad?

J: Claro empecé a trabajar también en las plantas en el invernadero, por qué nosotros no trabajábamos acá trabajábamos sólo en el Pino, pero después salió el trabajo para ese hospital empezamos a trabajar ahí

E: O sea ¿que lleva cinco años trabajando acá? Y esta cantidad de años que lleva trabajando ¿es la misma desde que le diagnosticaron la enfermedad? Me refiero si a usted le diagnosticaron esquizofrenia y comenzó a trabajar al tiro ¿me puede contar cómo fue ese proceso?

J: No es que yo siempre no me he llevado bien con mi familia, porque no encuentro que haya sido positivo que me internaran. Mejor me hubiesen llevado a un psiquiatra, porque para mí estar internado no me hizo nada de bien.

E: Porque considera que estar interno no le hizo bien ¿su familia lo interno en este hospital?

J: Claro mi familia lo que pasa es que como yo consumía algunas pastillas que, que ... (incomodidad del entrevistado)

E: Con confianza no se preocupe

J: No poh, lo que pasa es que yo consumía anfetaminas para sentirme, con mas ganas así. Porque yo en ese tiempo no hacía nada, no trabajaba y ni siquiera estudiaba después todo se me juntó, y ahí empecé a consumir. Yo trabajaba en una mueblería, entonces de repente caminando comencé a sentirme raro, yo esa cuestión nunca la había sentido y ahí empezó todo, pero no era para internarme, o sea era podrían haberme llevado a un psiquiatra o un hospital, pero no para internarme eso no me gustó nunca

E: ¿Y aquí estuvo un tiempo hasta que empezó a trabajar en la mueblería?

J: Lo que pasa es que después me dieron de alta

E: Ahh ya

J: Pero que me hayan dado de alta fue peor, porque después quise matarme

E: Cuénteme como fue eso

J: Yo me tiré de un cuarto piso y me tuvieron un año y medio en el hospital, entonces yo no podía y quería volver a matarme, porque no podía soportar eso

E: ¿Qué no podía soportar?

J: Si pues, eso lo que yo le digo que nunca me gustó estar internado

E: A ver si le entiendo bien: a Ud. le dieron el alta y después de alta tenía deseos de morir y fue ahí cuando se tiro del cuarto piso

J: Claro, lo que pasa es que yo salí del alta me dieron ganas de matarme, me tiré del cuarto piso del departamento donde vivía, y estuve como cuatro o cinco meses más en un hospital por que me había quebrado la pierna y el brazo. Después me dieron de alta, y volví de nuevo al hospital, pero a este hospital, al Peral, pero fue distinto por qué pasaron varias cosas que a mí no me gustaron mucho

E: ¿Que cosas no le gustaron mucho, me puede contar?

J: Lo que pasa es que mi familia, cuando yo salí de alta del otro hospital contrató una ambulancia para que me llevaran al Peral y me internaran. Por eso yo ahora a mi

familia no la miro bien, o sea no puedo, he tenido peleas y todo, y eso no me hace bien porque si yo pierdo el equilibrio me vuelve a pasar lo mismo

E: ¿Qué es lo que le puede volver a pasar?

J: Eso poh, que me quiera matar de nuevo

E: Ahh , entiendo

E: ¿Y dónde vive ahora?

J: No, igual vivo con mi familia, haya mismo en el departamento donde me quise matar.

E: ¿Pero vive con su familia todavía?

J: Si

E: Y cuando llego a trabajar aquí a agropecuaria ¿Cuál fue su primera impresión? ¿Qué pensó cuando llego a trabajar aquí?

J: Es que lo único que quería era trabajar para valerme como persona ser una mejor persona porque como yo no tengo estudios no tengo nada no tenía ni siquiera una pensión. Pero sabe yo nunca robé, porque yo me juntaba con gente que robaba pero yo nunca lo hice, o sea podría haber traficado droga cuando consumía, pero no me hubiese servido de nada, porque son muchos años en la cárcel. Usted podría pensar: claro si el consumía también podría haber robado o algo así, pero yo siempre he sido honrado, yo tengo mis hojas limpias pero es por eso todas las situaciones que se juntaron y por eso yo llegué acá

E: ¿Y usted cree que el tema de tu familia influyó?

J: Si pues como yo le dije no fue positivo haberme internado acá, porque la gente piensa de este hospital o sea ahora las siente. Aunque ha cambiado de opinión acerca del Peral, pero antes pensaban diferente, ya que decían que aquí se internaban puros locos que aquí había pura gente mal de la cabeza, que después la soltaban y hacía lo que querían. Eso es lo que no me gusta mucho, o sea nunca me gustó estar aquí

N: ¿Pero a usted no le gustó estar internado acá, por lo que pudiera decir la gente que sabía que usted estaba enfermo e internado acá?

J: No

E: ¿Me podría contar por qué no le gustaba estar internado acá? ¿Le preocupaba lo que pudiese decir la gente.

J: A mí no me interesa lo que piense ni diga la gente, total ellos están peor que uno. De repente si uno ve todos los días en las noticias, donde hay gente que no tiene problemas psicológicos, y hace cuánta maldad. Entonces no me preocupaba lo que pensaba la gente, lo que a mí no me gustaba era estar internado porque es muy largo el proceso, y al final nos sirve de nada, o sea yo sé que los tratamientos ahora han cambiado, pero antes el tratamiento no era bueno es decir las pastillas, estar sometido a tomar pastillas, pero yo nunca tome pastillas de esas.

E: Me podría contar que hace específicamente acá en agropecuaria ¿cuáles son sus actividades?

J: ¿Antes o ahora?

E: A ver, cuénteme de sus actividades actuales.

J: Es que yo llevo cinco años trabajando acá, he hecho muchas cosas

N: Entonces cuénteme lo que ha hecho durante estos cinco años

J: Lo que pasa es que yo antes no manejaba las máquinas

N: ¿Y ahora maneja las máquinas?

E: No ahora tampoco las manejo, o sea yo no manejo las máquinas no por una cuestión de capacidades: Mire yo al principio quería usarlas, pero después dije que no. Es que sabe lo que pasa, es que un joven que trabajaba acá, no se si a usted le contaron lo que pasa, es que no me acuerdo el nombre de él, bueno él se mató. Entonces la señora Nora (*monitora del taller protegido*) siempre necesitaba un ayudante acá y como yo lo reemplazaba a él, de repente cuando él iba a buscar sus pastillas, y se tomó una sobredosis de pastillas y murió

N: ¿Y él murió trabajando en las máquinas?

E: No él murió en su casa...

E: ¿Y por eso usted ahora no quiere tomar el lugar de él, me refiero a que no quiere hacer las actividades que él realizaba, como por ejemplo trabajar en las máquinas?

J: No si yo lo reemplazo a él muchas veces, de hecho yo ahora hago todas las actividades que hacía él: ayudarlo a la señora Nora a transplantar plantas, ayudarlo con las mangueras, raspar cortar el pasto, desmalezar

E: ¿Esas son todas las actividades que usted realiza ahora? Que otra actividad realiza acá o ha realizado durante estos cinco años que lleva trabajando acá?

J: No yo siempre he sido ayudante, porque hay ayudantes y hay otras personas que manejan las máquinas, pero yo siempre he sido ayudante

E: ¿Y cuándo usted empezó a trabajar acá qué fue lo que más le costó hacer?

J: Nada, nada porque lo único que quería era trabajar, tenía muchas ganas. Si a mí me mandaban a la punta del cerro, a la punta del cerro yo iba, porque lo único que quería y necesitaba era trabajar, para sacarme esa cuestión de estar todo el tiempo internado, para olvidarme de las tonteras, necesitaba hacer algo, como iba a estar en mi casa de nuevo sin hacer nada. Y como don Renato me dijo que fuera a trabajar, yo fui a trabajar, pero la primera vez fuimos al Hospital El Pino.

E: ¿Y qué actividades realizó cuando fue al Hospital El Pino?

J: Yo me dediqué a puro regar, por que los otros hacían otras cosas, y ahí cada uno hacia su trabajo, no podíamos hacer todos lo mismo, porque hay que cortar el pasto, hay que regar, hay que limpiar.

E: O sea cada uno tiene sus actividades bien definidas

J: Claro, cada uno tiene su trabajo

E: Cuénteme Juan como se lleva con sus compañeros de trabajo?

J: Ehh ahora, o sea bien

N: Claro, porque si mal no recuerdo usted me contó que cuando llego a trabajar acá le gustaba hacer tu trabajo solito.

J: No, pero no es que yo me quiera separar del grupo. Ya conocía a varios, yo conocía a mis compañeros, pero lo que pasa es que yo he tenido muchos problemas con varios de ellos, una vez casi nos agarramos y todo eso. Es que a mi no me gusta que me pasen a llevar, y una persona como hombre, no dejaría que otro lo pase a llevar. Aquí yo siempre pasaba peleando, si una vez nos agarramos con el Edilberto por que me caía mal, pero ahora me cae bien, son cosas que ocurren no mas, tienen que pasar.

E: ¿Pero y ahora ha tenido problemas?

J: Lo que pasa es que yo me paraba un rato

E: ¿Cómo se paraba?

J: Me paraba poh para descansar, yo se que tengo que hacer caso, pero con el Jaime también he tenido problemas

E: ¿Y qué cree usted que pasa para que tengan problemas, es de parte de ellos o es de parte suya?

J: No eso era antes, ahora no pasa nada, lo que pasaba antes es que a ellos no más le gustaba molestarme, les gustaba a ellos no mas, ellos podían echar tallas y hacer bromas y yo no, entonces de repente yo los leseaba o hacia una broma fuerte y ellos se enojaban entonces pero no ahora yo estoy bien con todos.

J: ¿Y con sus monitores o supervisores como es la relación?

J: Nooo ni con don Renato tengo buena relación, no ahora. Lo que pasa es que con los jefes he tenido problemas también, es que antes nos daban una semana de vacaciones, entonces era muy poco, o sea para todo el trabajo que se hace acá, y después ir al hospital El Pino. Imagínese ir al Pino a trabajar allá, y más encima trabajar acá. Las vacaciones eran muy pocas, uno no alcanzaba ni a descansar casi nada, no se podía descansar en la casa

E: ¿Y las vacaciones era motivo de discusión con don Renato? O hay alguna otra razón

J: Lo que pasa es que yo tenía que hacerle caso pero de repente no le hacía caso, no si yo pasaba siempre trabajando, siempre estaba trabajando en cualquier lado, los mismos funcionarios le podrían haber dicho, pero de repente cuando uno estaba así parado y pasaba él y me decía que que era lo que estaba haciendo yo le decía que estaba haciendo el trabajo que el me mando

E: Cuénteme ¿que ha aprendido aquí?

J: Un poco a superarse porque a mi me hubiese gustado estudiar, tener una profesión pero en ese tiempo estaba Pinochet, no se podía hacer nada, yo era de izquierda y aunque hubiese cambiado la democracia ehh nunca me hubieran tenido en cuenta porque como yo nunca he sido de partido político siempre uno tiene que ser de partido político para que le den un buen trato

E: ¿Pero aparte de superarse, que más ha aprendido acá? Déme unos ejemplos

J: No si todo lo que se hace acá yo ya sabia hacerlo, porque yo trabajaba en el barrio alto, y ahí hacia todas esas pegas yo sabia todo eso yo trabajaba en el barrio alto en una casa particular

E: Pero me podría detallar sus actividades, cuénteme por favor que ha aprendido aquí o si hay cosas que ya sabía pero que aquí reforzó

J: No si igual aprendí varias cosas, aprendí como hacer madera así de ese tipo (apunta una madera tallada) aprendí a transplantar plantas, que yo no tenia idea de cómo transplantar y cambiar plantas de macetero o de jardín, a regar, pero transplantar no es llegar ni hacerlo hay que hacer una mezcla con tierra y poner abono eso que aprendí me gusto harto

E: ¿Que ha sido lo que mas le ha gustado de estar aquí?

J: Conocer a mas gente y poder compartir, aunque yo igual conozco harta gente, conozco todo Puente Alto, San Jerónimo, El Tranque, todos esos lados. Porque a mí me gusta conocer gente para ver cómo son, como tienen lo mismo que uno. Porque yo al principio hablaba con una psicóloga, y yo jamás le dije que tenía esto yo le dije que fue una depresión, en todo momento le dije que era eso y nunca y hasta ahora yo no encuentro que tenga eso por qué no me cabe todavía

E: ¿Usted cree que no tiene Esquizofrenia?

J: No, y no es porque yo crea que soy especial ni nada de eso pero es que yo no me veo como los demás por eso yo le decía delante que no fue bueno haberme internado acá porque que me hizo más mal

E: ¿Y a usted le gustaría tener un trabajo distinto al que tiene a acá, algo fuera de este lugar, por ejemplo en una empresa ¿

J: Si

E: ¿Y que le gustaría hacer si tuviera la oportunidad?

J: me gustaría volver a la mueblería donde trabajaba antes de enfermarme, por que sabe a mi me aburre la rutina y me esta aburriendo un poco el trabajo acá

E: ¿Es muy monótono?

J: No lo que pasa es que en la mueblería a mi me gustaba mas lo que hacia, eso era lo que a mi me gustaba, aquí hago algo que tengo que hacer no más, o sea a mí me gusta más la mueblería que esto, pero la gente no sabe aceptar que uno ha pasado por todo este proceso y estas situaciones

E: A ver explíqueme eso de que la gente no acepta el proceso

J: No porque yo un día fui a donde la señora de la mueblería a ofrecerme para trabajar, y ella me dijo que hoy día no, que a lo mejor mas adelante si y hasta ahora estoy esperando; como que le cuesta aceptar que uno ha tenido eso, y yo no tenia nada de eso po si yo iba tranquilo a trabajar a la mueblería y de repente caminando me empecé a sentir raro

E: ¿A qué se refiere cuando dice que se sentía raro? ¿Qué le pasaba?

J: No es que como que me sentía así como que cuando se mete una voz dentro de uno así como cuando la gente tiene esas cosas así de cómo esas cosas de espíritu, pero yo no sé si a mi alguna vez alguien me hizo daño para que me entraran espíritus, porque si hubiese sido así esto me hubiese dado a lo 16 años pero no me paso

E: ¿A que edad le ocurrió lo de las voces ?

J: A los 33 años

E: ¿Y en ese tiempo usted también estaba consumiendo drogas?

J: Si po en ese tiempo yo consumía anfetaminas, las necesitaba para sentirme con más ganas

E: ¿Pero usted las consumía para estar con más ganas en el trabajo o para sentirse bien cuando estaba con los amigos?

J: No es que los amigos también consumían, es difícil, es muy cara la pastilla porque al final me la conseguía porque yo no tenía plata. Yo iba a vender cosas al persa Bio Bio allá me hacia una buena cantidad de plata

E: ¿Y con lo que ganaba allá en el persa, compraba las anfetaminas?

J: Si aunque a veces me las conseguían, pero otras veces no porque son muy caras, son capsulas

E: ¿Si la señora de la mueblería le ofreciera el trabajo y le dijera a usted que trabajara con ella cuales serian sus expectativas?

J: Es que a mi me gustaría cambiarme , porque estoy un poco aburrido acá , mas encima don Renato perdió el trabajo allá en el Hospital El Pino , como que resulta mas monótono trabajar y venir para acá. Es que a mi me gustaba trabajar en el Hospital El Pino porque lo encontraba como que la gente era mas amable, o sea en el sentido del trabajo que nosotros hacíamos nos valoraban mas porque aquí es difícil, esto es tan grande. Yo tendría harta ganas de irme a trabajar en la mueblería, pero la

dueña no acepta lo que a mi me pasó, o sea ella cree que a mí me puede pasar cualquier cosa, que puedo hacer una locura pero yo siempre he mantenido el equilibrio

E: ¿Cuando usted dice que esta aburrido, se refiere al trabajo en si?

J: No, mire si no es tanto el trabajo lo que me tiene aburrido, sino la rutina de hacer siempre lo mismo

E: ¿Pero por ejemplo si sus monitores o supervisores le plantearan la idea de que usted propusiera actividades para agregar al trabajo, para hacerlo mas entretenido, o para que aportara más que les propondría?

J: Yo les diría que fuéramos a otros hospitales a trabajar, salir de acá de la rutina de estar todos los días acá, porque los funcionarios acá no valoran el trabajo

E: ¿Qué le hace pensar que los funcionarios de este hospital no valoran su trabajo?
Deme un ejemplo

J: Lo que pasa es que en un discurso del primero de mayo ehh estaban hablando ahí todos los doctores, y de repente habló una señorita, la doctora Fuentes ella fue la única que se acordó que hay gente trabajando aquí en el hospital y que todo está bonito porque los trabajadores de la empresa social están haciendo un buen trabajo. Y lo que pasó fue que asistió otra señorita que hablo, pero que no era la doctora Fuentes y nos trato como enfermos mentales, pero yo hable con ella después y le dije que nosotros no somos enfermos mentales, o sea en vez de referirse a nosotros de otra manera se refirió mal de nosotros, si nosotros somos como cualquier otra persona sólo es que tenemos algo diferente que nos paso no mas

E: ¿Y ella que le respondió?

J: Me dijo que se había equivocado, me dio puras excusas

E: ¿Y a usted que le pasó cuando ella se refirió así de ustedes?

J: Me dio rabia porque no nos puede tratar así po, si fuésemos enfermos estaríamos internados de nuevo, y eso no es así nosotros ya superamos esa etapa, no estamos en esa etapa de hacer lo que hacíamos antes o sea ya paso hace tiempo. Es como cuando uno sufre un accidente y después se recupera, después sólo se acuerda no más, pero no esta toda la vida accidentado

E: ¿Usted cree que el diagnostico de Esquizofrenia que se le realizo fue determinante? Se le han cerrado muchas puertas, por ejemplo que la señora de la mueblería no quiera que usted vuelva a trabajar ahí

J: Si algo así, lo que pasa es que la gente de afuera no cree, no acepta eso, es que ha sido tanta la gente que ha hecho locuras y se ve por televisión y dejan mal a toda la gente que tiene ese problema

E: ¿O sea usted plantearía que si bien tiene Esquizofrenia no es igual a otras personas que también tienen esta enfermedad?

J: Es que a mi me cuesta aceptar esta cuestión o sea nunca, para algunos es fácil decirlo pero no me gusta, no logro aceptarlo, porque mi diagnostico al principio no era eso, porque yo consumía anfetaminas pero no se si eso me afecto, o si me afecto no tener un trabajo o no hacer nada, por que en ese tiempo todo se me junto, incluso en ese tiempo se murió mi papá entonces eso también me pudo haber afectado

E: ¿Usted cree que fue un diagnóstico apresurado?

J: Si, pero al final uno tiene que aceptarlo, pero la gente de afuera no lo acepta

E: ¿A quien se refiere con la gente de afuera?

J: A todos , a la familia , los vecinos, a la gente común y corriente que pasa en la calle que dice ahhh esta persona tiene esta cuestión, ahh no hay que acercarse a ella. No pero yo he sido igual que antes, toda la gente me conoce asi que me da lo mismo lo que piense la gente o sea yo igual sigo mi rutina de vida que hacia antes, me junto con los cabros ehhe trato de no sentirme aislado, yo siempre he dicho que uno tiene que superarse solo nadie viene de arriba a ayudarte o otra gente

E: ¿Pero indistintamente de que usted plantee que este trabajo y la rutina lo tiene aburrido, usted considera que le ha ayudado en su tratamiento?

J: Si, si me ha ayudado harto

E: ¿En qué cree usted que le ha ayudado el estar aquí, el hacer este trabajo?

J: En la capacidad de valerme como persona que no todos tienen la oportunidad que tenemos nosotros o sea hay gente que nunca la han internado y se muere así po y hace puras locuras

E: ¿O sea esto ha sido positivo para usted ? O sea ha sido bueno para su tratamiento

J: El trabajo, pero no el tratamiento, lo que pasa es que a mi el tratamiento nunca me gustó

E: ¿Pero usted aun esta en tratamiento?

J: No, o sea yo ya supere todo esto hace tiempo ya, para mi ya es como que no hubiese existido jamás eso

E: ¿Y usted toma algún tipo de medicamento?

J: Si, si estoy tomando medicamentos

E: ¿Que medicamentos toma?

J: Tomo para dormir Lorazepam, pero es pa dormir porque no puedo dormir bien, o sea pero ese no es un remedio pa decir que es del tratamiento, y tomo Risperidona. Esas dosis me las bajaron hace tiempo eso si, y el otro es la Clorpromazina pero nunca me ha gustado ese remedio mire, o sea para dormir tomo Lorazepam, y ese me mantiene bien porque antes no podía dormir y ahora descanso, ese remedio me lo dio la doctora Fuentes porque no podía dormir en toda la noche cuando estuve internado en medicina, entonces ella me dio ese tratamiento

E: Entonces ahora toma Lorazepam, Clorpromazina y Risperidona

J: Pero tomo medio de clorpromazina esa dosis me la bajaron hace tiempo y risperidona una y media en la noche. No me la podría tomar en el día porque me da sueño, si me tomara el Lorazepam ahora, también me daría sueño por eso siempre tiene que ser en la noche

E: ¿Entonces usted plantea que este trabajo si le ha ayudado pero que el tratamiento no, estoy entiendo bien?

J: Lo que pasa es que yo nunca he aceptado que mi familia me haya internado acá

E: ¿A propósito de su familia, yo le quería preguntar que opinan ellos, sus amigos o conocidos de que usted esté trabajando acá?

J: Esta bien, si no importa el trabajo que uno haga, si todo trabajo es digno, ellos lo valoran bien

E: ¿Y qué le dicen ellos?

J: Que esta bien, es que sabe yo nunca he necesitado de la ayuda de nadie, bueno sólo he necesitado de la ayuda de mis papas ,siempre me las he rebuscado solito, antes iba al persa Bio Bio, cuando no tenia plata y tampoco problemas psicológicos, siempre iba a trabajar pa allá po o trabajaba en la mueblería que es una cuestión particular, o sea no es un trabajo como el de la empresa que uno tiene un horario que cumplir y todo eso , aunque uno tenia que levantarse temprano pero ese siempre ha sido un trabajo particular

E: ¿Y cuando usted se reúne con sus amigos que le dicen ellos de que usted este trabajando acá?

J: No si saben lo que es esto, ellos dicen el manicomio, la gente es cruel con uno, pero igual opinan que esta bien que este trabajando aquí, porque si uno no tiene estudios no tiene nada, tiene que hacer lo que sea porque nadie a uno le regala nada, siempre hay que salir adelante solo

E: ¿Entonces cómo son las opiniones de sus amigos?

J: Son buenas las opiniones de que yo trabaje, independiente de que este trabajando acá y no en otro lugar, lo importante es que tengo trabajo

E: ¿Usted se ha sentido discriminado alguna vez?

J: No, es que a mí la gente me mira igual que antes, o sea el mismo de siempre porque no se dan cuenta, y ni siquiera perciben que uno ha estado internado acá, pero la gente se burla, yo me he dado cuenta y no solo se burla de nosotros que tenemos esto, se burla de los ciegos, de los inválidos, la gente de afuera es cruel, si uno lo ve todos los días en la calle ,se burla, dicen tallas de doble sentido, pero no me siento discriminado

E: Haciendo un resumen ¿Me podría relatar como se siente en su trabajo a pesar de lo que me contó anteriormente?

J: Bien, si esto me ha servido de mucho, pero sabe lo que pasa , yo quiero retirarme , porque estar internado aquí y trabajar me cansa, estoy cansado hace tiempo no solamente físicamente si no que también de la mente, mental

E: ¿Y por qué se quiere retirar?

J: Por un problema de salud también es que tengo un problema en la rodilla, y por ahorrar plata

E: ¿Pero si usted no trabaja no va a tener sueldo, como va ahorrar?

J: Si sé, es que yo sé que me puedo meter a trabajar en otro lado, porque en Puente Alto hay hartoo trabajo

E: ¿Y no le da temor que por su enfermedad no lo contraten, así como la señora de la mueblería?

J: No porque en el currículum uno no pone que estuvo enfermo y como la gente no se da cuenta y no pregunta tampoco

E: ¿El sueldo que recibe acá corresponde al trabajo que usted realiza?

J: Si, si igual corresponde al sueldo de un ayudante, pero no puedo esperar mas para que me lo suban

E: ¿Pero este trabajo le ha mejorado en algún aspecto?

J: Si me ha mejorado la calidad de vida, me ha valorizado como persona, pero yo estoy aburrido, me gustaría hacer otras cosas, no es el trabajo el que no me gusta, sino la rutina si pudiésemos ir a otros hospitales seria bueno por eso quiero buscar en otro lado para salir de aquí

E: ¿Algo que quiera agregar?

J: Si sabe a mi me gustaría que se integrara a mas personas a la empresa pero que no estén enfermas para poder compartir como se dice con gente común y corriente, para que aprendan a aceptar a las personas que han pasado por esto, y nos conozcan y nos acepten, porque la gente le tiene miedo a las personas que han pasado por esto, pero sabe si uno se toma todos sus medicamentos no tiene porque perder el equilibrio y es normal

E: Algo mas que quiera agregar

J: No nada mas, gracias, era eso no más

Entrevista a Rodrigo

E: Buenos días Rodrigo cuéntame ¿que edad tienes?

R: Bueno mi nombre es Rodrigo Claudio Pinochet Lastra, soy chileno nací en el hospital San Juan de Dios tengo 37 años nací el 8 del 11 del 69, vale decir el ocho de noviembre de 1969, soy abogado, tengo mi profesión que me faltan dos años para recuperar mis documentos y mis cosas de que yo estudie en la Universidad porque tuve un problema motriz cuando estaba en el año 89 en el colegio en cuarto medio tuve un accidente que me caí a la vereda de la calle y quede con un retardo mental, me trataron en el hospital psiquiátrico, me trataron en la clínica del carmen y gracias a Dios con el medicamento Leponex estoy un poco mejor

E: ¿Tu atribuyes esa caída a tu diagnostico psiquiátrico?

R: Claro psiquiátrico, porque quede con un retardo y yo escuchaba voces y mas encima me creía que era un Dios escandinavo que se llamaba Tor y yo era el Dios Tor que venia de Júpiter y por otros planetas es decir supersticiones, cosas que uno cree dentro de la insensibilidad del pensamiento vale decir que uno cree que existieron y no puede distarlo

E: Rodrigo ¿Y ese diagnóstico de retardo mental del que tu me hablas siempre fue retardo mental o fue esquizofrenia?

R: No vale decir la esquizofrenia es un poco mas avanzada, la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a un paciente que se quedo sin su tratamiento medico porque los doctores que tuve yo nunca me dijeron que yo tuve esquizofrenia, y a mi me atendieron eminencias en doctores

E: ¿Y hace cuanto tiempo que trabajas acá?

R: Yo llevo trabajando acá en el hospital Barros Luco siete años he visto a los monitores, por ejemplo a la Maite, a la señora Alejandra, a las otras chiquillas bonitas que eran como asesoras, la señora Nuria ehh por ejemplo estaba la Maria Jesús Tapia Jofre, ella era estricta pero con algunos se portaba bien como yo no la conocí bien no tuve grandes tratos con ella pero algunas veces conversé con ella, porque me mandaba a buscar para darme algunas cosas a entender y otras cosas quejas y otras a cosas a veces buenas

E: ¿Y que trabajo estas desempeñando?

R: Yo ahora en estos momentos me estoy desempeñando como estafeta, es decir el estafeta es el encargado de entrar y sacar documentos desde y hacia la corporación en donde yo trabajo, vale decir yo trabajo con el área administrativa y desde ahí me mandan a hacer papeleos y recibo papeles para traerlos a coordinación y archivarlos y que me den la firma y muchas cosas, muchas cosas...

E: ¿Como llegaste tú al taller?

R: Claro este es un taller protegido psicosocial, yo al taller llegue en el año 2000 después de haber estado un año evaluándome en el Hospital El Pino , con el equipo medico , el doctor Vergara, la señora Nancy Cox , la doctora Nancy Sánchez y todos los demás médicos, del mentado hospital el Pino , entonces yo estuve un año ahí con desayuno, con almuerzo de ahí nos íbamos a hacer ejercicios , jugar basquetball , correr un rato, de ahí nos evaluaban y escribían en los libros como uno estaba y hacíamos juegos , bailábamos, etcétera.

E: ¿Todo esto que me cuentas era en el Hospital El Pino?

R: Si todo en el Hospital el Pino

E. ¿Pero cuando tú llegaste aquí, en el año 2000, a te derivaron del Hospital el Pino hacia el Barros Luco?

R: Una junta medica que se realizo en el DTS (departamento técnico de salud) entonces ahí me evaluaron y me mandaron al hogar protegido, hogar protegido en donde yo vivo todavía y hace siete años y ahí me mandaron a trabajar, trabajé cuatro meses como jardinero, estuve trabajando en la repostería, todas esas cositas livianas que uno hace primero y de ahí me dijeron oiga usted está preparado lo vamos a evaluar y le vamos a enseñar para qué trabaje de estafeta y usted podría costearse tranquilamente sus pocos gastos acá no se ganan mas de \$40.000 pesos y a veces para las fiestas es un poco mas

E: ¿Cuando llegaste a este taller cuáles fueron tus primeras impresiones?

R: Yo me imagine una cosa totalmente fea como yo ya había hecho tantos trabajos ya, pero nunca me había tocado un trabajo así como estos y ahora iba a estar en un trabajo permanente y gracias Dios me fui superando y los doctores me iban acompañando en este proceso.

E: ¿Y cuando tú llegaste a trabajar, cuáles fueron las actividades que más te costo realizar?

R: Lo que más me costó fue jardinear y recolectar la basura porque ese es un trabajo más bien sucio y antes a nosotros no nos daban guantes entonces andábamos todos sucios y nos teníamos que bañar acá, después me bañaba en la casa, entonces hay muchos derivados de esta actividad que a mí no me gustan , eso fue lo que mas me costo , jardinería y recolectar la basura, aparte de eso lo que mas me costo también fue el reciclaje , ordenar los cartones y después amarrarlos, eso lo aprendí acá.

E: ¿Y que fue lo que menos te costo?

R: Lo que menos me costó es la actividad que estoy haciendo ahora que es recoger los documentos porque esta actividad me la enseñaron

E: ¿Como es la relación que tienes con tus compañeros de trabajo?

R: De primera no era una relación muy buena porque se colocan celosos cuando a uno lo ven que es joven y ellos ya no son jóvenes porque aquí en rehabilitación la mayoría tiene más de 50 años , pero ahora me llevo bien con ellos es una relación llevadera, para llevarse bien con las personas hay que tener buena voluntad , toda relación como tu sabes tiene sus pro y sus contra, yo me quiero ir con una meta de acá del Hospital y es encontrar un trabajo bueno, estable y tratar de hacer lo mismo que hago acá un poquito mas fácil , un poquito mas difícil pero lo mismo tal cual como lo que yo hago acá pero en una empresa

E: ¿Y la relación con tus monitores o supervisores como es?

R: Yo nunca he tenido problemas con ellos y a mí es la monitora la que me tiene que levantar por las mañanas porque al darme los medicamentos en la mañana me tiene que despertar, porque solo no me levanto

E: ¿Tú consideras que este trabajo te ha beneficiado o ha sido un apoyo en tu tratamiento?

R: Si, dentro de los márgenes de lo probable, por que a ver yo insisto no es esquizofrenia ni un retardo lo que yo tengo y por lo que yo estoy aquí, yo estoy aquí porque hay cosas que yo no puedo lograr

E: ¿Que cosas son las que tú no puedes lograr?

R: Cosas que cuando yo era joven lograba como tener polola, estaba bien en la casa mi mamá murió, mi papa también murió, entonces ya muriéndose ellos dos yo encuentro que la vida es súper mala, súper malo lo que hicieron porque mi mamá se estaba atendiendo en este hospital, y para mi que aquí mismo le metieron algo en los remedios y por eso ella se murió, desde ahí que yo quede con esa mentalidad mala y tiendo a echarle la culpa a los demás por lo que hace Dios. Es una envergadura grande que muriera mi papá y mi mamá porque me quede solo, con mis dos hermanos pero solo al fin y al cabo

E: ¿Y tú tienes contacto con tus hermanos?

R: Ehhh, si el domingo me llamaron por teléfono. Hablé con mi hermano, ya que queremos ir a Curacavi a ver a mi papá porque el murió en el 2004 y mi mamá el 2003, entonces la semana pasada fuimos al cementerio, le pusimos flores, le limpiamos la tumba. Son cositas pequeñas pero bonitas

E: ¿Que es lo que más te gusta de este trabajo?

R: ¿Lo que más me gusta? ¡¡Las mujeres eso es lo que mas me gusta!!

E: ¿Pero del trabajo?

R: Lo que me gusta es cuando estamos trabajando súper acelerados y de repente yo le digo la jefa, jefa un café y la jefa me dice ya pues tomemos un café se lo llevó cargadito y me preparo uno yo me voy para el otro lado me fumo un cigarrito o dos...eso eso es lo que mas me gusta...

E: ¿Se podría decir que es como la relación humana que se da con ellos?

R: Claro el contacto con ellas, y con la secretaria igual me llevo súper bien

E: ¿Además del contacto que puedes establecer con las personas, de las relaciones interpersonales que construyes con las jefas de un sector y otro que más te gusta?

R: En general todo, me gusta trabajar agarrar mis documentitos y hacer mi trabajo y cumplir

E: ¿Y a ti te gustaría realizar otro trabajo fuera del taller protegido?

R: Si pues, tener un trabajo bueno o sea donde se pueda ganar buena plata para poder comprarme mis cosas

E: ¿Y que trabajo te gustaría realizar?

R: A mi me gusta el trabajo de oficina, porque encuentro que es limpio, es versátil es muy bueno para el desarrollo de la mente, y sobre todo que hayan buenos compañeros que no se aprovechen de uno

E: ¿Como te ves tú en el mercado laboral competitivo, cuales son tus expectativas, tus temores?

R: Mis temores son mas que nada el como me voy a llevar con mis compañeros porque se pueden aprovechar de mi trabajo y darme mas pega de la que a mi me corresponde, y no con mis capacidades personales, porque las capacidades personales tu las dejas llevar y yo me siento capaz

E: ¿que actividades incluirías dentro del trabajo que realizas?

R: Que me suban el sueldo jajaja

E: ¿Pero al trabajo en si?

R: Que este de acuerdo a mis capacidades y no se me sobre exija

E: ¿Y este trabajo te ha ayudado en tu tratamiento?

R: Si, me siento mejor

E: ¿De que manera tu sientes que te ha beneficiado?

R: En que estoy mejor, no tengo que estar encerrado en un psiquiátrico o en una clínica o en los hogares protegidos

E: ¿Que opinan tus hermanos o tus amigos de que tu estés trabajando acá?

R: Mis hermanos me han ayudado harto, me dicen que no piense leseras

E: ¿Pero que opinan ellos de que tú estés trabajando?

R: Están contentos, por que si bien yo no gano grandes sumas de dinero estoy tranquilo, no tengo deudas, estoy bien

E: ¿Y en general como te sientes en tu trabajo?

R: Ha habido días en que amezco contento, contento y con hartas ganas de trabajar, pero hay otros en que lo único que quiero es salir de aquí incluso he pensado en pedir un permiso administrativo, por ultimo porque estoy muy cansado, pero no lo hago por miedo a que me quiten el puesto de trabajo, entonces me doy animo solito no mas y sigo trabajando

E: ¿Que es lo que te pasa a ti cuando dices...no quiero trabajar mas, cuáles son las situaciones que gatillan de alguna manera esa sensación de no querer trabajar?

R: Cuando la cosa esta muy mala, cuando llega fin de mes y tener la plata justa para comprar los cigarrillos, para pagar el hogar para la micro, no tener para comprarse un par de calcetines

E: ¿O sea tus desmotivaciones están ligadas al dinero?

R: Si, tiene toda la razón, todo esta por el lado de la economía

E: ¿Y tu consideras que el pago que recibes acá corresponde al trabajo que realizas?

R: Claro, claro si yo igual estoy conforme, porque sé que no me pueden pagar mas de lo que me pagan

E: ¿Y tu te has sentido discriminado alguna vez?

R: Acá en el hospital No he sido discriminado, en el Psiquiátrico de Av. La Paz, un poquito, pero no ha sido tanto y en realidad a mi me da lo mismo

E: ¿Pero y otras personas ajenas a esas instituciones?

R: No tampoco

E: ¿Cuales son tus metas a corto o largo plazo?

R: Formar familia, tener polola, pero depende de lo económico eso prima en mi

E: ¿Algo que quieras agregar?

R: Eh que ojala esto que están haciendo las llene de satisfacciones y les sirva para su futuro para que sean grandes profesionales, y que se acuerden de nosotros y valoren la poquita pero valiosa ayuda que le he prestado yo y mis compañeros, para que hagan su trabajo.

E: Muchas gracias

Entrevista Alicia

E: Alicia, cuéntame un poquito de ti.

A: Yo soy Alicia Opazo, tengo en este momento 41 años, y estoy trabajando en el Hospital Barros Luco. Empecé a integrarme a los talleres al principio, y después me pusieron como monitora, y tengo hartos compañeros conmigo. Aprendimos “Bawer”, hicimos técnicas de cerámica en frío, pintábamos cajitas y eso lo tratábamos de vender.

E: ¿Alicia, cuanto tiempo llevas trabajando acá?

A: Yo empecé el año 97 o 98.

E: ¿Y ese año a ti te diagnosticaron esquizofrenia?

A: No, yo a los 19 años más o menos tuve mi primer problema con la esquizofrenia y después de eso me seguí controlando, tomando pastillas. Pero al principio no trabajaba mucho y no estudiaba debido a mi enfermedad. Entonces yo tomaba mis remedios respectivos y pasaba en mi casa, y a la vez como me dijeron que no tenía que pasar encerrada, salí hacer un curso que me gustara, que me interesara, que me llamara la atención y empecé con pintura en género, entonces aprendí la pintura en genero bien porque me gustaba.

E: ¿Y esa actividad la hacía acá en la Unidad de Rehabilitación?

A: No, en otro lugar, en la comuna de San Bernardo, en un colegio particular que se llamaba San José. Ahí nos juntábamos con un grupo de señoras y una profesora que enseñaba súper bien. Después hice cursos en la casa de la cultura de la misma comuna, posterior a esas actividades, me integre a trabajar aquí en el hospital (*Barros*

Luco) como estafeta. Comencé a estafetear la parte del área, después la parte del SOME que era el Trudeau, que ahora no está y actualmente estoy trabajando en Coordinación Judicial

E: Ya, eso estas haciendo ahora

A: Si ahora estoy trabajando como estafeta Hago un poco de aseo, sirvo café, atiende teléfono, veo registro del libro, reparto correspondencia saco fotocopias de las fichas clínicas y así..

E: Haces hartas cosas...

A: También atiende el teléfono y recepciono los recados.

E: ¿Alicia y cuando tú llegaste acá, después todo lo que habías hecho antes, cuál fue tu primera impresión?

A: Bueno al principio era todo lento, o sea, como se dice, estaba no activa. Entonces yo el hospital Barros Luco lo encontré que era bonito, o sea me fui acostumbrando poco a poco, hay harta vegetación harta gente que se conoce, y con un poquito de miedo eso si pero hay que superarlo.

E: ¿Y que te daba miedo?

A: Me daba miedo en equivocarme que alguien me fuera a decir algo, y yo me podía enojar, pero uno tiene que saber hacer las cosas bien y estar tranquila.

E: ¿Y eso te ayudó a desempeñarte mejor?

A: Si, porque no se puede estar siempre con temores, porque eso interfiere con el desempeño del trabajo.

E: ¿Y cuando empezaste a trabajar aquí, que fue lo que mas te costó aprender?

A: Yo creo que lo más me ha costado, pero que viene desde chica es leer, y entender lo que leo, son como problemas de concentración.

E: ¿Y esa dificultad ha influido en tu trabajo actual?

A: Claro, en ocasiones cuando me entregan algo por escrito, entonces como me cuesta concentrarme y entenderlo, tengo que leerlo varias veces, por ejemplo los recados.

E: ¿Y que actividad fue la que menos te costó?

A. En realidad todo al principio tiene sus dificultades, pero me adapte bien, y ya no me cuesta nada, sólo lo de leer y entender bien las cosas que me dan por escrito a la primera. Pero después no tengo ningún problema.

E: ¿Y que actividad fue la que mas te gustó?

A: Haberme integrado al trabajo por medio de la rehabilitación psicosocial, como me dieron la oportunidad, me di cuenta que puedo hacer algo y tengo capacidad de trabajo, además de todas mis cualidades que soy responsable, puntual y esas cosas que valen en el trabajo.

E: Pero puntualmente de tu trabajo como estafeta ¿qué es lo que más te ha gustado?

A: Me gusta la recepción y envío de correspondencia, porque así puedo conocer gente, y las distintas secciones del hospital.

E: Y por el contrario ¿qué no te ha gustado de este trabajo?

A: A mí me cuesta recibir órdenes, tener muchas exigencias, que me digan como tengo que hacer las cosas, porque cada uno tiene su manera de hacer las cosas. A mí me gusta hacer bien las cosas, pero aquí me dicen tienes que hacerlo así, no como a ti se te ocurra.

E: ¿Y eso te ha traído problemas con tu jefe, por ejemplo?

A: Si, pero pocos, porque al final yo hago las cosas como me las dicen, me puedo enojar un poco, pero al final yo sé que es por algo que me lo dicen

E: Y a propósito ¿con tus jefes y/o supervisores cómo es la relación?

A: Buena.

E: Cuéntame un poco más, a que te refieres cuando dices que es buena

A: A que es buena, porque saben que soy una persona responsable, puntual, que cumplo con mi trabajo y eso es lo más importante en el trabajo. Además mi supervisora es buena persona, me llevo bien con ella, conversamos o yo le cuento de mis cosas.

E: Y respecto de tus compañeros de trabajo ¿cómo es la relación con ellos?

A: Bien, tengo buena relación con ellos. En general nos llevamos bien, son buenas personas, atentos, no hemos tenido problemas o complicaciones.

E: ¿Tú sientes que este trabajo ha sido un apoyo en tu tratamiento?

A: Si, de todas maneras, porque si yo estuviera en mi casa estaría aburrida, el trabajo es importante hay un dicho que dice la gente que ama trabaja y el trabajo es un buen escudo.

E: ¿Y por qué el trabajo es un buen escudo, como tú dices?

A: Porque a uno le sirve para mantener la mente ocupada, no aburrirse y estar en la casa pensando tonteras, por ejemplo en que uno se siente mal o las voces que a uno le venían antes y esas cosas.

E: Pasando a otro tema ¿Qué has aprendido aquí?

A: He hecho cursos de computación, preparación para la búsqueda de empleo, trabajar en grupo, estafeta, orden de las fichas, cursos de integración laboral.

E: Y si te pusieras a pensar en tu futuro ¿te gustaría trabajar en otro lugar?

A: Si de todas maneras, me gustaría.

E: ¿Por ejemplo trabajar en una empresa, no en una instancia protegida como ésta?

A: Si, porque yo pienso que si tengo esta enfermedad, eso no es excluyente. Yo tengo un mundo por delante, y si me tomo mis remedios y soy responsable podrías desempeñar un trabajo en otro lado

E: ¿Y en que te gustaría trabajar?

A: La mismas funciones que estoy haciendo aquí, como de júnior, hacer trámites, pagar cuentas.

E: ¿Tú incluirías otras actividades dentro de la rehabilitación psicosocial?

A: A mí siempre me ha gustado pintar, me gustaría que hiciéramos talleres de pintura.

E. Y respecto de tu familia ¿Qué opina ella de que tu estés trabajando acá?

A: Mi mamá esta súper contenta, porque si estuviera en la casa no haría nada, mis hermanos también están contentos.

E: ¿Y en general como te sientes en tu trabajo?

A: Bien, en ocasiones me siento muy exigida porque están todos pendientes de lo que uno hace, pero me siento bien trabajando aquí

E: ¿Crees que el pago que recibes corresponde al trabajo que realizas?

A: No para nada pues, si esto es un programa de rehabilitación, por ejemplo si yo trabajara afuera tendría que ganar el doble de lo que recibo aquí. Lo que yo recibo es como un incentivo, a mi ese dinerito me sirve, todo es bienvenido.

E: ¿Pero tú consideras que este trabajo te ha mejorado la vida?

A: Si, porque esto me ayudo a darme cuenta que no soy la única persona en el mundo que esta enferma y que todos tenemos dificultades.

E: ¿Y que expectativas tienes a futuro?

A: Yo quiero seguir estudiando, aprendiendo cosas, el curso de computación que terminamos hace unos días me sirvió mucho, y el otro día en la OMIL (*Oficina Municipal de Intermediación Laboral*), nos dijeron que se impartirán otros cursos, así que yo quiero inscribirme y así aprender más.

E: ¿Algo más que te gustaría agregar o decir?

A: No, nada más.

E: Bueno Alicia, gracias por la entrevista.

Entrevista en profundidad Juan Carlos

E: ¿Hola Juan Carlos, cuéntame que edad tienes tú?

J: Yo tengo 35 años

E: ¿Y hace cuanto tiempo que trabajas aquí?

J: Yo llevo acá como 8 años

E: ¿Tú empezaste a trabajar acá después que te diagnosticaron la enfermedad?

J: Si

E: ¿Y te la diagnosticaron aquí mismo o en otro centro?

J: En el Hospital El Peral

E: ¿Y después que te diagnosticaron la enfermedad en el Hospital El Peral tu te viniste para acá y empezaste a trabajar altiro?

J: Claro me derivaron de allá y empecé a trabajar altiro, pero llegaba atrasado, al principio me costo un poco, pero con el tiempo me acostumbre y empecé a llegar temprano, a trabajar bien

E: ¿Cuando tú llegaste a trabajar acá, cuales fueron tus primeras impresiones?

J: ¿Las primeras impresiones?

E: ¿Que te pareció el lugar por ejemplo?

J: El lugar me pareció bonito, y todo en general me pareció bien porque tuve una buena acogida de parte de los terapeutas, de los psicólogos, de todos.

E: ¿Siempre has realizado la misma actividad o empezaste con algo distinto?

J: No, yo empecé con jardinería, después trabaje como estafeta, haciendo aseo con los carros y actualmente estoy trabajando en la coordinación administrativa

E: De las actividades que me nombraste ¿Cuál fue la que más te costó realizar?

J: En realidad ninguna me costaba

E: ¿Y que actividad es la que menos te gustó?

J: Lo que menos me gusto fue trabajar de estafeta

E: ¿Por que no te gustó?

J: Porque me apuraban demasiado, tenia que caminar harto, prácticamente recorría todo el hospital

E: ¿Y que actividad si te gusta?

J: Lo que estoy haciendo ahora me gusta harto, acá en coordinación, y hacer el aseo del hospital también me gusto.

E: ¿Cómo es la relación que tienes con tus compañeros?

J: Buena, súper buena nunca he peleado, ni he tenido discusión con nadie, siempre me he llevado bien con todos.

E: ¿Y con tus monitores o supervisores?

J: Bien también, en realidad yo no he tenido ningún problema

E: ¿El hecho de estar trabajando te ha beneficiado en tu tratamiento?

J: Si me ha ayudado en mi tratamiento, porque aquí tengo amigos, converso con los chiquillos, no me aburro porque antes en la casa pasaba solo me aburría y me deprimía, pero estar trabajando me ha ayudado mucho en mi tratamiento, me ha hecho súper bien.

E: ¿Tú vives en un hogar protegido?

J: No yo vivo en mi casa, con mis papas, mi hermano y mi sobrino.

E: ¿Y como es la relación que tienes con ellos?

J: Buena

E: ¿Y que ha significado para ellos el hecho de que tu estés trabajando?

J: Están súper contentos, es gratificante para ellos saber que yo estoy trabajando, están conformes están contentos con mi recuperación

E: ¿Y que actividad has aprendido a realizar estando acá?

J: Las actividades, que he aprendido y que han sido complicadas son las que estoy haciendo ahora en coordinación porque estoy trabajando con un gasfiter y un eléctrico y en el momento cuando hacemos algún arreglo de tubo fluorescente por ejemplo lo hago, pero al otro día no me acuerdo de nada de lo que aprendí

E: ¿Y por que tú crees que se te olvida?

J: Yo creo que estoy con problemas de memoria

E: ¿Y antes te pasaba?

J: No antes de enfermarme no me pasaba, pero puede ser también que yo consumía drogas, eso me puede estar afectando la memoria

E: ¿Y que drogas consumías?

J: Pasta base, marihuana, alcohol

E: ¿Tú sientes que las drogas influyeron?

J: Si, yo creo que si, porque ahí yo me enferme

E: ¿O sea tu crees que producto del consumo de drogas te enfermaste de esquizofrenia?

J: Si

E: Y pasando a otro tema me podrías contar ¿Que actividad es la que más te gusta de lo que realizas aquí?

J: Me gusta la electricidad y la gasfiteria, lo que estamos haciendo ahora en la oficina de coordinación, pero el problema como le decía antes es que se me olvida lo hago un día y al otro no me acuerdo como se hace, pero igual me gusta

E: ¿Estas contento ahí?

J: Si muy contento y me gustaría quedarme trabajando acá, y que me contrataran

J: Por ejemplo si a ti te ofrecieran trabajar en otro lugar, ¿Te gustaría?

E: Si me gustaría pero me daría un poco de miedo porque como igual yo dentro de todo estoy bien, pero no estoy al 100% porque igual todavía se me olvidan las cosas, a veces me desoriento y cosas así y en los trabajos de afuera son exigentes, yo lo sé porque he trabajado , ahí quieren todo rápido y bien hecho , porque o si no te retan y aparte que en los trabajos cuando yo trabajaba apenas te daban un día de permiso y yo tengo que ir a control y a hemograma entonces eso me afectaría porque en las empresas hay que producir y si yo falto me echarían

E: ¿A pesar de esos temores igual te dan ganas de trabajar en otro lado?

J: No, si igual tengo ganas porque es poco lo que se gana acá pero igual me gusta estar acá pero igual me gustaría ganar un poco más y estar en un trabajo normal

E: ¿Y aparte de las actividades que tú haces acá, incluirías otras para la rehabilitación?

J: Es que yo encuentro que esto es bien completo, hacemos nuestras terapias y nos enseñan hartas cosas , yo no incluiría nada mas, de repente eso si converso con mis compañeros y lo que me gustaría es salir a pasear

E: ¿Y a que lugares te gustaría ir?

J: Al cine, a la playa con mis compañeros

E: ¿Qué opina tu familia, tus amigos, en relación al trabajo que tú haces acá?

J: Están todos contentos

E: ¿Qué te dicen?

J: Están asombrados del cambio que sucedió conmigo

E: ¿Por que están asombrados?

J: Por que ahora trabajo, soy más responsable, me porto bien en la casa

E: ¿Si te ofrecieran trabajar en otra parte que te gustaría hacer?

J: Me gustaría hacer algo que no fuese tan difícil, tan complicado, me gustaría por ejemplo hacer aseo en alguna industria o jardinería

E: ¿Tú consideras complicado el trabajo que estas haciendo ahora?

J: Ehh no mucho porque yo soy ayudante no mas, son los maestros los que hacen el trabajo, yo los ayudo, ellos me enseñan, pero a mi se me olvida

E: ¿Cómo consideras que es el pago que recibes en relación al trabajo que realizas?

J: Poco

E: ¿No te alcanza?

J: No, es que igual en la casa tenemos harta necesidades, si nosotros para comer tenemos que pedir fiado en el almacén, con lo que gana mi papi tenemos que pagar el dividendo, la luz, el agua, el gas, todo eso, y cuando mi papi se paga, paga toda la plata y queda debiendo, además yo le paso toda la plata que gano aquí pero igual nos falta

E: ¿O sea tu consideras que lo que ganas aquí es muy poco para todo el trabajo que haces?

J: Si

E: ¿Pero igual te gusta lo que haces acá?

J: Si igual me gusta, y estoy súper conforme, pero anhelo ganar por ejemplo el sueldo mínimo o un poquito más porque es necesario

E: ¿Algo que quieras agregar?

J: No nada más...eso seria

E: Muchas Gracias.

Entrevista a Luis

Entrevistador: Por favor, su nombre y edad.

Luís: Mi nombre es Luís Hernández y tengo 37 años.

E: ¿Y a que se dedica en los talleres protegidos?

L: Bueno, yo trabajo en la cancha de fútbol que está frente a cirugía, donde corto el pasto, riego. Cada tres días riego y los otros corto el pasto.

E: ¿Y desde cuándo que está en los talleres?

L: Yo llegué acá a los 16 años...

E: ¿Y desde esa edad que Ud. trabaja?

L: Claro, claro.

E: ¿Usted recuerda cuál fue su primer trabajo?

L: En el invernadero, tenía que cuidar las plantas y todas esas cosas.

E: ¿Y usted recuerda cuáles fueron sus primeras impresiones cuando llegó a rehabilitación, que le ocurrió cuando llegó a los talleres protegidos?

L: Bueno, yo recuerdo que al tiro me pusieron a trabajar, me dijeron que tenía que plantar y cuidar cebollas, zanahoria, ajos, lechugas, coliflor, betarragas. Todas esas cosas que cosechábamos se las vendíamos al hospital, a la gente que se la llevaba para la casa, que se interesaban en comprarlas.

E: ¿Y esa plata quedaba para ustedes?

L: Con esa plata nos hacían el sueldo a nosotros.

E: ¿Y qué recuerda Ud. de su primer día de trabajo, tenía miedo, susto, que le ocurrió en esa ocasión?

L: No, nada, es que antes me habían hecho como una preparación, entonces no fue problema para mí. Me decían que tenía que trabajar tranquilo, que siempre pensara antes lo que tenía que hacer. Me hacían dibujar, escribir cualquier cosa, y ya después me puse a trabajar.

E: ¿Y en el invernadero, cuánto tiempo estuvo?

L: Como seis años, siete años.

E: ¿Y después, dónde trabajó?

L: Después me mandaron a barrer para el COMPIN. Tenía que barrer, hacer aseo, es que era un pasillo no más el que había que barrer, porque también habían recolectores.

E: ¿Y qué le parecía ese trabajo?

L: Si, si me gustaba, pero después me aburrí, así que me cambié. Lo que pasa es que el que era mi jefe entonces andaba como pendiente de lo que yo hacía, y eso no me gustaba. En agricultura el trabajo era más independiente.

E: A usted no le gusta que le den instrucciones de parte del supervisor...

L: No, no es eso, si yo tengo supervisor, a mí me dan órdenes, lo que no me gusta es que están todo el día encima. En agricultura me decían las cosas una vez y yo trabajaba solo el resto del día. En la cancha, donde estoy ahora, sé que días tengo que regar, sé que el pasto tiene que estar bien verdecito, bien cortado, para que se pueda jugar. Yo sé que debo tener la cancha preparada, o a veces me dicen ya Luis, a las cinco van a ocupar la cancha, corta aquí y aquí el pasto, y yo lo hago. Entonces yo le pido a alguien que me tire la manguera, y voy regando la cancha con el surtidor que le dicen, y voy pisando el pasto para que quede parejito y firme, y así se va regando. Cuando termino, enrolló las mangueras y las guardo, o sea tengo que dejar todo ordenadito antes de irme.

Y los jueves y viernes tengo que cortar el pasto.

E: ¿Y en general como se lleva con su supervisor?

L: Bien, bien. El único problema que en el trabajo este de la cancha me dijeron que iba a ganar 10.000 pesos más, y estoy ganando la misma plata. Por eso yo fui para allá, porque me dijeron que iba a ganar más.

E: ¿Y Ud. lo ha conversado con el supervisor?

L: Es que sabe a mí me da vergüenza decirle, porque como yo soy el que está trabajando allá, ya metí la pata, acepté trabajar sin que me aumentaran el sueldo, entonces ya la “embarrá” la hice.

E: ¿Y porque Ud. siente que metió la pata?

L: Porque debería haberle dicho de un principio que eran 50.00 pesos, porque donde yo estaba trabajando las tareas eran más livianas, no era sucio. Pero como yo tenía

tantas ganas de cambiarme de donde estaba, porque estaba aburrido y estaba teniendo problemas con un compañero.

E: ¿Qué problemas tenía con él?

L: Es que era muy molesto, se metía a opinar de mi polola.

E: ¿Y después de trabajar en el sector del COMPIN, qué otros empleos tuvo?

L: Después trabajé cortando el pasto, después de estafeta, luego también de estafeta en primer grado, pero tenía más responsabilidades que en el trabajo anterior, porque tenía que trasladar las herramientas de la parte donde están las mujeres embarazadas, en cirugía, para partos, operaciones.

E: ¿Y en qué área del hospital le tocó trabajar?

L: En Maternidad. Y también hacía trabajos sacando fotocopia, era como trabajo de ejecutivo,

E: Y esto de conocer las herramientas, a Ud. Le decían “ya Luis tiene que entregar tal herramienta para tal persona...”

L: Si, pero de primera a mí me anotaban las herramientas, después me las fui aprendiendo y ya las tenía memorizadas.

E: ¿Y que pasó que cambió de trabajo?

L: Por cambiarme no más, por ningún problema en especial, pero más que nada era por problemas con la gente.

E: ¿En general cómo se siente con los trabajos que ha tenido, casi siempre tiene problemas con la gente?

L: No, si no es siempre, a veces no más. Es que me aburro, uno se aburre de los compañeros y al final uno va buscando su lugar, su conveniencia. Y además me aburre como que hacer lo mismo todos los días, la rutina y eso.

E: O sea Ud. busca otro trabajo más que nada para poder hacer otra actividad.

L: Si, eso, porque al final me aburro, necesito hacer otra actividad, mantenerme trabajando, porque si no lo hago pierdo el trabajo y yo necesito trabajar. Yo me mantengo solo, aunque vivo en el hogar (protegido), pero igual allá dan el desayuno tarde y la once la dan como a las 8:00 de la noche. Entonces necesito mi plata para tener mis cosas.

E: Su dinero lo ocupa para poder tomar desayuno o alimentarse más temprano.

L: Claro, más temprano.

E: De todos los trabajos que ha tenido ¿Qué actividad o labor le ha sido más dificultoso?

L: Ehhh, recolector, es más complicado. Es que las cosas que hay que hacer son como cosas de mujeres. Por ser así, barrer es de mujer, barrer, sacar las bolsas, eso es de mujer.

E: A ver si entiendo, más que complicado, a Ud. le da lata..

L: Si, claro me da lata. En cambio en lo que estoy ahora, trabajo con palas, picotas, cortar el pasto, manejar la manguera, pero manguera gruesa, no de las mangueras que se usan para regar en las casas. Eso es fácil y para mí es entretenido.

E: Usted prefiere el trabajo pesado.

L: Si, más o menos. Es que el trabajo de mujeres me aburre.

E: ¿Y de los empleos que ha tenido, cual ha sido el que más le ha gustado?

L: De estafeta, ese es el que más me ha gustado. Es que caminaba por todo el hospital, no tenía problemas con nadie. Pero ahora es distinto, porque hay problemas con las amistades.

E: ¿se refiere a sus compañeros de trabajo?

L: No, es que son por las malas juntas que uno ha tenido antes, por esos problemas me retiré del otro trabajo...Me dijo que si no me retiraba me las iba a ver con él, y me retiré, me tuve que retirar. Si a veces se junta conmigo, hoy día andaba aquí, y de ahí que no me ha dejado tranquilo. Me viene a ver, y a veces nada con plata él, otras veces yo, nos tomamos algo, una bebida, pero es medio raro el cabro, es complicado.

E: ¿El tiene mal carácter, y para evitarse problemas, prefirió retirarse de su trabajo anterior?

L: Claro, porque no me dejaba trabajar tranquilo.

E: ¿Y esta persona trabaja en la misma sección que Ud.?

L: No, si es de aquí, es un amigo que viene de afuera, pero me hace problemas. Es que él es un amigo de la época en que yo me andaba portando mal, tomando y esas cosas.

E: ¿Pero con sus compañeros de trabajo, cómo se lleva?

L: Bien, bien. No tengo grandes problemas.

E: ¿Y respecto de este amigo, que Ud. dice que lo viene a molestar, lo ha conversado en la Unidad de Rehabilitación?

L: Si, si ya saben y me ayudado. Es que yo pienso que alguien me manda esta persona para molestarme, alguien que me tiene mala. No sé si es del hospital o de afuera, pero alguien me lo manda. Es que no es que venga una vez a la semana, viene todos los días.

E: Y pasando a otro tema. ¿Usted piensa que el trabajo le ha beneficiado en su tratamiento?

L: Si, me siento más despejado, yo siento que cambié hartito. Ando más tranquilo, tengo cosas que hacer. Además con las pastillas he estado más estable, porque me permiten dormir y relajarme de los nervios. Además yo estoy trabajando particular, ya no dependo de la Unidad de Rehabilitación.

E: ¿Y desde cuando que no está en esa situación?

L: Desde hace tres meses, desde que estoy trabajando en la cancha.

E: Y pasando a otro tema ¿Usted tiene contacto con su familia?

L: Si, si yo a ellos los veo, me llevan para la casa. Mi hermana me pasa a buscar al hogar, y me dice ya Luis, vamos a la casa a almorzar. Allá veo a mi mamá, a mis otros hermanos, conversamos, me preguntan por mi trabajo. Si, yo tengo contacto con mi familia.

E: ¿Y ellos que le dicen que Ud. trabaje?

L: No, es que a ellos no les gustaría verme trabajar porque encuentran que soy muy joven. Eso me dice mi mamá y mi hermana. Si antes me decían que me retirara del trabajo y estuviera sólo en el hogar. Y yo les decía que eso a mí no me gustaba, porque en el hogar lo único que haría es hacer las cosas de la casa, lavar loza y esas cosas que a mí no me gustan.

E: ¿Y Ud. se siente mejor si trabaja, que sin tener actividad?

L: No, es que yo nunca he estado sin trabajo, siempre he estado trabajando. No sabría decirle como sería mi vida sin el trabajo. Para la única época en que descanso es en las vacaciones, y ahí uno no tiene un veinte para nada, y que gana uno estando parado, sin hacer nada.

E: ¿La plata es lo que más le motiva para trabajar o hay otras cosas?

L: No, no sólo eso. También me gustaría que me tomaran en cuenta de las cosas que yo hago en el trabajo. Que me dijeran, pucha, que bien te quedó la cancha, trabajas súper bien, estás haciendo bien tu pega y cosas así.

E: Le gustaría que le reconocieran su trabajo.

L: Claro, claro. Hay veces que como que me lo han dicho, han andado cerca, pero me tiran la cortada, no me dicen directamente si estoy haciendo algo bien. Pero yo creo que no me dicen más, porque está el tema ese de la plata que yo le comentaba.

E: Usted piensa que se están desentendiendo con su plata.

L: Claro, se están desentendiendo, porque me dicen que yo no puedo ganar más de \$50.000 mensuales, pero el trato mío fue otro: que yo me iba a la cancha, si me pagaban los \$10.000 más.

E: Usted me contaba que tenía una polola ¿qué le dice ella en relación a que trabaje?

L: No, ella me dice que yo estoy bien. Que no tengo que fijarme tanto en la plata y eso, sino que en el trabajo que me guste, que me sienta cómodo. Me apoya, me regala ropa, de hecho la polera con que ando ahora, me la regaló ella.

E: ¿ Ud. tiene amigos a los que le cuente de su trabajo?

L: El amigo que yo le contaba.

E: Pero me decía que él lo molestaba..

L: Si, si me pide plata y eso, pero es que igual me hace compañía, es cariñoso conmigo. Si al final igual me escucha, conversamos. Cuando está de buenas, me dice que está bien que yo trabaje, que salga adelante. Entonces igual le paso plata, porque con él me siento como obligado, porque es una compañía para mí. También me llevo súper bien con los cabros del hogar, conversamos, me preguntan que echo en el día, yo les cuento de mi trabajo. A ellos les gusta, porque la mayoría está allí (*en el hogar*) sin hacer nada, entonces es como novedad para ellos lo que les cuento.

E: ¿En general se siente apoyado por la gente que lo conoce?

L: Si, me siento apoyado, porque yo les converso de mis cosas del trabajo. Me siento bien contándole de las cosas de mi trabajo, a las personas en general las encuentro simpáticas, me gusta conversar con ellas. Me gusta que me pregunten como estoy, como que me da ánimos, me gusta eso.

E: ¿Ud. ha tenido algún problema con el supervisor o gente de su trabajo?

L: No, nunca.

E: Y por ejemplo, en relación a su presentación personal.

L: No, porque yo siempre me he preocupado de andar bien vestido, de que mi ropa esté limpia. Esta polera que ando trayendo me la regaló mi polola para que pudiera trabajar, para que no anduviera con una pura cosa, para que te puedas cambiar. Siempre me trae calzoncillos, calcetas, se preocupa por mí, a veces pantalones. Incluso cuando trabajaba de estafeta andaba con camisa, pantalón de tela, bien presentado.

E: ¿Usted se ve trabajando afuera del hospital, en un empleo como cualquiera?

L: Si, me gustaría. Me gustaría porque uno sería como más de la sociedad..

E: ¿Se refiere a integrarse?

L: Eso, integrarse más a la sociedad. Sería como un gran logro para mí.

E: ¿Y qué trabajo le gustaría desempeñar?

L: Es que yo sirvo para cualquier trabajo, no me llama la atención un puro trabajo. Me gustaría por ejemplo trabajar en soldadura, haciendo rejas, bisagras, candados.

E: O sea si a Ud. le ofrecen in trabajo afuera, ¿se va, si mirar que tipo de trabajo es..?

L: Claro, yo me iría.

E: Y dentro de su proceso de rehabilitación acá en el hospital ¿le gustaría tener alguna actividad extra laboral, que complemente lo que ya está haciendo?

L: No, es yo tengo tiempo para eso. Es que trabajo harto, por ejemplo, llego a las nueve a regar y hay días que apenas alcanzo.

E: ¿Y cuál es su horario?

L: Trabajo de 9:00 a 12:00, y me voy a colación. Vuelvo a las 13:30, y estoy hasta las 16:30.

E: ¿Y queda muy cansado después de su jornada de trabajo?

L: Si, a veces si.

E: ¿Y si tuviera la oportunidad lo haría?

L: Si, por ejemplo baile. Es que hubo un tiempo en que yo participaba en muchos talleres, entonces, por el momento no me llama la atención. Lo que pasa es que cuando termino de trabajar tengo que preocuparme que quede todo ordenado, que la carretilla, que la manguera y eso a uno le ocupa tiempo y a veces cansa.

E: ¿Usted ha participado antes en talleres?

L: Si, antes si. Hacíamos cajitas para chocolates, hacíamos maceteros, figuritas con yeso.

E: Pero actividades recreativas que no impliquen trabajo..

L: Ah, si, también he participado. Un tiempo estuve bailando, participé varias veces. Eso a mí me gustaba, me acuerdo que nos llevaron al auditorium y que ha sido la única vez que he pisado el auditorium (se ríe), desde que estoy aquí. Bailamos chilote, el Lobo Marino. Yo andaba vestido de terno, me acuerdo bien, andaba con mis calcetines, corbata. Y eso me gustaría volver a hacerlo, pero por el momento no, porque no tengo tiempo.

E: Bueno Luis, ya estamos con la entrevista ¿algo que le gustaría agregar, algún comentario?.

L: No, nada.

E: Bueno, entonces muchas gracias.

Entrevista Pedro

E: Buenos días don Pedro

P: Buen día

E: Don Pedro cuénteme de usted

P: ¿Me presento?

E: Si

P: Bueno, yo soy Pedro Enrique Inostroza Leiva, tengo 44 años, actualmente estoy trabajando esporádicamente en el hospital Barros Luco, pero estoy buscando empleo en otros lados

E: ¿En que lugares esta buscando empleo don Pedro?

P: En una empresa, industria o fábrica

E: ¿Hace cuanto tiempo que usted trabaja aquí?

P: Yo llevo trabajando aquí tres años

E: ¿Y que actividad ha desempeñado durante todo este tiempo?

P: Yo soy estafeta

E: ¿Siempre ha hecho esta actividad o ha realizado otras actividades?

P: Siempre he trabajado como estafeta, pero estuve durante algún tiempo en repostería

E: ¿Y ha trabajado siempre en empleos protegidos?

P: No, yo he trabajado en otros lados, yo trabaje en una clínica dental, que esta ubicada en Tobalaba con Providencia, ese empleo es semiprotegido, estuve haciendo el aseo y tramites bancarios, estando aquí (trabajando) me dieron ese dato y me fui a trabajar allá

E: ¿Cómo llego usted a trabajar aquí?

P: Yo llegue acá por intermedio de mi hermana, ella hizo todas las gestiones con la asistente social para que me aceptaran, lo que pasa es que ella trajo para acá todos mis exámenes porque yo estuve alrededor de cuatro años sin tomar medicamentos ni ir al doctor, entonces mi hermana me trajo al doctor y se gestiono mi integración aquí

E: ¿Cuando usted llego acá cuales fueron sus primeras impresiones?

P: Me pareció bien, las personas que trabajan aquí son amables

E: ¿Qué actividades realizó cuando ingreso al centro de rehabilitación psicosocial?

E: Yo cuando recién ingrese acá realice varias actividades, estuve en reciclado, repostería, estafeta, y después trabaje en la clínica dental

E: ¿Y cuando trabajo aquí en repostería que actividades hacia?

P: Masas, le explico, cuando yo llegue aquí empecé con el reciclado, después estuve en repostería y después me mandaron a estafetear, cuando ellos me evaluaron y determinaron que yo hacia bien mi trabajo me hicieron los contactos y se gestiono mi entrada a trabajar en la clínica dental ¿me entiende?

E: Si don Pedro, le entiendo perfecto; ¿Me podría contar como fue su experiencia en la clínica dental?

E: Fue una buena experiencia trabajé durante tres meses ahí, pero me estrese mucho por eso me retire y me reintegre aquí nuevamente, aprendí varias cosas, pero me complicaba con las combinaciones que tenia que hacer en el metro, entraba a las 8:30 AM y salía a las 14:00 PM sin colación y producto de todo eso me descompense un poquito, es que eran muchas las exigencias, se pedía experiencia en tramites bancarios, depósitos y retiros de dinero y yo no tenia mucho conocimiento acerca de eso

E: Usted me decía que después del trabajo que realizó en la clínica se reintegró al hospital nuevamente... ¿Que actividad empezó a realizar cuando volvió para acá?

P: Seguí como estafeta

E: ¿Don Pedro y esta actividad le gusta?

P: Sabe me gusta, pero me cuesta bastante hacer ciertas labores que tiene que hacer el estafeta

E: ¿A que actividades se refiere, me podría contar acerca de ello?

P: Lo que mas me cuesta es sacar fotocopias, compaginar las hojas...eso me cuesta, de repente se atasca el papel y eso me complica

E: ¿Que actividades le han sido más llevaderas en su trabajo como su estafeta?

P: La entrega de correspondencia es lo que menos me cuesta

E: ¿Y de todo lo que realiza aquí don Pedro que actividad no le gusta?

P: En realidad no es una actividad en si misma pero lo que no me agrada de este trabajo es que de repente yo estoy listo para irme, ya he cumplido mi horario de trabajo y me piden que me quede un rato mas para terminar algún trabajo y me avisan a última hora

E: ¿Pero ese trabajo, es algo que usted tiene pendiente y urge que termine?

P: No es algo que a ellos se les ha olvidado hacer y por eso yo me tengo que quedar, fotocopiar algún documento o llevar algún documento o ficha a otra dependencia, se les olvida a ellos y tengo que hacerlo yo

E: ¿Y como es la relación que tiene con sus compañeros de trabajo?

P: Buena ni un problema, me llevo bien con ellos

E: ¿Y con sus jefes o supervisores?

P: bien, me llevo bien con ellos, tengo una muy buena relación con mis jefes, nunca he tenido ningún problema con ellos, si yo tengo alguna duda acerca de mi trabajo me acerco a ellos a consultarles y ellos tienen buena voluntad y disposición para ayudarme

E: ¿Y usted siente que el hecho de estar trabajando ha sido un apoyo en su tratamiento?

P: si bastante, aquí me entretengo, me levanto temprano, me acuesto temprano, me tomo mis medicamentos a la hora así que estoy regulando mis horarios para no descompensarme o tener estrés

E: ¿y usted se siente bien trabajando en este lugar?

P: Si me siento bastante bien , esta ha sido una instancia de rehabilitación y de tener un espacio para mi , para poder desarrollar nuevas habilidades , me he relacionado bien con el personal que trabajo, he trabajado bien, recibo buenos comentarios y felicitaciones de parte de mis jefes, estoy contento aquí, me siento a gusto

E: a propósito de lo que conversamos anteriormente en relación a trabajar en otro lugar ¿le gustaría trabajar nuevamente en una empresa, así como trabajaba antes en la clínica?

P: Si, si lo requisitos que ellos pidan yo los pueda cumplir, de todas maneras trabajaría en una empresa

E: ¿y en que le gustaría trabajar, que actividades le gustaría desempeñar?

P: en una industria o fabrica realizando trabajo en serie, artículos que produzcan ellos, haciendo control de calidad, trabajando de estafeta en una empresa

E: y tiene temores o expectativas en relación a trabajar fuera de esta instancia protegida

P: mi temor es que me suceda lo que me paso cuando estaba trabajando en la clínica dental que me estresaba mucho, que las exigencias fueran muchas y me descompensara, lo otro es que me dieran permiso para asistir a los controles médicos y retirar mis medicamentos, o sea que me dieran los permisos que yo necesito producto de mi enfermedad, me entiende

E: ¿Don Pedro y cuales serian sus expectativas?

P: bueno mis expectativas serian que me dieran permiso para asistir a los controles médicos y todas las facilidades para ir a retirar los medicamentos y poder trabajar tranquilo

E: ¿Don Pedro hay alguna actividad que usted incluiría en el taller protegido?

P: no sabría decirle, es que yo considero que esto es bien completo, pero cualquier actividad que contribuya a romper la monotonía seria un aporte

E: ¿que opina su familia de que usted este trabajando acá?

P: mis padres fallecieron, somos seis hermanos yo vivo con 2 de ellos y los otros están casados y viven en otro lado. Ellos saben en lo que estoy, saben que estoy

trabajando y saben también lo que significa que yo tenga esquizofrenia y que estoy tratando de superarlo. Ellos me cuestionan poco, yo apporto con un poco de dinero a la casa para comprar el gas o pagar alguna cuenta, nos llevamos bien, concordamos en todo tenemos una buena relación, nos reunimos los fines de semana con mis otros hermanos y compartimos, hacemos un asadito, conversamos bastante, me preguntan como me va en mi trabajo, se preocupan por mi, mi hermana, la que vive conmigo es mi apoderado, mis hermanos me apoyan bastante y están siempre pendientes de mi

E: ¿Don Pedro y en general como se siente en su trabajo?

P: bien, a veces me siento cansado, pero en general me siento bien , este no es un trabajo pesado, a excepción del tiempo de invierno en el que hay que cargar balones de gas e ir a dejarlos a las distintas dependencias del hospital , eso seria como lo mas difícil. Pero me siento bien trabajando aquí, el trabajo se compensa bien , hace que uno tenga mas valores y a la vez uno le toma mas valor a las cosas, las valoriza me entiende , porque yo solvento mis gastos y no dependo de nadie, me gano mi dinero trabajando porque yo no tengo pensión. Me siento satisfecho con el trabajo y yo creo que de aquí a un tiempo mas si encuentro un trabajo afuera voy a dejar de trabajar aquí en rehabilitación.

E: ¿O sea usted podría decir que el trabajo de cierta forma le ha mejorado la vida?

P: Si, de todas maneras, yo considero que si, este trabajo me mantiene ocupado, ando concentrado haciendo mi trabajo; aquí me han dado las herramientas para trabajar en un empleo que no sea protegido y ganar mas dinero

E: ¿A propósito de dinero, usted esta de acuerdo o mas bien conforme con el sueldo que recibe aquí?

P: No, para nada, considero que pagan muy poco para todo el trabajo que se realiza, pero esta es una instancia de rehabilitación por eso no pagan mas. Pero me siento bien

cumpliendo mis funciones porque ocupo mi mente y me mantengo ocupado, ya no estoy acostado viendo TV o fumando a cada rato sin hacer nada.

E: Algo que quiera agregar don Pedro

P: no, nada más gracias

E: Gracias a usted don Pedro, hasta luego.

Entrevista a Patricio

E: Buen día Patricio, cuéntame de ti

P: Yo soy Patricio Manuel Zamora Cáceres, tengo 43 años cumplidos un hijo de 10 años , aun no me he casado y se me diagnosticó esquizofrenia paranoide en el año 1985 más menos, llevo poco mas de 20 años enfermo, y estoy buscando trabajo fuera de aquí, mi psiquiatra me dijo que no había problema

E: ¿Hace cuanto tiempo que trabajas aquí?

P: Hace 4 años, porque estuve aproximadamente 12 años sin trabajar, antes yo trabajaba en el INP, en el departamento legal, eso fue en el año 91 y la última vez que trabajé fue ahí.

E: ¿Estuviste desempeñando ese trabajo ya con el diagnostico de esquizofrenia?

P: Si, pero estaba medicamentado y mi diagnostico tenia muy buen pronostico, deje de trabajar porque las exigencias eran altas y eso me podía descompensar.

E: ¿Y cuando llegaste aquí cuales fueron tus primeras impresiones?

P: Me pareció todo bien, la acogida, los compañeros, el lugar de trabajo todo bien

E: ¿Y con que actividad comenzaste?

P: Fichas, desde que estoy trabajando aquí que hago esa actividad, de estafeta

E: ¿Tuviste alguna dificultad para desempeñar este puesto de trabajo?

P: La dificultad que se me ha presentado es que de repente tengo que cargar balones de gas y eso me trae problemas a la espalda, pero como usted puede ver esa dificultad tiene que ver con capacidades físicas y no intelectuales, pero aparte de eso nada más.

E: ¿Y te gusta la actividad que realizas?

P: No del todo

E: ¿Por que?

P: Porque hay bastante trabajo, la jornada es larga, hay que caminar mucho, hay que ubicar las fichas, llenar una hoja de recorrido, y recorrer las dependencias del hospital hasta encontrar las fichas cuando éstas no se encuentran en el archivo. Es bastante responsabilidad. Pero a pesar de eso me siento conforme

E: Me podrías explicar como es eso de que a pesar de todo lo que me contaste anteriormente de igual manera te sientes conforme

P: Es que este trabajo me ha permitido desarrollarme como persona y explotar mis capacidades, por eso a pesar de que este trabajo es cansador me siento muy a gusto.

E: Y pasando a otro tema cuéntame ¿Cómo es la relación que tienes con tus compañeros de trabajo?

P: Buena, o sea es cierto que la pega es mucha, pero el ambiente de trabajo es súper grato, entonces se aminora la carga.

E: ¿Y con tus jefes o supervisores como es la relación?

P: Yo tengo jefa y me llevo muy bien, nunca he tenido ningún tipo de dificultad con ella, yo sé lo que tengo que hacer y cumplo con mis responsabilidades, esa actitud evita dificultades.

E: ¿Tú crees que ser eficiente y cumplir con tu trabajo evita conflictos?

P: Pero por supuesto, en todo orden de cosas si uno es responsable y cumple con sus obligaciones evita conflictos.

E: ¿Y tú sientes que el hecho de trabajar ha sido un apoyo en tu tratamiento?

P: Por supuesto, me ha rehabilitado

E: ¿O sea tú consideras este trabajo como una instancia rehabilitadora mas que un trabajo en si mismo?

P: Las dos cosas

E: A ver explícame un poquito

P: Lo que pasa es que esta es una unidad de rehabilitación psicosocial, hay que empezar por ahí, la oportunidad de trabajo es parte del tratamiento, por eso es un trabajo protegido y no competitivo o fuera del hospital, ahora nosotros igual tenemos talleres de búsqueda de empleo y yo soy parte de él porque estoy buscando trabajo en una empresa y porque el doctor me dijo que yo estaba capacitado para desarrollar un trabajo en una empresa o industria.

E: Y a propósito del trabajo, cuéntame que actividades has aprendido a realizar aquí?

P: Yo manejo al revés y al derecho la actividad que tengo que hacer aquí, que es ser estafeta, sé que hay que ser ordenados con las fichas, que no se pueden extraviar, que cuando las fichas no están en el archivo hay que buscarlas en las demás dependencias del hospital hasta encontrarlas porque los doctores las necesitan conozco las dependencias del hospital, o sea sé lo que tengo que hacer.

E: Patricio ¿Que es lo que más te gusta de estar trabajando aquí?

P: Lo que más me gusta de este trabajo es que puedo potenciar mis capacidades y explotarlas, el contacto con las personas, aprender cosas nuevas que me pueden servir para un trabajo en una empresa etcétera.

E: ¿Pero del trabajo en si mismo?

P: ahh me gusta ordenar las fichas y llenar la hoja de registro

E: ¿Te gustaría desempeñar otro trabajo fuera del taller protegido?

P: Pero claro, yo participo en un programa de búsqueda de empleo que se realiza los días lunes con la señorita Alejandra, la terapeuta ocupacional de la unidad de rehabilitación psicosocial, y mi psiquiatra me autorizo para desempeñar un trabajo en una instancia que no este protegida, pero aun no lo consigo.

E: ¿Y que expectativas tienes de ese trabajo fuera de esta instancia protegida?

P: Ganar más dinero, por ejemplo

E: A propósito de dinero ¿tú consideras que el pago que recibes corresponde al trabajo que realizas?

P: No, para nada el pago es muy poco para toda la carga de trabajo que hay aquí, pero hay que tomar en cuenta que esto es una instancia de rehabilitación y no un trabajo en si mismo, a mi el dinero que recibo mensualmente me sirve para costear mis gastos básicos (artículos de aseo personal, locomoción, etcétera) y así ya no tengo que pedirle a mi madre

E: Y volviendo atrás... ¿que otras expectativas tienes de un trabajo fuera de aquí?

P: Demostrarme a mi mismo que me la puedo, es como de logros personales ¿me entiende? Tiene que ver con la realización personal

E: ¿Y existen algunos temores en relación a este tema?

P: Bueno si, los temores tienen relación con que me acepten tal como soy y no me discriminen por tener esquizofrenia, y lo otro que me preocupa es que no me den permiso para asistir a los controles médicos y a realizarme los exámenes a los que mensualmente me someto, aunque yo estoy dispuesto a trabajar incluso los fines de semana para compensar las horas que me ausente cuando tenga que ir al doctor.

E: ¿Ninguno de tus temores tiene que ver con el trabajo en sí mismo?

P: ¿Es que sabe? Yo me siento capaz de trabajar, hace poquito que hicimos junto a otros compañeros un curso de computación y eso sirve para desempeñar un trabajo en una empresa, soy responsable, puntual, ordenado y lo más importante es que tengo todas las ganas.

E: Y pasando a otro tema, respecto de tu familia ¿Qué opina ella de que tu estés trabajando acá?

A: Mi familia esta súper contenta de que yo este trabajando y me apoyan bastante, ellos siempre están pendientes de mis avances y ahora que saben que prácticamente estoy de alta y autorizado para trabajar en otro lado me motivan para que encuentre un nuevo trabajo, mis hermanos también me apoyan

E: ¿O sea tienes una buena red familiar?

P: Si mi familia siempre me ha apoyado en todo

E: Patricio, y en general como te sientes en tu trabajo?

A: Bien, hay ocasiones en que me siento cansado, pero yo creo que eso es natural, a mi me agrada el trabajo que realizo y me siento muy a gusto aquí.

E: ¿Tú consideras que este trabajo te ha mejorado la vida?

A: Si, de todas maneras, esto me ha servido para desarrollarme mas como persona, adquirir nuevo conocimientos y me dio cierta independencia económica a pesar de que el dinero que recibo aquí es poco a mi me sirve cualquier cantidad, obviamente que a todos nos gustaría ganar mas pero a mi me ha mejorado mi calidad de vida, si no estuviera trabajando aquí estaría en mi casa sin hacer nada.

E: ¿Algo más qué te gustaría agregar o decir?

A: No, nada más.

E: Bueno Patricio, muchas gracias por tu disposición para dar la entrevista.

Entrevista a Ximena

Entrevistador: Por favor, antes de comenzar si me podría decir su nombre y edad.

Ximena: Bueno, mi nombre es Ximena Pinto y tengo 39 años.

E: ¿Durante cuánto tiempo se desempeñó en el taller protegido?

X: Yo empecé más o menos en octubre o noviembre de 2006. *(En esa ocasión)*, hice talleres, tenía que cumplir con un horario de 9:00 a 16:00, y fue una experiencia importante porque debía tener hábitos, ser responsable. Los primeros días llegaba cansada a la casa de tanta actividad, porque no estaba acostumbrada a tener tanto movimiento. Acá empecé con clases de cartonaje, que era un taller chiquitito de cuatro personas, donde hicimos canastitos. Entonces, pude tener de nuevo la habilidad de relacionarme con personas. Después yo les empecé a enseñar, al principio les costó, como todo trabajo, pero después se adaptaron y lo hicieron bien, y eso me gratificaba.

E: O sea que a Ud. primero le enseñaron, y después se transformó en monitora.

X: Claro, y al mirarlo, como tengo habilidad con las cosas manuales, empecé a enseñar a los demás a hacer canastos con blondas. Cosas que fueron ideas mías, las hacía con corazones. También empecé a diseñar antifaces de fiesta. Eso fue hace como seis años atrás, pero hace cinco años atrás que me vieron la enfermedad, la que me pasé no aceptándola, negándola, yendo a médicos, psicólogos y psiquiatra que todavía lo veo el martes.

E: Volviendo al taller acá en la Unidad de Rehabilitación, ¿esa fue su primera actividad aquí, por cuanto tiempo se desempeñó?

X: Estuvimos un mes haciendo cartonaje, porque el 19 de diciembre del año pasado me fui a trabajar al Boulevard de la Discapacidad.

E: ¿Y en el Boulevard que hacía?

X: Bueno, yo ofrecía mis productos. Yo hice un curso de floristería por intermedio de la municipalidad (*de San Miguel, a la que pertenece este proyecto*), y al mismo tiempo un curso de computación. Y bueno, como a mí me gustan las flores y las cajas de flores, entonces lo complementé con lo que sabía hacer. Bueno, el 9 de marzo dejé de trabajar. Lo encontré bonito, estaba entusiasmada (*lo hice*) con responsabilidad, cumpliendo con los horarios, contactándome con personas, lo que me motivaba mucho.

E: A ver, retrocediendo en el tiempo. Cuando llegó al primer taller protegido ¿cuáles fueron sus primeras impresiones, que le pasó a Ud?

X: Venía asustada a algo desconocido, pero dije, bueno voy a tener que atreverme. Yo no conocía a mucha gente, pero me recuerdo que el año antepasado vine al hospital. Yo conocía a la Srta. María Jesús Tapia (*anterior Directora de la Unidad de Rehabilitación*), y allí estuve en el hospital (*Barros Luco*), pero ella me dijo que por “X” motivos no podía seguir, que me tenía que ir. No me recuerdo cuanto tiempo estuve, pero fue poco tiempo, y de allí me fui al (*hospital*) Psiquiátrico de Av. La Paz, allá me fui, súper lejos. También estuve como un año allá, haciendo collares, enseñé hacer cajitas, canastitos. Donde voy, hago clases y eso me gusta.

E: Ud. me decía que estaba asustada, que no sabía a lo que iba. Cuando se integró al taller ¿cómo lo hizo para superar ese miedo?

X: Bueno, conociendo, mirando a las personas, viendo su enfermedad. Más que todo para darme cuenta que yo no era la única, que estaba sufriendo. Eso para mí fue importante, y que la gente salía igual adelante. Y bueno, finalmente me adapté.

E: Y antes Ud. pensaba que era la única persona con esquizofrenia.

X: Si, y además que era la primera vez que trabajaba en forma grupal.

E: ¿Y qué beneficios, o por el contrario a que dificultades debió enfrentarse?

X: Venía temerosa, pero me pude soltar, o sea darme a conocer sin miedo, más que nada pensar que tenía que superarlo de a poco. Me ha costado mucho esto, pero tengo que seguir adelante.

E: En relación a ese temor que Ud. me comentaba hace un rato atrás, ¿era por el hecho de relacionarse con la gente o que ésta supiera de su enfermedad o ambas cosas?

X: Miedo a relacionarme con las personas, a que me rechazaran.

E: ¿Antes de llegar al taller había vivido experiencias de rechazo?

X: No, pero como estuve un tiempo en la casa sola, tenía medio de salir de la casa, de conversar con las personas, (*ya que*) pensaba que me iban a hacer daño. El hecho de venir al hospital me significaba tener ánimo, fuerza, constancia y lucha.

E: ¿Y desde el primer día que asistió al taller se vino sola?

X: Si, es que yo vivo aquí en el (*paradero*) cinco de Gran Avenida, vivo súper cerca del hospital. Igual venir para acá era fuerte la impresión, pero venía feliz.

E: ¿Cómo que el viaje se le hacía eterno?

X: (se ríe) Si, si eterno, ja, ja, ja. Si, porque hasta con los perros me perseguía, yo pensaba que los perros me iban a morder, tenía miedo, de todo.

E: Ud. me habló de los beneficios de integrarse al taller, ahora ¿me podría contar de las dificultades con las que se encontró?

X: (...) La tolerancia, tolerancia, la paciencia. Esas cosas que todavía me cuesta asimilarlas, todavía soy muy impaciente con la gente, no con el trabajo de enseñar, yo ahí tengo mucha paciencia.

E: Y si me pudiera ejemplificar un poco más ¿en qué se reflejaba esa falta de tolerancia?

X: Ehhh, es que por ejemplo, a ver que recuerdo. En diciembre a mí me encargaron la decoración de (*la Unidad de*) Rehabilitación, y nadie me ayudó, estaba sola haciendo las cosas. Entonces yo dije: pucha, que podían hacer algo, están aquí sentados, no me ayudan. Entonces ahí me gatillaba la impaciencia, me daba un poquito de rabia, pero bueno si me dieron esto tengo que terminarlo de hacer, y si me gusta, hay que finalizarlo. Pero también estaba otro niño, que no me acuerdo su nombre, con el que debía hacer lo de la decoración, pero como no llegaba, lo terminaba haciendo sola. Entonces yo pensaba que el trabajo debía haber sido compartido, pero bueno son cosas que sucedieron y si me gustan las hago. También me falta tolerancia con la gente, cuando me empieza a hablar de sus problemas y yo le digo “ya, me tengo que ir” (se ríe). Es que escuchar otro tipo de enfermedades y problemas que se suscitan en el diario, no puedo ya que me basta con mis propios problemas. Si quiero salir adelante, pero si tengo que escuchar otros problemas, no puedo no más.

E: Para trabajar se requieren determinados hábitos laborales, por ejemplo puntualidad, responsabilidad, perseverancia, entre otros. ¿Hubo alguno de esos, u otros que le ocasionaron mayor dificultad en asimilarlos o ponerlos en práctica?

X: Ehhh, no porque yo era responsable, llegaba a la hora, era confiable, cumplía el horario. Lo que si, cuando una persona era agresiva conmigo, yo era agresiva al tiro. Si un a persona es amable yo soy amable y todo, pero si una persona me agrede, me transmite toda su agresividad, yo exploto. Contar hasta diez, aguantarme, es algo que yo no lo he podido manejar.

E: ¿Y esto que Ud, me cuenta se dio en cartonaje o en el Boulevard?

X: Por ejemplo, un día yo fui a almorzar y un caballero me dijo Ud. no puede entrar aquí y yo le respondí que era usuaria. El me contestó que si era usuaria, no podía pasar por cualquier parte para ir a almorzar, y que debía dar la vuelta. Me sacó de la recepción, y cuando llegué (*a Rehabilitación*) le conté a la Sra. Alejandra lo que me había pasado, pero en un tono agresivo, venía enojada. Si a mí no me molesta que me digan las cosas, pero no en un tono agresivo.

E: Y la falta de paciencia a la que se refiere ¿la ha conversado con su terapeuta?

X: Si, ella me dice que tengo que trabajar la paciencia. Me pasa también con los niños chicos, que estoy un ratito y luego me cansan.

E: ¿Usted tiene hijos, es casada?

X: No, no yo no tengo hijos, soy soltera. Es con mis sobrinos con los que no tengo paciencia. Me alteran los niños un poco, son intranquilos, les gusta todo al tiro.

E: ¿Y eso le pasaba antes que le diagnosticaran su enfermedad, o se le ha agudizado con ésta?

X: Tengo dos sobrinos. Uno de cinco años, que es el más chiquitito, y Jorgito que tiene siete años. Con él juego, pero ya luego me cansó, me enojo, hasta allí llega la tolerancia, la paciencia y no resisto. Pero igual juego con ellos, me buscan, yo les pongo coronas, antifaces, pero es un ratito, puedo estar un ratito con ellos y me voy. Es que gusta estar sola, no tengo problemas con ello.

E: Entonces se podría decir que Ud. prefiere trabajar sola, que en grupo...

X: Si, si. Hace tiempo atrás hice un curso de digitación, porque me gusta mover las manos, y como además tenía el curso de computación. Y bueno, pensaba si podía trabajar en una empresa, en una oficina digitando, eso me encantaría.

E: Eso es importante, así que me gustaría que lo habláramos más adelante. Pasando a otro tema ¿en general como se llevaba con sus compañeros de trabajo en cartonaje y en el Boulevard?

X: Acá no había problemas, me llevaba bien con las personas, no tenía problemas. Pero en el Boulevard si, ya que había una señora con la que chocaba, tenía un carácter fuerte, y además que estuve prácticamente sola haciendo el turno, porque la compañera que iba a estar conmigo no llegó, entonces yo estuve enero y febrero prácticamente sola, compartiendo con los otros niños. Yo era monitora, entonces esta señora, la señora Pilar que llegaba tarde, a las 11:00 y había que hacerlo a las 10:00, entonces yo soy como puntual., y les decía: Ud. no pueden llegar a las 11:00 de la mañana, porque esto ya debe estar abierto y resulta que eso no puede ser. Entonces se enojaba ella porque le llamaba la atención, entonces después dije, porque mejor no trabajar cuatro horas en la mañana, cuatro horas en la tarde, haciendo turnos, para que fuera más ordenado. Entonces yo trabajaba lunes, martes y miércoles en la mañana y

la Sra. Pilar lo hacía en la tarde. Entonces, ahí estaba en la tarde sola, a veces. No compartía mucho con las personas, me aburría un poco. Y como pasaba poca gente, había poca venta.

E: Y sueldo que ganaba era sólo por las ventas...

X: Claro. Lo que pasa es que en la municipalidad al principio daban algo de plata para comprar algo de flores, pero en enero pasaron muy pocas personas y se fue a pérdida. Entonces, con lo poco y nada que nosotros teníamos comprábamos materiales, flores que se iban a pérdida, entonces no había ganancia. Entonces para el 14 de febrero, cada una puso de su plata, compramos flores y todo eso y ahí nos fue bien, ganamos plata.

E: ¿Y cómo se llevaba con su supervisor o supervisora?

X: Bien, yo no tuve ningún problema con ella. Es que le dije, yo era responsable, puntual, cumplía bien con mi trabajo, entonces en esa medida yo no tenía porque tener problemas con ella.

E: ¿Los talleres en los que se ha desempeñado, le han beneficiado en su tratamiento?

X: Ehhh, me ha pasado por ejemplo en los talleres que he participado que me dan más energía, más creatividad, alegría para hacer cosas en la casa, ser más creativa, la alegría. Últimamente me ha dado por compartir con las personas.

E: A ver si la interpreto ¿le ha dado una motivación para vivir mejor?

X: Si, si. Y como será que acá en el hospital, conocí a un joven y yo decía no, no quiero pololear, nada. Estaba totalmente cerrada al tema, pero primero nos conocimos como amigos, él también tiene esquizofrenia y estaba solo, entonces nos pusimos a

pololear. Esa parte también me ha dado como fuerza, ya que estuve siete años sola, que es hartito.

E: O sea, que hasta el amor ha encontrado en el trabajo...

X: (se ríe) Si. Es que yo siempre decía que no iba a encontrar a nadie, que estaban todos casados, con hijos. Pero se dio con Esteban, y nos llevamos bien, no tenemos peleas, conversamos hartito. Lo que le pasa a él, me pasa a mí, entonces siempre tenemos cosas como comunes. Entonces eso me asombra.

E: ¿Se siente comprendida por él?

X: Si, y es una comprensión mutua. Aunque mi mamá me dice que hay diferencia de edad, y yo le digo que no hay problemas con la diferencia. Si bien voy a cumplir 40 años este año, y no represento esa edad. Yo tengo un hermano mellizo, que tiene canas, gordo, con niños y con una serie de problemas. Y bueno yo digo, yo también tengo problemas, pero no me veo avejentada. Mi problema va más bien porque me siento menos madura para mi edad, es que veo la vida desde otro punto de vista, con menos responsabilidad, entonces eso está malo. Mi mamá me dice, oye Ximena tienes que ver como se gasta la luz, el agua, el gas, pero yo no tomo conciencia, entonces toda la plata que tengo ahora, que me ha costado mucho, la invierto en comprar mis cosas para hacer los antifaces, las cajas. Mi mamá me dice que no, que tengo que ayudar en la casa, o sea no me exige, pero me dice que tengo que ayudar.

E: Ud. me señalaba que uno de sus problemas es que le falta madurez para la edad que tiene ¿el hecho de trabajar en los talleres le ha ayudado a tener más madurez?

X. Si, yo pienso que si. Me han ayudado a ser más responsable, llegaba puntual, conversaba con las personas. El hecho de que tengo la voz suave, no soy agresiva, me permitía llegar a las personas, ellas se daban conmigo, soy cariñosa. También yo me

acercaba a las personas y les daba ánimo, les decía que las cosas les estaban quedando bonitas.

E: Ximena, cuénteme cómo era su vida antes de desempeñarse en el taller.

X: Ehhh, antes de entrar al taller, a ver (silencio) Antes yo estaba en el psiquiátrico (*Instituto Dr. Horwitz Barak*), y antes de eso, estuve como unos cinco o seis meses sola en la casa, aburriéndome , viendo tele todo el día, no salía ni a comprar más, estuve súper mal.

E: Cuénteme un poquito más de esa época, por favor, como se sentía en general...

X: Estaba decaída, tenía mucha ansiedad, muy triste, sin ánimos de hacer nada, sin proyecciones. No tenía ánimos de salir a ninguna parte, fue difícil, me daba pena porque estaba sola.

E: ¿No tenía el apoyo de su familia?

X: Si, claro. Si cuando me vino lo de la enfermedad, toda la familia se unió para que me hospitalizara en la Clínica Oriente.

E: ¿De qué forma llega a integrarse a los talleres protegidos en esta Unidad de Rehabilitación?

X: Lo pasa es que cuando estuve en el otro psiquiátrico, aunque hacía cosas manuales, como collares y me entretenía con eso, fue por un tiempo. Además no era lo mismo, porque no se veía como un trabajo, y era mientras yo estaba yendo para allá. Después salí de allí, y por iniciativa propia me fui a hablar al Barros Luco, hablé con la Sra. Alejandra (*Valenzuela, actual directora de la Unidad de Rehabilitación*

Psicosocial), y no pensé que iba a quedar de un día para otro y quedé al tiro, yo pensé que tenía que esperar, alguna vacante. Entonces yo dije “¡ya poh!”...

E: Perdón que la interrumpa ¿y cuánto tiempo pasó entre el psiquiátrico de Avenida La Paz y su ingreso a esta unidad?

X: No lo recuerdo, no sé si fue al tiro o estuve un tiempo. Recuerdo que iba una vez a la semana dos horas, entonces era muy poquito, iba muy poquitos talleres cuando iba al psiquiátrico (Horwitz Barak).

E: Entonces Ud. Sentía la necesidad de hacer más cosas, de estar en un taller, por ejemplo.

X: Si, más talleres. Si, porque estaba en la casa y me aburría mucho. Me decía que como iba a ser mi vida a futuro. Entonces dije, ya voy a ir al hospital (*Barros Luco*) y ver que posibilidades hay acá, y quedé. La Sra. Alejandra me atendió súper bien y fui a dar las gracias al psiquiátrico por la acogida. Acá me dije, voy a crecer, voy a aprender porque es algo distinto. Además me quedaba cerca de la casa, así que no gasto en locomoción. Ahora estoy en un grupo de búsqueda laboral, que se hace los lunes a la cuatro de la tarde y lo hace la Sra. Alejandra.

E: ¿Y este grupo de búsqueda laboral, fue lo que le ayudó a iniciar su actividad independiente, haciendo las cajas y los antifaces?

X: No, yo la microempresa la inicié sola hace cinco años, pero la cerré porque me fui a pique. Con la contadora la cerramos, y volví de nuevo a esto, porque quiero trabajar independiente, tener mi propia empresa. Y como en el Boulevard te pedían iniciación de actividades, boletas, entonces dije, ya lo hago. Desde el 19 de diciembre estoy con boleta, pagando IVA y contactándome con personas y eso me agota, agota, agota. Es que son muchas desilusiones, me dice si está bonito, que van a llamar, lo vamos a

pensar, pero no me llaman. Y me dicen que está caro, que no gracias, te tramitan y eso te agota, y digo pucha, ¿sigo en esto, o no sigo en esto?.

E: Y que la tramite o realizar esas gestiones ¿siempre la ha agotado?

X: Eso es como un trauma de superación que tengo, tengo que trabajar la paciencia.

E: Usted me comentaba que hace unos cinco años le detectaron su enfermedad, y que fue devastador ¿en ese tiempo tuvo el apoyo de algún miembro de su familia, como lo tomaron?

X: A ver, todos se unieron, mis hermanos se unieron, me compraron los remedios. Mi mellizo cuando estuve hospitalizada en la Clínica Oriente, él solventó los gastos. Se unió la familia. Si había que ir a reuniones familiares con el Dr. Raúl Riquelme, iban todos a su consulta. En total somos cuatro hermanos, más mi mamá. Entonces nos juntábamos, conversábamos, hablábamos de cómo estoy yo, si he superado cosas. Pero mi desorden, no lo he superado.

E: ¿Cómo así el desorden?

X: Tengo una pieza donde tengo mis cajas listas para vender. Pero me faltan clientes, entonces las cajas las tengo amontonadas allí. Entonces la pieza se está haciendo chica, desordenada, pero yo sé donde está cada cosa. Pero a mí mamá le da ataque, y me dice “Ximena ordena la pieza, ordena la pieza”.

E: ¿Eso es como una crítica que le hace su mamá?

X: Si, si. Voy a tener que salir a la calle con las cajas y ofrecerlas en las tiendas, voy a tener que hacer eso, porque por teléfono me dicen no gracias, ya tenemos cajas. Y yo sola en esto, me agoto, me agoto. Pero todos los días lucho, llamé por teléfono,

mañana tengo una entrevista para mostrar mis antifaces, las coronas. El otro día fui a un jardín infantil, y la directora me dijo que fuera el otro martes, pero queda en Las Condes y yo andaba con las cajas, entonces si no me puede atender al tiro, entonces chao, no puedo estar la disposición de ella, si concertamos una entrevista. Eso me agota, me desilusiona, estoy haciendo mal las cosas, pero bueno sigo en esto, hasta el final.

E: Y actualmente ¿qué opina su familia con el hecho de que Ud. trabaje?

X: Quiere que tenga un trabajo estable, y lo que lo otro, la empresa que sea un pasatiempo, una entretención. Y la verdad que no tengo mucha resistencia para trabajar cuatro horas en la mañana y cuatro horas en la tarde. Eso yo lo hacía en el Boulevard y llegaba rendida a la casa, así que no tengo mucha resistencia.

E: ¿Y esa poca resistencia a la que hace mención, a qué la atribuye? ¿A sus medicamentos, a la enfermedad?.

X: Yo pienso que es la enfermedad, porque me agoto. Porque hacía turnos de cuatro, cinco horas y llegaba muerta a la casa. Es un agotamiento mental y físico, sin ganas de hacer nada.

E: ¿Y antes de que le diagnosticaran su enfermedad, también se agotaba?

X: Me pasaba, si me pasaba. Pero duraba tres meses en los trabajos. Mi primer trabajo fue en Falabella, hice mi práctica en Falabella Parque Arauco, y después quedé como vendedora. Yo ahí estuve como tres años más o menos.

E: ¿Además del colegio, estudió otra cosa?

X: Estudié decoración de interiores. Tengo mucha habilidad en los dibujos, entonces trabajé en Falabella, pero no me adaptaba, tenía que trabajar sábado y domingo, no veía a mi familia. No me adaptaba con la gente, estaba sola, aislada.

E: O sea si usted recuerda su experiencia en el trabajo, antes y después de la enfermedad ¿se podría decir que su problema es con los horarios extensos?

X: Claro, el horario extenso y que ha pasado tanto tiempo. Porque si recuerdo de los trabajos, he trabajado en cinco partes y en todas lo he hecho tres meses. Después que me salí de Falabella empecé como secretaria, y como no tengo nociones de secretaria, fallaba. Pasaban los tres meses y me tenía que ir, y en buscar trabajo, en que lo encontrara, pasaba un año, dos años. Y cuando lo encontraba, duraba tres meses y volvía a hacer, entonces tenía crisis, pasaba en depresión, no salía, tenía pocos amigos.

E: ¿Y que decía su familia de lo que me acaba de contar?

X: Es que yo tenía un psicólogo, y no se, parece que no se dio cuenta o no se percató que yo tenía otra cosa más. Y bueno, por lo mismo, mi familia no me decía nada, porque yo estaba en tratamiento, si pasaba con psicólogos. Entonces, mi familia no me presionaba, entendía lo que me pasaba. En ese tiempo la iglesia me dio fuerzas, porque estaba a punto de tirar la cuerda, así de mal estaba. Iba a la iglesia los miércoles y domingos, llegaba a las 11:00 de la noche, y a mi mamá le daba ataque. Pero me enojé con Dios, hace cinco años, cuando me descubrieron la enfermedad.

E: ¿Hubo algún evento o acontecimiento, que le gatilló la enfermedad?

X: Lo que pasó fue que cuando empecé a hacer mis cajas, me las empezaron a copiar, y eso me dio rabia, mucha rabia, peleaba con las personas. Entonces mi familia decía

que no podía ser que yo estuviese tan alterada. Pasaba encerrada e la pieza y al final peleaba con todo el mundo.

E: ¿Usted tiene amigo o conocidos?

X: Si, pero no los veo tan seguido. Uno, que viven lejos y la única amistad cercana es Esteban (*la pareja*), también está la Patty, pero ella trabaja. Antes yo la iba a ver, no todos los meses, pero la iba a ver. A ella no la veo del año pasado, pero la verdad ha sido culpa mía, porque yo no llamo para saber como estoy.

E: ¿Y qué le dicen sus amigos de que esté trabajando?

X: Si, se ponen contentos. A la Evelyn, que es una amiga de la iglesia, le conté y le pareció bien, estaba contenta. Le conté que estaba pololeando, que era una microempresaria. Ellos ven que de cinco años atrás a la fecha he crecido, yo no he descansado, he luchado.

E: ¿En que notan sus amigos este crecimiento?

X: En que he hecho mis cursos de computación, de floristería, en que estoy como microempresaria, que volví después de cinco años. En ese sentido tengo internet, mi correo, me estado contactando con personas que antes no los veía, que los contacto por mis antifaces, mis coronas. O sea, me estoy moviendo, antes estaba estática.

E: En su época en que asistía a los talleres, cuando estaba en la Unidad de Rehabilitación ¿habría incluido alguna actividad para complementar el taller protegido?

X: (silencio) Por ejemplo el taller que hice de cartonaje, es manual y de concentración. Entonces lo que yo haría es ver como está la motricidad de las

personas, porque son más lentas, para captar las cosas. Entonces como una terapia anexa, yo vería esas cosas que les cuestan más a las personas. (...)Pero yo no sé si se podrá hacer acá en Rehabilitación. Es que sabe, lo que a mí me gusta es enseñar, más que vender, por ejemplo me gustaría hacer clases en el adulto mayor, incluso fui a preguntar el otro día, pero ya habían contratado otra persona que les iba a enseñar hacer cajitas y esas cosas.

E: Enseñar es su vocación...

X: Si, es que en mi familia mi tío es profesor en la USACH, mi madre es Educadora de Párvulos, le enseña a niñitos. Mi abuela también era profesora, mi abuela paterna era decoradora, y yo soy la única artista en la casa. Y todos mis hermanos son ingenieros civiles en computación, mi hermana es ingeniera electrónica.

E: Y retomando lo anterior ¿Hay algún aspecto que Ud. Piense que le haga falta en su proceso de rehabilitación?

X: (silencio) A ver... ahora en la etapa en que estoy, me gusta por ejemplo el taller de búsqueda de empleo, me sirve para no estar tanto sola en la casa, y para saber como buscar trabajo, como comportarse en una entrevista, el currículum, que todavía no lo he visto y me gustaría verlo.

E: O sea, si le entendí bien, a Ud. le gustaría que le explicaran como se hace un currículum, como presentarse ante un trabajo.

X: Si, eso, eso.

E: Si vamos al futuro cercano o lejano ¿Usted se ve inserta en un empleo competitivo, en el mercado laboral?

X: (suspira) (silencio) Ehhh, tengo miedo a fracasar de nuevo, aunque me dicen que estoy bien, que he superado muchas cosas. Pero el tener un empleo seguro y la rutina, a mí me mata, me mata la rutina. Levantarse temprano, tomar el metro, por dar un ejemplo, llegar a una empresa y hacer todo repetitivo todos los días, eso me aburre. En cambio como decoradora, hago miles de cosas distintas en la casa, que canastitos, que mariposa. Pero si no me resulta vender mis cosas voy a tener que buscar trabajo, voy a tener que hacerlo. Estoy haciendo todas las instancias para que así sea, pero si me resulta tendré que buscar empleo, porque no tengo AFP, no tengo ISAPRE.

E: ¿Usted recibe pensión asistencial?

X: No. Y me tiene preocupada el tema de la plata, porque yo no sabía, pero averigüe y yo tengo que pagar patente como microempresaria, y me están pidiendo \$27.000 y que son dos veces al año, en cada semestre. Y que es lo que estoy haciendo: es ir a todas partes para ofrecer mi trabajo, y allí pagar la patente.(...) Tengo que moverme, salir adelante, y estoy preocupada, tengo pena porque todo me resulta difícil, no es fácil. Mi hermano mellizo tiene su empresa y además trabaja en el Ministerio de Hacienda, entonces tiene plata para ir y poner su empresa, para los trámites.

E: ¿Y a usted no le gustaría trabajar con él?

X: Si, pero no en un trabajo estable, sino que en volantes, repartiendo volantes en los edificios, en la calle. Y ganaré cuanto \$10.000, pero es algo (se ríe)

E: ¿Pero si Ud. piensa en su empleo ideal, que le gustaría que fuese?

X: Me gustaría hacer clases y digitación. Y me gustaría tener mi empresa, tener un local y ofrecer todas las cosas que tengo en mi pieza ahí metida. Tener un local, para mostrar, ofrecer los productos. Es un sueño que tengo, espero que se haga realidad y que persista, pero me ha costado mucho, estoy así en el suelo y no veo salida. (se

emociona) Pero yo quiero salir adelante y demostrar que puedo hacerlo, esa es la fuerza que me da, porque no quiero fracasar.

E: ¿Algún otro tema que le gustaría agregar o comentar?

X: (silencio) ¿Esto es un estudio para los pacientes..?

E: Es una investigación que estamos realizando para una tesis de psicólogas. Con mi compañera, somos Licenciadas en Psicología, y estamos haciendo entrevistas para poder titularnos. Para ese fin lo hacemos.

Entrevista a Dolores

E: Buenos días Dolores, cuéntame de ti

D: Mi nombre es Dolores Fernández Toro, tengo 48 años, llevo más de 24 con problemas. Estoy casada hace 9 años, mi marido me apoya bastante y tengo buena relación con él. Estuve internada en el hospital El Peral, luego de ese tratamiento pude trabajar y hacer una vida mas o menos normal, tomo medicamentos y actualmente trabajo como estafeta en el área de psiquiatría del Hospital Barros Luco

E: ¿Dónde trabajaste cuando te dieron el alta?

D: Yo trabaje en el Parque Arauco, captando tarjetas, yo estaba encargada de inscribir a las personas que estaban interesadas en obtenerla, ese fue mi primer trabajo durante un año. Después trabaje en el banco BHIF como vendedora de créditos de consumo y ahí me mantuve por 5 años.

E: Desempeñaste trabajos de harta responsabilidad...

D: Si, lo que pasa es que estudié un año de ingeniería, porque siempre me han gustado los números, entonces trabajar en el Banco BHIF fue muy agradable.

E: ¿Y hace cuánto tiempo que estas trabajando acá?

D: Acá, casi un año como estafeta. Pero yo trabaje aquí anteriormente en el área de archivos del hospital, hace como 4 años, pero me retire porque hubo posibilidades de un trabajo afuera, entonces opte y me fui a trabajar a Correos de Chile. Posterior a ese trabajo me retire y reintegre acá, porque en Correos de Chile no me fue muy bien,

pero antes de volver estuve haciendo otras cosas. Ahora estoy trabajando aquí en el hospital, y soy estafeta del servicio de psiquiatría, y también aparte de ser estafeta ayudo a la secretaria en sus labores.

E: Y si hicieras recuerdos de cuando empezaste a trabajar acá ¿cuales fueron tus primeras impresiones?

D: ¿Como mi opinión?

E: Si

D: El lugar es bastante precario, pero yo sé que aquí se usan todos los medios que hay. Si esto no esta mejor, es realmente porque no hay para que este mejor.

E: Pero en relación a tu puesto de trabajo ¿Qué impresión te dio?

D: Ah, lo mismo, lo encontré feo, precario, la verdad que no me gustó mucho. Pero lo que si me gustó, lo encontré bueno fue el ambiente de trabajo.

E: ¿Y cómo es el ambiente?

D: Es bueno, nos llevamos todos bien, entre los jefes y los compañeros de trabajo no hay problemas.

E: ¿Y cuando tú empezaste a trabajar acá que actividad fue la que más te costo?

D: Nada, el trabajo en los archivos no es difícil, y lo que hago ahora en el servicio de psiquiatría tampoco, es mas yo diría que el trabajo de estafeta es más fácil que archivos.

E: ¿Y qué es lo que mas te gusta de tu trabajo?

D: Yo adoro el trabajo en archivo, me gusta mucho, porque es algo fácil, es ordenado, de hecho yo llegue a dominar a cabalidad ese trabajo, tal como una persona “normal” que trabajara contratada y que no tuviese los mismos problemas que yo. De hecho he estado haciendo gestiones para volver a trabajar ahí, pero no ha pasado nada, envié currículum, hablé con la jefa de archivo, hablé con la persona encargada de contratar y seleccionar el personal, pero no se ha dado la oportunidad para reintegrarme.

E: Parece que tienes muchas ganas de volver a archivo.

D: Si, es el mejor trabajo que he realizado acá.

E: ¿Y que es lo que menos te ha gustado del trabajo?

D: El entorno físico del lugar es desagradable, las instalaciones son poco cómodas, pero aparte de eso yo estoy súper a gusto, porque no interfiere 100% en el desarrollo de mis labores, ¿me explico?

E: Si, te entiendo

E: ¿Como es la relación que tienes con tus compañeros de trabajo?

D: Buena, no tengo problemas con nadie, como te decía hay un buen ambiente de trabajo.

E: ¿Y con tus supervisores o jefes?

D: Bien también, me tratan bien, son amables conmigo, ellos te exigen pero es como en todos los trabajos que tienes que cumplir, ella me dice que no se me vayan a perder los documentos, pero nada más.

E: O sea tú no tienes problemas con las exigencias.

D: No, para nada, porque yo he estado en trabajos donde exigen muchísimo más, por ejemplo cuando estuve en el banco o en Correos de Chile.

E: ¿Tú sientes que este trabajo ha sido un apoyo en tu tratamiento?

D: Si, definitivamente si, aparte que como estoy trabajando en el área de psiquiatría, eso igual me da un plus, y puedo tener más acceso a la información acerca de mi enfermedad. Y yo he tenido bastante éxito en mi tratamiento.

E: ¿Si nuevamente se te diera la oportunidad de trabajar en una empresa, o en una instancia no protegida, la aceptarías?

D: Por supuesto que si.

E: ¿Y que actividad te gustaría desempeñar?

D: Me gustaría trabajar en una consulta médica, ser encargada de archivos, hacer labores de secretaria, recepcionista etcétera, labores más bien administrativas, me entiendes.

E: ¿Y cuales serian tus expectativas de ese nuevo trabajo?

D: Salir a trabajar al mundo laboral “normal”, nada más que eso.

E: ¿A que te refieres con mundo laboral “normal”?

D: ¿A un trabajo que no sea como este, a una instancia no protegida

E: ¿Y no tienes temores de trabajar en una instancia que no esté protegida?

D: Si, tengo temores, por las exigencias que implica un trabajo en una empresa, por la eficiencia que te exigen, y yo no tengo las mismas capacidades de un trabajador que no tenga la enfermedad, esos son mis temores.

E: ¿Y que opina tu marido de que tú estés trabajando?

D: Mi esposo esta súper contento, él me apoya en todo.

E: ¿Y tus familiares o amigos que opinan que estés trabajando?

D: La verdad que con mi familia no tengo mucho contacto, no es que estemos enojados o algo parecido, sino que simplemente no hay relación con ellos. Y amigos yo no tengo, entonces con quien me apoyo es con mi marido, somos los dos no más.

E: ¿Hay alguna actividad que tú consideres que seria bueno incluirla en el taller?

D: Mira yo no sé si tiene que ver con la rehabilitación pero, a mi me gustaría practicar natación. Esa oportunidad sería linda, considero que es una actividad saludable y que relaja mucho, eso contribuiría de manera positiva en el tratamiento.

E: ¿Y en general como te sientes en tu trabajo?

D: Bien, ni una queja

E: ¿Y tú consideras que el pago que recibes corresponde al trabajo que realizas?

D: No, no corresponde, pero esta bien porque esta es una instancia protegida y de rehabilitación y no un trabajo normal. Obviamente que me gustaría ganar más dinero pero sé que no es posible. Yo estoy contenta con mi trabajo, aunque el sueldo sea bajo.

E: ¿Y tú consideras que este trabajo te ha mejorado la vida?

D: Definitivamente si, porque si estuviera en la casa estaría sin hacer nada, y uno se deteriora estando sola en casa.

E: ¿Algo que te gustaría decir que no te haya preguntado?

D: Me gustaría saber para que van a usar esta entrevista, porque me dijiste que era para una investigación, pero me gustaría saber que tipo de investigación.

E: Es para la tesis para titularnos de psicólogas, y la entrevista la necesitamos para saber cuales son en general tu opinión en relación al trabajo, lo que más te agrada y si este te ha beneficiado en el tratamiento, entre otras cosas.

D: Ah, ahora me queda más claro.

E: Bueno Dolores eso es todo y muchas gracias.

Entrevista a Karen

Entrevistador: Por favor, su nombre y edad.

Karen: Mi nombre es Karen Moyano y tengo 23 años.

Entrevistador: Cuénteme Karen ¿hace cuánto tiempo que se desempeña este trabajo?

Karen: Desde hace tres años.

E: ¿Y de qué forma llegó a su trabajo?

K: Por intermedio de la terapeuta (ocupacional), María Jesús (Tapia), cuando era jefa de acá de rehabilitación, y por iniciativa de ella, me preguntó si quería trabajar de estafeta.

E: ¿Dónde se desempeña usted?

K: Como estafeta en informática del área.

E: Y cuando llegó por primera vez a trabajar ¿cuáles fueron sus impresiones?

K: Buena, es que me gustó el ambiente. Son simpáticos, conversan conmigo, me tratan bien. Por eso me gustó y no tuve problemas.

E: Y en relación a su desempeño laboral ¿ha tenido alguna dificultad?

K: Me ha costado aprender a llevar los papeles, o sea a archivarlos y poner los timbres en los papeles que corresponde. También me ha costado fotocopiar.

E: ¿Cómo es su rutina diaria en el trabajo?

K: Entro a las 9:00 y hasta las 10:00 desayuno. De las 11:00 a las 12:00 descanso y de 12:00 a 13:00 almuerzo, después hasta las 14:00 llevo la colación a la gente de informática. Y siempre a las dos de la tarde llamo a mi mamá para decirle que estoy bien, y como me ha ido en trabajo.

E: Por lo que me describe, me da la impresión que no tiene muchas actividades.

K: Si, y lo que pasa es que a veces me aburro mucho en mi trabajo, porque como que no me dan mucho que hacer.

E: ¿Y le gustaría que le dieran más actividades?

K: Claro que si, y yo creo que no me dan más que hacer porque como a veces me equivoco en archivar los papeles, entonces yo pienso que para que ellos no pasen rabia no me dan más cosas. O sea lo justo y necesario.

E: ¿Y usted a pedido o ha preguntado porque no le dan más trabajo?

K: No, la verdad que no.

E: ¿Cómo se lleva con los supervisores o monitores?

K: Bien, no tengo problemas, por ejemplo con la señora Nuria (*de la Unidad de Rehabilitación*), nunca he tenido una discusión o algo así. Y con la secretaria de Informática tampoco, me llevo bien con ella.

E: ¿Y antes de trabajar acá en el hospital cómo era su vida?

K: Antes de trabajar yo me lo pasaba sólo en la casa, no hacía otra cosa.

E: ¿Y cómo se sentía?

K: Mal, yo me sentía mal, imagínese todo el día acostada, sin hacer nada. O sea lo único era ver tele y ayudar en algunos quehaceres de la casa, pero al final todos los días lo mismo.

E: Y desde que trabaja ¿ha notado algún cambio?

K: Si, de todas maneras. Ahora me dan ganas de pintarme, de arreglarme, porque siento que tengo un motivo para hacerlo, porque si antes iba a estar todo el día en la casa, no tenía motivos, daba lo mismo.

E: ¿Siente que el trabajo le ha beneficiado en su tratamiento psiquiátrico?

K: Si, poh... Antes ni siquiera me daban ganas de bañarme, pero ahora ha mejorado mi presentación personal, y como me relaciono con gente, ahora tengo amigos en el hospital. También el trabajar me ha servido para tomarme las pastillas.

E: ¿Cuándo estaba en la casa no se las tomaba?

K: Es que como que nada lo mismo, me entiende. Es que me levantaba a cualquier hora, también dormía todo el día, no tenía un orden. Pero ahora que trabajo, que me levanto todos los días temprano, no me puedo acostar a cualquier hora, se fija.

E: Y en su trabajo ¿qué cosas ha aprendido?

K: He aprendido los anexos de las personas que trabajan en el hospital, pero me costó un poco, entonces puse un papel con los anexos y ahí me los aprendí.

E: Y además de archivar los papeles ¿ha tenido algún otro problema en su trabajo, por ejemplo levantarse temprano?

K: No, no me ha costado levantarme temprano. No he tenido más problemas.

E: ¿Le gustaría hacer otra labor que no haya realizado en su trabajo?

K: Me gustaría trabajar como secretaria, porque me gusta por ejemplo contestar el teléfono, escribir en el computador. Si yo he hecho tres cursos de computación, entonces sé de esas cosas. Además estudié en un colegio técnico, y los cursos de computación los hice en INCAP y en la ORT de computación.

E: A propósito de lo que le gustaría hacer ¿se ve trabajando fuera del hospital, en un empleo como cualquiera?

K: Si, si incluso ya estoy buscando trabajo de promotora o de secretaria. Yo participo del grupo de “Búsqueda de Empleo” que lo hacen acá (*en la Unidad de Rehabilitación del hospital Barros Luco*), y a una le enseñan como salir a encontrar empleo. Además como me van a dar el alta, eso significa que tengo que ir a buscar trabajo afuera.

E: ¿Y cómo se siente con eso?

K: Me da un poco de susto, porque es algo nuevo, si yo nunca he trabajado fuera del hospital, entonces no sé como será afuera.

E: Hace un rato atrás me comentó que le gustaría tener actividades como secretaria ¿Usted ha planteado esa inquietud en su trabajo?

K: Si, la terapeuta (*ocupacional y directora de la Unidad de Rehabilitación del Barros Luco*), Alejandra Valenzuela le pidió a mi supervisora que me dieran más actividades de secretaria.

E: ¿Y se las han dado?

K: Si, ahora puedo contestar el teléfono, y como me sé los anexos, no me ha sido difícil.

E: ¿Ha recibido comentarios negativos o positivos de su trabajo?

K: Me han corregido dos veces en mi trabajo, porque me he equivocado con lo que yo le decía de los archivos.

E: ¿Y cómo se siente usted cuando la corrigen?

K: Cuando me corrigen me da susto que me echen, o que me manden para otra sección. No me gustaría que pasara eso, porque estoy acostumbrada en Informática, y estar en otro lado que uno no sabe como es la gente, no me gustaría.

E: ¿Usted le cuenta a su familia de su trabajo?

K: Si, claro. Ellos están contentos con que trabaje, y que haga cosas distintas. Les gusta que trabaje en el hospital, y me apoyan, siempre me han apoyado. Pero les gustaría que me contrataran.

E: ¿Y a Ud. Le gustaría que la contrataran?

K: Claro que si, porque así es más seguro.

E: ¿Y tiene amigos a los que le comenta de su trabajo?

K: Tengo dos amigas fuera del hospital, pero más que nada hablamos de cosas sentimentales, no de trabajo.

E: ¿Nunca le han hecho algún comentario?

K: Si, hace tiempo me dijeron que estaban contentas con que trabajara, porque me veían que estaba cambiada, que era para mejor.

E: Aparte de lo laboral ¿a Ud. le gustaría que incluyeran alguna actividad dentro de su proceso de rehabilitación?

K: Si, me gustaría tener un taller de aeróbica o de baile. Es que a mí siempre me ha gustado bailar y hacer gimnasia, como que esas cosas la relajan a uno.

E: ¿Le gustaría relajarse, por ejemplo después de la jornada de trabajo?

K: Si, sería bueno salir de la rutina, no estar de la casa al trabajo y del trabajo a la casa.

E: No a va a ser todo trabajo en la vida ¿no?.

K: Si (se ríe).

E: Bueno Karen, gracias por su tiempo. ¿Hay algo que quisiera agregar, algo que no le haya preguntado?

K: No, nada

E: Bueno, entonces gracias por la entrevista.

Entrevista a Manuel

E: ¿Que edad tiene Manuel?

M: Yo tengo 58 años.

E: Cuénteme Manuel, ¿hace cuanto tiempo que le diagnosticaron la enfermedad?

M: Yo me enfermé cuando tenía 20 años.

E: Era joven, cuando se la detectaron.

M: Claro, yo era jovencito

E: Respecto del tiempo que lleva en el taller ¿hace cuanto tiempo que está trabajando acá?

M: Lo que pasa es que llevo como 30 años trabajando aquí en agropecuaria, antiguamente se llamaba agricultura. Lo que pasa es que yo viví durante muchos años aquí en el hospital (*El Peral*) por eso siempre he trabajado aquí. Pero trabajando en este proyecto con don Renato (*Labbe, Terapeuta Ocupacional y Coordinador del taller*), llevo 4 años

E: ¿Pero usted todavía vive aquí?

M: No, yo ahora vivo en un hogar que esta en la comuna de San Bernardo. Hace 4 años que vivo en el hogar.

E: Cuando llegó por primera vez a trabajar acá con Don Renato ¿Que le pareció este taller?

M: Me pareció bien.

E: ¿A que se refiere cuando dice que le pareció bien?

M: Ehhh, es que como yo llevaba harto tiempo en agropecuaria, porque siempre estuve ahí, entonces yo sabía como se hacía el trabajo.

E: ¿Cuando usted comenzó a trabajar aquí con don Renato que fue lo que mas le costó aprender?

M: ¿Aprender? Ninguna cosa yo ya sabia esta pega, no ve que estuve trabajando muchos años en lo mismo.

E: ¿Qué es lo que mas le gusta de este trabajo?

M: A mí me gusta hacer de todo, lo que me manden hacer yo lo hago con gusto, no hay ningún trabajo que me guste mas que otro, todos me gustan

E: Pero si tuviese que elegir que es lo que más le gusta respecto de su trabajo ¿qué sería?

M: Me gusta cuidar el pasto, cortarlo, regarlo, mantenerlo bonito.

E: ¿Cómo es la relación que tiene con sus compañeros de trabajo?

M: Me llevo bien con ellos

E: Cuénteme un poco más, que cosas hacen o conversan...

M: Es que son buenas personas, son alegres, siempre estamos tirando la talla y además a uno lo escuchan.

E: Y eso a usted le gusta..

M: Si, pues, si es bueno llevarse bien con los compañeros.

E: ¿Y cómo se lleva con los supervisores?

M: También me llevo bien con ellos

E: ¿Ellos los toman en cuenta, conversan con usted?

M: Si, como le dije, a uno lo felicitan si hace bien el trabajo, si hay un problema lo escuchan o si uno necesita saber de cómo se hace algo. Pero en realidad yo no me llevo mal con nadie

E: Respecto de su experiencia en el taller, ¿me podría contar que ha aprendido a hacer acá?

M: Trasplantar, cuidar el pasto, riego de las plantas, cortar el pasto con máquina, cuidado de los árboles

E: ¿De las actividades que usted me nombró cuál es la que más le cuesta?

M: Ninguna cosa me cuesta y todas me gustan

E: ¿Nunca ha hecho algo que no le agrade?

M: No, si uno tiene que hacer las cosas con agrado, así me gusta ser a mí.

E: ¿Usted considera que hace bien su trabajo?

M: Si

E: ¿Y porqué cree que es un buen trabajador?

M: Porque soy empeñoso

E: ¿Y cómo le pon empeño?, cuénteme un poco más...

M: Es que le pongo el hombro, si hay que trabajar con maquinaria pesada, lo hago, o si hay que regar también lo hago. En verano, imagínese hay que estar a todo sol.

E: O sea usted no se queja...

M: No, pues, si acá da gusto trabajar.

E: ¿Su supervisor o jefe le dice a usted que hace bien su trabajo?

M: Si, me felicita

E: ¿De que manera lo felicita?

M: Me dice que hago bien mi trabajo, que me supero y que siga así.

E: ¿Y usted como se siente cuando lo felicitan?

M: Ah yo me siento bien

E: ¿Cómo es eso de sentirse bien?, cuénteme un poco mas..

M: Es que es bueno saber que hay personas que valoran lo que uno hace, y uno hace la pega contento

E: Y pasando a otro tema ¿A usted le gustaría desempeñar un trabajo fuera de aquí?

M: No, porque a mi no me gusta trabajar afuera, me gusta aquí porque aquí nos dan todas las comodidades

E: ¿Que comodidades tiene acá?

M: Un buen baño, casilleros, duchas con agua caliente

E: ¿O sea si a usted le ofrecieran un trabajo fuera de aquí no lo aceptaría?

M: No, yo estoy acostumbrado aquí, me gustaría trabajar sólo aquí y nada más.

E: ¿Y le gustaría hacer otro trabajo aquí mismo en el hospital?

M: No, a mi me gusta trabajar en esto no más si así estoy bien, siempre en esto

E: ¿Y si le ofrecieran trabajo en una empresa manteniendo los jardines?

M: No lo aceptaría, no me gustaría, trabajar en ningún otro lugar, me gusta aquí

E: ¿Y porque no lo aceptaría?

M: Porque yo estoy bien aquí, me gusta trabajar aquí

E: ¿Pero si en la empresa tuviera las mismas comodidades que aquí lo aceptaría?

M: Si yo creo que así si, si es igual que aquí yo lo pensaría y vería si acepto

E: ¿Y que le gustaría hacer?

M: Lo mismo que hago aquí no más.

E: Y si en otro lugar le ofrecieran más dinero ¿lo aceptaría?

M: Es que tendría que pensarlo, porque en otra parte nunca va a ser como acá, con las comodidades y que además a uno le den permiso para ir al médico

E: Y eso para usted es muy importante..

M: Claro, porque por la enfermedad uno necesita ir a control con el médico.

E: ¿Y usted agregaría otra actividad dentro del taller, le gustaría aprender algo nuevo?

M: Me gustaría aprender el cuidado de árboles frutales.

E: ¿Y por qué le gustaría saber de eso?

M: Porque hasta el momento no me lo han enseñado, y es algo que me llama la atención, por ejemplo saber como se fumigan y esas cosas.

E: Pasando a otro tema ¿Usted cree que este trabajo que realiza, le ha beneficiado en su tratamiento?

M: Si me ha ayudado, me ha servido de terapia.

E: ¿Y en que forma o de qué manera ha sido una terapia?

M: Es que uno se mantiene con la mente ocupada, no anda pensando leseras, yo creo que si no trabajara andaría puro pensando tonteras.

E: ¿A qué se refiere con pensar tonteras?

M: No se, como que mi mamá me vino a dejar al hospital y nunca más me vino a ver...

E: ¿Usted no sabe nada de su familia?

M: No, nada.

E: ¿Y usted tiene el apoyo de alguien?

M: De mi polola y algunos compañeros de trabajo.

E: Y en general Manuel ¿Cómo se siente en este trabajo?

M: Me siento muy bien, me gusta trabajar aquí, me siento útil.

E: ¿Y que significa para usted el sentirse útil?

M: No se, aportar con mi trabajo, no estar todo el día en la casa.

E: Parece que la posibilidad de no hacer nada, a usted no le agrada...

M: No, no me gustaría, si yo veo en el hogar (*protegido*) que hay gente que está todo el día sin hacer nada, y no me gustaría eso a mí.

E: Y en relación a lo que usted gana ¿corresponde al trabajo que usted realiza?

M: Si, con lo que me pagan yo estoy bien.

E: ¿Nunca se ha imaginado ganado más plata en su trabajo?

M: No, así está bien.

E: ¿Y este trabajo le ha mejorado en algún aspecto de su vida?

M: ¿La situación? Si

E: ¿En que cree usted que le ha mejorado la vida?

M: En que mi polola y yo estamos bien, porque nos hemos podido comprar ropa, salimos a pasear, si me ha mejorado la vida trabajar.

E: O sea está contento con su vida.

M: Si.

E: ¿Algo más que le gustaría agregar?

M: No, nada más.

E: Bueno Manuel, le agradezco su tiempo y cooperación con la entrevista.

Entrevista a Manuel

E: ¿Que edad tiene Manuel?

M: Yo tengo 58 años.

E: Cuénteme Manuel, ¿hace cuanto tiempo que le diagnosticaron la enfermedad?

M: Yo me enfermé cuando tenía 20 años.

E: Era joven, cuando se la detectaron.

M: Claro, yo era jovencito

E: Respecto del tiempo que lleva en el taller ¿hace cuanto tiempo que está trabajando acá?

M: Lo que pasa es que llevo como 30 años trabajando aquí en agropecuaria, antiguamente se llamaba agricultura. Lo que pasa es que yo viví durante muchos años aquí en el hospital (*El Peral*) por eso siempre he trabajado aquí. Pero trabajando en este proyecto con don Renato (*Labbe, Terapeuta Ocupacional y Coordinador del taller*), llevo 4 años

E: ¿Pero usted todavía vive aquí?

M: No, yo ahora vivo en un hogar que esta en la comuna de San Bernardo. Hace 4 años que vivo en el hogar.

E: Cuando llegó por primera vez a trabajar acá con Don Renato ¿Que le pareció este taller?

M: Me pareció bien.

E: ¿A que se refiere cuando dice que le pareció bien?

M: Ehhh, es que como yo llevaba harto tiempo en agropecuaria, porque siempre estuve ahí, entonces yo sabía como se hacía el trabajo.

E: ¿Cuando usted comenzó a trabajar aquí con don Renato que fue lo que mas le costó aprender?

M: ¿Aprender? Ninguna cosa yo ya sabia esta pega, no ve que estuve trabajando muchos años en lo mismo.

E: ¿Qué es lo que mas le gusta de este trabajo?

M: A mí me gusta hacer de todo, lo que me manden hacer yo lo hago con gusto, no hay ningún trabajo que me guste mas que otro, todos me gustan

E: Pero si tuviese que elegir que es lo que más le gusta respecto de su trabajo ¿qué sería?

M: Me gusta cuidar el pasto, cortarlo, regarlo, mantenerlo bonito.

E: ¿Cómo es la relación que tiene con sus compañeros de trabajo?

M: Me llevo bien con ellos

E: Cuénteme un poco más, que cosas hacen o conversan...

M: Es que son buenas personas, son alegres, siempre estamos tirando la talla y además a uno lo escuchan.

E: Y eso a usted le gusta..

M: Si, pues, si es bueno llevarse bien con los compañeros.

E: ¿Y cómo se lleva con los supervisores?

M: También me llevo bien con ellos

E: ¿Ellos los toman en cuenta, conversan con usted?

M: Si, como le dije, a uno lo felicitan si hace bien el trabajo, si hay un problema lo escuchan o si uno necesita saber de cómo se hace algo. Pero en realidad yo no me llevo mal con nadie

E: Respecto de su experiencia en el taller, ¿me podría contar que ha aprendido a hacer acá?

M: Trasplantar, cuidar el pasto, riego de las plantas, cortar el pasto con máquina, cuidado de los árboles

E: ¿De las actividades que usted me nombró cuál es la que más le cuesta?

M: Ninguna cosa me cuesta y todas me gustan

E: ¿Nunca ha hecho algo que no le agrade?

M: No, si uno tiene que hacer las cosas con agrado, así me gusta ser a mí.

E: ¿Usted considera que hace bien su trabajo?

M: Si

E: ¿Y porqué cree que es un buen trabajador?

M: Porque soy empeñoso

E: ¿Y cómo le pon empeño?, cuénteme un poco más...

M: Es que le pongo el hombro, si hay que trabajar con maquinaria pesada, lo hago, o si hay que regar también lo hago. En verano, imagínese hay que estar a todo sol.

E: O sea usted no se queja...

M: No, pues, si acá da gusto trabajar.

E: ¿Su supervisor o jefe le dice a usted que hace bien su trabajo?

M: Si, me felicita

E: ¿De que manera lo felicita?

M: Me dice que hago bien mi trabajo, que me supero y que siga así.

E: ¿Y usted como se siente cuando lo felicitan?

M: Ah yo me siento bien

E: ¿Cómo es eso de sentirse bien?, cuénteme un poco mas..

M: Es que es bueno saber que hay personas que valoran lo que uno hace, y uno hace la pega contento

E: Y pasando a otro tema ¿A usted le gustaría desempeñar un trabajo fuera de aquí?

M: No, porque a mi no me gusta trabajar afuera, me gusta aquí porque aquí nos dan todas las comodidades

E: ¿Que comodidades tiene acá?

M: Un buen baño, casilleros, duchas con agua caliente

E: ¿O sea si a usted le ofrecieran un trabajo fuera de aquí no lo aceptaría?

M: No, yo estoy acostumbrado aquí, me gustaría trabajar sólo aquí y nada más.

E: ¿Y le gustaría hacer otro trabajo aquí mismo en el hospital?

M: No, a mi me gusta trabajar en esto no más si así estoy bien, siempre en esto

E: ¿Y si le ofrecieran trabajo en una empresa manteniendo los jardines?

M: No lo aceptaría, no me gustaría, trabajar en ningún otro lugar, me gusta aquí

E: ¿Y porque no lo aceptaría?

M: Porque yo estoy bien aquí, me gusta trabajar aquí

E: ¿Pero si en la empresa tuviera las mismas comodidades que aquí lo aceptaría?

M: Si yo creo que así si, si es igual que aquí yo lo pensaría y vería si acepto

E: ¿Y que le gustaría hacer?

M: Lo mismo que hago aquí no más.

E: Y si en otro lugar le ofrecieran más dinero ¿lo aceptaría?

M: Es que tendría que pensarlo, porque en otra parte nunca va a ser como acá, con las comodidades y que además a uno le den permiso para ir al médico

E: Y eso para usted es muy importante..

M: Claro, porque por la enfermedad uno necesita ir a control con el médico.

E: ¿Y usted agregaría otra actividad dentro del taller, le gustaría aprender algo nuevo?

M: Me gustaría aprender el cuidado de árboles frutales.

E: ¿Y por qué le gustaría saber de eso?

M: Porque hasta el momento no me lo han enseñado, y es algo que me llama la atención, por ejemplo saber como se fumigan y esas cosas.

E: Pasando a otro tema ¿Usted cree que este trabajo que realiza, le ha beneficiado en su tratamiento?

M: Si me ha ayudado, me ha servido de terapia.

E: ¿Y en que forma o de qué manera ha sido una terapia?

M: Es que uno se mantiene con la mente ocupada, no anda pensando leseras, yo creo que si no trabajara andaría puro pensando tonteras.

E: ¿A qué se refiere con pensar tonteras?

M: No se, como que mi mamá me vino a dejar al hospital y nunca más me vino a ver...

E: ¿Usted no sabe nada de su familia?

M: No, nada.

E: ¿Y usted tiene el apoyo de alguien?

M: De mi polola y algunos compañeros de trabajo.

E: Y en general Manuel ¿Cómo se siente en este trabajo?

M: Me siento muy bien, me gusta trabajar aquí, me siento útil.

E: ¿Y que significa para usted el sentirse útil?

M: No se, aportar con mi trabajo, no estar todo el día en la casa.

E: Parece que la posibilidad de no hacer nada, a usted no le agrada...

M: No, no me gustaría, si yo veo en el hogar (*protegido*) que hay gente que está todo el día sin hacer nada, y no me gustaría eso a mí.

E: Y en relación a lo que usted gana ¿corresponde al trabajo que usted realiza?

M: Si, con lo que me pagan yo estoy bien.

E: ¿Nunca se ha imaginado ganado más plata en su trabajo?

M: No, así está bien.

E: ¿Y este trabajo le ha mejorado en algún aspecto de su vida?

M: ¿La situación? Si

E: ¿En que cree usted que le ha mejorado la vida?

M: En que mi polola y yo estamos bien, porque nos hemos podido comprar ropa, salimos a pasear, si me ha mejorado la vida trabajar.

E: O sea está contento con su vida.

M: Si.

E: ¿Algo más que le gustaría agregar?

M: No, nada más.

E: Bueno Manuel, le agradezco su tiempo y cooperación con la entrevista.

Entrevista a Sergio

Entrevistador: Para comenzar, por favor su nombre y edad.

Sergio: Bueno, mi nombre es Sergio Segovia y tengo 42 años.

E: ¿Hace cuánto tiempo que trabaja en el Barros Luco?

S: Eeeeh, estoy desde el año 1992. Lo que pasa que he trabajado en varias secciones como estafeta, después estuve en el CDT (*Centro de Diagnóstico y Tratamiento*), en Maternidad y hace algunos meses me encuentro en Reciclaje.

E: ¿Cuánto tiempo lleva en reciclaje?

S: Hace como cuatro meses.

E: ¿Cómo llegó a los talleres del Barros Luco?

S: Lo que pasa es que yo tenía experiencia laboral de antes, me entiende. Entonces, yo hablé con Claudia Carniglia (*del área de salud mental del Servicio de Salud Sur*), y me incorporó a la Unidad (*de Rehabilitación Psico Social del hospital Barros Luco*). Bueno, yo antes de venir para acá, al Barros Luco había trabajado en el Matadero Lo Valledor, trabajé tres años. Pero el matadero se achicó, y me despidieron, pero me pagaron todo, todos los beneficios del trabajador.

E: Entonces por necesidades de la empresa a Ud. le dan el finiquito.

S: Claro, claro. Incluso ahora no matan vacuno, matan puro cerdo. Yo trabajaba en el Frigorífico, en el segundo piso.

E: Volviendo a su incorporación a la Unidad de Rehabilitación ¿cómo le manifestó a Claudia Carniglia sus deseos de querer volver a trabajar?

S: Yo le dije que estaba sin trabajo, porque como hace dos meses sin trabajo, y que necesitaba encontrar pega. Y que yo antes había trabajado, y que estaba aquí y me habían echo cursos de como vestirse bien para ir al trabajo, como hablarle a la gente, el trato y esas cosas. A uno le enseñaban como hacer si tenía algún problema. Como tenía que hacer uno para pedir permiso para venir al doctor, si tenía que hacerse exámenes.

E: ¿En el matadero ellos sabían de su enfermedad?

S: Si.

E: ¿Y nunca le pusieron problema si Ud. necesitaba ir al médico o hacerse exámenes?

S: No, nunca

E: ¿Y cómo fue su primera experiencia o impresión cuando se incorporó a su trabajo en el hospital?

S: Bien, porque yo ya sabía trabajar. Lo que me costó fue aprenderme los servicios nuevos, porque antes trabajaba en el PAE antiguo (*Policlínico de Especialidades*) del Barros Luco, y ahora se llama CDT. Es un edificio moderno de tres pisos con subterráneo.

E: Si lo ubico, es el que está más hacia Gran Avenida.

S: Hacia Gran Avenida...

E: Y retomado lo de sus primeras impresiones ¿cómo recuerda que fueron estas?

S: Yo me sabía el trabajo, pero lo que más me costó fueron donde estaban los servicios para saber donde ir a dejar las fichas, por ejemplo en el subterráneo queda el archivo, y yo empecé por ahí. Después el primer piso, después nos dieron un piso a cada estafeta, para trabajar mejor.

E: ¿Y antes usted repartía las fichas en cualquier piso?

S: En cualquier piso.

E: ¿Y eso a usted le provocaba alguna dificultad?

S: Si poh, me provocaba dificultad porque eran muchos los pisos, no se abarcaba bien el trabajo. Conversamos con Don Carlos Gana, que es el Coordinador del CDT, y llegamos a la propuesta que cada uno de los estafetas iba a trabajar en un piso para hacer mejor el trabajo.

E: ¿Y alguna otra dificultad que se le presentó en el trabajo?

S: No, es que ahí pude hacer bien mi trabajo, y uno con el tiempo lo hace mejor. Después se me presentó una oportunidad para trabajar en Maternidad, y ahí me llevaron para Maternidad.

E: ¿Y por qué lo trasladaron?

S: Es que sabían que yo me desempeñaba bien. Había otra niña en Maternidad, pero ella se fue a trabajar en otro empleo de la Municipalidad de La Pintana, parece. Y como sabían que yo tenía buen desempeño, me llevaron de estafeta a Maternidad, porque la otra persona se fue a trabajar a otra parte, por intermedio del hospital.

E: En la actualidad ¿hay algo que le dificulta en su trabajo?

S: No, no. Es que acá (*reciclaje*) es más fácil, es más sencillo. Aquí mi trabajo es juntar papeles, cartones, botellas, y viene un camión a retirarlos y después tengo que ir a retirar un cheque y traigo para Rehabilitación.

E: ¿Y porque considera que su trabajo actual es más fácil?

S: Porque no se trabaja con tanta gente, antes se trabajaba con todas las secretarias de un piso, tenía que llevarles todos los papeles al día. Me gusta más allá si, pero tal vez en un futuro pueda volver.

E: ¿Y por algún motivo a usted lo trasladaron del trabajo que tenía antes?

S: No, es que una secretaria me dijo que cuando había vuelto del 18 (*fiestas patrias*) andaba con olor a vino, pero después de las vacaciones la Srta. Nelly Contreras le informó a mi jefa, y ahí ella recién vino a decirme que viniera para este lugar de reciclado.

E: ¿Y Ud. Cómo se sintió cuando le dijeron que andaba con olor a vino?

S: Me sentí mal.

E: ¿Pero eso ocurrió así, fue verdad?

S: Si, fue verdad, y me sentí mal por haber echo eso. Pero ella me dijo que me había perdonado ya. Pero el 24 de enero, yo me encontré con la sorpresa esa.

E: ¿Y eso a Ud. le molestó?

S: Si, poh es que me tendría que haber dicho altiro.

E: Volviendo a sus actividades de estafeta ¿qué era lo que más le gustaba hacer o lo que más le gustaba?

S: Llevar las fichas del archivo a la secretaria. Pero lo más difícil era llevar la ficha, porque puede que una persona se atiende en Cardio (logía), pero la quieran para Bronco (pulmonar). Buscar las fichas de cardiología para que la atiendan en bronco, eso es lo más difícil. Es buscar las fichas perdidas, eso es lo más difícil, y también encontrar justo la que me están pidiendo.

E: ¿Y usted cómo se lleva con sus compañeros de trabajo?

S: Bien, porque yo soy sociable. Incluso ahora me encontré, fui a médico hoy día, y me encontré con compañeros que están trabajando en Recursos Humanos, está en un cargo, trabaja para el hospital y tiene su tifa del hospital. Incluso hay compañeros llegaron acá mucho antes que yo, cuando la primera vez que estaba yo acá y después me fui a trabajar para afuera. Ellos empezaron ayudando, ayudando y poco a poco se fueron metiendo y ahora están trabajando para el hospital.

E: ¿Y son personas que también tienen su enfermedad?

S: Si, si. Incluso la persona que le dije con la que me encontré, estaba para que le dieran las pastillas, tenía control con el médico.

E: Y además de ese problema que tuvo con la secretaria que le encontró olor a vino ¿ha tenido dificultades con esa u otro supervisor?

S: No, no he tenido otra dificultad más que esa.

E: ¿Qué comentarios le han hecho respecto de su trabajo?

S: Donde estoy ahora, la señorita me dice que estoy muy bien, que llego a la hora, que salgo a la hora. Incluso ahora me quieren cambiar la calidad de trabajador, y quieren que vaya al grupo que se llama “Búsqueda de empleo”.

E: ¿Y eso qué le significaría?

S: Salir a buscar un empleo afuera, buscar otra cosa que no sea acá en el hospital.

E: ¿Y usted ha estado algún tiempo sin empleo, o no?

S: Yo siempre he trabajado. Cuando salí del colegio, empecé a trabajar con mi papá como cargador, y allí empecé como trabajador.

E: Y su enfermedad ¿le ha interferido en algún momento con su trabajo?

S: Interfiere un poco, pero la enfermedad hay que saberla sobrellevar. Como le explique, que los patrones, o un pituto o un amigo que lo lleven al trabajo, boletar por último y tratar de surgir, como sea.

E: ¿A que se refiere cuándo dice que la enfermedad hay que saberla sobrellevar?

S: Por ejemplo, tomando los medicamentos, que sean a la hora, ser responsables. Ahora hace poco, el doctor me dijo que sólo me tenía que inyectar.

E: ¿Usted se inyecta Modecate?

S: Si, Modecate cada quince días. Es el único medicamento que tengo que tomar.

E: ¿Usted está siempre conciente de su medicamento y los controles, no se olvida nunca?

S: Si, siempre me acuerdo..

E: ¿Y el Modecate le provoca algún efecto, que le interfiera en sus trabajo?

S: Cuando como que es muy alta la dosis, como que me da sueño, me relajo. Pero estando bien, porque mi mamá conversa eso y lo coordina con el doctor, y ahí llegamos a acuerdo que medicamentos me hacen bien y cuantas dosis y ella me calcula. Porque mi mamá me observa en la casa. Antes me estaba colocando cada veintiún días, pero ahora me lo estoy colocando cada quince días. Ese tratamiento lo empecé hace poco.

E: ¿Y cómo se siente con ese cambio?

S: Si, me siento bien, es mejor.

E: Y siguiendo con sus medicamentos ¿Cómo cree usted en que lo ha beneficiado el trabajo en su tratamiento?

S: Bueno, en sentirse útil, en ganar su dinero. Incluso yo tengo una hija de 12 años. Yo no vivo con mi señora, pero me sirve, por último para comprarle alguna cosita, darle algunas monedas.

E: ¿Usted tiene contacto con su hija?

S: Si, si yo la veo, yo converso con ella, tenemos una relación cercana.

E: En general ¿qué ha aprendido usted de los empleos que ha tenido en el Barros Luco?

S: Bueno, por ser en las especialidades como Bronco pulmonar, para que sirve, también Cardiología, Dermatología, en que consiste cada logo de las diferentes enfermedades.

E: Y en su trabajo como estafeta, en lo concreto ¿qué utilidad le ha dado el saber eso?

S: Me ha servido para saber como se ordenan las fichas, de que se trata cada especialidad.

E: ¿Hay alguna persona que dentro del hospital, usted no se haya llevado bien, le haya sido complicado relacionarse?

S: No, porque yo me llevo bien con la gente, soy tranquilo, no soy muy conversador. Yo me llevo bien con las personas. El único comentario negativo que me ha llegado es cuando tenía el olor a vino, no he tenido otro.

E: ¿Y en su trabajo actual qué es lo que más le gusta hacer?

S: Lo que más me gusta, es cuando voy a dejar los cartones y traigo el cheque (se ríe). Me agrada salir, tomar el Transantiago.

E: ¿He tenido alguna dificultad, por ejemplo con los horarios y esas cosas?

S: No, yo siempre he llegado a la hora, siempre he sido puntual.

E: ¿Y usted que tal se ve en un empleo fuera del hospital?

S: Si, si me veo, sería bueno. Incluso trato de buscar trabajo, pero no he encontrado.

E: ¿Y en qué ha buscado trabajo?

S: En lo que sea, con mis hermanos, pero no me quieren sacar de aquí, porque dicen que acá estoy bien.

E: ¿Y en qué trabajan ellos?

S: Uno es taxista, y el otro es jefe de Cementos Melón, parece que trabaja en eso.

E: ¿Y por qué no quieren que Ud. salga a trabajar?

S: Es que tienen un poco de miedo, como que me pueda descoordinar, que no cumpla. Ellos me dicen que más adelante, que todavía no.

E: ¿Y Ud. qué les dice a ellos cuando hacen esos comentarios?

S: Yo les digo que estoy preparado para trabajar afuera, porque yo lo hecho antes.

E: Si usted pudiese elegir un trabajo, el que más le gustara ¿cuál sería este?

S: En una empresa, en una parte donde haya movimiento, por ejemplo me gustaría trabajar como operador en un lugar donde hagan ropa, esas cosas.

E: ¿Qué le gustaría que se incluyera en su trabajo o en su proceso de rehabilitación?

S: Lo de la pensión asistencial, que fuese permanente que no se la quitaran a uno cuando tuviese contrato.

E: ¿Qué le produce a usted el hecho de perder la pensión asistencial?

S: Me da miedo, temor porque no es tanto el dinero, pero que igual sirve, el algo seguro. Además con el poquito que hago acá, y con el poquito de la pensión, algo se hace.

E: ¿Y cuando trabajo en el matadero, al tener contrato, perdió la pensión?

S: No, si la recibía, pero así como a escondidas...

E: ¿Tenía como un acuerdo con su empleador?

S: Claro, como que el patrón, no sabía, no sé, pero igual yo recibía la pensión.

E: Además de que la pensión fuese permanente ¿Le gustaría incluir otro aspecto en su trabajo o en el proceso de rehabilitación, por ejemplo, alguna otra actividad?

S: El horario no tan largo, o sea ahora creo que no es tan largo, pero antes yo trabajaba horas y horas en el matadero.

E: No, a lo que yo me refiero es a su trabajo en el Barros Luco.

S: No, aquí el horario está bueno.

E: ¿Y qué cosa incluiría Ud. dentro del proceso de rehabilitación?, por ejemplo le gustaría que me hicieran un taller...

S: Falta integrar más. Antes teníamos el taller de mueblería, entonces falta como más personas yo creo. Aquí podrían trabajar más enfermos. Si el taller de mueblería se abriera...

E: Usted dice abrir talleres que existían antes, para integrar más personas...

S: Si. Porque imagínese, ahora somos como sesenta usuarios los enfermos que trabajan, y si se abrieran más, seríamos muchos más, porque hay mucha más gente que tiene ganas de trabajar.

E: ¿En qué otros aspectos le ha beneficiado el trabajo?

S: Me ha ayudado, por ejemplo para comprar mis cosas, para solventar mis gastos. La pensión me sirve para comprarle el jumper a mi hija, los útiles, que incluso ahora tengo que comprárselos. Puedo ayudar por último.

E: ¿Y cómo se siente Ud. con eso, cuando ayuda a la gente

S: Bien, pues me siento bien. Tengo mejor autoestima a mi mismo y con los demás.

E: Usted me comentaba que su madre está bastante involucrada con el tratamiento ¿usted vive sólo con ella o con alguien más?

S: Vivo con mi mamá, con mi sobrina y una pareja de arrendatarios.

E: Y su mamá y su sobrino ¿qué dicen que en relación a Ud. esté trabajando?

S: Lo encuentran bueno, porque sirve para solventar los gastos.

E: Y más allá de la parte económica ¿qué otras cosas le han dicho?

S: Que soy útil, porque no paso todo el día haciendo el ocio en la casa. Es que también ellos me lo demuestran apoyándome, si por ejemplo en la mañana van me despiertan para que no me quede dormido, me apoyan en que venga ordenado, que venga bien aseado, afeitado. Me levantan si ven que me estoy quedando dormido, me llaman, me hablan.

E: Si su familia no lo despertara o llamara ¿para Ud. sería más dificultoso llegar al trabajo?

S: Más dificultoso, si. Pero igual estoy acostumbrado a levantarme, de vez en cuando me quedo enredado en las sábanas, no es algo de todos los días, porque me preocupo de llegar temprano.

E: Y en el trabajo ¿alguna vez recibió algún comentario por su presentación personal?

S: Si, una vez por las zapatillas. Es que uno no tiene recursos para comprarse tantas cosas, ropa. Incluso hay señoras, secretarias que me regalan zapatillas.

E: ¿Y qué comentario le hicieron respecto de sus zapatillas?

S: Que eran feas, que estaban mal olientes.

E: ¿Y lo solucionó de alguna manera?

S: Me conseguí, poh, conversé hasta que me regalaron unas zapatillas. Porque estaban en lo justo con lo que me dijeron, les encontré la razón.

E: ¿Cómo se siente actualmente en su trabajo?

S: Bien, ahora estoy en reciclado y cartones, botellas, papeles blancos. Lo junto todo eso y voy como unas dos veces a una fábrica y me gano mis ingresos con lo que produzco yo.

E: ¿Eso va en ingreso para usted?

S: Si. Bueno, para mí, la monitora y los que trabajan conmigo. Es que acá uno se hace el sueldo con lo que hace uno.

E: ¿Y esa forma de trabajar a Ud. le gusta?

S: Si, me gusta.

E: ¿O preferiría tener un ingreso fijo?

S: Me gustaría tener un ingreso fijo, pero no se puede porque en reciclado se trabaja así. Incluso a mí me gustaría cambiarme a otro empleo de los del hospital, porque encuentro que hay más roce social, es más limpio. Por ejemplo, en el cartón en las botellas uno se ensucia mucho, tiene que andar cargando, se ensucia demasiado. En cambio de estafeta es un trabajo más limpio, hay más roce social.

E: ¿Se siente como a contra pelo en su actual trabajo?

S: No, porque igual me gusta trabajar.

E: Y lo que gana en reciclado o lo que le pagaban como estafeta ¿corresponde al trabajo que realiza?

S: (silencio) No corresponde al esfuerzo que realiza, pero como son tan bajos los sueldos, hay que aceptarlos. Porque la secretaria recibe \$120.000 por trabajar de 8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, y ahí tiene que trabajar ella y el marido, mandar los hijos al jardín. Entonces uno que es solo, ahora que estoy solo, algo me sirve. Pero los sueldos están muy bajos, un sueldo debiera ser de \$200.000 mensuales, el sueldo mínimo.

E: Si Ud. pensara formar una familia, no le alcanzaría con lo que gana.

S: No, y si ganara \$120.000 tampoco me alcanzaría, y con lo que yo gano, menos. Por eso que yo no vivo con mi señora.

E: Si Ud. encontrara un trabajo afuera, en que ganara más ¿le gustaría formar una familia?

S: Si, por supuesto.

E: ¿Usted se ha sentido discriminado o pasado a llevar por la gente con la que se relaciona en su trabajo?

S: No, porque acá la gente sabe de la enfermedad que tiene uno y lo respeta a si mismo, y como uno también respeta a los demás. Nunca me ha tocado de alguien que sepa de mi enfermedad y se burle.

E: Y cambiando de tema, usted mencionaba que le gustaría agregar más talleres laborales para darle más oportunidades a los usuarios del hospital. Pero me gustaría que me contara de algún aspecto extra laboral que le gustaría que se incluyera en su proceso de rehabilitación.

S: Por ejemplo, ver cine aquí en el hospital. Que nos pasen películas, que nos hagan actividades recreativas, o cuando antes jugábamos pin pon, nosotros teníamos una mesa, y no sé que pasó.

E: Y nunca más pudieron jugar.

S: Claro. Es que yo creo que para la monitora jefe debe ser extremadamente difícil coordinar a 70 personas ella sola. O sea, yo pienso que por eso tal vez no nos hacen actividades recreativas.

E: Sergio ¿algún otro tema qué le gustaría agregar, que no lo hayamos conversado en esta entrevista?

S: No, ningún otro.

E: Ya Sergio, muchas gracias.

Entrevista a Sergio

Entrevistador: Para comenzar, por favor su nombre y edad.

Sergio: Bueno, mi nombre es Sergio Segovia y tengo 42 años.

E: ¿Hace cuánto tiempo que trabaja en el Barros Luco?

S: Eeeeh, estoy desde el año 1992. Lo que pasa que he trabajado en varias secciones como estafeta, después estuve en el CDT (*Centro de Diagnóstico y Tratamiento*), en Maternidad y hace algunos meses me encuentro en Reciclaje.

E: ¿Cuánto tiempo lleva en reciclaje?

S: Hace como cuatro meses.

E: ¿Cómo llegó a los talleres del Barros Luco?

S: Lo que pasa es que yo tenía experiencia laboral de antes, me entiende. Entonces, yo hablé con Claudia Carniglia (*del área de salud mental del Servicio de Salud Sur*), y me incorporó a la Unidad (*de Rehabilitación Psico Social del hospital Barros Luco*). Bueno, yo antes de venir para acá, al Barros Luco había trabajado en el Matadero Lo Valledor, trabajé tres años. Pero el matadero se achicó, y me despidieron, pero me pagaron todo, todos los beneficios del trabajador.

E: Entonces por necesidades de la empresa a Ud. le dan el finiquito.

S: Claro, claro. Incluso ahora no matan vacuno, matan puro cerdo. Yo trabajaba en el Frigorífico, en el segundo piso.

E: Volviendo a su incorporación a la Unidad de Rehabilitación ¿cómo le manifestó a Claudia Carniglia sus deseos de querer volver a trabajar?

S: Yo le dije que estaba sin trabajo, porque como hace dos meses sin trabajo, y que necesitaba encontrar pega. Y que yo antes había trabajado, y que estaba aquí y me habían echo cursos de como vestirse bien para ir al trabajo, como hablarle a la gente, el trato y esas cosas. A uno le enseñaban como hacer si tenía algún problema. Como tenía que hacer uno para pedir permiso para venir al doctor, si tenía que hacerse exámenes.

E: ¿En el matadero ellos sabían de su enfermedad?

S: Si.

E: ¿Y nunca le pusieron problema si Ud. necesitaba ir al médico o hacerse exámenes?

S: No, nunca

E: ¿Y cómo fue su primera experiencia o impresión cuando se incorporó a su trabajo en el hospital?

S: Bien, porque yo ya sabía trabajar. Lo que me costó fue aprenderme los servicios nuevos, porque antes trabajaba en el PAE antiguo (*Policlínico de Especialidades*) del Barros Luco, y ahora se llama CDT. Es un edificio moderno de tres pisos con subterráneo.

E: Si lo ubico, es el que está más hacia Gran Avenida.

S: Hacia Gran Avenida...

E: Y retomado lo de sus primeras impresiones ¿cómo recuerda que fueron estas?

S: Yo me sabía el trabajo, pero lo que más me costó fueron donde estaban los servicios para saber donde ir a dejar las fichas, por ejemplo en el subterráneo queda el archivo, y yo empecé por ahí. Después el primer piso, después nos dieron un piso a cada estafeta, para trabajar mejor.

E: ¿Y antes usted repartía las fichas en cualquier piso?

S: En cualquier piso.

E: ¿Y eso a usted le provocaba alguna dificultad?

S: Si poh, me provocaba dificultad porque eran muchos los pisos, no se abarcaba bien el trabajo. Conversamos con Don Carlos Gana, que es el Coordinador del CDT, y llegamos a la propuesta que cada uno de los estafetas iba a trabajar en un piso para hacer mejor el trabajo.

E: ¿Y alguna otra dificultad que se le presentó en el trabajo?

S: No, es que ahí pude hacer bien mi trabajo, y uno con el tiempo lo hace mejor. Después se me presentó una oportunidad para trabajar en Maternidad, y ahí me llevaron para Maternidad.

E: ¿Y por qué lo trasladaron?

S: Es que sabían que yo me desempeñaba bien. Había otra niña en Maternidad, pero ella se fue a trabajar en otro empleo de la Municipalidad de La Pintana, parece. Y como sabían que yo tenía buen desempeño, me llevaron de estafeta a Maternidad, porque la otra persona se fue a trabajar a otra parte, por intermedio del hospital.

E: En la actualidad ¿hay algo que le dificulta en su trabajo?

S: No, no. Es que acá (*reciclaje*) es más fácil, es más sencillo. Aquí mi trabajo es juntar papeles, cartones, botellas, y viene un camión a retirarlos y después tengo que ir a retirar un cheque y traigo para Rehabilitación.

E: ¿Y porque considera que su trabajo actual es más fácil?

S: Porque no se trabaja con tanta gente, antes se trabajaba con todas las secretarias de un piso, tenía que llevarles todos los papeles al día. Me gusta más allá si, pero tal vez en un futuro pueda volver.

E: ¿Y por algún motivo a usted lo trasladaron del trabajo que tenía antes?

S: No, es que una secretaria me dijo que cuando había vuelto del 18 (*fiestas patrias*) andaba con olor a vino, pero después de las vacaciones la Srta. Nelly Contreras le

informó a mi jefa, y ahí ella recién vino a decirme que viniera para este lugar de reciclado.

E: ¿Y Ud. Cómo se sintió cuando le dijeron que andaba con olor a vino?

S: Me sentí mal.

E: ¿Pero eso ocurrió así, fue verdad?

S: Si, fue verdad, y me sentí mal por haber echo eso. Pero ella me dijo que me había perdonado ya. Pero el 24 de enero, yo me encontré con la sorpresa esa.

E: ¿Y eso a Ud. le molestó?

S: Si, poh es que me tendría que haber dicho altiro.

E: Volviendo a sus actividades de estafeta ¿qué era lo que más le gustaba hacer o lo que más le gustaba?

S: Llevar las fichas del archivo a la secretaria. Pero lo más difícil era llevar la ficha, porque puede que una persona se atiende en Cardio (logía), pero la quieran para Bronco (pulmonar). Buscar las fichas de cardiología para que la atiendan en bronco, eso es lo más difícil. Es buscar las fichas perdidas, eso es lo más difícil, y también encontrar justo la que me están pidiendo.

E: ¿Y usted cómo se lleva con sus compañeros de trabajo?

S: Bien, porque yo soy sociable. Incluso ahora me encontré, fui a médico hoy día, y me encontré con compañeros que están trabajando en Recursos Humanos, está en un cargo, trabaja para el hospital y tiene su tifa del hospital. Incluso hay compañeros

llegaron acá mucho antes que yo, cuando la primera vez que estaba yo acá y después me fui a trabajar para afuera. Ellos empezaron ayudando, ayudando y poco a poco se fueron metiendo y ahora están trabajando para el hospital.

E: ¿Y son personas que también tienen su enfermedad?

S: Si, si. Incluso la persona que le dije con la que me encontré, estaba para que le dieran las pastillas, tenía control con el médico.

E: Y además de ese problema que tuvo con la secretaria que le encontró olor a vino ¿ha tenido dificultades con esa u otro supervisor?

S: No, no he tenido otra dificultad más que esa.

E: ¿Qué comentarios le han hecho respecto de su trabajo?

S: Donde estoy ahora, la señorita me dice que estoy muy bien, que llego a la hora, que salgo a la hora. Incluso ahora me quieren cambiar la calidad de trabajador, y quieren que vaya al grupo que se llama “Búsqueda de empleo”.

E: ¿Y eso qué le significaría?

S: Salir a buscar un empleo afuera, buscar otra cosa que no sea acá en el hospital.

E: ¿Y usted ha estado algún tiempo sin empleo, o no?

S: Yo siempre he trabajado. Cuando salí del colegio, empecé a trabajar con mi papá como cargador, y allí empecé como trabajador.

E: Y su enfermedad ¿le ha interferido en algún momento con su trabajo?

S: Interfiere un poco, pero la enfermedad hay que saberla sobrellevar. Como le explique, que los patrones, o un pituto o un amigo que lo lleven al trabajo, boletar por último y tratar de surgir, como sea.

E: ¿A que se refiere cuándo dice que la enfermedad hay que saberla sobrellevar?

S: Por ejemplo, tomando los medicamentos, que sean a la hora, ser responsables. Ahora hace poco, el doctor me dijo que sólo me tenía que inyectar.

E: ¿Usted se inyecta Modecate?

S: Si, Modecate cada quince días. Es el único medicamento que tengo que tomar.

E: ¿Usted está siempre conciente de su medicamento y los controles, no se olvida nunca?

S: Si, siempre me acuerdo..

E: ¿Y el Modecate le provoca algún efecto, que le interfiera en sus trabajo?

S: Cuando como que es muy alta la dosis, como que me da sueño, me relajo. Pero estando bien, porque mi mamá conversa eso y lo coordina con el doctor, y ahí llegamos a acuerdo que medicamentos me hacen bien y cuantas dosis y ella me calcula. Porque mi mamá me observa en la casa. Antes me estaba colocando cada veintiún días, pero ahora me lo estoy colocando cada quince días. Ese tratamiento lo empecé hace poco.

E: ¿Y cómo se siente con ese cambio?

S: Si, me siento bien, es mejor.

E: Y siguiendo con sus medicamentos ¿Cómo cree usted en que lo ha beneficiado el trabajo en su tratamiento?

S: Bueno, en sentirse útil, en ganar su dinero. Incluso yo tengo una hija de 12 años. Yo no vivo con mi señora, pero me sirve, por último para comprarle alguna cosita, darle algunas monedas.

E: ¿Usted tiene contacto con su hija?

S: Si, si yo la veo, yo converso con ella, tenemos una relación cercana.

E: En general ¿qué ha aprendido usted de los empleos que ha tenido en el Barros Luco?

S: Bueno, por ser en las especialidades como Bronco pulmonar, para que sirve, también Cardiología, Dermatología, en que consiste cada logo de las diferentes enfermedades.

E: Y en su trabajo como estafeta, en lo concreto ¿qué utilidad le ha dado el saber eso?

S: Me ha servido para saber como se ordenan las fichas, de que se trata cada especialidad.

E: ¿Hay alguna persona que dentro del hospital, usted no se haya llevado bien, le haya sido complicado relacionarse?

S: No, porque yo me llevo bien con la gente, soy tranquilo, no soy muy conversador. Yo me llevo bien con las personas. El único comentario negativo que me ha llegado es cuando tenía el olor a vino, no he tenido otro.

E: ¿Y en su trabajo actual qué es lo que más le gusta hacer?

S: Lo que más me gusta, es cuando voy a dejar los cartones y traigo el cheque (se ríe). Me agrada salir, tomar el Transantiago.

E: ¿He tenido alguna dificultad, por ejemplo con los horarios y esas cosas?

S: No, yo siempre he llegado a la hora, siempre he sido puntual.

E: ¿Y usted que tal se ve en un empleo fuera del hospital?

S: Si, si me veo, sería bueno. Incluso trato de buscar trabajo, pero no he encontrado.

E: ¿Y en qué ha buscado trabajo?

S: En lo que sea, con mis hermanos, pero no me quieren sacar de aquí, porque dicen que acá estoy bien.

E: ¿Y en qué trabajan ellos?

S: Uno es taxista, y el otro es jefe de Cementos Melón, parece que trabaja en eso.

E: ¿Y por qué no quieren que Ud. salga a trabajar?

S: Es que tienen un poco de miedo, como que me pueda descoordinar, que no cumpla. Ellos me dicen que más adelante, que todavía no.

E: ¿Y Ud. qué les dice a ellos cuando hacen esos comentarios?

S: Yo les digo que estoy preparado para trabajar afuera, porque yo lo hecho antes.

E: Si usted pudiese elegir un trabajo, el que más le gustara ¿cuál sería este?

S: En una empresa, en una parte donde haya movimiento, por ejemplo me gustaría trabajar como operador en un lugar donde hagan ropa, esas cosas.

E: ¿Qué le gustaría que se incluyera en su trabajo o en su proceso de rehabilitación?

S: Lo de la pensión asistencial, que fuese permanente que no se la quitaran a uno cuando tuviese contrato.

E: ¿Qué le produce a usted el hecho de perder la pensión asistencial?

S: Me da miedo, temor porque no es tanto el dinero, pero que igual sirve, el algo seguro. Además con el poquito que hago acá, y con el poquito de la pensión, algo se hace.

E: ¿Y cuando trabajo en el matadero, al tener contrato, perdió la pensión?

S: No, si la recibía, pero así como a escondidas...

E: ¿Tenía como un acuerdo con su empleador?

S: Claro, como que el patrón, no sabía, no sé, pero igual yo recibía la pensión.

E: Además de que la pensión fuese permanente ¿Le gustaría incluir otro aspecto en su trabajo o en el proceso de rehabilitación, por ejemplo, alguna otra actividad?

S: El horario no tan largo, o sea ahora creo que no es tan largo, pero antes yo trabajaba horas y horas en el matadero.

E: No, a lo que yo me refiero es a su trabajo en el Barros Luco.

S: No, aquí el horario está bueno.

E: ¿Y qué cosa incluiría Ud. dentro del proceso de rehabilitación?, por ejemplo le gustaría que me hicieran un taller...

S: Falta integrar más. Antes teníamos el taller de mueblería, entonces falta como más personas yo creo. Aquí podrían trabajar más enfermos. Si el taller de mueblería se abriera...

E: Usted dice abrir talleres que existían antes, para integrar más personas...

S: Si. Porque imagínese, ahora somos como sesenta usuarios los enfermos que trabajan, y si se abrieran más, seríamos muchos más, porque hay mucha más gente que tiene ganas de trabajar.

E: ¿En qué otros aspectos le ha beneficiado el trabajo?

S: Me ha ayudado, por ejemplo para comprar mis cosas, para solventar mis gastos. La pensión me sirve para comprarle el jumper a mi hija, los útiles, que incluso ahora tengo que comprárselos. Puedo ayudar por último.

E: ¿Y cómo se siente Ud. con eso, cuando ayuda a la gente

S: Bien, pues me siento bien. Tengo mejor autoestima a mi mismo y con los demás.

E: Usted me comentaba que su madre está bastante involucrada con el tratamiento ¿usted vive sólo con ella o con alguien más?

S: Vivo con mi mamá, con mi sobrina y una pareja de arrendatarios.

E: Y su mamá y su sobrino ¿qué dicen que en relación a Ud. esté trabajando?

S: Lo encuentran bueno, porque sirve para solventar los gastos.

E: Y más allá de la parte económica ¿qué otras cosas le han dicho?

S: Que soy útil, porque no paso todo el día haciendo el ocio en la casa. Es que también ellos me lo demuestran apoyándome, si por ejemplo en la mañana van me despiertan para que no me quede dormido, me apoyan en que venga ordenado, que venga bien aseado, afeitado. Me levantan si ven que me estoy quedando dormido, me llaman, me hablan.

E: Si su familia no lo despertara o llamara ¿para Ud. sería más dificultoso llegar al trabajo?

S: Más dificultoso, si. Pero igual estoy acostumbrado a levantarme, de vez en cuando me quedo enredado en las sábanas, no es algo de todos los días, porque me preocupo de llegar temprano.

E: Y en el trabajo ¿alguna vez recibió algún comentario por su presentación personal?

S: Si, una vez por las zapatillas. Es que uno no tiene recursos para comprarse tantas cosas, ropa. Incluso hay señoras, secretarias que me regalan zapatillas.

E: ¿Y qué comentario le hicieron respecto de sus zapatillas?

S: Que eran feas, que estaban mal olientes.

E: ¿Y lo solucionó de alguna manera?

S: Me conseguí, poh, conversé hasta que me regalaron unas zapatillas. Porque estaban en lo justo con lo que me dijeron, les encontré la razón.

E: ¿Cómo se siente actualmente en su trabajo?

S: Bien, ahora estoy en reciclado y cartones, botellas, papeles blancos. Lo junto todo eso y voy como unas dos veces a una fábrica y me gano mis ingresos con lo que produzco yo.

E: ¿Eso va en ingreso para usted?

S: Si. Bueno, para mí, la monitora y los que trabajan conmigo. Es que acá uno se hace el sueldo con lo que hace uno.

E: ¿Y esa forma de trabajar a Ud. le gusta?

S: Si, me gusta.

E: ¿O preferiría tener un ingreso fijo?

S: Me gustaría tener un ingreso fijo, pero no se puede porque en reciclado se trabaja así. Incluso a mí me gustaría cambiarme a otro empleo de los del hospital, porque encuentro que hay más roce social, es más limpio. Por ejemplo, en el cartón en las

botellas uno se ensucia mucho, tiene que andar cargando, se ensucia demasiado. En cambio de estafeta es un trabajo más limpio, hay más roce social.

E: ¿Se siente como a contra pelo en su actual trabajo?

S: No, porque igual me gusta trabajar.

E: Y lo que gana en reciclado o lo que le pagaban como estafeta ¿corresponde al trabajo que realiza?

S: (silencio) No corresponde al esfuerzo que realiza, pero como son tan bajos los sueldos, hay que aceptarlos. Porque la secretaria recibe \$120.000 por trabajar de 8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, y ahí tiene que trabajar ella y el marido, mandar los hijos al jardín. Entonces uno que es solo, ahora que estoy solo, algo me sirve. Pero los sueldos están muy bajos, un sueldo debiera ser de \$200.000 mensuales, el sueldo mínimo.

E: Si Ud. pensara formar una familia, no le alcanzaría con lo que gana.

S: No, y si ganara \$120.000 tampoco me alcanzaría, y con lo que yo gano, menos. Por eso que yo no vivo con mi señora.

E: Si Ud. encontrara un trabajo afuera, en que ganara más ¿le gustaría formar una familia?

S: Si, por supuesto.

E: ¿Usted se ha sentido discriminado o pasado a llevar por la gente con la que se relaciona en su trabajo?

S: No, porque acá la gente sabe de la enfermedad que tiene uno y lo respeta a si mismo, y como uno también respeta a los demás. Nunca me ha tocado de alguien que sepa de mi enfermedad y se burle.

E: Y cambiando de tema, usted mencionaba que le gustaría agregar más talleres laborales para darle más oportunidades a los usuarios del hospital. Pero me gustaría que me contara de algún aspecto extra laboral que le gustaría que se incluyera en su proceso de rehabilitación.

S: Por ejemplo, ver cine aquí en el hospital. Que nos pasen películas, que nos hagan actividades recreativas, o cuando antes jugábamos pin pon, nosotros teníamos una mesa, y no sé que pasó.

E: Y nunca más pudieron jugar.

S: Claro. Es que yo creo que para la monitora jefe debe ser extremadamente difícil coordinar a 70 personas ella sola. O sea, yo pienso que por eso tal vez no nos hacen actividades recreativas.

E: Sergio ¿algún otro tema que le gustaría agregar, que no lo hayamos conversado en esta entrevista?

S: No, ningún otro.

E: Ya Sergio, muchas gracias.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Primer Episodio Esquizofrenia



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. ***Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia***. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N° 170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

GUIA CLINICA AUGUE ESQUIZOFRENIA

Redactores:

- *Dr. Luis Ibacache, Hospital Barros Luco-Trudeau*
- *A.S. Ximena Rayo, M. Salud Pública, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Dr. Alberto Minoletti, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Dra. Gloria Ramírez, Depto. Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL*

Colaboradores:

- *Dr. Rubén Alvarado, Esc. Salud Pública, U. de Chile*
- *Dr. Hernán Silva, Clínica Psiquiátrica Universitaria*
- *Dr. Eduardo Durán, Facultad de Medicina Sur – U. de Chile*
- *Dr. Pablo Arancibia, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dra. Verónica Larach, Clínica Las Condes*
- *Dr. Jorge Sobarzo, Soc. Psiquiatría y Neurología. Infancia y Adolescencia*
- *Dra. Marcela Larraquibel, Soc. Psiquiatría y Neurología. Infancia y Adolescencia*
- *Dra. Alejandra Armijo, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dr. Juan Maass, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*
- *Dra. Sonia Tardito, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*
- *Dr. Rubén Nachar, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*
- *T.O. Katya Muñoz, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *Psic. Pamela Grandón, Servicio Salud Talcahuano*
- *T.O. Olga Véliz, Comunidad Terapéutica Peñalolén*
- *Dra. Alessandra Zaccaria, Unidad de Salud Mental MINSAL*
- *T.O. Soledad Fernández, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Mayor*
- *Dr. Mario Quijada, Sociedad Chilena de Salud Mental*
- *T.O. Rosa Chaparro, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Playa Ancha*
- *Psic. Teresa Huneus, Sociedad Chilena de Psicología Clínica*
- *Psic. Cristina Arancibia, Hosp. Félix Bulnes*
- *T.O. Orquídea Miranda, Esc. Terapia Ocupacional Universidad Mayor*
- *T.O. Laura Rueda, Esc. Terapia Ocupacional Universidad de Chile*

INDICE

Grupo de Expertos
Presentación

1. Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud
2. Antecedentes
3. Magnitud del problema
4. Objetivo de la Guía Clínica
5. Intervenciones recomendadas para Sospecha diagnóstica
 - Criterios Clínicos
 - Métodos Diagnósticos
 - Seguimiento
 - Rescate
6. Intervenciones recomendadas para Confirmación diagnóstica
 - Escala estandarizada de evaluación y seguimiento
 - Diagnóstico Multiaxial
 - Algoritmo 1: Procesos y pasos para el Diagnóstico
7. Intervenciones recomendadas para Tratamiento
 - Tratamiento Integral
 - Fases de Tratamiento
 - Tratamiento farmacológico según fase de evolución
 - Criterios de evaluación de respuesta clínica
 - Algoritmo 2: Tratamiento de la fase aguda
 - Uso secuencial de antipsicóticos
 - Algoritmo 3: Uso secuencial de antipsicóticos
 - Mala adherencia a tratamiento
 - Refractariedad a tratamiento
 - Algoritmo 4: Puntos de decisión para cada etapa del algoritmo de uso secuencial de antipsicóticos
 - Algoritmo 5: Tratamiento Esquizofrenia Refractaria
 - Manejo de situaciones clínicas complejas
 - Algoritmo 6: Tratamiento de la agitación y conductas violentas
 - Manejo de evoluciones clínicas especiales
 - Algoritmo 7: Tratamiento Efectos colaterales y situaciones Clínicas especiales
 - Intervenciones psicosociales según fase de tratamiento
 - Intervenciones psicosociales según fase de recuperación
 - Intervenciones individuales con el usuario
 - Intervenciones grupales con usuarios
 - Intervenciones familiares
 - Intervenciones social-comunitarias
 - Intervenciones psicosociales en la fase de integración social
 - Intervenciones en situaciones clínicas especiales
8. Recomendaciones según nivel de evidencia
9. Bibliografía
10. Anexos

- ANEXO 1: CIE-10: Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, F20 al F29
- ANEXO 2: CIE 10: Versión multiaxial para adultos, ejes II y III
- ANEXO 3: CIE 10: Versión multiaxial para niños y adolescentes, ejes V y VI
- ANEXO 4: Escala de Síndromes Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS)
- ANEXO 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF)
- ANEXO 6: Escala de Impresión Clínica Global (CGI)
- ANEXO 7: Criterios de evaluación para monitorear la implementación de protocolo AUGE primer episodio de esquizofrenia

1. EXTRACTO DECRETO LEY GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

ESQUIZOFRENIA

Definición: La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de “síntomas positivos” de alucinaciones auditivas, distorsiones y trastornos del pensamiento y “síntomas negativos” de desmotivación, negación de sí mismo y reducción de la emoción.

Patologías incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- ✓ Esquizofrenia hebefrénica: incluye además los términos Esquizofrenia desorganizada, Hebefrenia.
- ✓ Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonía esquizofrénica.
- ✓ Esquizofrenia indiferenciada: incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico.
- ✓ Esquizofrenia residual: incluye además los términos depresión post-esquizofrénica, estado esquizofrénico residual.
- ✓ Esquizofrenia simple.
- ✓ Otra Esquizofrenia: incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, Folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia.
- ✓ Esquizofrenia sin especificación.

a. Acceso:

Beneficiarios con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas desde la entrada en vigencia de este Decreto:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.

Tratamiento

- Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
ESQUIZOFRENIA	Diagnóstico	<i>Diagnóstico y Estudio Esquizofrenia</i>	<i>mensual</i>	22,540	20%	4,510
	Tratamiento	<i>Tratamiento Esquizofrenia Primer Año</i>	<i>mensual</i>	77,600	20%	15,520

2. ANTECEDENTES

Las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos presentan “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE-10). Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a que la persona no es capaz de comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por el rechazo que su conducta produce en éstos.

Considerando que en la práctica clínica existe una multiplicidad de términos para designar los distintos cuadros clínicos que presenta la esquizofrenia, para efectos de este protocolo se incluyen, dentro del primer episodio de esquizofrenia y su tratamiento integral posterior, las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designan en la terminología médica habitual:

- Esquizofrenia Paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- Esquizofrenia Hebefrénica: incluye además los términos de esquizofrenia desorganizada, hebefrenia.
- Esquizofrenia Catatónica: incluye además el término catatonía esquizofrénica.
- Esquizofrenia Indiferenciada: incluye además los términos esquizofrenia aguda, esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico residual.
- Esquizofrenia Simple.
- Otras esquizofrenias: incluye además los términos esquizofrenia atípica, esquizofrenia latente, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico.
- Esquizofrenia sin Especificación

El inicio de la enfermedad es, generalmente, en la adolescencia o en las etapas más tempranas de la adultez. No obstante lo anterior, existen cuadros clínicos que se inician avanzada la vida adulta.

El primer episodio de la enfermedad, para efectos de este protocolo, es considerado aquel momento en el que por primera vez se sospecha la enfermedad.

3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

La esquizofrenia tiene una prevalencia de alrededor de 0,5% en población mayor de 15 años. De acuerdo con los valores señalados en estudios internacionales, la incidencia de la esquizofrenia en Chile se puede calcular en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. (1)

En otro ámbito, la esquizofrenia y otras psicosis, son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. (2)

4. OBJETIVO DE LA GUIA CLINICA

Las siguientes recomendaciones están dirigidas al Equipo de Salud Multidisciplinario que maneja al paciente con sospecha o diagnóstico de esquizofrenia y sus familias, con el objetivo de mejorar los síntomas y recuperación funcional de ellos lo más precozmente posible. De esta intervención depende el pronóstico de diversos trastornos psicóticos, o en su defecto dará curso a la cronicidad de la enfermedad con deterioro progresivo.

5. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA SOSPECHA DIAGNOSTICA

Criterios Clínicos:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Lenguaje, pensamiento y/o comportamiento desorganizados
- Cambio conductual insidioso y persistente, caracterizado por deterioro funcional, embotamiento afectivo, ensimismamiento, pobreza de la comunicación y empobrecimiento de la capacidad de relacionarse con otros.

METODOS DIAGNOSTICOS

Cuando una derivación sea considerada pertinente por el clínico que la evalúe, se comenzará el proceso diagnóstico. Este proceso deberá realizarse en un plazo máximo de 30 días e incluye:

Evaluación clínica que comprende, a lo menos, **dos entrevistas clínicas por psiquiatra**. Como pauta diagnóstica, se utiliza la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (**ANEXO 1**)

Evaluación del eventual **grado de discapacidad de la persona**: Eje II “Discapacidades” Versión Multiaxial para Adultos CIE 10 (ANEXO 2), y Eje VI Versión Multiaxial para Niños y Adolescentes (**ANEXO 3**).

Evaluación de los **problemas psicosociales y ambientales**: Eje III “Factores Ambientales y Circunstanciales” Versión Multiaxial para Adultos” de la CIE 10 (**ANEXO 2**), y Eje V Versión Multiaxial para Niños y Adolescentes (**ANEXO 3**)

Exámenes de laboratorio de rutina y otros que deben solicitarse según las circunstancias clínicas. (3,4,5,6,7)

Pruebas psicométricas o de psicodiagnóstico, de acuerdo a situaciones clínicas específicas. (3,7)

CUADRO N° 1: EXAMENES DE LABORATORIO EN EL PROCESO DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

REALIZAR A TODAS LAS PERSONAS	REALIZAR SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS CLINICAS
Hemograma Glicemia Uremia Fosfatasas Alcalinas Bilirrubina Total y Conjugada Electroencefalograma Standard	Examen de Orina Completo GOT, GPT, GGT TSH, T3, T4 Perfil Lipídico Screening de Drogas (1 o 2 de más probable consumo) Tomografía Axial Computada de Cerebro Electrocardiograma Detección de VIH Test de Embarazo

CUADRO N° 2: CONDUCTAS PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

SOSPECHA CLINICA	CONDUCTA
Otros cuadros psiquiátricos con síntomas psicóticos: Trastorno del Animo, Trastornos del Desarrollo Trastornos de Personalidad	Reevaluación clínica Psicodiagnóstico
Psicosis por sustancias psicoactivas	Reevaluación clínica Screening de drogas en orina
Cuadros neurológicos: Epilepsia (especialmente del lóbulo temporal) Tumores cerebrales, Enfermedades cerebro vasculares, Traumatismos encéfalo-craneanos (especialmente de las regiones frontales o límbicas) Otras enfermedades neurológicas: Neurolues, Enfermedad de Huntington, Encefalitis Herpética, Hidrocefalia Normotensiva.	Interconsulta a neurología Tomografía Axial Computada de Cerebro Pruebas Psicométricas para organicidad VDRL y otros exámenes específicos

<p>Enfermedades médicas SIDA, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad de Cushing, etc.</p>	<p>Interconsulta a internista o inmunólogo VIH, exámenes inmunológicos, niveles hormonales, etc</p>
--	---

SEGUIMIENTO

En aquellas personas que, después de los 30 días del proceso de evaluación diagnóstica, persisten los síntomas de sospecha, pero aún no se logra un diagnóstico definitivo, se mantendrá un seguimiento por un período máximo de 6 meses, con el objetivo de descartar o confirmar la sospecha diagnóstica. Si es necesario un tratamiento antipsicótico durante este período, las personas afectadas podrán acceder al uso de risperidona y/o de neurolépticos clásicos. Asimismo, tendrán acceso a hospitalización parcial o completa, si fuese necesario.

RESCATE

Se deberá tener una política activa de rescate de las personas que no asistan a su control con el equipo especializado.

En el caso de las personas que no asistan a su primera evaluación, se dará aviso a la instancia derivadora para que asuma la tarea de contactarlo nuevamente. En el caso de las personas que dejan de asistir a los controles una vez que han sido incorporados al proceso de diagnóstico y tratamiento, será el equipo el responsable de su rescate.

El rescate considerará, a lo menos, las siguientes acciones, a realizar dentro de los 30 días siguientes a la inasistencia:

- A lo menos una llamada telefónica al usuario o un familiar,
- A lo menos una visita domiciliaria efectiva (que logre contactar al usuario o su familia y le permita exponer los beneficios del tratamiento).

En estas acciones de rescate se le dará una nueva citación.

Una vez realizadas estas acciones, y si la persona afectada y su familia rehúsan tratamiento, deberá consignarse esta decisión en un documento firmado por el usuario y su familia.

6. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA CONFIRMACION DIAGNOSTICA

USO DE ESCALAS ESTANDARIZADAS DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Al inicio del tratamiento, se deberán aplicar las siguientes escalas:

- Escala de Síndromes Positivo y Negativo para Esquizofrenia (PANSS) **(ANEXO 4)**,
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF) **(ANEXO 5)**
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI) **(ANEXO 6)**

Con el fin de evaluar y monitorizar la evolución clínica del individuo, se deberán aplicar estas escalas a los seis meses de tratamiento. Posteriormente, en la continuación del tratamiento integral, deberán aplicarse las escalas correspondientes en forma anual.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

La evaluación diagnóstica debe realizarse promoviendo la colaboración de la persona y considerando sus puntos de vista, para comprender el surgimiento del cuadro en el contexto de la persona y su entorno social

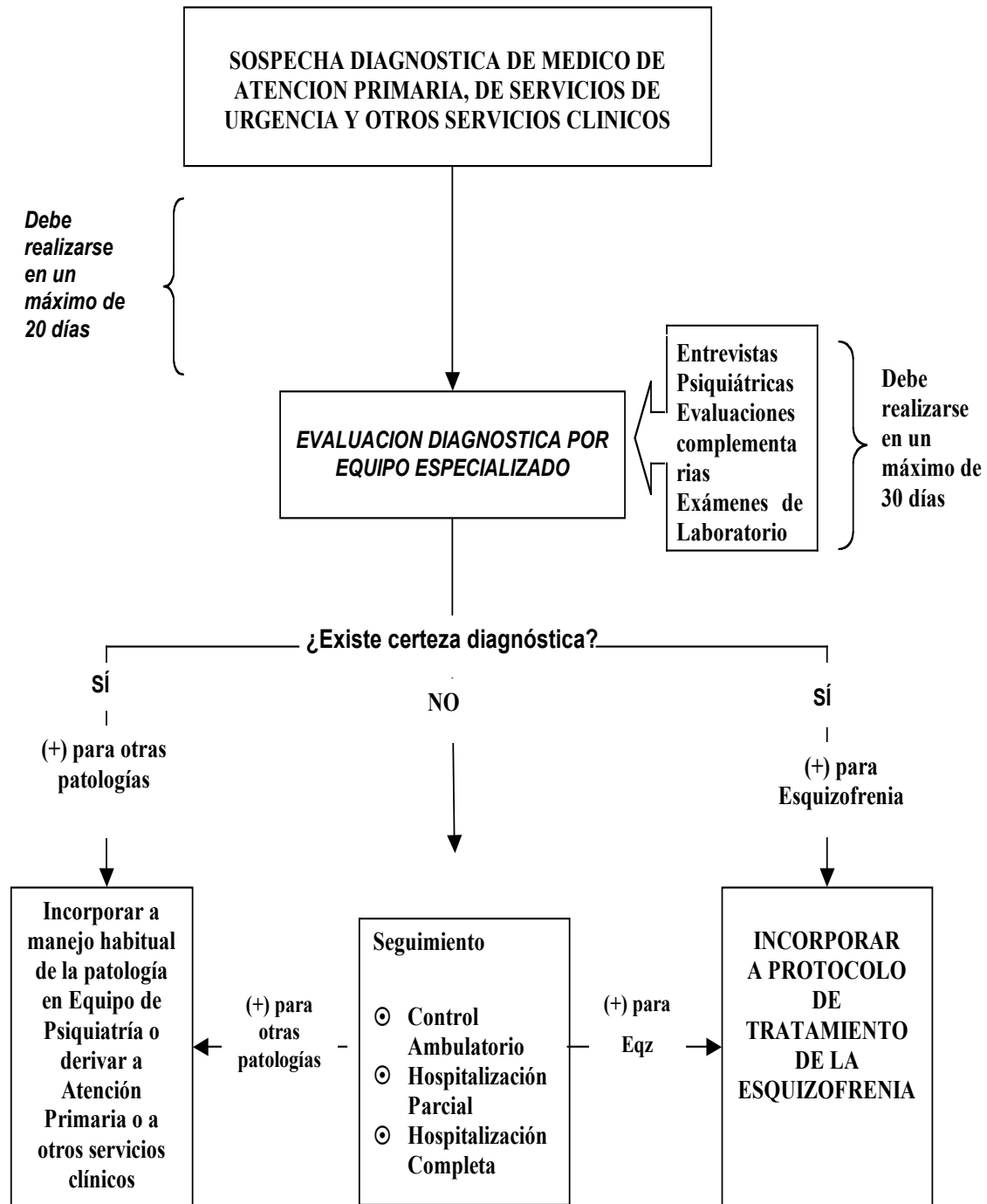
La evaluación diagnóstica debe considerar:

a) Evaluación clínica completa de antecedentes físicos, sociales y psiquiátricos

- i. Diagnóstico del cuadro psicótico
- ii. Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica
- iii. Diagnóstico de comorbilidad médica
- iv. Personalidad premórbida
- v. Nivel intelectual
- vi. Capacidad de autoconocimiento
- vii. Nivel de ajuste social
- viii. Escolaridad ajustada a edad y contexto
- ix. Nivel de desarrollo laboral
- x. Situación socioeconómica familiar
- xi. Diagnóstico de la dinámica familiar
- xii. Evaluación de existencia de red de apoyo

b) Valoración de conductas de riesgo, particularmente suicidio

ALGORITMO N° 1: PROCESO Y PLAZOS PARA EL DIAGNÓSTICO



7. INTERVENCIONES RECOMENDADAS PARA TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INTEGRAL

El equipo de trabajo debe realizar una evaluación del sujeto y elaborar un plan individualizado de intervención, previo consenso con el usuario y su familia. Se debe estimular la participación activa del usuario en su recuperación, para lo cual, en conjunto con él, se deben evaluar periódicamente los progresos y redefinir el plan de tratamiento. (3,7,8)

En las distintas fases del tratamiento, un profesional del equipo clínico se debe hacer cargo del caso y se debe ocupar de coordinar las acciones que la persona requiera de acuerdo a las necesidades evaluadas.

- **Fases del tratamiento**

Dependiendo del diagnóstico presunto y de las características clínicas con las que se presente el individuo afectado, se realizará la elección de las intervenciones terapéuticas. En este sentido, son distintas las intervenciones que se realizan en distintos momentos y circunstancias de la evolución del cuadro clínico. En términos prácticos resulta útil considerar tres fases distintas del tratamiento. (3,4,6,7,8,9) Estas fases se podrían repetir a lo largo de la evolución de la enfermedad.

- **Fase Aguda:** se considera desde el primer contacto con el paciente en estado psicótico, en el cual se inician las primeras intervenciones, hasta el momento en el cual se logran las primeras mejoras producto del tratamiento.
- **Fase de Recuperación:** se considera el período en el cual se logra el control de la sintomatología aguda y de los trastornos conductuales más perturbadores, de tal forma de permitir una incorporación del individuo a su medio ambiente habitual.
- **Fase de Integración Social:** se considera el período en el que se logra que el individuo alcance el mejor nivel de funcionamiento social e individual posible de acuerdo a sus potencialidades.

CUADRO N° 3: TRATAMIENTO INTEGRAL PARA PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN FASE DE EVOLUCION

OBJETIVOS	INTERVENCION FARMACOLOGICA	INTERVENCION PSICOSOCIAL
FASE AGUDA		
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una relación de colaboración • Lograr control de síntomas más disruptivos • Estimular la utilización de núcleos sanos con que cuenta la persona • Garantizar seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento con risperidona • Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y Contención emocional a la persona • Intervención en crisis a la familia • Psicoeducación inicial para el usuario y su familia • Apoyo a la familia para acceder a recursos sociales y de salud
FASE DE RECUPERACION		
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar alianza terapéutica • Potenciar fortalezas y habilidades de la persona • Mantener libre de síntomas positivos • Mantener máximo funcionamiento posible • Redefinición del proyecto de vida de la persona de acuerdo a expectativas realistas • Evitar efectos colaterales • Potenciar las fortalezas de la familia para enfrentar la psicosis • Mantener integración de la persona en su medio natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados • Ajuste de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario • Medicación adjunta para mejorar respuesta o efectos colaterales 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación al usuario y a la familia • Evaluación y diagnóstico situacional • Evaluación habilidades y capacidades de la persona • Intervenciones familiares • Intervenciones psicosociales grupales • Actividades para desarrollar relaciones y mantener integración en la comunidad
FASE DE INTEGRACION SOCIAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Restablecer funcionamiento a nivel previo al episodio psicótico • Mejorar calidad de vida • Disminuir riesgo de recaída • Consolidar integración en su medio natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de efectos colaterales tardíos • Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación al usuario y a la familia • Intervenciones familiares • Intervenciones psicosociales grupales • Actividades para consolidar integración en la comunidad

**CUADRO N° 4: ELECCION DEL LUGAR DE TRATAMIENTO SEGUN
CONDICIONES CLÍNICAS**

CONDICIONES CLINICAS	RECOMENDACION
Todas las personas excepto las que requieran algún cuidado especial	Tratamiento Ambulatorio
Trastorno conductual significativo o baja adherencia al tratamiento	Hospitalización Diurna (Se requiere contar con red de apoyo)
Trastorno conductual significativo o baja adherencia al tratamiento, sin red de apoyo Riesgo vital o riesgo de agresión a terceros o rechazo del tratamiento (*)	Hospitalización Completa de Corta Estadía

(*) Considerar derechos de la persona consignados en Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedad Mental - Decreto Supremo N° 570. (10)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEGUN FASE DE EVOLUCION

El tratamiento farmacológico debe complementarse siempre con las intervenciones psicosociales, potenciando, en conjunto, los resultados del tratamiento.

Tratamiento de la Fase Aguda

El tratamiento continuo con antipsicóticos es la base sobre la cual se sustentan todas las otras intervenciones destinadas a la recuperación de la persona. (3,5,6,7,8, 11,12,13) Se debe iniciar tratamiento con Risperidona (14,15,16) en dosis cercanas al límite inferior del rango recomendado.

En caso de angustia severa que dificulte el manejo de la persona, es recomendable el uso adjunto, en forma transitoria, de benzodiazepinas orales en sus dosis habituales. Una vez controlada la angustia, se deben retirar para evitar el riesgo de desarrollar dependencia.

En ocasiones, en un primer momento del tratamiento, es necesario utilizar fármacos parenterales (Haloperidol y Lorazepam) para lograr una rápida adecuación de la persona a las necesidades de su tratamiento. (6,7,8) Una vez que se consigue controlar las conductas más disruptivas y que se logra una atenuación de la sintomatología positiva, éstos se retiran y se continúa sólo con la Risperidona.

En el caso de cuadros con síntomas catatónicos severos que pongan en riesgo la vida de la persona (por ejemplo, un estupor catatónico con negativismo a alimentarse) se debe considerar el uso de terapia electroconvulsiva concomitantemente con el tratamiento farmacológico. (3,7)

Tratamiento de la Fase de Recuperación

Los objetivos de esta fase son optimizar los resultados sobre los síntomas propios de la enfermedad y manejar los posibles efectos colaterales del tratamiento. En esta etapa se debe evaluar la respuesta clínica del tratamiento antipsicótico y adecuarlo según los resultados. Además, se deben tratar los posibles efectos colaterales. (3,7,11,12,13) El cumplimiento de estos objetivos se potencia con intervenciones psicosociales. (3,7,9)

Tratamiento de la Fase de Integración Social

Los objetivos de esta fase son optimizar el funcionamiento y minimizar el riesgo de recaídas. Específicamente, se debe vigilar por la aparición de efectos colaterales más tardíos, como la diskinesia tardía, el aumento de peso, etc., y por la presencia de síntomas precursores de una recaída. Paralelamente, se debe monitorizar el nivel de funcionamiento y la calidad de vida, potenciando con intervenciones psicosociales.

CRITERIOS PARA EVALUAR LA RESPUESTA CLINICA

Se debe considerar variables relacionadas con los síntomas, con las conductas de la persona y con su vivencia subjetiva de bienestar o malestar. (3,7,11)

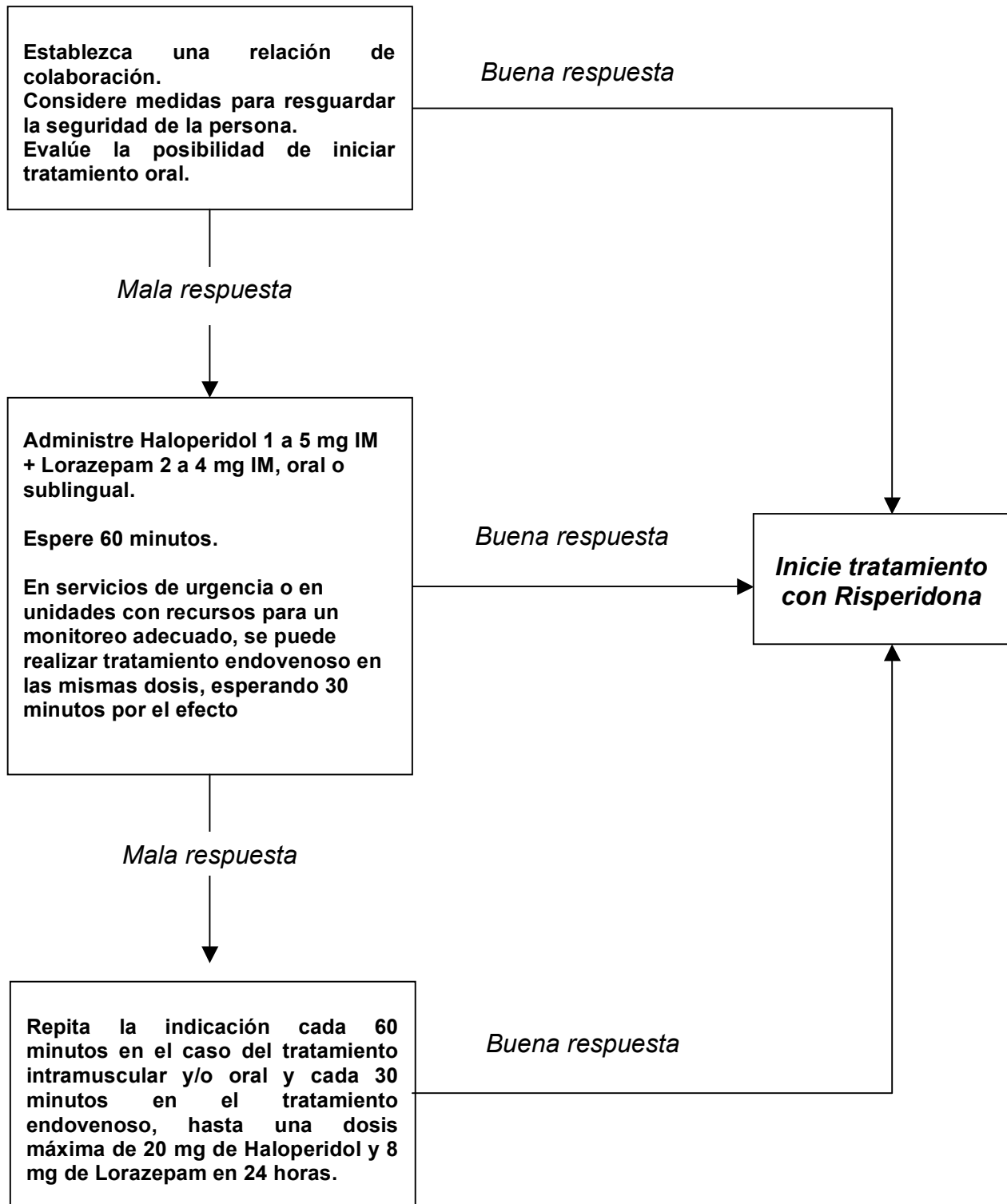
Se debe evaluar la presencia de síntomas positivos y el grado de interferencia en la adecuada integración del sujeto a su medio. Respecto de los síntomas negativos, es necesario valorar que mientras mejor haya sido el funcionamiento social premórbido de la persona, más exigente se debe ser con el resultado del tratamiento, en relación a su capacidad de integración con sus pares.

La persistencia de conductas de riesgo para la persona y/o terceros o la presencia de conductas muy disruptivas, son índice de mala respuesta.

CUADRO N° 5: CRITERIOS CLINICOS PARA EVALUACION DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

CARACTERISTICAS CLINICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA
Ausencia de conductas de riesgo Ausencia de conductas disruptivas Ausencia de síntomas positivos Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración	BUENA RESPUESTA (si están todos los criterios presentes)
Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración	RESPUESTA PARCIAL (si está cualquiera de los criterios presentes)
Persistencia de conductas de riesgo Persistencia de conductas disruptivas Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y la integración al medio Síntomas negativos que interfieren significativamente con la integración	MALA RESPUESTA (si está cualquiera de los criterios presentes)

ALGORITMO N° 2: TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA



USO SECUENCIAL DE ANTIPSICOTICOS

Etapas

Se considera el uso ordenado, en etapas sucesivas, de distintos antipsicóticos en pruebas terapéuticas de 3 a 9 semanas de duración cada una. (11)

- Primera Etapa: Se debe iniciar tratamiento con risperidona
- Segunda Etapa: cambiar a un segundo antipsicótico atípico (17,18,19,20,21)
- Tercera Etapa: cambiar a un tercer atípico.
- Cuarta Etapa: cambiar a un neuroléptico clásico (22,23,24)
- Quinta Etapa: cambiar a clozapina (21,25)

En general, en cada etapa, se debe titular el medicamento dentro de la primera semana de tratamiento hasta una dosis terapéutica cercana al límite inferior del rango terapéutico. Si a las tres semanas no se ha producido una mejoría suficiente, se deberá titular la dosis hasta una dosis cercana al límite superior del rango terapéutico.

Si a las seis semanas, aún no hay una respuesta óptima, se podrá aumentar aún más la dosis (si hay evidencia de que el aumento se acompaña de mejoría y que los efectos colaterales no constituyen un problema) o potenciar el efecto de los antipsicóticos atípicos adicionando un neuroléptico clásico en bajas dosis.

No existe evidencia que permita afirmar la superioridad de un antipsicótico atípico por sobre otro (excepto clozapina), por ello, considerando el alto costo de los fármacos, frente a la posibilidad de que dos antipsicóticos sean igualmente efectivos, se debe elegir el de menor costo. (26,27) Asimismo, si se ha alcanzado la mejor respuesta clínica posible con un segundo o tercer antipsicótico atípico, y esta respuesta no es superior a la obtenida con risperidona, se debe volver a utilizar ésta.

En situaciones en las que, por razones propias del cuadro clínico de una persona, el psiquiatra tratante estime que puede ser beneficioso utilizar neurolépticos clásicos antes de insistir con un segundo o un tercer antipsicótico atípico, éstos podrán usarse en una etapa más temprana que lo establecido en el protocolo.

Cambio de Etapa

La decisión de cambiar de antipsicótico (cambio de etapa) puede estar basada en:

- sus resultados sobre la sintomatología (respuesta clínica) o
- en la mala tolerancia a los efectos colaterales.

En cada una de las etapas, se debe evaluar el resultado del tratamiento farmacológico regularmente. Esta evaluación debe llevar a una decisión respecto de si seguir con el tratamiento o de introducir cambios (Puntos de Decisión). La evaluación debe realizarse a fines de la tercera semana, a fines de la sexta semana y a fines de la novena semana de uso de un determinado esquema farmacológico.

- Si, de acuerdo al clínico, se ha producido una buena respuesta, se debe continuar el tratamiento con las mismas dosis.

- Si la respuesta al tratamiento es mala, se debe pasar a la siguiente etapa del algoritmo.
- Si, por otra parte, la respuesta es sólo parcial, se debe aumentar la dosis del fármaco y reevaluar en tres semanas. Si a fines de la sexta semana la respuesta al tratamiento es mejor, pero aún es parcial, se puede aumentar la dosis del fármaco y/o mantener por otras tres semanas para evaluar la respuesta. En este punto, en el caso de los neurolépticos atípicos (Etapas I, II y III), se puede intentar potenciar su efecto con la adición de un neuroléptico clásico antes de cambiar de etapa.

Si existe una buena respuesta antipsicótica pero efectos colaterales significativos, se debe intentar su manejo con la adición de medicamentos adjuntos. (3,4,7,11,12,13)

En el caso de personas en tratamiento con clozapina, es necesario realizar esfuerzos para ayudar al paciente a manejar los efectos colaterales ya que es muy improbable que tenga mejores resultados con otro antipsicótico.

El cambio de un antipsicótico a otro debe ser con un período de superposición de entre 1 y 3 semanas. Es recomendable aumentar el nuevo medicamento hasta su dosis terapéutica antes de comenzar a retirar el antipsicótico antiguo. Para definir esta transición, considere la capacidad de la persona y sus cuidadores de seguir instrucciones complejas y tome las medidas para ello. (3,7,11,12)

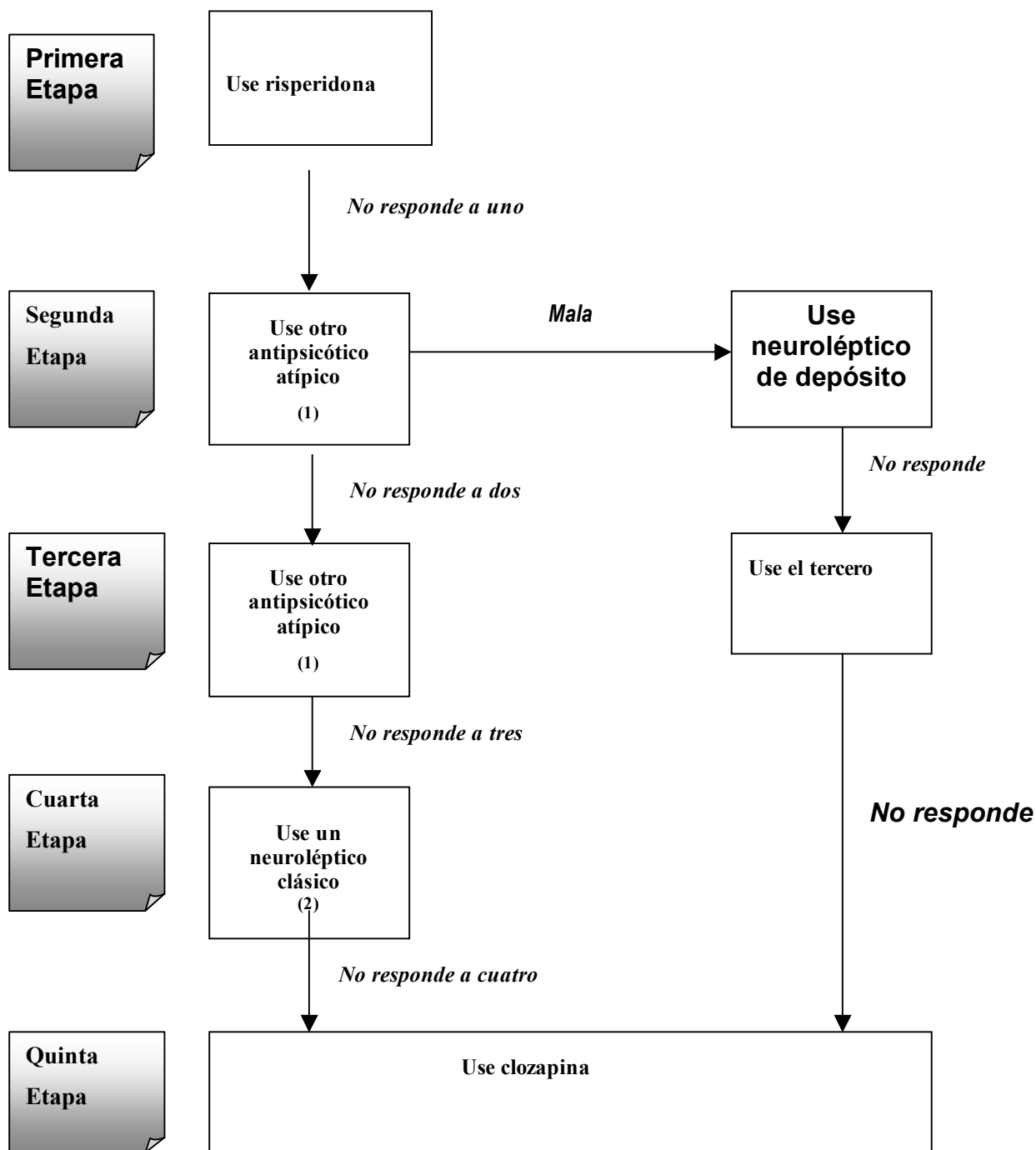
MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO

En el caso de las personas que no adhieren al tratamiento con risperidona, se recomienda emplear un segundo antipsicótico atípico antes de indicar un neuroléptico de depósito ya que la principal causa de no adherencia al tratamiento son los efectos colaterales de los medicamentos. De esta forma, si se mejora la tolerancia al medicamento, es posible que mejore la adherencia. (11)

Frente a la persistencia de una mala adherencia, se deben seguir los siguientes pasos:

- Descartar la presencia de efectos colaterales intolerables como causa
- Asegurar con psicoeducación el adecuado entendimiento de indicaciones terapéuticas por parte de los cuidadores
- Considerar el tratamiento temporal con flufenazina decanoato (7,11,12,28)
- Considerar hospitalización (parcial o completa) hasta conseguir una adecuada adherencia a las indicaciones terapéuticas. (29,30) Si es necesario internar a la persona contra su voluntad, se debe considerar el resguardo de sus derechos. (10)

ALGORITMO N° 3: USO SECUENCIAL DE ANTIPSICÓTICOS¹



(1) Elegir en cualquier orden quetiapina, olanzapina o ziprazidona

(2) La Cuarta Etapa, es decir el uso de neurolépticos clásicos, podrá adelantarse y usarse en forma previa al segundo y al tercer antipsicótico atípico si el tratante considera que existen elementos del cuadro clínico que hacen recomendable esta medida

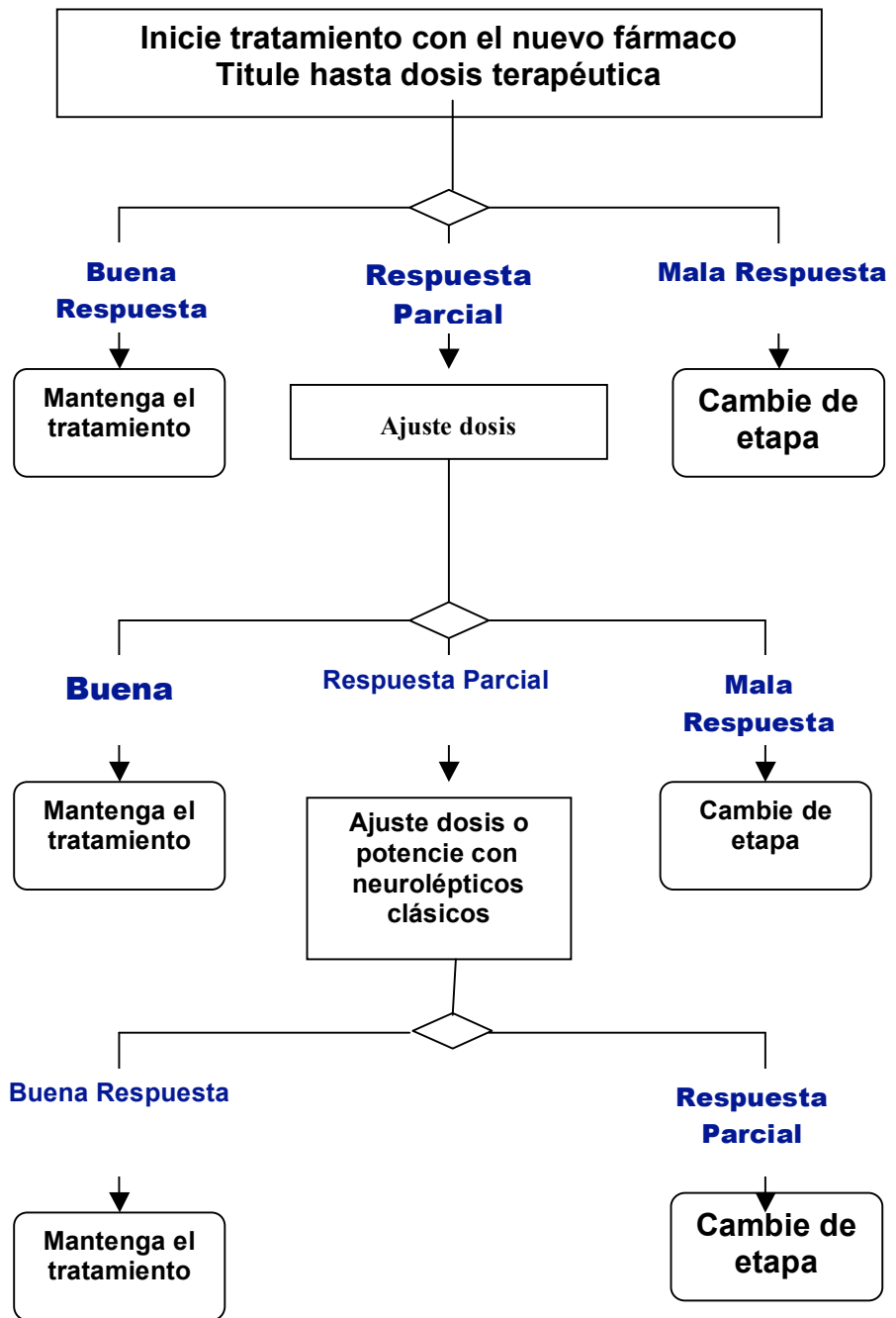
ALGORITMO N° 4: PUNTOS DE DECISION PARA CADA ETAPA DEL ALGORITMO DE USO SECUENCIAL DE ANTIPSICOTICOS (ETAPAS 1, 2, 3 Y 4 ²)

Punto de decisión N° 1
(Semana 0)

Punto de decisión N° 2
(Semana 3)

Punto de decisión N° 3
(Semana 6)

Punto de decisión N° 4
(Semana 9)



² La Quinta Etapa (uso de clozapina) debe guiarse de acuerdo a la Norma Técnica para el uso de Clozapina

² Para cualquiera de los antipsicóticos atípicos (Etapas I, II y III) es posible potenciar el efecto clínico con la adición de un neuroléptico clásico en bajas dosis

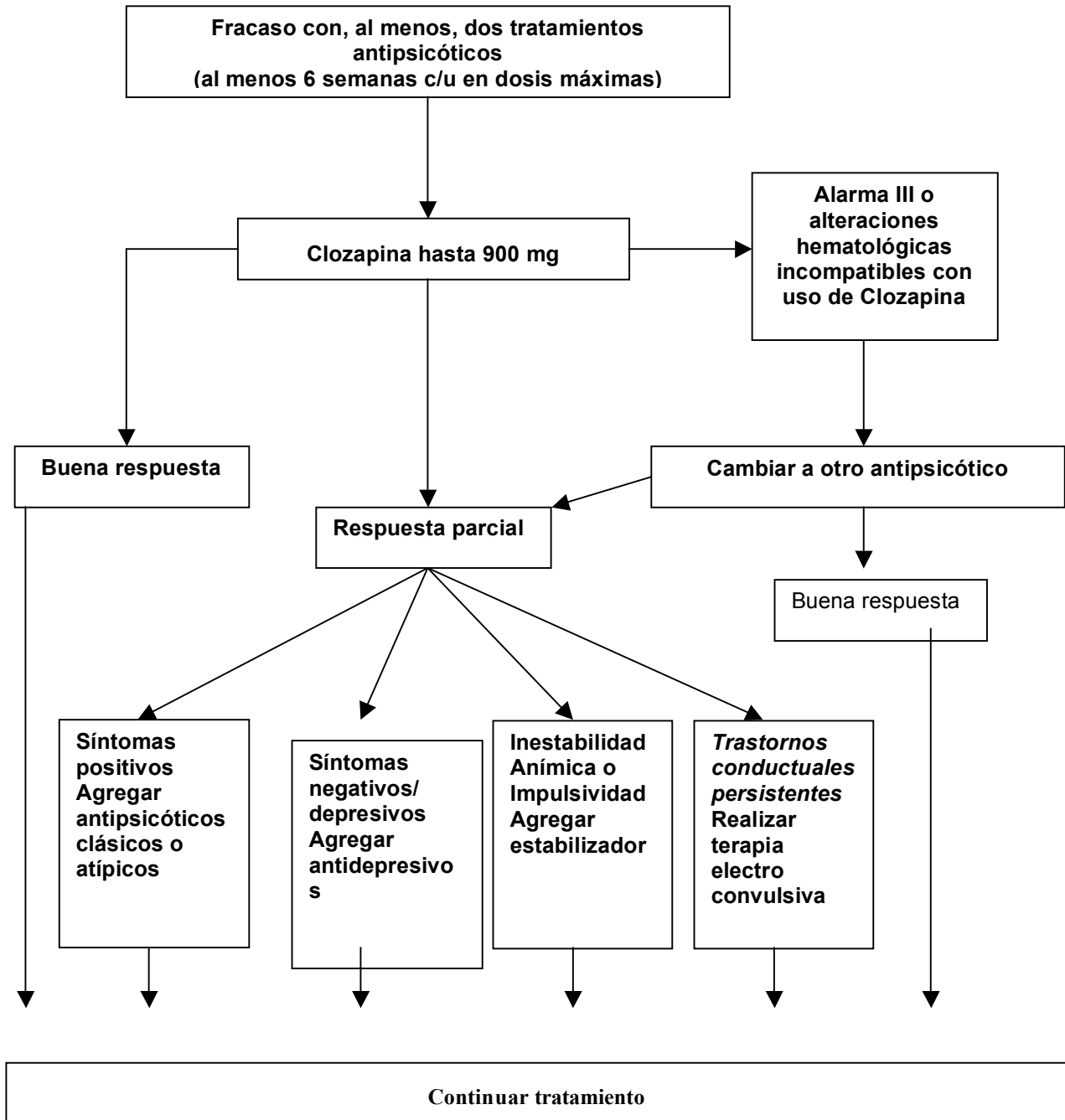
REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO

El tratamiento base para la esquizofrenia refractaria es la Clozapina. (21,25,31) La clozapina se debe titular hasta dosis terapéuticas en un mes. Posteriormente, se debe evaluar el resultado y ajustar las dosis en forma mensual. Una prueba terapéutica con clozapina adecuada debe durar 3 a 6 meses.

Si la respuesta a clozapina es parcial, se puede potenciar su efecto con la adición de distintos fármacos o con la electro-convulsivo terapia: (7,11)

- Síntomas positivos: agregar otros antipsicóticos.
- Síntomas del espectro depresivo/negativo: probar con antidepresivos. Los ISRS pueden inhibir el metabolismo de la clozapina y aumentar sus niveles plasmáticos.
- Síntomas de inestabilidad del ánimo e impulsividad: agregar estabilizadores del ánimo. Como primera opción ácido valproico, y como segunda, carbonato de litio. La carbamazepina está contraindicada.
- Trastornos conductuales persistentes: usar terapia electro convulsiva. (32,33,34)

ALGORITMO N° 5: TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA REFRACTARIA

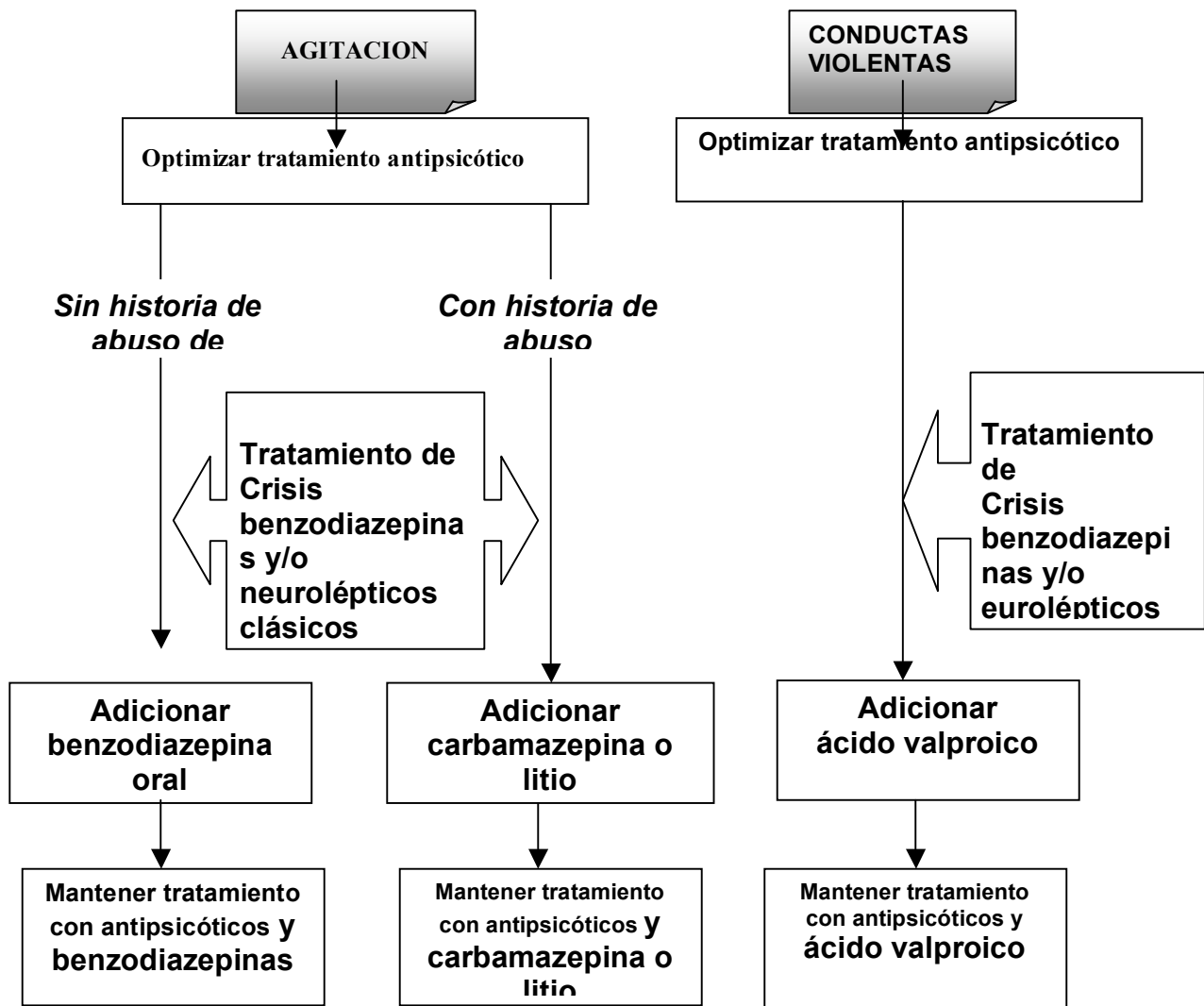


MANEJO DE SITUACIONES CLINICAS COMPLEJAS

Agitación y conductas violentas

Es necesario considerar el riesgo de conductas agresivas y tomar precauciones durante la evaluación de una persona potencialmente violenta (de acuerdo a Norma MINSAL de Contención en Psiquiatría). Si existe un riesgo de agresión a terceros, se debe hospitalizar al sujeto para iniciar su tratamiento. (3,6,7) Con la persona hospitalizada, en primer lugar, es necesario realizar un manejo conductual y el establecimiento de límites claros. La contención física y el aislamiento se deben usar en situaciones de emergencia, cuando las conductas violentas son graves, y se debe esperar por el efecto de los fármacos usados para la sedación. (35,36)

ALGORITMO N° 6: TRATAMIENTO DE LA AGITACION Y CONDUCTAS VIOLENTAS



Embarazo

Durante el primer trimestre, se debe discutir con la familia, los riesgos y beneficios de la suspensión o continuación del tratamiento farmacológico durante este período. (3,6,7)

El uso de neurolépticos de alta potencia puede ser más seguro (haloperidol). La dosis debe ser baja, durante el mínimo tiempo posible y ser interrumpida 5 a 10 días antes del parto. Se debe evitar, también, el uso de antiparkinsonianos. La terapia electroconvulsiva es una alternativa eficaz y segura. (7)

Si se estuviese usando ácido valproico o carbamazepina como medicamentos adjuntos, estos se deben suspender.

Depresión y suicidio

Existe un porcentaje importante de cuadros depresivos y de suicidio en las personas afectadas de esquizofrenia. Si bien, lo más frecuente es que la ideación y los actos suicidas sean provocados por un cuadro depresivo, existe un número de pacientes en los cuales los actos suicidas son provocados por la propia productividad psicótica (ideación delirante, impulsividad catatónica, etc.) o por la toma de conciencia de su enfermedad y pronóstico.

Frente a esto, lo primero que se debe hacer es precisar el diagnóstico de la situación, ya que las conductas son distintas; en un caso hay que iniciar un tratamiento antidepresivo concomitante y, en el otro, hay que optimizar el tratamiento de la psicosis. (3,6,7) Si no hay respuesta adecuada a las intervenciones farmacológicas, se debe considerar el tratamiento con terapia electroconvulsiva. (32,34)

Si el clínico pesquisa elementos sugerentes de un riesgo de suicidio, deberá advertir a la familia y/o a los cuidadores al respecto y deberá dar las indicaciones para su manejo más adecuado. (3,7)

Si existe un alto riesgo de suicidio, se debe hospitalizar a la persona en modalidad diurna o completa, según nivel de riesgo y adecuación de su red de apoyo. (3,4,6,7)

Si existe el antecedente de intentos de suicidio con métodos de alta letalidad y/o persisten conductas suicidas reiteradas por parte de la persona, a pesar de todas las medidas anteriores, se debe iniciar tratamiento con clozapina. (37)

Abuso de alcohol y sustancias

En primer lugar, se debe descartar que el episodio psicótico corresponda a una psicosis secundaria al uso de sustancias psicoactivas. El establecer que existe comorbilidad entre la esquizofrenia y el abuso de sustancias, no excluye a la persona afectada de las acciones propias de este protocolo. En ese caso, se deben abordar en forma conjunta el tratamiento de la esquizofrenia y el del abuso de sustancias. (3,4,6,7) Si existen conductas muy perturbadoras, se debe hospitalizar al sujeto. Si no existe voluntad de mantener la abstinencia o existe un síndrome de privación severo, se debe hospitalizar en

servicio de corta estadía. Si existe una razonable probabilidad que va a controlar el uso de drogas, se puede manejar en un sistema de hospitalización diurna. (30)

Se pueden usar los antipsicóticos en sus dosis habituales, pero se debe advertir a las personas que la combinación con el alcohol u otras sustancias aumenta la sedación y la descoordinación. Se debe evitar los antipsicóticos que bajan el umbral convulsivante. (3,7)

El disulfiram se debe emplear sólo en pacientes con un adecuado juicio de realidad y con una buena adherencia al tratamiento, por los riesgos que involucra. Su uso en altas dosis puede precipitar episodios psicóticos. (7)

MANEJO DE EVOLUCIONES CLINICAS ESPECIALES

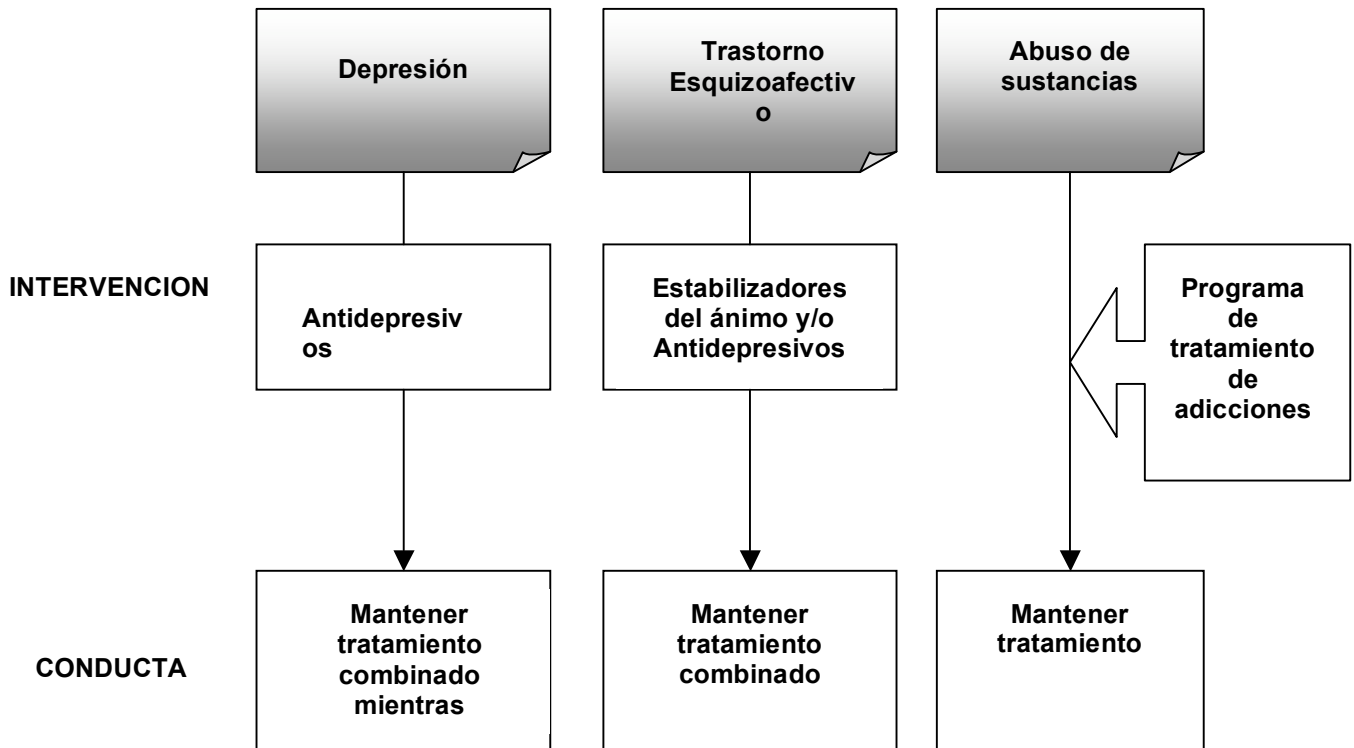
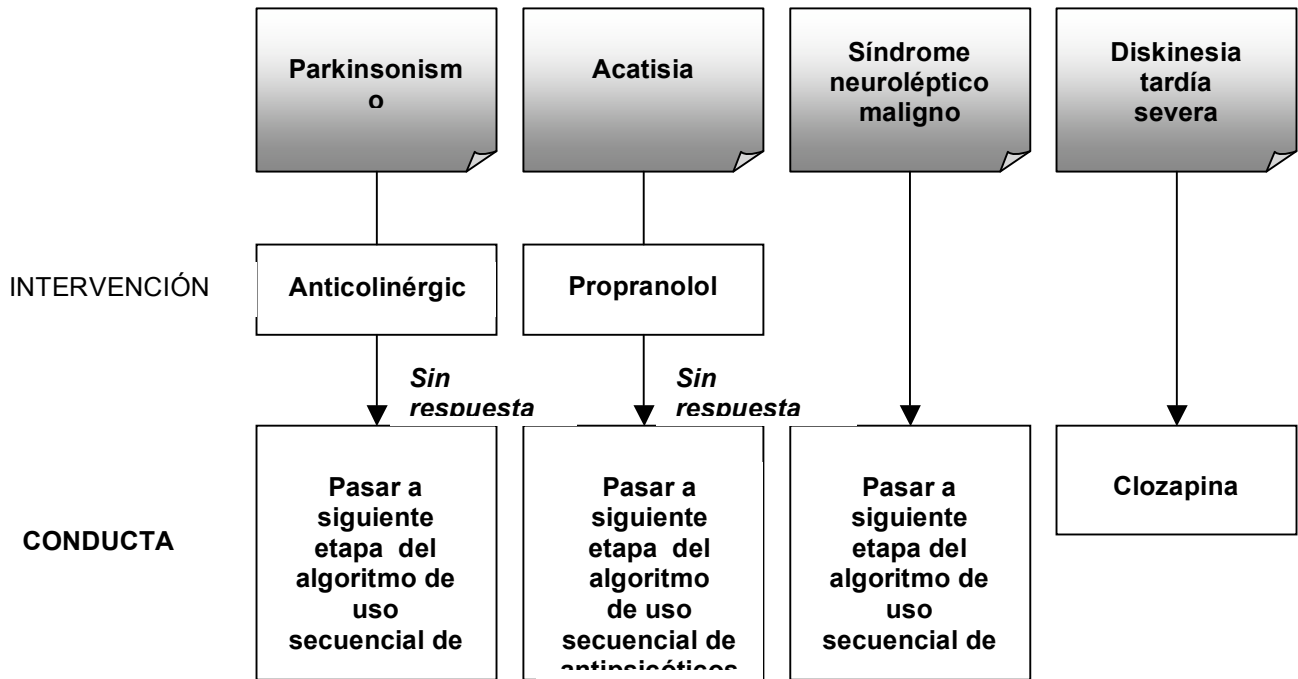
Si durante el tratamiento del episodio psicótico actual se pesquisan elementos que orientan a la presencia de un trastorno esquizoafectivo, se debe agregar al tratamiento antipsicótico un tratamiento con fármacos estabilizadores del ánimo (carbonato de litio, ácido valproico o carbamazepina) y/o antidepresivos. (7,38,39,40,41) Es necesario considerar las contraindicaciones y los efectos colaterales de cada uno de ellos y las posibles interacciones de estos fármacos con los antipsicóticos. En el trastorno esquizoafectivo, el tratamiento se debe mantener en forma permanente.

Si durante la evolución del cuadro clínico se determina que lo que predomina es la presencia en forma crónica de un tema delirante no extraño y las repercusiones que este conjunto de ideas delirantes tiene sobre la conducta del individuo, el diagnóstico es el de un trastorno de ideas delirantes persistentes. En estos casos, se debe insistir en el mantenimiento permanente del tratamiento farmacológico. Por otra parte, por las características propias de este cuadro, probablemente la persona será reticente de participar en programas de tratamiento intensivos, por lo que será necesario ir graduando el tipo de intervenciones terapéuticas. (41)

En algunos casos, durante el tratamiento de la fase aguda del episodio psicótico, la sintomatología puede desaparecer rápidamente con una restitución ad-integrum de la persona. Si los síntomas desaparecen en un plazo que va de unos pocos días hasta tres meses; si se pesquisa, además, que existió un evento estresante severo desencadenante y que existen elementos de la personalidad involucrados en la aparición del cuadro, el diagnóstico es de un trastorno psicótico agudo y transitorio. En estos casos, en términos de este protocolo, se debe dar de alta a la persona una vez superado el episodio agudo.

En otros casos, la evolución puede hacer evidente que lo que predomina es la presencia de un comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas del cuadro agudo de la esquizofrenia. En estas situaciones, el diagnóstico es de un trastorno esquizotípico y se debe mantener a la persona en control en forma permanente, aunque menos intensiva.

ALGORITMO N° 7: TRATAMIENTO DE EFECTOS COLATERALES Y DE SITUACIONES CLINICAS ESPECIALES.



CUADRO N° 6: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES MAS FRECUENTES DE LOS ANTIPSICOTICOS

EFECTO COLATERAL	CONDUCTA
Parkinsonismo medicamentoso	Reducir dosis de neurolépticos si el estado psicopatológico de la persona lo permite. Adicionar trihexifenidilo, oral, en dosis de 2 a 12 mg/día, según respuesta.
Distonia aguda	Utilizar benzodiazepinas en forma parenteral (lorazepam 4 mg im o ev o diazepam 5 mg ev). Posteriormente, continuar tratamiento de mantenimiento con anticolinérgicos orales para prevenir la recurrencia (trihexifenidilo en dosis habituales)
Acatisia	Adicionar propanolol en dosis entre 20 y 160 mg/día. Si no tiene efecto, o éste sólo es parcial, utilizar benzodiazepinas, por ejemplo diazepam en dosis de 5 a 10 mg/día. Intentar la disminución de la dosis del neuroléptico o su cambio.
Diskinesia tardía	La suspensión del tratamiento sólo se debe considerar en los casos de personas estables por mucho tiempo, con pocos síntomas residuales o si la persona insiste en la suspensión. Se puede reducir la dosis si las condiciones lo permiten. Si el cuadro es muy severo o no disminuye lo suficiente con el cambio a otro atípico, se debe cambiar a clozapina.
Síndrome neuroléptico maligno	<p>Puede ser mortal, por lo cual su tratamiento es una urgencia. Si se sospecha su presencia (rigidez muscular, labilidad autonómica, empeoramiento del estado psicopatológico y compromiso de conciencia), se deben realizar los exámenes para certificar o descartar su presencia (creatinfosfokinasa y recuento de glóbulos blancos).</p> <p>Se debe suspender inmediatamente el fármaco e internar a la persona en un servicio de medicina. Se debe iniciar un tratamiento conjunto entre el psiquiatra y el internista. Se deben proporcionar medidas de soporte para la fiebre y los síntomas cardiovasculares. Se puede realizar tratamientos con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina 15-30 mg/día) y agentes antiespásticos (dantroleno 100-400 mg/día).</p> <p>Se puede reiniciar el tratamiento antipsicótico tras unas semanas de recuperación, de preferencia con clozapina.</p>
Sedación	Reducir dosis del antipsicótico, dar una sola dosis nocturna o, si es necesario, dar dosis fraccionada, dar dosis mayor en la noche. Si no funciona lo anterior, cambiar a otro neuroléptico menos sedante.
Convulsiones	Suspender el fármaco o disminuir la dosis. Realizar EEG e interconsulta a neurología. Adicionar al tratamiento el uso, en

	forma permanente, de un anticonvulsivante en sus dosis habituales. Por ejemplo, valproato en dosis entre 400 y 1000 mg/día.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con restricción de la ingesta calórica y el aumento del ejercicio físico. Considerar el hacer estas prescripciones en forma preventiva.
Aumento de prolactina	Cuando este aumento es clínicamente significativo, se puede aliviar al reducir la dosis del fármaco o al cambiar de antipsicótico. Si no se puede realizar lo anterior, se puede agregar bromocriptina en bajas dosis (2-10 mg/día)
Disfunción sexual	Reducir la dosis o cambiar a otro antipsicótico.
Efectos hematológicos	Suspender el neuroléptico y realizar interconsulta a hematología. En el caso de la clozapina proceder según norma técnica.
Efectos cardiovasculares	Tratar si los efectos son clínicamente significativos. Considerar el cambio a un antipsicótico con menos efectos antiadrenérgicos. Para la hipotensión fraccionar y/o disminuir las dosis y aumentar la ingesta de líquidos. Si la taquicardia es superior a 140 latidos por minuto agregar un betabloqueador en dosis habituales.

CUADRO N° 7: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES MAS FRECUENTES DE LOS ESTABILIZADORES DEL ANIMO

LITIO	
EFEECTO	CONDUCTA
Polidipsia, poliuria	Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con disminución de la ingesta calórica y aumento de la actividad física. Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico. Se debe descartar la presencia de hipotiroidismo.
Temblor	Disminuir dosis hasta el mínimo terapéutico. Si existe la posibilidad, se puede cambiar a una formulación de liberación lenta. Si persiste, se puede usar propranolol en dosis de 10 a 80 mg. al día.
Sedación	Disminuir dosis. Administrar una proporción más alta de la dosis en el horario nocturno.
Síntomas gastrointestinales	Disminuir dosis. Administrar con las comidas. Cambiar de formulación.
Acné	Antibióticos tópicos y/o sistémicos.
Hipotiroidismo	Usar levotiroxina.
Intoxicación	Se debe evitar con un control estricto de los niveles plasmáticos y de las condiciones que los pueden modificar. Suspender inmediatamente el litio si existe la sospecha. Se requieren medidas de soporte médico (hidratación, equilibrio hidroelectrolítico) y para evitar una mayor absorción (inducción de vómito en el paciente conciente, lavado gástrico). En casos severos se debe realizar hemodiálisis
ACIDO VALPROICO	
EFEECTO	CONDUCTA
Síntomas gastrointestinales	Se puede reducir la dosis. Se puede, también cambiar de formulación. En algunos casos es necesario usar un antagonista H2.
Aumento de peso	Prescribir modificaciones dietéticas con disminución de la ingesta calórica y aumento de la actividad física.
Caída del cabello	Prescribir suplementos minerales con Zinc y Selenio.
Temblor	Reducir dosis y/o usar beta bloqueadores (propranolol).
Efectos hematológicos	Disminuir dosis. Eventualmente, si son más severos,

	suspender.
Ovario Poliquístico)	Suspender
Intoxicación	Suspender. Los casos severos son poco frecuentes pero requieren hospitalización para su manejo.

CARBAMAZEPINA	
EFEECTO	CONDUCTA
Síntomas gastrointestinales	Se puede evitar subiendo las dosis en forma lenta. Con el tiempo, se desarrolla tolerancia a este efecto.
Efectos hematológicos	Suspender.
Sedación	Disminuir dosis. Dar una dosis nocturna mayor.
Rush alérgico	Desaparece al suspender el fármaco. En pocos casos puede desarrollar cuadros severos (Síndrome de Stevens-Johnsons) que requieren tratamiento por especialista.
Mareo, ataxia, diplopia	Disminuir la dosis. Se puede evitar subiendo lentamente las dosis.
Intoxicación	Suspender. Si se requiere una disminución rápida de los niveles plasmáticos, utilizar carbón activado 50 gr c/ 6 hrs en conjunto con un laxante. Si el nivel plasmático varía entre 15 y 20 ug/ml, el paciente debe ser hospitalizado para su mejor manejo. En casos severos se puede requerir hemodiálisis.

CUADRO N° 8: MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

EFEECTO	CONDUCTA
Cefalea y dolores musculares	Utilizar analgésicos y/o relajantes musculares
Agitación post ictal	Utilizar benzodiazepinas y/o antipsicóticos.
Confusión post ictal	Proveer un ambiente tranquilo y sin un exceso de estímulos. Eventual uso de benzodiazepinas.
Alteraciones de memoria	Calmar al paciente en caso de que le generen angustia y ayudar a recordar eventos importantes para él.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES SEGUN FASE DE TRATAMIENTO

Para efectos de este protocolo, las intervenciones psicosociales se definen como aquellas acciones realizadas por el equipo de salud mental tendientes a facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural.

Las intervenciones psicosociales deben ser realizadas en un modelo biopsicosocial, complementarias con el tratamiento médico farmacológico, considerando siempre el pleno respeto de los derechos del individuo.

La estrategia comunitaria es el modo de trabajar las intervenciones en salud mental, y el área comunitaria es el contexto general donde se desarrollan las intervenciones. La premisa básica es impedir la desvinculación social de la persona. De esta forma el sujeto mantiene un rol social valorado y se evita el deterioro de sus habilidades y se minimiza la discapacidad. (4)

Para la planificación y ejecución de las intervenciones se debe considerar las redes existentes en la comunidad. Con este propósito, se debe intentar establecer relaciones con los miembros de la comunidad, que son significativos para la vida de la persona en distintos ámbitos (amigos, vecinos, escuela, trabajo, iglesias, clubes deportivos, etc.), y con las diversas instituciones, públicas y privadas, que puedan contribuir a la recuperación del individuo. El objetivo es integrar a estos actores sociales en un proceso que contribuya a mantener las habilidades y capacidades que la persona tenía antes de la crisis y sostener las que ahora tiene.

Se debe designar a un integrante del equipo clínico como responsable por la persona que ingresa, siguiendo su proceso de tratamiento, recuperación e integración social, coordinando las intervenciones que son definidas en conjunto por el usuario y el equipo de trabajo (modelo de manejo de casos). (4,7,8)

Características generales de las intervenciones psicosociales

- La persona debe ser mirada en su propio entorno, identificando ahí sus recursos y necesidades, participando activa y responsablemente con su familia en una relación interpersonal informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre éstos y el profesional o equipo responsable. (42)
- Se debe intervenir en los contextos comunitarios significativos del sujeto, esto supone que las intervenciones de los equipos de salud deben llevarse a cabo, de preferencia, en los ambientes naturales de la persona: familia, colegio, trabajo, organizaciones de base, etc.
- Se debe responder a las necesidades globales del usuario. En este sentido, el equipo debe intentar responder a necesidades tan diversas como las de orden psicológico personal, las que derivan de su relación con sus redes sociales y, también, necesidades de tipo práctico, como las necesidades de vivienda, alimentación, educación etc. (3,7,8,42)

Objetivos generales de las intervenciones psicosociales

- Mantener las habilidades sociales, académicas y profesionales.
- Redefinir un proyecto de vida auto valorado y valorado por la comunidad, ajustado a la situación vital presente.
- Desarrollar un rol e identidad social positiva.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE AGUDA

En esta fase se deben considerar acciones que contribuyan a superar la situación de crisis del individuo y su familia.

Objetivos:

- Brindar apoyo y contención emocional al usuario y su familia
- Promover una relación de colaboración tanto con la persona afectada como con su familia
- Entregar información oportuna y precisa respecto de la enfermedad
- Estimular la utilización de los núcleos sanos remanentes con que cuenta la persona afectada
- Estimular la utilización de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar la crisis.

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Contención Emocional. Está destinada a apoyar a la persona en el período de crisis inicial. Es fundamental este contacto inicial pues es el precursor de la relación terapéutica.

Psicoeducación del usuario. Se realiza durante las sesiones iniciales de contacto con los diferentes miembros del equipo de salud. Está destinada a promover el cumplimiento del tratamiento y tranquilizar y apoyar a la persona, evitando los procedimientos traumáticos. Se trabajan áreas temáticas con el usuario, tales como medicamentos a recibir, cuáles pueden ser sus efectos secundarios, adherencia al tratamiento, mantención de aspectos cognitivos sanos. (3,7,8,9,43,44)

INTERVENCIONES FAMILIARES

Intervención en crisis. Su propósito es disminuir la ansiedad e incertidumbre de una situación de crisis familiar, como es el surgimiento de una enfermedad mental en uno de sus miembros. (45)

Esta intervención debe comprender, por una parte, la contención emocional de los integrantes de la familia y, por otra, una evaluación de las necesidades familiares inmediatas y el apoyo para conseguir ayuda. (3,7,8,9,42,46,47)

Psicoeducación familiar. En esta etapa, está destinada a informar a la familia sobre lo que ha sucedido y sobre lo que pueden esperar del equipo de salud en lo que se refiere al tratamiento de la persona y al apoyo a corto y largo plazo.

Se realiza con la mayor cantidad de miembros de la familia presentes. Puede ser realizada en el centro de salud o en la casa; sin embargo, en esta primera etapa se recomiendan contactos con la familia en su contexto habitual, pues esto permite, por una parte, realizar una mejor evaluación familiar, y por otra, fortalecer el vínculo familia-equipo de salud. (3,6,7,8,9,42,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

Se debe considerar, desde un comienzo, la posibilidad de involucrar en el proceso de recuperación a las personas significativas del entorno del individuo afectado. Esto puede abarcar el apoyo por parte de la familia extensa o de personas que constituyan la red natural de la persona y de las redes sociales adquiridas hasta el momento de enfermar, como son los compañeros de colegio o de trabajo. (3,42)

Este tipo de intervenciones debe considerar el derecho de la persona a decidir respecto de la posibilidad de involucrar a otros. Cuando la persona afectada se resista a que su red natural conozca su estado de salud, es recomendable utilizar un mediador hacia la red, como podría ser un amigo o un miembro de la familia, que sea significativo y cercano para la persona.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE DE RECUPERACION

En esta fase de deben considerar intervenciones específicas adicionales que contribuyan a facilitar la relación entre el individuo afectado y su entorno natural.

Objetivos:

- Desarrollar una alianza terapéutica
- Ayudar a las personas y sus familias a entender la psicosis
- Evaluar las habilidades y capacidades de la persona una vez superada la crisis
- Redefinir con la persona su proyecto de vida de acuerdo a expectativas realistas
- Contribuir al desarrollo en la persona de recursos y habilidades para enfrentar el futuro

INTERVENCIONES INDIVIDUALES CON EL USUARIO

Evaluación y diagnóstico situacional.

Esta debe cubrir habilidades e intereses, ventajas y desventajas, recursos no explorados, y la búsqueda de intereses vocacionales y laborales. (3,7,8,44)

Comprensión del episodio psicótico

Se busca ayudar a la persona a analizar y reflexionar en torno a lo que le está sucediendo. Se trabaja en torno a la definición de metas concretas y mínimas, que se van evaluando a lo largo de las sesiones. Se utilizan técnicas como modelado, rol playing, retroalimentación, asignación de tareas para la casa, reestructuración cognitiva. Posteriormente se evalúan los progresos, destacando los logros y reafirmando el autocontrol personal. (45)

INTERVENCIONES GRUPALES CON USUARIOS

Psicoeducación grupal.

Consiste en la entrega sistemática de información sobre los síntomas, la etiología, el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Las áreas a abordar deben comprender la evolución natural de la enfermedad, los distintos tratamientos disponibles, los dispositivos y personal que participará en el tratamiento, la naturaleza variable y posibles cursos de la recuperación y la repercusión de la enfermedad en el proyecto vital de la persona. (3,7,8,9,43,44)

En relación con los contenidos, además de todo lo concerniente a la enfermedad, se deben enfatizar temas tales como la prevención del abuso de sustancias, los cuidados para evitar las recaídas y los derechos de la persona enferma.

Intervenciones grupales

Se centran en el refuerzo y desarrollo de las habilidades sociales, en el manejo de situaciones ambientales que generan estrés y en el entrenamiento en resolución de problemas. (42,45,47)

El área a intervenir dependerá de las necesidades grupales evaluadas por el equipo de salud. Además, la intervención requiere previamente una planificación individual de los objetivos a lograr en el sujeto a través del trabajo grupal. Estos se describen operacionalmente de forma que sea fácil su posterior evaluación.

Apresto educacional y/o laboral

En aquellas personas en las cuales la crisis produce un deterioro muy significativo en sus capacidades para reintegrarse al mundo escolar o laboral, o que anteriormente a la crisis no estaban insertas en el sistema educacional o en un trabajo, se deben realizar intervenciones específicas que las preparen para su posterior inserción. Estas acciones de apresto educacional y/o laboral podrían iniciarse en el centro de salud, pero procurando la más pronta inserción en espacios normalizados de estudio o trabajo, de acuerdo a los intereses y habilidades de la persona. (42,48)

INTERVENCIONES FAMILIARES

Psicoeducación familiar.

Consiste en la entrega sistemática de información respecto de la enfermedad y sus consecuencias. El propósito es entregar a la familia un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias y proveerlas de estrategias prácticas que le ayuden en su relación con el miembro que sufre una enfermedad mental. (45)

Los contenidos deben estar orientados a educar a la familia sobre la naturaleza del trastorno mental, a ayudar a la familia a comprender la nueva realidad y a establecer objetivos realistas y factibles para la recuperación de su familiar.

La psicoeducación se puede realizar con una sola familia o en un grupo de familias, dependiendo de las necesidades de éstas y de los recursos del sistema sanitario. Los grupos de familias pueden o no incluir al usuario, de acuerdo al modelo que se utilice. (45)

- Educación a familias individuales: Está destinada a entregar información esencial a la familia sobre el trastorno mental de su pariente. El trabajo con una familia permite que los contenidos puedan ser ajustados de acuerdo al nivel educacional y cultural de los distintos miembros de la familia de tal manera de optimizar la comprensión de éstos.
- Grupos multifamiliares: Además de la entrega de información, esta modalidad de intervención está destinada a potenciar los recursos propios de enfrentamiento con que cuentan las familias, a través de compartir experiencias sobre las vivencias y formas de enfrentar la enfermedad

Intervención familiar

Está destinada a dotar a la familia de los recursos necesarios para dominar y controlar las circunstancias que rodean sus vidas y a superar la crisis vivida después de la aparición de un trastorno psicótico en uno de sus miembros

Se debe realizar con la mayor cantidad de los miembros de la familia, con o sin el usuario, de acuerdo al estado de la evolución de éste. Se trabaja la resolución de problemas y los estilos de comunicación al interior de la familia. Existen algunos aspectos claves a trabajar con la familia en su conjunto, por ejemplo: los efectos de la psicosis en la estructura familiar, el efecto de la psicosis en cada uno de los miembros de la familia, la frustración y los cambios de expectativas, reformulación de proyectos de vida, capacidad de los familiares para la anticipación y resolución de los problemas, etc. (3,6,7,8,9,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

Están destinadas a mantener vinculación del usuario con la comunidad, a identificar recursos comunitarios en los ámbitos de interés del usuario, a hacer partícipe a la comunidad del proceso de recuperación de la persona y a mantener o evitar la pérdida de

habilidades sociales, académicas y profesionales. Estas intervenciones pueden desarrollarse en forma simultánea en distintas áreas.

- Vocacional-Laboral: Se debe trabajar en la mantención de la persona en su colegio o su trabajo. Si esto no es posible, se trabaja en la conservación o desarrollo de hábitos de estudio o trabajo, para su reincorporación educativa o una formación para el trabajo. Se debe trabajar sobre la base de un programa específico, de acuerdo a las necesidades del usuario y que pueda ser monitorizado por algún miembro del equipo de salud. En lo posible, se debe utilizar los servicios educativos y profesionales de la población general. (42)
- Actividades de uso del tiempo libre: Tienen como finalidad mantener la interacción social y evitar el aislamiento y la inactividad. Se debe estimular las propuestas y la creatividad personales y grupales en el uso del tiempo libre. Se debe promover la participación en la comunidad a través del conocimiento y la utilización de los recursos comunitarios, y la incorporación a las actividades deportivas, culturales, recreativas y de ciudadanía que en ella se realizan. Se debe estimular, además la incorporación del usuario en algún grupo de su comunidad de acuerdo a sus intereses individuales. (42)
- Actividades de interacción social: Se debe trabajar dirigidamente en el enriquecimiento de las interacciones sociales. Se puede trabajar de manera individual o grupal aspectos tales como las relaciones sociales y las habilidades necesarias para asumir roles o la necesidad de mantener las redes del usuario, o incentivarlas si éstas son insuficientes. (42,45) Se utiliza la auto expresión y desarrollo de la confianza a través de la participación del usuario en la conversación y actividades grupales o de actividades artísticas como la pintura, el teatro, la música, la danza, etc.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN LA FASE DE INTEGRACION SOCIAL

En esta fase se deben considerar las intervenciones que contribuyan a la permanencia del individuo en su entorno natural y a mejorar su calidad de vida.

Objetivos:

- Consolidar la integración de la persona a su entorno social, educacional o laboral
- Mejorar la calidad de vida del usuario y su familia
- Prevenir las recaídas

INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Se sigue trabajando en el acompañamiento y seguimiento de la persona ya inserta en su entorno social. Las áreas a trabajar comprenden la estructuración de rutinas, el cumplimiento de pequeñas metas y la evaluación y retroalimentación de los logros alcanzados.

INTERVENCIONES FAMILIARES

Se continúa con psicoeducación e intervenciones familiares pero privilegiando el trabajo en el domicilio de la persona. En esta etapa, las áreas a abordar comprenden, por una parte, la profundización de la comprensión de la forma de acompañar a su familiar afectado en el desarrollo de un nuevo proyecto vital y, por otra, el aprendizaje por parte de los distintos miembros de la familia de los procedimientos para el manejo adecuado de eventuales crisis. (3,9,12,45)

INTERVENCIONES SOCIAL-COMUNITARIAS

En esta etapa, las intervenciones comunitarias deben estar centradas en fortalecer y profundizar el vínculo entre el usuario y la comunidad. (3,4,44) Esto incluye una acabada evaluación de las necesidades del sujeto en el ámbito de sus redes sociales y un catastro de la oferta comunitaria en los ámbitos de interés para la persona (vocacional, laboral, social, etc), de las organizaciones de la comunidad y de la sociedad civil en su conjunto.

Se debe, además, establecer el contacto con estos distintos actores sociales y definir estrategias particulares de intervención. Se debe favorecer la realización de reuniones de coordinación donde participen los distintos actores involucrados para diseñar en conjunto una estrategia de intervención y comprometer los recursos de los diversos miembros de la red.

En esta etapa se consolida la incorporación de la persona a sus espacios comunitarios normales, especialmente en el plano académico y laboral. En este modelo, la persona se incorpora inmediatamente al colegio o trabajo, y es aquí donde se realiza el entrenamiento en habilidades laborales o de estudio básicas y en las destrezas laborales o de estudio propias de la tarea. (42,44)

Para aquellas personas que tengan necesidad de un apoyo especial, será necesario trabajar bajo el modelo de empleo con apoyo, donde un entrenador laboral realice la el proceso de intermediación entre el usuario y el puesto laboral. (7,8,9,42,48)

INTERVENCIONES EN SITUACIONES CLINICAS ESPECIALES

Personas con retardo mental

En los casos en que la cuantía del déficit dificulte la participación de la persona en las intervenciones determinadas para la fase de la evolución de la esquizofrenia, es necesario realizar algunas intervenciones específicas previas con el objeto de estimular la confianza y el establecimiento de niveles de comunicación que permitan el adecuado trabajo posterior.

En las situaciones en las cuales esto no es posible, se debe enfatizar las intervenciones que faciliten la adaptación de la persona a su entorno y el manejo de las conductas más disruptivas. Las intervenciones más efectivas son aquellas que, desde un modelo conductual, permiten estructurar las rutinas diarias del individuo y su incorporación en actividades que le resulten gratificantes.

En otro sentido, se debe apoyar a la familia a través del entrenamiento en el manejo de pautas conductuales para el manejo de las diferentes situaciones que se presentan en la relación con el paciente.

Personas con síntomas positivos persistentes

Si a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado, la persona presenta síntomas psicóticos persistentes que interfieren significativamente en su integración con su entorno natural, es necesario realizar intervenciones que permitan un mejor funcionamiento del individuo.

En estas situaciones se recomienda realizar una terapia específica destinada a reducir la angustia e interferencia producidas por la sintomatología psicótica y a promover en el individuo una comprensión de la psicosis que le permita una participación activa en el proceso de su recuperación frente a la discapacidad social que genera la psicosis. El formato recomendado para esta intervención es el de una terapia cognitiva conductual, estructurada específicamente para el manejo de síntomas psicóticos positivos persistentes. (8,9,44,49)

Personas con riesgo suicida

En aquellos individuos en los que existe un riesgo suicida importante, es necesario diseñar estrategias de intervención que permitan un seguimiento más estrecho de la persona y el apoyo para reducir la angustia que le genera la enfermedad y los conflictos que puedan estar actuando. Para ello, es necesario desarrollar intervenciones psicoterapéuticas individuales focalizadas en los conflictos específicos de su situación de vida. (42)

En las personas en las cuales el riesgo suicida procede principalmente de las vivencias de depresión y de desesperanza que genera la comprensión del significado de quiebre en el proyecto vital que implica la aparición de la psicosis, es necesario desarrollar una psicoterapia individual con foco en los conflictos en los distintos ámbitos de su vida y en la reelaboración de un proyecto de vida significativo en las nuevas circunstancias. (45)

6. RECOMENDACIONES SEGUN DE NIVEL DE EVIDENCIA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES. TIPO DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACION

Adaptado de “Psychosocial Interventions For The Management Of Schizophrenia. A National Clinical Guideline” (9) y “Core Interventions In The Treatment And Management Of Schizophrenia In Primary And Secondary Care” (8)

RECOMENDACION	TIPO DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACION	REFERENCIA
RECOMENDACIONES GENERALES EN EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA			
Las personas afectadas que buscan ayuda, y sus familiares, deben ser evaluados y recibir tratamiento lo más pronto posible		BPC	8
Los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto con los usuarios y familiares ofreciendo ayuda, tratamiento y cuidados en una atmósfera de esperanza y optimismo		BPC	8
La evaluación de las necesidades de salud y de soporte social de las personas con esquizofrenia debe ser comprensiva y abarcar aspectos médicos, sociales, psicológicos, ocupacionales, económicos, físicos y culturales		BPC	8
Los profesionales deben hacer sus mayores esfuerzos para obtener un consentimiento informado del paciente antes de iniciar el tratamiento, dándole un tiempo adecuado para ello e información escrita		BPC	8
El tratamiento de los individuos con esquizofrenia requiere una aproximación multidisciplinaria coordinada	6	C	9
Se debe diseñar un plan individualizado que especifique todos los aspectos del cuidado	6	C	9
Se debe tener cuidado de evitar las intervenciones demasiado estresantes que pueden resultar en un empeoramiento de los síntomas psicóticos	6	C	9
RECOMENDACIONES PARA LA FASE AGUDA			
Considerando que las personas con un posible diagnóstico de esquizofrenia tienen dificultades para obtener tratamiento y cuidados en una etapa temprana, es necesario desarrollar servicios que respondan prontamente a esta demanda		BPC	8
Es recomendable utilizar los antipsicóticos atípicos como elección de primera línea para el tratamiento de personas en los cuales por primera vez se hace el diagnóstico de esquizofrenia		A	8
La familia y los cuidadores deben ser involucrados desde un principio (con el consentimiento del paciente)	3	B	9
Una vez que se ha establecido el diagnóstico, se le	3	B	9

debe dar información a los familiares y cuidadores respecto de la enfermedad, su etiología, su curso, su tratamiento y los recursos disponibles, incluyendo información respecto de grupos de autoayuda			
La psicoeducación, en comparación con los cuidados habituales para personas con esquizofrenia, disminuye significativamente la tasa de recaídas en períodos de 9 a 18 meses y tiene un efecto positivo en el bienestar personal	2		8,9,14,43
La información debe ser entregada por un profesional de la salud experimentado que se encuentra familiarizado con las preocupaciones y circunstancias de los familiares y cuidadores	2	A	9
La información puede no ser asimilada en una sesión y puede ser necesaria su repetición		BPC	8
Los equipos de Psiquiatría comunitaria son una forma aceptable de organización de los cuidados comunitarios y pueden tener el potencial para coordinar e integrar efectivamente otros recursos comunitarios en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Sin embargo, existe evidencia insuficiente respecto de sus ventajas como para fundamentar una recomendación que dificulte o inhiba el desarrollo de otras alternativas de servicios		C	8
Los equipos de crisis o de tratamiento domiciliario debiesen ser utilizados como un medio de manejar las crisis de los usuarios y como una forma de entregar un cuidado agudo de alta calidad.		B	8
Los hospitales de día para agudos deben ser considerados como una opción clínica costo-efectiva para los cuidados agudos, tanto como una alternativa a la hospitalización completa, como para facilitar el alta de pacientes internados		A	8,29
RECOMENDACIONES PARA LA FASE DE RECUPERACION			
Se debe desarrollar un programa de educación para los pacientes, dando información respecto de la enfermedad y de los beneficios y efectos colaterales de los medicamentos, el cual debe permitir una mejor aceptación del paciente	2	A	8,9,14,43
La información debe ser entregada de una manera que cumpla con las necesidades del individuo		BPC	8
Después de la evaluación diagnóstica, en algunos casos se debe implementar programas de intervención familiar	2	A	9,14,44
Las intervenciones familiares, en comparación con el cuidado habitual de las personas afectadas de esquizofrenia, reduce significativamente la tasa de recaídas en 12 y 24 meses. No se ha encontrado diferencias significativas entre las intervenciones con una familia y las intervenciones multifamiliares.	2		14,46,47

El programa de intervención familiar debe incluir: un programa educacional, el análisis de las relaciones y funcionamiento familiar, sesiones familiares para abordar los problemas identificados en el análisis y grupos de apoyo para los familiares		A	8,9
Los programas de intervención familiar deben ser integrados con los otros aspectos del cuidado		BPC	8
Las relaciones familiares deben ser evaluadas para identificar la necesidad de sesiones familiares para abordar las dificultades de relación	6	C	9,44
Los programas de intervención deben continuar por lo menos por nueve meses con sesiones familiares, al menos, una vez por mes	6	C	9
La terapia cognitivo conductual debiese ser una opción de tratamiento para algunas personas afectadas de esquizofrenia		A	8,9,49
La terapia conductual podría mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, en comparación con los cuidados habituales. En comparación con la psicoeducación, las intervenciones conductuales muestran mejores resultados sobre la adherencia	4		14,49
Los programas de intervenciones terapéuticas deben ser desarrollados por profesionales entrenados	2	A	8,9
RECOMENDACIONES PARA LA FASE DE INTEGRACION SOCIAL			
Se debe realizar periódicamente una evaluación completa de las necesidades de salud y sociales, que incluya aspectos de condiciones materiales y calidad de vida		BPC	8
La terapia cognitivo conductual debiese ser considerada para los síntomas psicóticos muy perturbadores o que son resistentes a los tratamientos convencionales	3	A	49
Cuando se realizan intervenciones familiares, el usuario debiese ser incluido en las sesiones ya que mejora significativamente los resultados		B	8
El empleo apoyado es significativamente más efectivo para mantener en un empleo competitivo a las personas afectadas de esquizofrenia, en comparación con el entrenamiento prevocacional en un período de 18 meses. No existe evidencia de que el entrenamiento prevocacional sea más efectivo que los cuidados habituales	3	B	48
Los programas de empleo protegido son una alternativa para quienes deseen volver al trabajo. Sin embargo, no debe ser la única actividad ofrecida cuando hay individuos que no están en condiciones de trabajar o fracasan reiteradamente en la búsqueda de empleo		C	8
Los servicios de salud mental debiesen estimular a las personas a utilizar las posibilidades ocupacionales		BPC	8

existentes en la comunidad			
Los médicos generales y otros trabajadores de la salud primaria debiesen controlar regularmente la salud física de las personas con esquizofrenia. La frecuencia de los controles debe ser acordada entre el usuario y los profesionales involucrados en su control		BPC	8
Los controles de salud deben estar atentos a trastornos endocrinos como diabetes e hiperprolactinemia, factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y la dislipidemia, efectos colaterales de los medicamentos y a factores del estilo de vida, como el tabaquismo		BPC	8

Grados de Recomendación:

A: Requiere a lo menos un estudio randomizado controlado como parte de un cuerpo de trabajos de buena calidad que apunta consistentemente a la recomendación específica.

B: Requiere la existencia de estudios clínicos bien conducidos pero no estudios clínicos randomizados en el área de la recomendación.

C: Requiere evidencia obtenida de comités de expertos y/o la experiencia clínica de autoridades respetadas en el tema. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad aplicables a la recomendación.

BPC: Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del grupo de trabajo elaborador de la guía clínica

Tipos de Evidencia:

Tipo 1: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados y metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.

Tipo 2: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.

Tipo 3: Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar y buena probabilidad que la relación sea causal.

Tipo 4: Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar y de que la relación no sea causal.

Tipo 5: Estudios no analíticos; ej. series de casos, reportes de casos.

Tipo 6: Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles anteriores.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.
EVIDENCIA QUE LA SUSTENTA

RECOMENDACION	TIPO DE EVIDENCIA	REFERENCIA
La clorpromazina, en comparación con placebo, reduce significativamente las recaídas en períodos de 6 meses a 2 años y promueve una mejoría global en los síntomas y en el funcionamiento. En comparación con placebo, la clorpromazina provoca más sedación, distonía aguda, parkinsonismo, disminución de la PA acompañada de mareo y aumento de peso.	1	14,23
El haloperidol, en comparación con placebo, aumenta la proporción de personas con mejorías significativas en períodos de 6 meses a 2 años. Su uso se encuentra asociado con distonía aguda, akatisia y parkinsonismo.	1	14,22
El sulpiride, en comparación con placebo, aumenta la proporción de personas con mejorías significativas en períodos de 10 semanas. En comparación con neurolépticos clásicos no se encuentran diferencias significativas en la proporción de personas que mejoran. En comparación con neurolépticos clásicos, se asocia con un menor uso de antiparkinsonianos.	2	14,24
La risperidona, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia, a lo menos, similar. Su perfil de efectos adversos destaca por una menor proporción de personas con efectos extrapiramidales y de somnolencia diurna. En comparación con otros antipsicóticos atípicos, la risperidona, no se encuentra diferencias significativas.	1	14,15,16
La olanzapina, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia similar con mucho menos síntomas extrapiramidales, pero con más aumento de peso.	2	14,17
La ziprazidona es un antipsicótico efectivo con menos efectos extrapiramidales que el haloperidol, pero causa más náuseas y vómitos que los antipsicóticos clásicos.	2	14,18
La quetiapina, en comparación con neurolépticos clásicos, presenta una eficacia similar, con menor incidencia de parkinsonismo, acatisia y distonía.	2	14,19
El Amisulpride es un antipsicótico efectivo, con menos efectos extrapiramidales que los neurolépticos clásicos.	2	14,20
La clozapina, en comparación con neurolépticos clásicos, es más efectiva en la reducción de síntomas, en obtener mejoría clínica significativa y en la disminución de las recaídas. Estas diferencias son más significativas en personas resistentes a neurolépticos clásicos.	1	14,25
No existe evidencia para afirmar la superioridad de un antipsicótico atípico sobre otro (excepto clozapina). En comparación con la clozapina, los otros antipsicóticos atípicos no han mostrado aún una efectividad y tolerabilidad equivalente. Las diferencias principales están en el perfil distinto de efectos colaterales. La clozapina se asocia más con fatiga, sialorrea, náuseas, mareos ortostáticos y con discracias sanguíneas. Todos los otros, excepto olanzapina, producen más síntomas extrapiramidales.	2	21,26

Para una persona afectada por un primer episodio de esquizofrenia, debiera intentarse su tratamiento con dosis de antipsicóticos cercanas al límite inferior del rango (equivalente a 300-500 mg/día de clorpromazina)	3	13
Considerando que no existe evidencia que muestre superioridad de un antipsicótico sobre otro en el tratamiento de los síntomas positivos de un primer episodio (excepto clozapina en pacientes refractarios), la elección de un tratamiento debe ser realizada considerando la aceptabilidad del paciente, el perfil de efectos colaterales y el planeamiento del tratamiento a largo plazo.	6	13
Se considera 3 semanas como el período mínimo para un ensayo terapéutico adecuado. Si se observa una respuesta parcial en ese período, se debe continuar con el medicamento, optimizando la dosis, hasta un plazo de 6 semanas.	1	11
En general, la persistencia de síntomas positivos considerados moderados debiese llevar a un cambio de medicamentos, a menos que existan antecedentes clínicos que hagan poco probable una mejoría adicional con el cambio.	1	11
Si existe una buena respuesta antipsicótica pero efectos colaterales significativos, se debe intentar su manejo con la adición de medicamentos adjuntos.	6	11
Se debe realizar un tratamiento con clozapina en pacientes cuyos síntomas no han respondido adecuadamente a dos tratamientos previos con antipsicóticos distintos. El plazo mínimo para evaluar el tratamiento con clozapina es de 3 meses.	1	14,21,25,27
Se debe considerar el tratamiento con clozapina para pacientes con conductas violentas repetidas y síntomas psicóticos que no responden al tratamiento con medicamentos adjuntos.	3	11
Se debe considerar la clozapina como una alternativa para pacientes que requieren tratamiento antipsicótico pero desarrollan efectos colaterales severos e intolerables, tales como diskinesia tardía, distonía persistente o síndrome neuroléptico maligno.	4	11,21,25,27
El mantenimiento del tratamiento antipsicótico, por lo menos, por 6 meses después del episodio agudo, disminuye significativamente las tasas de recaída	1	14

Tipos de Evidencia:

Tipo 1: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados y metodológicamente válidos; ensayos clínicos randomizados de alto poder que estén libres de sesgos mayores.

Tipo 2: Revisiones sistemáticas de ensayos randomizados o ensayos clínicos randomizados sin los resguardos metodológicos apropiados para evitar sesgos.

Tipo 3: Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos; estudios de cohorte o casos y controles con bajo riesgo de sesgo, confusión o azar y buena probabilidad que la relación sea causal.

Tipo 4: Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de sesgo, confusión o azar y de que la relación no sea causal.

Tipo 5: Estudios no analíticos; ej. series de casos, reportes de casos.

Tipo 6: Opinión de expertos, en ausencia de evidencia de los niveles anteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, “ Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature”, Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833-843
2. “Estudio de Carga de Enfermedad”, Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 1996
3. “Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia”, Sociedad Española de Psiquiatría, 1998
4. “Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia”, Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
5. Silva H, “Esquizofrenia”, en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000
6. “Practical Guide for Schizophrenia Management”, Canadian Psychiatric Association, 2000
7. “Practice Guideline for the Treatment of Patients whit Schizophrenia”, Second Edition, American Psychiatric Association, 2004
8. “Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline”, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, England, 2002
9. “Psychosocial Interventions for the Management of Schizophrenia. A national Clinical Guideline”, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Sign Publication N° 30, Edimburgh, Scotland, 1998
10. “Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los establecimientos que las proporcionan”, Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
11. Miller AL, Chiles JA, Chiles JK, Crismon ML, Rush AJ, Shon SP, “The Texas Medication Algorithm Project (TMAP) Schizophrenia Algorithms”, J Clin Psychiatry 1999; 60: 649-57
12. “Treatment of Schizophrenia”, Expert Consensus Guidelines Series, J Clin Psychiatry 1999, Vol 60, (Suppl 11)
13. Lehman A, Steinwachs D, “At issue: Translating Research into Practice: The Schizophrenia Patients Outcome Research (PORT) Treatment Recommendations”, Schizophrenia Bulletin 1998; 24(1): 1-10
14. “Clinical Evidence Mental Health”, Issue 8, 2002, BMI Publishing Group, London, United Kingdom

15. Hunter RH, Joy CB, Kennedy E, Gilbody SM, Song F, "Risperidone versus typical antipsychotic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
16. Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A, "Risperidone versus other atypical antipsychotic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
17. Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S, "Olanzapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
18. Bagnall AM, Lewis RA, Leitner ML, "Ziprazidone for schizophrenia and severe mental illness", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
19. Srisurapanont M, Disayavanish C, Taimkaew K, "Quetiapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
20. Mota-Neto JIS, Lima MS, Soares BGO, "Amisulpride for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
21. Tuunainen A, Wahlbeck K, Gilbody SM, "Newer antipsychotic medication versus clozapine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
22. Joy CB, Adams CE, Lawrie SM, "Haloperidol versus placebo for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2003, Oxford: Update Software Ltd
23. Thornley B, Rathbone J, Adams CE, Awad G, "Clorpromazine versus placebo for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2003, Oxford: Update Software Ltd
24. Soares BGO, Fenton M, Chue P, "Sulpiride for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
25. Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA, "Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
26. Bagnall AM, Jones L, Ginelly L, Lewis R, Glanville J, Gilbody S, "A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia", Health Technology Assessment (HTA), 2003, Vol 7, N° 13
27. "Full Guidance on the use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia", Technology Appraisal Guidance N° 43, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, England, 2002
28. Adams CE, Eisenbruch M, "Depot Fluphenazine for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd

29. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D, "Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders", from The Cochrane Library, Issue 1, 2003, Oxford: Update Software Ltd
30. "Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2003
31. "Norma Técnica: Uso de Clozapina", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
32. Tharyan P, Adams CE, "Electroconvulsive therapy for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
33. "Norma Técnica: Terapia Electroconvulsiva Modificada", Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2000
34. "Consenso Español sobre Terapia Electroconvulsiva", Sociedad Española de Psiquiatría, 1999
35. Sailas E, Fenton M, "Seclusion and restraint for people with serious mental illness", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
36. "Norma Técnica: Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora", Ministerio de Salud, Santiago, Chile 2003
37. Meltzer H, Alphas L, Green L, Altamura C, Anand R, Bertoldi A, Burgueois M, Chouinard G, Islam Z, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, "Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia", Archives of General Psychiatry; 2003; 60: 82-91
38. Leucht S, McGrath J, Kissling W, "Lithium for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
39. Basan A, Leucht S, "Valproate for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 4, 2004, Oxford: Update Software Ltd
40. Leucht S, McGrath J, Kissling W, "Carbamazepine for schizophrenia and schizoaffective psychoses", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd
41. Jerez S, "Otras Psicosis", en Psiquiatría Clínica, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, Chile, 2000
42. "Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente Ambulatorio con Esquizofrenia", Agencia D'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques, Barcelona, España 2003
43. Pekkala E, Merinder L, "Psychoeducation for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd

44. Mueser K, et al, "Tratamientos basados en la comunidad para la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Resultados", Medscape Mental Health, 2001 (traducción de Fernando Pérez Pacho, Servicio de Salud Mental del Consell Insular de Menorca, España)
45. Vallina O, Lemos S, "Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia", Psicothema; 2001; 13: 345-364
46. Pharoa FM, Mari JJ, Streiner D, "Family interventions for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
47. Dixon L, McFarlane W, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, Mueser K, Miklowitz D, Solomon P, Sondheim D, "Evidenced-based practices for services to families of people whit psychiatric dissabilities", Psychiatric Services, 2001; 52: 903-911
48. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P, "Vocational rehabilitation for people whit severe mental illness", from The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software Ltd
49. Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira DA Mota Neto J, "Cognitive behaviour therapy for schizophrenia", from The Cochrane Library, Issue 2, 2003, Oxford: Update Software Ltd

ANEXOS

ANEXO 1: CIE-10: Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, F20 al F29

ANEXO 2: CIE 10: Versión multiaxial para adultos, ejes II y III

ANEXO 3: CIE 10: Versión multiaxial para niños y adolescentes, ejes V y VI

ANEXO 4: Escala de Síndromes Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS)

ANEXO 5: Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF)

ANEXO 6: Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

ANEXO 7: Criterios de evaluación para monitorear la implementación de protocolo auge primer episodio de esquizofrenia

CATEGORIAS CIE-10 INCLUIDAS EN PROTOCOLO AUGE ESQUIZOFRENIA : 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 Trastorno 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 transitorio

- F23.0 Trastorno psicótico poliformo sin síntomas de esquizofrenia
- F23.1 Trastorno psicótico agudo poliformo 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 maniaco
- 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 trastorno psicóticos no orgánicos

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 PARA ESQUIZOFRENIA

Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más, si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más.

- a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo, que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos", tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social

CIE 10 : VERSION MULTIAXIAL PARA ADULTOS EJES II y III

EJE II

DISCAPACIDADES

Este Eje sirve para valorar discapacidades en relación a las tareas y a las funciones que se espera que realice el individuo en su específica situación sociocultural. El término discapacidad ha sido seleccionado para evitar potenciales discordancias en el uso, por profesionales y profanos, de los términos de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). El término discapacidad abarca todos ellos, definidos de la siguiente manera:

Deficiencia (impairment): en el contexto de la experiencia sanitaria, una deficiencia es cualquier pérdida o anomalía de una estructura anatómica o de una función, fisiológica o psicológica;

Discapacidad (disability): en el contexto de la experiencia sanitaria, una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad (como consecuencia de una anomalía) de la manera o con el nivel considerado como normal para un individuo en su situación sociocultural específica;

Minusvalías (handicap): en el contexto de la experiencia sanitaria, una minusvalía es un obstáculo que tiene un individuo, como resultado de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide que complete el papel que sería normal para ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Escala de discapacidad de la OMS y su empleo

La Escala de discapacidad de la OMS ha surgido de las pautas de valoración psiquiátrica de discapacidades de la OMS. Es un sencillo instrumento diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por los trastornos mentales y somáticos. El instrumento puede ser usado por un clínico especialista (p.e. psiquiatra, psicólogo clínico) y otro profesional sanitario (p.e., médico general, trabajador social) que tenga una experiencia previa en valorar el comportamiento y que esté familiarizado con el uso de ese instrumento.

La escala de discapacidad de la OMS no es un cuestionario y las puntuaciones deben basarse en el juicio clínico de la información obtenida al examinar al paciente; de la proveniente de informadores clave, tales como los miembros de la familia; de notas sobre el caso o de otros registros sobre el mismo; y de la observación del paciente. Para obtener una información relevante, el clínico debe familiarizarse con el contenido de las áreas específicas de las funciones cubiertas por este instrumento y, en el curso de la entrevista, debe hacer las preguntas adecuadas para ser capaz de valorar las discapacidades encontradas. Al valorar las discapacidades, el clínico debe tener en cuenta la gravedad o intensidad de la discapacidad (p.e., el número de tareas o de funciones que han sido afectadas) así como su duración (es decir, la cantidad de tiempo, en épocas pasadas, durante la cual se manifestó la discapacidad). Si una discapacidad es intensa pero de breve duración, puede ser puntuada al mismo nivel que una menos intensa manifestación de discapacidad que haya durado mucho más tiempo.

Antes de valorar la discapacidad en las áreas específicas de funcionamiento, el clínico debe decidir sobre el período de tiempo que quiere cubrir con la puntuación. La elección dependerá del propósito principal por el que se hace la valoración (p.e., planificación del tratamiento) o la situación particular y/o causa por la cual el paciente se evalúa (p.e., admisión en un hospital). Las opciones temporales ofrecidas por el instrumento son: "actual" (es decir, en el momento de la valoración); "último mes"; "último año" y "otro período (especificar tiempo)".

La discapacidad del paciente en áreas específicas del funcionamiento en el período de tiempo elegido debe ser evaluada frente al presumible funcionamiento “de nivel medio” o “normal” de una persona del mismo sexo, de similar edad y de formación y situación socio cultural parecida.

Puntuación

Se espera que el médico puntúe las discapacidades haciendo un círculo sobre la escala dada de 0 (“ninguna discapacidad”) a 5 (“discapacidad máxima”) para cada una de las áreas específicas de funcionamiento. En caso de duda, la regla general es que el médico seleccione el nivel numérico más bajo. Cuando una persona puede realizar una actividad porque es ayudada por alguien (p.e., familia, trabajador social, etc) el nivel real de discapacidad es el que debe puntuarse, y debe ponerse una señal en el lugar apropiado para indicar “funcionamiento con asistencia”.

Los puntos principales de la escala y sus definiciones son los siguientes:

0	Ninguna discapacidad	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento (0%)
1	Discapacidad mínima	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo (20%)
2	Discapacidad seria	Existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo (40%)
3	Discapacidad seria	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo (60%)
4	Discapacidad muy seria	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo (80%)
5	Discapacidad máxima	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo (100%)

Definiciones de las áreas específicas de funcionamiento

A. Cuidado personal

El cuidado personal debe ser contemplado como una actividad guiada por normas sociales y convencionales. Se refiere a la higiene personal, la manera de vestir, la alimentación, etc. El fracaso en mantener niveles aceptables de cuidado personal interfiere con la participación social del paciente.

Para puntuar la discapacidad en esta área de funcionamiento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) Las actividades del paciente en lo referente al mantenimiento de la higiene personal y salud física (p.e., limpieza corporal, afeitado, limpieza de la ropa, etc.);
- b) Los hábitos alimentarios (p.e. ritmo regular de las comidas, pérdida o ganancia de peso, etc.);
- c) El cuidado que tiene el paciente de su casa y sus pertenencias.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿cuál es el estado de higiene personal del paciente?, ¿come regularmente?, ¿se preocupa de su apariencia?, ¿cómo está el cuarto del paciente en comparación con el resto de la casa?, etc.

B. Funcionamiento ocupacional

Esta área se refiere a las funciones como trabajador remunerado en su empleo, como estudiante, como ama de casa, etc. Para valorar la discapacidad en esta área de funcionamiento, hay que tener en cuenta:

- a) La conformidad del paciente con la disciplina del trabajo.
- b) La calidad de su trabajo.
- c) Su interés en mantener la ocupación.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿trabaja el paciente de manera regular?, ¿le gusta su trabajo?, ¿puede estar a la altura de lo que tiene que hacer?, etc. En el caso de un estudiante o de una ama de casa, adecuar las preguntas que deberían hacerse.

C. Funcionamiento en la familia

ESTA AREA SE REFIERE A LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA VIDA FAMILIAR (P.E., PAPEL MARITAL, RELACIONES PATERNO-FILIALES) Y A LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO DE LA CASA (P.E., REALIZACION DE TAREAS DOMESTICAS, COMIDAS FAMILIARES, ETC.). A LA HORA DE CONCEDER LA PUNTUACION, SE DEBE PRESTAR UNA ATENCION PARTICULAR A LO QUE HACE EL PACIENTE EN SU ESPECIFICO CONTEXTO VIVENCIAL.

Respecto al papel marital, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- a) La comunicación del paciente con su cónyuge.
- b) La capacidad del paciente para mostrar su afecto y su interés.
- c) El punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él.

Para determinar la gravedad de la disfunción, el médico debería considerar si existen pruebas de: cualquier reducción en las áreas de comunicación entre el paciente y su cónyuge; cualquier reducción en el afecto mutuo y el apoyo entre los esposos; cualquier amenaza a la viabilidad del matrimonio; etc.

Las preguntas claves serán: ¿cómo describiría Ud. su matrimonio?, ¿es Ud. afectuoso?, ¿puede Ud. confiar en su cónyuge?, etc.

Respecto a las relaciones paterno-filiales del paciente debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- a) Las actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de ellos.
- b) El grado de unión con los hijos, la intensidad del afecto por ellos y el interés mostrado por el bienestar y el futuro de los mismos.
- c) Cualquier abuso en la función de padre o los posibles efectos negativos sobre los hijos.

PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD, EL MEDICO DEBE CONSIDERAR: LA FORMA EN QUE EL PACIENTE LLEVA A CABO ACTUALMENTE LAS TAREAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE LOS HIJOS; LA IMPLICACION DEL PACIENTE EN EL DESARROLLO Y LA VIDA DE SUS HIJOS; LA COMPETENCIA DEL PACIENTE PARA ESTAR CERCA Y RELACIONARSE CON SUS HIJOS, ETC.

Las preguntas claves que se habrán de responder son: ¿es el paciente un buen padre?, ¿está cerca de sus hijos?, etc.

Respecto a la participación del paciente en las actividades de la casa, debe ser tenido en cuenta lo siguiente:

- a) Las funciones y las obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable.
- b) La manera en la que el paciente desarrolla sus papeles en la familia (p.e., esposo, padre/madre, hijo).

LAS PREGUNTAS CLAVES QUE SE HABRAN DE RESPONDER SON: ¿QUE CLASE DE COSAS HACE EL PACIENTE POR SU FAMILIA?, ¿DE QUE MANERA TOMA PARTE EN LAS ACTIVIDADES DE LA CASA?, ETC.

D. Funcionamiento en el contexto social en general

Esta área se refiere a lo que se espera que el paciente haga como miembro de una comunidad, su participación en actividades de ocio y en otras actividades sociales, etc. Aquí hay que considerar la adaptación del paciente a la vida con los demás fuera de su casa, y la manera en que se relaciona con el resto de la gente. También hay que considerar lo siguiente:

- a) La manera en que el paciente responde a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar.
- b) La buena disposición del paciente para convivir en un ambiente "impersonal" (p.e., compañeros de profesión, desconocidos en un autobús o en un comercio, etc.).
- c) El trato del paciente con gente que no aprecia fuera de su casa.
- d) La calidad y la cantidad de las relaciones con amigos y con personas fuera de su familia.
- e) El interés del paciente en actividades de ocio fuera del ambiente familiar.

Para determinar la gravedad de la discapacidad, el médico debe considerar si existen pruebas de: cualquier falta de cooperación por parte del paciente ante problemas sociales; cualquier consecuencia adversa para el paciente de su función social (p.e., restringida integración social); etc.

Las preguntas claves que habría que responder son: ¿cuál es el comportamiento del paciente con los extraños?, ¿cómo trata a la gente el paciente en el trabajo/la escuela/la universidad/el vecindario?, ¿cómo trata el paciente a la gente que no le gusta?, ¿hasta qué punto está el paciente inmerso en actividades de ocio y en actividades extrafamiliares o fuera de su casa?, etc.

ESCALA DE DISCAPACIDAD DE LA OMS

1.- PERIODO CUBIERTO POR LA VALORACION (marcar el cuadro apropiado)

- Actual
- Último mes
- Último año
- Otro periodo (especificar): _____

2.- AREAS ESPECIFICAS DE FUNCIONAMIENTO (marcar con un círculo la cifra apropiada):

a) Cuidado personal

Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

b) Funcionamiento ocupacional

Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

c) Funcionamiento familiar

Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

d) Funcionamiento en el contexto social amplio

Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio y en otras actividades sociales.

0 1 2 3 4 5
ninguna discapacidad funcionamiento con ayuda discapacidad máxima

3.- DURACION TOTAL DE LA DISCAPACIDAD (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año
- Un año o más
- Desconocida

4.- CAPACIDADES ESPECIFICAS

ALGUNOS PACIENTES PUEDEN TENER UNA ALTA PUNTUACION DE DISCAPACIDAD EN UNA O MAS DE LAS AREAS ARRIBA MENCIONADAS Y, SIN EMBARGO, PUEDEN PRESENTAR HABILIDADES ESPECIFICAS QUE SON IMPORTANTES PARA EL MANEJO Y EL CUIDADO DEL FUNCIONAMIENTO DEL

INDIVIDUO EN LA COMUNIDAD O EN LA FAMILIA. EJEMPLOS DE ELLO PUEDEN SER: LA HABILIDAD PARA TOCAR UN INSTRUMENTO MUSICAL, LA BUENA APARIENCIA, LA FUERZA FISICA, SENTIRSE COMODO EN REUNIONES SOCIALES, ETC.

Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:

.....
.....
.....
.....

EJE III: FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES

El eje III proporciona al médico la oportunidad de valorar los factores ambientales y circunstanciales junto con los problemas derivados del estilo personal de vida y del manejo de su vida que tiene el enfermo, y que se considera que contribuyen de manera significativa a la génesis, presentación, curso y finalización, o que son importantes para el tratamiento, de los trastornos mentales y somáticos registrados en el eje I o que tienen una clara relevancia para el cuidado clínico de un episodio acaecido en el curso de una enfermedad.

La codificación por el médico tendrá lugar sólo si el factor ambiental o circunstancial ha sido de una duración o de una intensidad tal que ha influido, o ha tenido un papel significativo, en la situación que se analiza. Es importante tener muy en cuenta el trasfondo sociocultural del paciente cuando se quiere valorar la importancia de un factor en concreto (p.e., el fallecimiento de un familiar lejano puede ser de suficiente importancia, como para necesitar su codificación, en el caso de un paciente que vive dentro de una extensa familia, pero no en el caso de un paciente que vive en una familia nuclear).

Hay que tener en cuenta el tiempo que está presente el factor ambiental o circunstancial, pero siempre deben codificarse los factores que contribuyan de manera significativa a que exista la enfermedad en ese momento, con independencia del tiempo en que tuvo lugar el contacto con el factor (p.e., la muerte del cónyuge varios años antes debe ser codificada si el hecho es relevante para la situación actual, por el contrario, la muerte del cónyuge pocos meses antes no debe registrarse si se valora como no importante para que exista el episodio actual). Los factores de naturaleza crónica deben ser sólo codificados si se considera que son importantes para que exista la situación actual.

Los problemas (p.e., respecto al consumo de alcohol) que cumplen los criterios de un trastorno del eje I, no deben ser codificados en el eje III. Los factores considerados secundarios no deben ser codificados en el eje III. En el caso de algunos factores ambientales y circunstanciales, la codificación debe de ser realizada de acuerdo con su gravedad y con la influencia que tiene sobre el trastorno diagnosticado en el eje I.

La siguiente sección del libro contiene una lista y un glosario de definiciones de categorías seleccionadas de la CIE-10 desde Z00 a Z99, es decir, factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Capítulo XXI de la CIE-10). Debe ser usada por los médicos en la codificación de los factores ambientales y circunstanciales después de valorar los problemas ambientales y circunstanciales y del estilo personal de vida y del manejo de la misma, que contribuyan a la génesis, presentación y curso de los trastornos mentales y somáticos registrados en el eje I. Se debe dar un código XX si no existe ningún factor ambiental o circunstancial de los listados en las categorías Z de la CIE-10.

Relación de categorías seleccionadas del Capítulo Z de la CIE-10

y códigos específicos

- Z61 Problemas relaciones con hechos negativos en la niñez.**
- Z61.0 Pérdida de relación afectiva en la niñez**
Pérdida de una estrecha relación emocional, tal como la que se tiene con un padre, un hermano, un amigo muy especial o un animal muy querido, por fallecimiento, alejamiento permanente o rechazo.
- Z61.1 Cambio de domicilio durante la niñez**
Remisión a un hogar de adopción, hospital u otra institución que cause estrés psicosocial, o traslado forzado para realizar una actividad fuera del hogar durante un período prolongado de tiempo.
- Z61.3 Hechos que producen la pérdida de la autoestima en la niñez**
Hechos que producen una negativa valoración de sí mismo en el niño tales como el fracaso en tareas en las que se ha puesto un gran interés personal, descubrimiento de un acontecimiento familiar vergonzoso o estigmatizante y otras experiencias humillantes.
- Z61.6 Problemas relacionados con abusos físicos del niño**
Problemas relacionados con incidentes en los que el niño ha sido lesionado de gravedad en el pasado por cualquier adulto en el medio familiar (p.e., fracturas, contusiones importantes), o se ha visto implicado en formas anormales de violencia (p.e., ser golpeado con utensilios pesados o cortantes, recibir quemaduras o estar atado).
- Z61.7 Experiencias personales atemorizantes en la niñez**
Experiencias que originan un sentimiento de temor para la vida futura del niño tales como un secuestro, un desastre natural que amenaza su vida, lesiones con miedo a su seguridad o a su imagen, o ser testigo de un traumatismo grave de una persona querida.
- Z61.8 Otras experiencias negativas en la niñez**
- Z61.9 Otras experiencias inespecíficas en la niñez**
- Z62.0 Supervisión y control inadecuado de los padres**
Falta de conocimiento por parte de los padres de lo que el niño hace o de donde se encuentra; falta de control; falta de interés o de intervención adecuada cuando el niño se encuentra en una situación de riesgo.
- Z62.1 Superprotección de los padres**
Una pauta de superprotección conducirá a la infantilización e impedirá el desarrollo de un comportamiento independiente.
- Z62.2 Crianza en instituciones**
El cuidado en lugares en los que las responsabilidades de los padres están ampliamente desplazadas por alguna forma de dirección institucional (p.e., guarderías, orfanatos, hogares infantiles) o el tratamiento médico durante un tiempo prolongado que obliga al niño a permanecer en un hospital, o en una casa de convalecencia o centro similar, donde no puede convivir con el niño, por lo menos, uno de los padres.
- Z62.4 Abandono emocional del niño**

Trato de los padres rechazante o insensible con el niño. Falta de interés por el niño o por sus dificultades, sin intentar motivarle. Reacciones irritadas a comportamientos ansiosos y ausencia de suficiente confort físico y de afecto.

- Z62.5 Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño.**
Falta de aprendizaje y de tiempo para juegos.
- Z62.8 Otros problemas específicos relacionados con la crianza**
- Z62.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con la crianza**

- Z55 Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo**
- Z55.0 Analfabetismo o bajo nivel de alfabetización**
- Z55.1 Escolarización no disponible o inalcanzable**
- Z55.2 Fracaso en los exámenes**
- Z55.3 Fracaso escolar**
Fracaso para alcanzar el nivel educativo esperado, teniendo en cuenta su bagaje sociocultural y la capacidad intelectual.
- Z55.4 Desajuste educativo y problemas con profesores y compañeros de clase**
Incapacidad para adaptarse al sistema educativo con sus consiguientes problemas de relaciones con los profesores y los compañeros.
- Z55.8 Otros problemas específicos relacionados con la educación y el alfabetismo**
Educación inadecuada.
- Z55.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con la educación y el alfabetismo**

- Z63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares.**
- Z63.0 Problemas en relación con conflictos entre esposos o pareja**
Desacuerdos entre los miembros de la pareja que producen graves o prolongadas pérdidas de control, sentimientos críticos y hostiles, o una persistente atmósfera de intensa violencia interpersonal (peleas o golpes).
- Z63.1 Problemas relacionados con padres o familia política**
- Z63.2 Soporte familiar inadecuado**
- Z63.3 Ausencia de un miembro de la familia**
- Z63.4 Desaparición o muerte de un miembro de la familia**
Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z63.5 Rotura de la familia por separación o divorcio**
Separación.
- Z63.6 Familiar dependiente que necesita cuidados en la casa**
- Z63.7 Otros hechos estresantes de la vida que afectan a la familia y al ambiente**

familiar (p.e., problemas de salud o aislamiento familiar).

Ansiedad (normal) por la existencia de una persona enferma en la familia.

Problemas de salud dentro de la familia
Miembro enfermo o trastornado de una familia
Aislamiento familiar

Z63.8 Otros problemas específicos relacionados con el grupo de soporte primario

Discordia familiar sin especificación
Nivel emocional fuertemente expresado dentro de la familia
Comunicación inadecuada o distorsionada dentro de la familia

Z63.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con el grupo de soporte primario.

Z60 Problemas relacionados con el ambiente social

Z60.1 Situaciones familiares atípicas

Z60.2 Persona que vive sola

Z60.3 Dificultades en la adaptación cultural

Z60.4 Exclusión y rechazo social

EXCLUSION Y RECHAZO EN BASE A LAS CARACTERISTICAS PERSONALES, TALES COMO APARIENCIA FISICA, ENFERMEDAD O COMPORTAMIENTO INADECUADOS.

Excluye: blanco de discriminaciones por razones raciales o religiosas (Z60.5)

Z60.5 Blanco consciente de discriminación y persecución

Persecución o discriminación, sentida o real, en base a ser miembro de algún grupo especial (definido por el color, la religión, el origen étnico, etc.) más que por las características personales.

Excluye: exclusión y rechazo social (Z60.4)

Z60.8 Otros problemas específicos relacionados con el ambiente social

Z60.9 Otros problemas no especificados relacionados con el ambiente social.

Z59 Problemas relacionados con circunstancias económicas y la vivienda

Z59.0 Carencia de hogar

Z59.1 Casa inadecuada o institución residencial

Falta de calefacción
Falta de espacio
Defectos técnicos del hogar que impiden su mantenimiento adecuado
Vecindario insatisfactorio
Excluye: problemas relacionados con el medio ambiente físico (Z58)

Z59.2 Disputas con los vecinos, los propietarios o los alquilados

Z59.3 Problemas relacionados con el residir en una institución

Vivir en un internado
Excluye: crianza en una institución (Z62.2)

- Z59.5 Pobreza extrema**
- Z59.6 Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades diarias**
- Z59.7 Insuficiente apoyo y cuidado por parte de los seguros sociales**
Falta de ayuda adecuada por parte de la comunidad para solucionar los problemas satisfactoriamente.
- Z59.9 Otros problemas inespecíficos relacionados con circunstancias económicas y vivienda.**
- Z56 Problemas relacionados con el empleo y el desempleo**
- Z56.0 Desempleo, sin especificación**
- Z56.1 Cambio de trabajo**
- Z56.2 Miedo a perder el trabajo**
- Z56.3 Trabajo estresante**
- Z56.4 Disputas entre jefe y trabajadores**
- Z56.5 Trabajo con el que no se congenia; condiciones difíciles en el trabajo**
- Z56.6 Otros problemas físicos o mentales específicos relacionados con el trabajo**
- Z56.7 Otros problemas no especificados relacionados con el empleo**
- Z58 Problemas relacionados con el medio ambiente físico**
- Z58.7 Exposición, por razón de trabajo, a factores de riesgo (ruido, radiación, polvo, agentes tóxicos en agricultura o industria).**
- Z58.8 Exposición, no por razones de trabajo, a factores medioambientales lesivos (ruido, radiación, aire, agua, aceite, polvo y otros agentes contaminantes).**
- Z64 Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales**
- Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado**
- Z64.1 Problemas relacionados con partos múltiples**
- Z64.4 Desacuerdos con consejeros, supervisores de libertad condicional, trabajadores sociales.**
- Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales**
- Z65.0 Condena en procesos civiles o penales sin pena de cárcel**

- Z65.1 Pena de cárcel u otra privación de libertad**
- Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arrestos, juicios, procesamientos).**
 - Arrestos
 - Procesos para custodia de niños o pensiones
 - Juicios
 - Procesamientos
- Z65.4 Víctima de crimen o terrorismo (incluyendo tortura)**
- Z65.5 Vivencia de desastres, guerras y otras catástrofes**

Problemas relacionados con antecedentes familiares de enfermedades o discapacidades

- Z81 Antecedentes familiares de alteraciones mentales o del comportamiento**
 - Antecedentes familiares de alcoholismo
 - Antecedentes familiares de tabaquismo
 - Antecedentes familiares de abuso de otras sustancias psicoactivas
 - Antecedentes familiares de consumo de sustancias de drogadicción
 - Antecedentes familiares de otras alteraciones mentales o del comportamiento
- Z82 Antecedentes familiares de ciertas discapacidades físicas o de enfermedades crónicas incapacitantes**
 - Antecedentes familiares de epilepsia y de otras enfermedades del sistema nervioso
 - Antecedentes familiares de ceguera y pérdida visual
 - Antecedentes familiares de sordera y pérdida de audición
 - Antecedentes familiares de accidente cerebrovascular
 - Antecedentes familiares de enfermedades coronarias y de otras enfermedades del sistema circulatorio.
 - Antecedentes familiares de asma o de otras enfermedades crónicas del aparato respiratorio bajo.
 - Antecedentes familiares de artritis y de otras enfermedades musculoesqueléticas o del tejido conjuntivo
 - Antecedentes familiares de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
 - Antecedentes familiares de otras discapacidades y de enfermedades crónicas incapacitantes no clasificadas en otro apartado.
- Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida**
 - Z72.0 Consumo de tabaco (excluyendo tabaquismo)**
 - Consumo de tabaco en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.1 Consumo de alcohol (excluyendo alcoholismo)**
 - Consumo de alcohol en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.2 Consumo de drogas (excluye el abuso de sustancias que no producen dependencia y la drogadicción).**
 - Consumo de drogas en una manera que influya en el trastorno del eje I, pero que sea insuficiente para cumplir los criterios de un trastorno del eje I.
 - Z72.3 Falta de ejercicio físico**

- Z72.4 Dieta inadecuada y malos hábitos alimentarios**
- Z72.5 Comportamiento sexual de alto riesgo**
- Z72.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida**
- Z72.9 Otros problemas no especificados relacionados con el estilo de vida**
- Z73.0 Agotamiento**
Estado de agotamiento vital
- Z73.1 Modelo de comportamiento tipo A (ambición sin límites, una necesidad de alcanzar las más altas cotas de importancia y éxitos, competitividad y sentido de la urgencia).**
- Z73.2 Falta de relajamiento y de tiempo para el ocio**
- Z73.3 Estrés, no clasificado en otro apartado**
- Z73.4 Comportamientos sociales inadecuados, no clasificados en otro apartado**
Incapacidad para cumplir con las normas sociales y con las expectativas creadas en base al contexto sociocultural de la persona.
- Z73.5 Conflicto con el papel social, no clasificado en otro apartado**
Experiencia de conflicto debido a las actitudes o comportamientos que exhibe una persona que son incompatibles con su papel en un contexto sociocultural determinado.
- Z73.8 Otros problemas específicos relacionados con las dificultades en el manejo de la vida.**
- Z73.9 Otros problemas no especificados relacionados con las dificultades en el manejo de la vida**

EL FORMULARIO PARA EL DIAGNOSTICO MULTIAXIAL DE LA CIE-10 Y SU EMPLEO

La valoración multiaxial de la CIE-10 es un procedimiento diagnóstico resumido, diseñado para proporcionar un retrato físico – psíquico – social de la situación clínica del paciente. La evaluación médica y la formulación multiaxial deben basarse en todas las informaciones disponibles acerca del enfermo incluyendo: resultados del examen clínico (tanto psiquiátrico como físico), datos obtenidos de parientes y otros informadores, revisiones de historias clínicas, pruebas diagnósticas y de laboratorio, resultados de test o de pruebas psicológicas, informes de trabajadores sociales, y datos de otras fuentes tales como los informes laborales o colegiales.

Los resultados de la evaluación clínica del paciente deben ser registrados en el impreso de formulación diagnóstica multiaxial de la CIE-10 que se muestra en las siguientes páginas del libro. Este impreso comprende una sección para registrar la información básica sobre el paciente, médico y tiempo de valoración, y otras tres secciones cada una de las cuales está dedicada a registrar y valorar la información pertinente respecto a los tres ejes del esquema. Antes de rellenar el impreso, el médico debe decidir el tiempo que va a cubrir con la valoración, es decir, la situación actual, el último mes, el último año o cualquier otro (que deberá especificar), e indicarlo en el propio impreso.

En la sección del impreso sobre el eje, el médico deberá relacionar todos los diagnósticos positivos de la CIE-10, tanto de enfermedades mentales (incluyendo aquí los trastornos de personalidad) como somáticas. Las categorías F00 a F99 para trastornos mentales y las A00-E90 y G00-Y98 para trastornos somáticos deben registrarse en el apartado "códigos de la CIE-10". La lista de los diagnósticos y categorías de la CIE-10 que deben emplearse para los registros, se encuentra en la sección dedicada al eje I de este libro. Este capítulo comprende una relación y una serie de descripciones cortas de todas las categorías de trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) de la CIE-10, así como otra relación de trastornos y problemas somáticos de la CIE-10 (A00-E90 y G00-Y98) asociados, con frecuencia, con los trastornos mentales y del comportamiento. Si el médico no encuentra el diagnóstico y la categoría en estas listas, debe anotar el diagnóstico clínico y dejar en blanco el espacio correspondiente a "códigos de la CIE-10". En tal caso, el diagnóstico de la CI-10 y su respectivo código de la CIE-10 deberán escribirse más tarde después de consultar la versión completa de la CIE-10.

En el apartado correspondiente al eje II del impreso para la formulación diagnóstica multiaxial de la CIE-10, el médico deberá escribir la puntuación que resulte de aplicar la escala de discapacidad de la OMS. El empleo de dicha escala se describe detalladamente en la sección dedicada al eje II en esta publicación.

El apartado correspondiente al eje III del impreso mencionado, se dedica a registrar la valoración del médico de todos los factores ambientales y circunstanciales que haya tenido un papel importante en la génesis, presentación, curso y finalización de los trastornos registrados en el eje I, o que tienen una clara importancia para tratar al paciente. El médico debe hacer una relación de todos los factores ambientales y circunstanciales y acompañarlos de sus específicos códigos Z. Estos factores deben ser ordenados de acuerdo a su importancia. En la sección dedicada al eje III en este libro se puede encontrar una lista de los factores ambientales y circunstancias junto con sus respectivos códigos Z.

IMPRESO PARA FORMULACION DIAGNOSTICA MULTIAIXIAL DE LA CIE – 10

Nombre del Paciente o Número de Registro _____ Edad _____ Años Sexo (V/M) _____

Nombre del Médico o Número de Registro _____ Centro _____

Fecha de Valoración (día/mes/año)

Espacio de tiempo valorado (marcado con un círculo) actual / último mes / último año / otro periodo (especificar):

EJE I: DIAGNOSTICOS CLINICOS	
Anotar los posibles diagnósticos y sus respectivos códigos de la CIE-10 registrar tanto los trastornos mentales y físicos. Situar en primer lugar el diagnóstico principal. Emplear la lista de diagnóstico y categorías del CIE-10 proporcionada en la sección de este libro dedicada al eje 1.	
Diagnósticos	Códigos A – Y de la CIE-10
1.- .....	.....
2.- .....	.....
3.- .....	.....
4.- .....	.....
5.- .....	.....
EJE II: DISCAPACIDADES	
Puntuar las discapacidades de 0 a 5 en cada una de las áreas específicas del funcionamiento emplear la escala de discapacidades de la OMS que se encuentran en la sección dedicada al eje 2	
Discapacidades en áreas específicas de funcionamiento	Puntuación (0-5)
A. Cuidado personal .....	.....
B. Funcionamiento ocupacional .....	.....
C. Funcionamiento en la familia .....	.....
D. Comportamiento social en general .....	.....
Funcionamiento con ayuda en las siguientes áreas (marcar con un círculo):	
Capacidades específicas (anotar las que estén presente):	A B C D
EJE III: FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES	
Anotar todos los factores ambientales y circunstanciales que estén presentes junto con sus específicos códigos Z. Incluir solo los factores que hayan tenido una influencia significativa en la génesis, presentación, curso, finalización o tratamiento de los trastornos registrados en el eje 1 o factores importantes para el cuidado clínico del paciente. Anotar los factores ambientales y circunstanciales en orden de importancia. Emplear la lista adjunta de factores y códigos Z de la CIE-10 que se encuentran en el capítulo dedicado al eje 3.	
Factores ambientales y circunstanciales	Códigos Z de la CIE – 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....

**CIE 10 : VERSIÓN MULTIAXIAL
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

EJES V y VI

<i>EJE V</i>	<i>SITUACIONES PSICOSOCIALES ANOMALAS ASOCIADAS</i>
--------------	---

Lista de Categorías

00 DISTORSION O INADECUACION DEL ENTORNO PSICOSOCIAL NO SIGNIFICATIVA

1 RELACIONES INTRA FAMILIARES ANORMALES

- 1.0 Ausencia de cariño en la relación padres-hijos (Z62.4)
- 1.1 Disputas intra familiares entre los adultos (Z63.8)
- 1.2 Hostilidad y uso del niño como "cabeza de turco" (Z62.3)
- 1.3 Maltrato físico del niño (Z61.6)
- 1.4 Abuso sexual (dentro de la familia) (Z61.4)
- 1.8 Otros

2 TRASTORNO MENTAL, DESVIACIÓN O LIMITACIÓN EN EL GRUPO DE APOYO PRIMARIO DEL NIÑO (Z58.8+Z63.8)

- 2.0 Trastorno mental o alteración de los padres
- 2.1 Minusvalía/discapacidad de los padres
- 2.2 Discapacidad de los hermanos
- 2.8 Otros

3 COMUNICACIÓN INTRA FAMILIAR INADECUADA O DISTORSIONADA (Z63.8)

4 TIPOS ANORMALES DE CRIANZA

- 4.0 Sobreprotección de los padres (Z62.1)
- 4.1 Supervisión y control inadecuados de los padres (Z62.0)
- 4.2 Privación de experiencias (Z62.5)
- 4.3 Presiones inapropiadas de los padres (Z62.6)
- 4.8 Otros (Z62.8)

5 AMBIENTE CIRCUNDANTE ANOMALO

- 5.0 Crianza en instituciones (Z62.2)
- 5.1 Situación parental anómala (Z80.1)
- 5.2 Familia aislada (Z60.8)
- 5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa (Z59.1)
- 5.8 Otros (Z60.8)

6 ACONTECIMIENTOS VITALES AGUDOS (Z61.0)

- 6.0 Pérdida de una relación afectiva (Z61.0)
- 6.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa (Z61.1)
- 6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares (Z61.2)
- 6.3 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima (Z61.3)
- 6.4 Abuso sexual (intra familiar) (Z61.7)
- 6.5 Experiencias personales atemorizantes (Z61.7)
- 6.8 Otros (Z61.8)

Nota: estos códigos Z se refieren a la posición de estas categorías en el Capítulo XXI (factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud) de la CIE-10.

7 FACTORES ESTRESANTES SOCIALES

- 7.0 Persecución o discriminación negativa (Z60.5)
- 7.1 Migración o cambio social (Z60.3)
- 7.8 Otros

8 ESTRES CRONICO INTERPERSONAL ASOCIADO CON EL COLEGIO /TRABAJO (Z55 SE REFIERE AL COLEGIO Y Z56 AL TRABAJO)

- 8.0 Relaciones de disputa con los compañeros (Z55.4) (Z56.4)
- 8.1 "Cabeza de turco" para profesores o supervisores en el trabajo (Z55.4) (Z56.4)
- 8.2 Desasosiego en el ambiente escolar/laboral (Z55.8) (Z56.7)
- 8.8 Otros

9 SITUACIONES O ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DE LOS PROPIOS TRASTORNOS O DISCAPACIDADES DEL NIÑO (Z72.8) (en la cie-10 éstas podrían ser codificadas bajo las mismas categorías usadas cuando no son resultado de propio trastorno o discapacidad del niño, p.ej., z62.1, z61.1 y z61.3, respectivamente)

- 9.0 Crianza en instituciones
- 9.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa
- 9.2 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima
- 9.8 Otros

INTRODUCCION

Este eje proporciona la manera de codificar aquellos aspectos de la situación psicosocial del niño que son significativamente anormales en el contexto del nivel de desarrollo del niño, de las experiencias vividas y de las circunstancias socioculturales predominantes. Las categorías incluidas en este eje han sido escogidas sobre la evidencia de que pueden constituir factores de riesgo psiquiátrico significativos. De cualquier forma, las codificaciones deben hacerse estrictamente en términos de si la situación del niño satisface las pautas diagnósticas para las categorías, independientemente de si dichas circunstancias psicosociales son consideradas o no como causa directa del trastorno psiquiátrico. Esta aproximación es necesaria porque en muchos casos hay una evidencia inadecuada para llegar a una decisión firme sobre el papel causal en un caso individual; porque es frecuente que las adversidades psicosociales sean factores etiológicos contribuyentes, pero no una causa suficiente para el trastorno; y porque los clínicos difieren sobre la importancia de los factores psicosociales como influencias causales. Sin embargo, dado que este eje pretende abarcar los factores que pueden haber influido en la génesis del trastorno o que podrían influir en la evolución futura del mismo, las situaciones que podrían ser consideradas como una consecuencia de las acciones o del comportamiento sintomático del propio paciente han de ser excluidas de las codificaciones del 1 al 8 (para dichas situaciones resultantes del trastorno / discapacidad del niño se utiliza el código 9).

Para cada categoría, un código de un valor "2" significa que la situación definitivamente se dio durante un periodo de tiempo especificado y que fue de un tipo y severidad suficiente para satisfacer las pautas diagnósticas de dicha categoría. Un código de valor "1" significa que la situación definitivamente se dio durante el periodo de tiempo especificado, que fue de tal tipo que satisfizo las pautas diagnósticas de la categoría, pero de una severidad insuficiente para el criterio, a pesar de haber sido considerada como clínicamente anormal y potencialmente significativa. Un código de valor "0" significa que la situación psicosocial del paciente (con

respecto a las características de dicho código) se encontraba dentro de un rango normal amplio (por ejemplo, anomalías menores de escasa significación clínica). Un código de valor "8" significa que la situación no es aplicable a un paciente en particular (por ejemplo, podría no haberle ocurrido al paciente teniendo en cuenta todas sus circunstancias); un valor "9" significa que no hay suficiente información para hacer la valoración.

Se podrá apreciar que este eje no intenta incluir todos los factores etiológicos potenciales. Así, por ejemplo, los factores genéticos no son tenidos en cuenta a menos que estén asociados con uno u otro de los tipos especificados de anomalías del ambiente psicosocial. Igualmente, el eje no cubre cualquiera de los factores estresantes asociados con la pubertad o con cualquier otra transición física. Más bien proporciona cierta manera de codificar sistemáticamente los principales tipos de situaciones psicosociales anormales aplicables a las circunstancias ambientales del niño. Aún así, los clínicos deben considerar que los factores psicosociales que no satisfacen los criterios específicos, sin embargo, pueden haber jugado un papel incluso crucial en la etiología. Por ejemplo, en un niño vulnerable el mero hecho de comenzar el colegio o el nacimiento de un hermano podría constituir un estresor significativo. Inevitablemente, se trata de un conjunto limitado de códigos que no puede cubrir todas las variedades de situaciones psicosociales relevantes en cada caso individual. En su lugar, las categorías se refieren a aquellas situaciones en las que la evidencia sugiere que comportan un riesgo psiquiátrico sustancial para una proporción significativa de niños.

Las categorías describen determinadas facetas de las circunstancias ambientales del niño. Sería de esperar que, con frecuencia, se pudiesen aplicar varias categorías, además, es frecuente que éstas se solapen o que reflejen diferentes aspectos de lo que es básicamente la misma situación. Por ejemplo, el trastorno mental de los padres puede estar asociado a discordancia familiar. Sin embargo, la intención no es conseguir una categorización global de la psicopatología familiar teóricamente subyacente, sino categorizar las diferentes dimensiones, que pueden tener distintos tipos de impacto en el niño.

Marco temporal

Esta clasificación proporciona la manera de codificar aquellas situaciones psicosociales anormales en que resulta evidente que acarrearán un riesgo psiquiátrico significativo para un número sustancial de niños. Dichas situaciones han podido ser operativas durante la infancia, creando una vulnerabilidad que antecede con mucho al comienzo del desorden psiquiátrico; han podido tener su principal efecto en los meses inmediatamente precedentes a su inicio (como causas precipitantes del trastorno); o pueden ser su principal efecto en el curso más que en el inicio del mismo. Los clínicos e investigadores querrán centrarse en diferentes períodos de tiempo por distintos motivos, y esta clasificación puede ser aplicada a cualquier período de tiempo que elijan. Sin embargo, para evitar cualquier ambigüedad y, por lo tanto, falta de fiabilidad es deseable al usar la clasificación indicar el período de tiempo elegido.

Las codificaciones han sido expresadas en términos referidos a todo el período de vida del niño. Sin embargo, por distintos motivos, los clínicos e investigadores pueden querer codificar aquellas situaciones psicosociales operativas sólo durante los seis meses que preceden inmediatamente al momento de la evaluación. Este período de tiempo es suficientemente largo para juzgar las características de las situaciones psicosociales (y suficiente también para que tengan un impacto en el niño); pero todavía lo suficientemente corto para evitar problemas mayores a consecuencia de cambios en las circunstancias psicosociales del niño. Por otro lado, si nos centramos principalmente en los precipitantes del trastorno, sería deseable (además o en su lugar) codificar aquellos que fueron operativos durante los seis meses que precedieron inmediatamente al inicio del trastorno y que condujeron a la derivación psiquiátrica. Una tercera alternativa sería hacer la codificación tomando como base la evidencia de que la situación ha jugado un papel en el proceso causal. A los que adopten esta opción se les recomienda que desarrollen sus propias reglas operacionales acerca de cómo hacer inferencias causales. El procedimiento seguido aquí consiste en hacer referencia a toda la vida del niño. Esto tendría la ventaja de cubrir todas las situaciones que probablemente han afectado al niño, pero también una gran desventaja: el estar codificando dificultades cuando las situaciones han variado sustancialmente durante la vida del niño. De ahí que esté abierto a los usuarios de la clasificación el tomar sus propias decisiones acerca del marco de tiempo para la codificación.

Codificación categorial o dimensional

La clasificación aporta la manera de codificar nueve tipos principales de situaciones psicosociales, la mayoría de las cuales están subdivididas, de tal modo que hay 40 códigos en total. Cada código describe un aspecto o rasgo particular de la situación psicosocial del niño. Por su naturaleza, dichos aspectos no son mutuamente excluyentes y está claro también que en la práctica, con frecuencia, varios o incluso muchos de ellos pueden ser aplicables. La clasificación, tal y como se presenta aquí, no especifica si se debe emplear una aproximación dimensional o categorial, por lo que son posibles diferentes formatos.

El formato más válido y fiable debería proporcionar una estructura dimensional, en la que códigos separados de "0", "1" y "2" (ver arriba) se pudiesen aplicar a todas y cada una de las 40 situaciones especificadas. Este es el planteamiento recomendado. Sin embargo, la clasificación puede igualmente ser utilizada en un formato multicategorial, en el que los evaluadores sólo codifiquen aquellas situaciones aplicables a cualquier caso individual. Este formato es menos manejable estadísticamente por las grandes variaciones entre casos y evaluadores en el número de situaciones codificadas. Este problema puede atenuarse, especificando que las codificaciones sean hechas en orden de importancia psiquiátrica y/o siempre que no se emplee más de un número especificado de códigos. Ambos presentan el inconveniente de la no fiabilidad en el juicio y la importancia, por lo que no es un método recomendable.

00 Distorsión o inadecuación del entorno psicosocial no significativa

Las circunstancias psicosociales del paciente están dentro de unos límites normales ampliamente definidos, de tal forma que los estresores agudos y las adversidades crónicas son moderadas y tienen una escasa significancia clínica. Un código de 00 significa que ninguna otra categoría en este eje justifica un código de "1" o "2".

1 Relaciones intra familiares anormales

Esta categoría hace referencia a los modelos adversos de relaciones e interacciones dentro de la familia, y que no son adecuados al desarrollo social/emocional del niño. Las relaciones familiares adversas de este epígrafe están asociadas a un desarrollo anormal dentro de distintas sociedades, aunque los mecanismos por los cuales dichas adversidades actúan no son bien conocidos. Algunas de las adversidades comprenden las relaciones del niño con otros miembros de la familia directamente, otras hacen referencia a la atmósfera familiar en conjunto en la que el niño está creciendo.

El niño puede experimentar una, algunas o todas estas adversidades al mismo tiempo. Hay que tener en cuenta que aunque los modos de expresión y los umbrales de valoración variarán culturalmente, las deficiencias o distorsiones en estas áreas serán identificables de manera similar en cada cultura. Como un principio general para la clasificación, la presencia de una anomalía debería ser codificada a pesar de la existencia de experiencias positivas o características del entorno compensadoras.

Por su naturaleza, todas las relaciones hacen referencia a dos tipos de interacciones, las cuales estarán influenciadas por el comportamiento de ambos participantes. De acuerdo con esto, es posible que, de alguna forma, las relaciones anormales intra familiares hayan podido surgir en parte como resultado de las acciones, actitudes o respuestas del propio niño. En cada caso individual serán con frecuencia difícil juzgar hasta que punto esto ha sido así. Las codificaciones deberán hacerse sobre la base de la anomalía del comportamiento del otro, independientemente de la propia contribución del niño a la relación.

1.0 Ausencia de cariño en la relación padres – hijos

Ausencia marcada de sentimientos positivos expresados hacia el niño por parte de las figuras parentales. El cariño es expresado a través del modo en que los padres hablan con el niño y a través de comportamientos no verbales, como el contacto físico cariñoso o el confortar físicamente. El contexto y la frecuencia de dichas expresiones de cariño varían culturalmente y según se trate del padre o de la madre. El nivel de cariño expresado deber ser juzgado de acuerdo con el comportamiento esperado por parte de los padres en ese grupo cultural, y a partir de la observación del trato dado a los otros niños. La ausencia de sentimientos positivos no debe ser confundida con la presencia de sentimientos negativos o críticos. Es bastante posible que un padre cariñoso sea crítico con el comportamiento de su hijo, siendo esto más frecuente cuando el niño está dando problemas.

Pautas para el diagnóstico

La ausencia de cariño se caracteriza por un fracaso a la hora de resaltar las cualidades o logros del niño positivamente o con orgullo, y/o por el fracaso a la hora de discutir los problemas o ansiedades del niño de una forma empática o interesada.

El tono afectivo global de la relación padres-hijos es el rasgo fundamental para la clasificación. Las formas específicas en las que se muestra esto varían de una familia a otra, pero para ser categorizadas como una ausencia definitiva de cariño en la relación deberían presentar al menos dos de las siguientes características:

- a) Cuando los padres hablan con el niño adoptan un tono despreciativo o insensible, o
- b) Ausencia de interés en las actividades, logros o éxitos del niño, o
- c) No se aprecia una actitud empática hacia las dificultades del niño, o
- d) Raramente se elogia o anima al niño, o
- e) Un comportamiento ansioso es recibido sólo con irritación o con órdenes perentorias para comportarse, o

- f) El controlar físicamente al niño ante la ansiedad o la angustia es escaso, ausente o está ritualizado (el éxito de los padres para tranquilizar al niño no es necesario, lo importante es la cualidad del intento).

Para recoger la información acerca de algunas figuras parentales puede ser necesario confiar en la información proporcionada por otros miembros de la casa. En este caso sólo se tendrán en cuenta las informaciones acerca del comportamiento y no las declaraciones generalizadas sobre la relación padres-hijos. Dichos comportamientos incluirían unos padres que no muestran ningún interés por su hijo, que no le preguntan acerca de sus intereses o actividades, que rara vez juegan con él, que no demuestran ningún deleite u orgullo en sus éxitos o logros y/o que se comportan de una forma congruente con los criterios para clasificarlo como ausencia de cariño de los padres. Para codificar la ausencia de cariño es necesario que ésta sea i) marcada, ii) definitiva, iii) persistente en el tiempo, iv) generalizada y v) claramente anormal respecto a las normas subculturales. Las reservas emocionales o la falta de entusiasmo no son suficientes para codificar la ausencia de cariño.

La ausencia de cariño debe abarcar la relación de un padre, o ambos, con el niño (por ejemplo, la falta de cariño entre los padres no es relevante); sin embargo, no es necesario que esta falta se aplique a ambos padres. Esta puede reflejar una anomalía determinada en la relación padres-hijo o puede ser el germen de un déficit parental más generalizado (como un estado deficiente esquizofrénico).

La codificación de ausencia de cariño debe hacerse si se cumplen los criterios, con independencia de si ésta se deriva o no de una anomalía valorada en un código psicosocial diferente (por ejemplo, desorden mental de los padres).

1.1 Disputas intra familiares entre los adultos

Las disputas intra familiares hacen referencia al desacuerdo entre los padres del niño, o entre otros miembros adultos de la casa (incluidos los hermanos si tienen 16 años o más). No incluye la discordia entre los padres y el propio niño (lo que está recogido en la categoría 1.2). Debe ser evidenciado a través de altercados de carácter negativo o por una atmósfera persistente de severa tensión, consecuencia de unas relaciones marcadamente tirantes. La ausencia de afecto o la pobreza de interacciones positivas no son suficientes para este código, ni tampoco los episodios breves y repetidos de irritabilidad; ha de existir un activo intercambio negativo grave. Normalmente, las disputas incluyen dos formas de intercambio negativo, aunque también el abuso físico o verbal por una de las partes deben ser incluidos.

Pautas para el diagnóstico

Existen marcadas diferencias individuales, así como variaciones subculturales, con respecto a cómo las personas expresan sus insatisfacciones, desacuerdos o irritación en disputas abiertas. La discordia debe ser codificada sólo cuando claramente se salga del rango de la normalidad dentro de la subcultura del niño. Se considerará anormal cuando:

- a) Se produzca una grave y prolongada pérdida de control, o
- b) Se asocie con la generalización de sentimientos críticos u hostiles, o
- c) Se asocie con una atmósfera persistente de violencia interpersonal grave (pegando o amenazando a la otra persona), o
- d) Conduzca a marcharse de casa enojado o a dejar a la otra persona fuera de casa.

La generalización de sentimientos críticos puede manifestarse mediante:

- a) *La denigración de la otra persona o insultos dirigidos hacia los familiares, amigos o pasado de ésta, o*
- b) *Hacer referencia a episodios o sucesos del pasado que dejan en mal lugar a la otra persona;*
- c) *Dormir en camas separadas tras una pelea, o*
- d) *Periodos prolongados de no hablarse, o*
- e) *Dejar la casa para dormir en otro sitio tras la disputa.*

Una atmósfera persistente de tensión puede ser evidente por:

- a) *Frecuentes observaciones de carácter sarcástico, despreciativo o denigrante acerca de la otra persona, o*

- b) Una tendencia persistente a responder a observaciones neutras o moderadas con respuestas muy negativas, o
- c) Una tendencia persistente a que las interacciones negativas moderadas conduzcan a una escalada de intercambios hostiles o coercitivos prolongados.

La codificación debe reflejar la situación predominante durante el período de tiempo especificado. Las discusiones importantes aisladas, que no se acompañaron de una atmósfera persistente de tensión, no son suficientes normalmente para un código de disputa (pero si son graves pueden ser relevantes para codificar "6": (acontecimientos vitales agudos o recurrentes). Sin embargo, se debe codificar la disputa si los altercados son graves y frecuentes o si hay una atmósfera persistentemente tensa, incluso si hay asociados períodos de armonía o interacción positiva.

La discordia entre padres que viven separados (como entre padres divorciados con acceso a los hijos) puede ser codificada en esta categoría siempre que: a) el niño mantenga una relación con ambos padres y b) la disputa sea de un tipo y nivel que cumple los criterios expuestos arriba. También se ha de codificar la disputa entre adultos que viven en la casa del niño, aunque no sean los padres. Así, puede ser aplicable a las relaciones entre un padre/madre biológicos y un padrastro/madrastra; entre un padre y su pareja sentimental; entre padres y abuelos que viven en la misma casa; entre padres e hijos adultos; entre los padres y un familiar adulto o un inquilino cuando todos ellos comparten la misma casa.

1.2 Hostilidad y uso del niño como "cabeza de turco"

Esta categoría se refiere a los sentimientos personalmente localizados y marcadamente negativos de uno o ambos padres (o de los sustitutos de los padres o de cualquier miembro adulto de la casa) hacia el niño. De este modo, se incluye la hostilidad y el uso del niño como chivo expiatorio, pero se excluye la discordia general o los sentimientos negativos que afectan por igual a todos los miembros de la familia. Los sentimientos negativos deben estar específicamente dirigidos hacia el niño, aunque es posible que la acusación de culpabilidad se dirija a más de un niño en la familia.

Pautas para el diagnóstico

En su forma más extrema, el comportamiento de los padres lleva al abuso psicológico del niño, a través del cual éste es humillado, atormentado y denigrado sistemáticamente. Sin embargo, esta categoría incluye también comportamientos hostiles similares que claramente se salen de los límites definidos como normales, pero que se quedan cortos en cuanto a la severidad necesaria para ser aceptados por la Justicia como motivo suficiente para la retirada del niño a los padres, sobre la base del abuso. El código requiere que:

- i. El comportamiento negativo de los padres hacia el niño sea claramente anormal en forma y/o grado, y
- ii. esté específicamente dirigido hacia el niño como individuo, y
- iii. sea persistente en el tiempo y generalizado a varias conductas del niño (por ejemplo una reacción excesiva de los padres a una o dos acciones específicas del niño no son suficientes para la codificación).

La hostilidad /uso del niño como "cabeza de turco" debe ser patente por:

- a) Una tendencia irracional a culpabilizar automáticamente al niño de los problemas, dificultades o fracasos de la familia, o
- b) Una tendencia general a atribuir al niño características negativas, o
- c) Críticas hacia el niño que le denigran como persona, que generalizan fechorías pasadas, o que le acusan de delitos futuros, o
- d) Una tendencia clara de molestar al niño o de involucrarlo en peleas cuando el adulto se siente miserable, irritado o malhumorado, o
- e) Tratar al niño injustamente con respecto a otros miembros de la familia con una carga de trabajo excesiva o de responsabilidades; privándole de participar en las interacciones familiares que resultan ser positivas; ignorando las necesidades o dificultades del niño, o
- f) Medidas punitivas severas como encerrar al niño en espacios confinados u oscuros, como armarios o sótanos.

1.3 Maltrato físico del niño

El maltrato físico incluye cualquier ejemplo claro de incidentes en los cuales el niño ha resultado herido por cualquier adulto de la casa, en un grado médicamente significativo o que incluye formas de violencia anormales dentro del grupo subcultural al que pertenece.

Pautas para el diagnóstico

Entre las distintas culturas existe una enorme variedad respecto a los métodos físicos de castigo considerados como aceptables. Sin embargo, se considera que ha existido maltrato físico cuando:

- a) El castigo ha sido lo suficientemente severo como para producir laceraciones, fracturas, articulaciones dislocadas o marcadas magulladuras, o
- b) El castigo ha supuesto pegar al niño con objetos duros o afilados como palos o cinturones con hebilla (el pegar con una zapatilla o una correa de cuero puede ser considerado como maltrato, aunque no en algunas subculturas si esto se realiza de forma moderada y controlada), o
- c) El castigo ha supuesto una clara y grave pérdida de control, como el empujar al niño contra la pared o por las escaleras, o
- d) La violencia ha supuesto formas reprobables e inusuales de trauma físico, como quemar o escaldar al niño, atarle o meterle la cabeza debajo del agua.

El maltrato físico puede ser el resultado tanto de castigos físicos llevados al extremo como de la pérdida de control o de un maltrato deliberado.

Excluye: El abuso físico llevado a cabo por alguien ajeno a la casa (considerar código 6.5).

1.4 Abuso sexual (dentro de la familia)

El abuso sexual dentro de la familia incluye las relaciones sexuales que son incestuosas (porque tienen lugar entre miembros de la familia para los que legalmente está prohibido casarse) y también las no incestuosas entre el niño y otros miembros mayores de la casa, en las que un elemento de poder o de status ha sido utilizado para inducir al niño a comprometerse en una actividad sexual. Así, el abuso incluiría los actos sexuales llevados a cabo por los padres biológicos o adoptivos, padrastros, hermanos mayores, otros parientes que vivan en la casa, huéspedes o amigos de la familia.

El abuso sexual que sucede dentro de la familia o en la casa se incluye en esta sección porque generalmente supone una seria distorsión de las relaciones familiares o de la casa; sin embargo, debe ser codificado bajo la base de la existencia de actos sexuales (y no por la inferencia de relaciones distorsionadas).

Pautas para el diagnóstico

Entre las diferentes culturas varía el grado en el que los niños pueden ver a sus padres desnudos, la edad hasta la cual son bañados por ellos, o comparten la cama matrimonial o se les da privacidad personal ajena a la de los padres. Sin embargo, se considera que ha existido abuso sexual cuando:

- a) Ha existido un contacto genital entre el niño y una persona mayor, o
- b) Ha existido una manipulación de los pechos o genitales del niño en cualquier circunstancia fuera del baño, culturalmente aceptado, o
- c) El niño ha sido inducido a tocar los pechos o los genitales de la persona mayor, o
- d) Se han expuesto los pechos o genitales del adulto deliberadamente al niño fuera del curso del baño o al vestirlo, o
- e) El niño ha sido deliberadamente inducido a exponer sus pechos o genitales fuera del baño o del acto de vestirle, o
- f) Se ha dado cualquier otro tipo de contacto físico o exposición entre el adulto y el niño que ha conducido a un despertar sexual definitivo. Es irrelevante si el niño ha participado voluntariamente en los actos sexuales o no.

Excluye: abuso sexual fuera de la familia /de la casa. (6.4)

1.8 Otros

Cualquier relación intra familiar anormal que cumple los criterios generales respecto al tipo y severidad para esta categoría, pero que no puede ser codificada dentro de los códigos 1.0 a 1.4.

2 Trastorno mental, desviación o limitación en el grupo de apoyo primario del niño.

Los trastornos familiares que se incluyen en esta categoría son aquellos que con mayor probabilidad afectan negativamente al niño, constituyendo un potencial riesgo psiquiátrico. En algunos casos estas alteraciones pueden requerir codificaciones en otras categorías (por ejemplo, disputa intra familiar), pero en otros no (por ejemplo, el estigma a veces asociado a las enfermedades mentales o a la epilepsia). En cualquier caso, el desorden familiar debe ser codificado aquí si cumple los criterios especificados (más otros códigos si esto es relevante).

Los criterios generales para esta categoría son:

- i. existe una alteración socialmente incapacitante o minusvalía, o un patrón de comportamiento alterado en un miembro de la familia más cercana del niño o de la casa, y
- ii. es de un tipo de severidad tal, que interfiere con la vida del niño, dando lugar a un potencial riesgo psiquiátrico. Esta interferencia podrá darse en forma de estigma social, crianza alterada, restricciones en la vida social del niño, relaciones familiares anormales, involucramiento del niño en comportamientos anormales, cuidados del niño desorganizados o situaciones sociales embarazosas.

2.0 Trastorno mental o alteración de los padres
--

Esta categoría incluye cualquier tipo de trastorno psiquiátrico incapacitante de los padres, independientemente de si el padre/madre está recibiendo tratamiento psiquiátrico o no. Para ser codificado como tal, el niño no necesita estar en contacto con el padre/madre, siendo irrelevante si están viviendo en ese momento en la casa. Sin embargo, la alteración de los padres debe haber afectado al niño de forma importante. Para los propósitos de esta categoría, como padre se considera cualquier adulto de la casa que desempeñe un rol parental con respecto al niño (independientemente de si está biológicamente emparentado o de si legalmente se espera que vaya a desempeñar dicho rol).

Pautas para el diagnóstico

No existe una clara línea divisoria entre normalidad y psicopatología; muchos adultos tienen periodos de ansiedad, depresión, de consumo importante de alcohol o de actos delictivos menores que no llegan a considerarse desórdenes mentales incapacitantes socialmente. Además no existe una demarcación que no resulte ambigua entre el trastorno psiquiátrico y la desviación social. Aunque para la codificación no resulta necesario hacer tales distinciones diagnósticas (debido a que el impacto en el niño podrá ser similar en ambos casos), se requiere que el trastorno o la desviación se asocien con un deterioro sustancial de una o más áreas importantes en lo que respecta al funcionamiento social del adulto.

Asimismo, la criminalidad estaría incluida si ésta es persistente o recurrente, si conduce a un ingreso en prisión o cualquier otro lugar de reclusión, o si supone cualquier acto de violencia contra otras personas. El alcoholismo debería incluirse si produce cualquier complicación médica (como crisis epilépticas, delirium tremens o periodos de amnesia), si interfiere de forma significativa con la vida social del individuo o conlleva periodos de ausentismo laboral o de llegar reiteradamente tarde al trabajo. La esquizofrenia se incluiría si hubiese un comportamiento claramente anormal (psicótico o no psicótico), continuas rarezas a nivel social o efectos secundarios observables junto con la toma de medicación. Los trastornos afectivos serán incluidos si son de una severidad suficiente como para causar de forma regular un deterioro notable en el funcionamiento social de la persona (como, por ejemplo, ausentismo

laboral, incapacidad para realizar la compra o el cuidado de la casa, o para participar en actividades de ocio o cuidar de los hijos). naturalmente cualquier trastorno que precise cuidados psiquiátricos o tratamiento se asumirá que cumple estos criterios. y a la inversa, cualquier trastorno que no lleve a la persona a buscar cualquier tipo de ayuda profesional (de su médico de familia o del trabajador social o de la comunidad) se supone que no llegará al umbral de severidad, a menos que exista una clara evidencia de una alteración social sustancial. Una conducta social marcadamente alterada asociada con un comportamiento sustancialmente distorsionado deberá ser incluida, incluso si el diagnóstico no está claro. asimismo, los celos patológicos que llevan a comprobaciones sistemáticas o a seguir a la otra persona, un comportamiento persistentemente violento o un aislamiento social extremo pueden ser relevantes si engloban un deterioro social.

Se asumirá que cualquier trastorno mental que se acompañe de una incapacidad social clara y que se dé en un padre/madre que tienen un contacto regular con el niño, reúne los criterios para inferir significativamente con probabilidad en la vida del niño, constituyendo un riesgo psiquiátrico. y viceversa, la evidencia concluyente de que un trastorno/minusvalía en un familiar de primer grado ha interferido sustancialmente en la vida del niño (como, por ejemplo, por restricciones sociales, por unos cuidados parentales anormales o inadecuados, o por un patrón de vida alterado que surge de un estigma social evidente) constituirá los cimientos para la codificación (siendo dicha interferencia una evidencia indirecta de la incapacidad social), indistintamente de si el niño está en contacto.

Excluye: *homosexualidad (si no está asociada con otras formas de trastorno).*
desorden mental (si no está asociada con otras formas de trastorno).
ver 2.1

2.1 Minusvalía/discapacidad de los padres

Esta categoría cubre cualquier minusvalía/discapacidad de los padres que no esté incluida en 2.0. Los criterios generales son comparables. Esto es, han de coincidir dos condiciones:

- i. existe alguna condición parental de una severidad tal, que conduce al deterioro de una o más de las principales áreas de funcionamiento social del adulto, y
- ii. esto es, de un tipo y severidad que con probabilidad interferirá en la vida del niño, creando un riesgo psiquiátrico potencial.

Pautas para el diagnóstico

Existen cinco tipos de minusvalías/discapacidades que con mayor probabilidad reúnen los criterios para ser codificados en este apartado:

- i. retraso mental;
- ii. déficit sensorial severo (por ejemplo, padres sordomudos o ciegos);
- iii. epilepsia grave;
- iv. enfermedad física crónica/discapacidad (como parálisis cerebral o asma grave);
- v. enfermedad potencialmente mortal (como el cáncer).

Sin embargo, no es suficiente con que estén presentes cualquiera de estas minusvalías/discapacidades. además debe existir evidencia de que ha afectado al niño, creándole un potencial riesgo psiquiátrico. Esto puede reflejarse en:

- a) un estigma social definido (por ejemplo, cuando el niño evita traer amigos a casa, no habla de la discapacidad de los padres, o le hacen burla por el problema de los padres), o
- b) cuidados o supervisión inadecuados para el niño por parte del padre afectado, o
- c) alteraciones en la crianza de los hijos, evidenciada, por ejemplo, por la falta de sensibilidad respecto a las sugerencias del niño, el mal manejo de la angustia o de la rebeldía del niño, o la falta de comunicación/falta de juego, o
- d) tensiones y disputas familiares, o
- e) comportamiento social extraño o vergonzante, o
- f) restricciones en la vida social del niño, o
- g) imposición de responsabilidades inapropiadas para la edad del niño.

Excluye: **Discapacidad/minusvalía de los padres que no interfiere significativamente en la vida del niño.**

2.2 Discapacidad de los hermanos

Son aplicables los dos mismos criterios generales del 2.1, excepto que aquí se refieren a un hermano, en lugar de a los padres. Los tipos de discapacidades son aquellas recogidas en 2.0 y 2.1.

Pautas para el diagnóstico

Además de cumplir los criterios que exigen la presencia de alguna minusvalía/discapacidad física o mental en un hermano, es necesario que exista evidencia de que ésta afecta negativamente al niño. Los principales modos en que esto se refleja son:

- a) restricciones en la vida social del niño, bien porque a éste le dé vergüenza traer a casa amigos o bien porque el cuidado del hermano incapacitado impone limitaciones a las actividades sociales del niño, o
- b) interferencia con las pertenencias del niño, bien por daño o bien porque no pueda dejar sus cosas al alcance del hermano, o
- c) disminución o distorsión de la interacción padre-hijo o de las actividades sociales familiares por la implicación de los padres con el hermano discapacitado, o
- d) vergüenza del niño por el comportamiento disruptivo del hermano discapacitado en situaciones públicas, o
- e) burla de los compañeros hacia el niño respecto a las discapacidades o rarezas del hermano, o
- f) intrusión física del niño, como ocurre al compartir la cama con el hermano enurético o ser víctima del comportamiento agresivo de éste, o
- g) imposición de responsabilidades inadecuadas para la edad del niño en el cuidado del hermano discapacitado.

Excluye: **La discapacidad de un hermano que no interfiere significativamente en la vida del niño.**

2.8 Otros

Cualquier trastorno mental, minusvalía o discapacidad presente en un miembro de la casa que no sean los padres o hermanos, y que cumpla los dos criterios básicos para la categoría general.

3 Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada

Existen grandes dificultades a la hora de establecer los patrones de comunicación intra familiares, y los hallazgos de la investigación sobre la asociación entre patrones de comunicación distorsionados y trastornos psiquiátricos son inconsistentes. Muchos profesionales consideran que las características de la comunicación no pueden ser evaluadas a partir de lo que refieren los informantes, sino que es necesario observar a las familias hablando unos con otros. aun así, existe la creencia, sustentada por algunas evidencias, de que la comunicación familiar deteriorada constituye un factor de riesgo psiquiátrico. los patrones de dominancia, la cantidad de conversación, la precisión lingüística o la claridad de la comunicación y la capacidad para articular las palabras por parte de los miembros de la familia no son particularmente importantes. Más bien, los aspectos cruciales se refieren a los mensajes confusos y contradictorios, a las disputas infructuosas y al fracaso en el uso efectivo de la comunicación intra familiar para resolver dilemas, problemas o conflictos familiares. una característica más podría ser el mantenimiento de secretos familiares o la ocultación de información importante para el niño, necesaria para un funcionamiento adaptativo.

Pautas para el diagnóstico

La comunicación intra familiar distorsionada estaría caracterizada por:

- a) *mensajes marcadamente contradictorios en contenido y/o conflictos entre las emociones expresadas en el contenido verbal y las evidenciadas en el tono de voz o la expresión facial, o*
- b) *una marcada tendencia a hablar a nadie en particular sin responder a lo que ha dicho otro miembro de la familia, o*
- c) *disputas infructuosas que no llegan a una resolución o acuerdo, o*
- d) *la ocultación maladaptativa de información familiar importante (por ejemplo, no decirle al niño que es adoptado), o*
- e) *el manejo de las dificultades familiares habitualmente mediante la negación, o el rechazo a enfrentarse o a discutir sobre ellas.*

Las familias varían grandemente en sus estilos de comunicación y existen variaciones culturales importantes en cómo las familias discuten acerca de temas que les conciernen. la comunicación intra familiar distorsionada sólo debería codificarse como tal si:

- i. *está claramente fuera de los límites normales para la subcultura del niño, y*
- ii. *los patrones de comunicación inadecuada o distorsionada son persistentes, generalizados e involucran al niño, y*
- iii. *la comunicación es pobre y tiene efectos maladaptativos (por ejemplo, lleva a los miembros de la familia a actuar de forma inapropiada, a no manejar cuestiones cruciales o a fracasar a la hora de resolver temas familiares importantes).*

4 Tipos anormales de crianza

Esta categoría incluye ciertas formas de educación por parte de los padres u otros cuidadores en la casa, como los abuelos, padres adoptivos, niñeras o hermanos mayores, que son anormales porque constituyen con gran probabilidad un riesgo psiquiátrico para el niño.

Una paternidad normal incluye muchas dimensiones diferentes, algunas de las cuales están contempladas en otras categorías. si, por ejemplo, la paternidad entraña la relación entre el padre y el niño, las anomalías en esta dimensión son codificadas bajo el "1". También incluye la resolución de problemas sociales, aspectos que son considerados en la categoría "3" (comunicación intra familiar inadecuada o distorsionada). Además, los padres son responsables de garantizar que sus hijos tengan experiencias de aprendizaje apropiadas y adecuadas. Son estas anomalías las que se incluyen fundamentalmente en esta categoría de tipos anormales de crianza. La primera subcategoría, "sobrepotección de los padres", tiene que ver con un tipo de paternidad que priva a los hijos de tener las oportunidades adecuadas para conseguir autonomía y responsabilidad, y para establecer relaciones fuera de la díada padre-hijo. La segunda subcategoría engloba situaciones en las que los padres no ejercen la supervisión necesaria para prevenir que los hijos atraviesen por situaciones psicológicamente arriesgadas. La tercera de ellas tiene que ver con la falta de juego y conversación necesarias para proporcionar al niño el contexto y el contenido de las experiencias de aprendizaje, derivadas de las interacciones sociales y de las actividades controladas o iniciadas por los adultos. La cuarta hace referencia a las presiones por parte de los padres para dirigir las actividades del niño en una dirección socioculturalmente alterada, y/o discrepante con los propios intereses del niño, habilidades y nivel de desarrollo.

Existen variaciones socioculturales considerables en los patrones de crianza de los hijos, y, por tanto, las categorías deberían ser aplicadas sólo cuando la calidad de la educación es claramente anormal en grado o tipo, y cuando hay una gran probabilidad de que vaya a producir un riesgo psiquiátrico para el niño (dicho riesgo incluye un retraso en el desarrollo general o específico). Normalmente, un patrón aceptado en la subcultura del niño (o grupo religioso) no será considerado anormal incluso si difiere de la cultura más amplia en la que está embebido. Sin embargo, deberá ser codificado si el patrón es de un tipo que definitivamente supone para el niño un riesgo psiquiátrico (se deberá ser prudente al emitir este juicio; no sería suficiente para el clínico al considerar que podría ser maladaptativo porque es inusual en la sociedad más amplia a la que pertenece).

Una paternidad anormal debe determinarse de acuerdo con lo que sería apropiado para las circunstancias particulares del niño, dado su grado de desarrollo, comportamiento, estado físico y situación sociocultural. Las necesidades de los niños están invariablemente influenciadas por sus propias características: un niño impulsivo necesitará más supervisión; un niño ansioso, un mayor apoyo, y un niño maduro un menor control directo. De igual forma, el tipo de interacción lingüística útil en un niño sordo diferirá de la que necesita un niño que no lo sea. También deberá tenerse en cuenta que existen amplias variaciones socioculturales a la hora de considerar lo que es apropiado que haga el niño. La codificación de tipos anormales de crianza debe reservarse para aquellas situaciones suficientemente anormales como para suponer un mayor riesgo psiquiátrico para el niño.

Es frecuente que los patrones de crianza estén alterados en varios aspectos. por ejemplo, pueden darse a la vez una supervisión parental inadecuada y discordias familiares. En este caso, ambas deben ser codificadas. y si ambas son el resultado de un desorden mental en uno de los padres, éste deberá ser codificado igualmente. Esto es necesario para poder cubrir la gran variedad de patrones anormales que pudieran estar presentes y para evitar decisiones arbitrarias acerca de cuál es el aspecto prioritario. La codificación de patrones anormales de crianza debe ser aplicada si cualquiera de los padres los lleva a cabo, independientemente de los cuidados del otro padre, dado que una educación anormal constituye una parte sustancial de las experiencias del niño en casa. Sin embargo, si la anormalidad se refiere a una sola de las díadas padre-niño habrá que considerar si existe una discordia asociada entre los padres (1.1) o una comunicación intra familiar inadecuada (3).

La crianza llevada a cabo por los hermanos debe ser codificada aquí sólo si existe un hermano o hermana con una función de cuidador obvia, comparable con la de los padres.

4.0 Sobreprotección de los padres

El término “sobreprotección” ha sido utilizado con distintos significados por diferentes autores. Sin embargo, como se emplea aquí se refiere a un patrón de crianza en el que uno de los padres (con mayor frecuencia la madre) usa la relación y/o el patrón de disciplina para constreñir de forma importante la habilidad del niño de desarrollarse o mantener otras relaciones, y/o tomar decisiones/responsabilidades adecuadas para su edad. Los componentes principales en este tipo de comportamiento son:

- i. privar de un comportamiento independiente; y*
- ii. la infantilización.*

De este modo, los padres toman decisiones inadecuadas para el niño, como evitar que se enfrente a retos/estresores, en vez de ayudarlo a sobrellevarlos; hacerle ser más pequeño, creándole dependencia y privándole de asumir las responsabilidades apropiadas; restringir todos (o casi todos) los componentes de las experiencias sociales del niño fuera de la díada sobreprotectora, y (frecuentemente) aislarle de otras fuentes de influencia social.

La noción de control parental inapropiado, desde el punto de vista del desarrollo, en lo que se refiere a las actividades del niño (en una dirección que genera dependencia e infantilización) es fundamental para el concepto. En algunos casos se acompaña de una excesiva indulgencia respecto al rol infantil del niño (consintiendo los caprichos y manías del niño y tolerando un comportamiento infantil disruptivo), pero esto no es invariable y no es parte de la definición. Con frecuencia la sobreprotección es emocionalmente envolvente, al igual que socialmente restrictiva, aunque varía mucho en si se acompaña o no de un exceso de calor. Frecuentemente el padre sobreprotector está muy investido emocionalmente en la relación con el niño, pero esta categoría está definida en términos del impacto sobre el niño y no a partir de la psicopatología o motivación del padre (la cual es, en cualquier caso, variada).

Pautas para el diagnóstico

El código requiere tanto la privación de desarrollar un comportamiento independiente como la infantilización (en ambos casos, en un grado anormal respecto a las normas socioculturales aceptadas para la edad del niño).

La obstaculización para el desarrollo de un comportamiento independiente puede observarse por:

- a) *la restricción de actividades recreativas a aquellas que tienen lugar con el padre o suponen una vigilancia o supervisión de este, y/o*
- b) *un excesivo control sobre las amistades del niño, y/o*
- c) *desanimar al niño a la hora de que pase noches fuera con sus amigos o relaciones, y/o*
- d) *fomentar actividades padre-hijo en exclusiva que son inapropiadas para la edad del niño en grado o tipo, y/o*
- e) *elegir la ropa del niño o sus actividades a una edad por encima de la apropiada para las normas socioculturales, y/o*
- f) *no permitir que el niño tome sus decisiones de forma independiente, y/o*
- g) *impedir que el niño maneje sus propias dificultades sociales (por ejemplo, intervenir en las peleas del niño), y/o*
- h) *evitar que el niño vaya a sitios de ocio fuera del control o vigilancia de los padres.*

La infantilización puede observarse por:

- a) *lavar/vestir al niño a una edad por encima de la apropiada para la cultura del niño, y/o*
- b) *dormir con el niño para calmar la ansiedad/dar confort, y/o*
- c) *llevar al niño al colegio o a otros sitios, en vez de que éste use el transporte público o el autobús escolar cuando esto sería apropiado para su edad, y/o*
- d) *control inusualmente frecuente o inapropiado sobre las actividades del niño como observarle en el campo de recreo o en otro sitio, y/o*
- e) *control excesivo, intrusivo o inapropiado del niño, al contactar con los profesores y otras personas, y/o*
- f) *recurrir con demasiada facilidad a médicos o al descanso del niño ante quejas físicas menores, y/o*
- g) *evitar que el niño afronte/maneje los retos/estresores apropiados para su edad, y/o*
- h) *insistir en permanecer en el hospital con el niño o acompañarle durante las consultas médicas cuando esto no es lo apropiado para su edad de acuerdo con las normas socioculturales, y/o*
- i) *evitar que el niño participe en actividades deportivas (como natación, el fútbol o el ciclismo) por los posibles riesgos.*

Para que se considere la existencia de una sobreprotección parental, tanto la obstaculización para un desarrollo independiente como la infantilización han de estar presentes de forma importante, como ocurre cuando se cumplen al menos varios de los ejemplos arriba citados.

Con frecuencia, la sobreprotección se acompaña de una excesiva ansiedad o demandas por parte del niño. sin embargo, esto no forma parte de la definición. si existe un grado anormalmente alto de ansiedad parental junto con otros caracteres, habría que considerar la existencia de un estado ansioso de severidad tal como para garantizar su codificación bajo 2.0.

Excluye: *ansiedad parental no acompañada de infantilización y obstaculización del desarrollo de actividades independientes.*

sobreprotección restringida a ciertas actividades específicas.

sobreprotección surgida como una respuesta temporal a una enfermedad aguda y otras crisis.

4.1 Supervisión y control inadecuados de los padres

Esta categoría alude a una marcada ausencia de control efectivo o supervisión de las actividades del niño en relación con su madurez y sus orígenes socioculturales. a medida que crecen los niños es necesario que los padres ejerzan un cierto grado de control sobre las actividades del niño, modificándolo en relación con las experiencias, las capacidades y la madurez de éste, de tal forma que aprenda a asumir responsabilidades, pero sin correr un riesgo inaceptable de caer en situaciones psicológicamente dañinas. Un control excesivo es codificado bajo 4.0, y un control inadecuado aquí. Existen marcadas variaciones socioculturales respecto a qué tipo de control es el deseable, por lo que el control inadecuado debe ser codificado sólo si se dan en un grado socioculturalmente anormal y es de un tipo que genera probablemente un riesgo psiquiátrico.

En la práctica, el control inadecuado se determina mejor sobre la evidencia de:

- i. falta de un conocimiento por parte de los padres sobre lo que hace el niño o dónde está (al imposibilitar esto un control efectivo), y/o*
- ii. estrategias de control claramente inefectivas, o poco operativas o de escaso apoyo (por las mismas razones), y/o*
- iii. ausencia de preocupación o de intentos de intervención cuando se sabe que el niño se encuentra en situaciones de riesgo psicológico.*

Pautas para el diagnóstico

La falta de conocimiento por parte de los padres acerca del paradero y de las actividades del niño puede observarse por:

- a) los padres normalmente no saben dónde está el niño cuando está fuera de casa, y/o*

- b) *los padres normalmente no saben los nombres (o las direcciones) de los amigos que el niño visita en casa, o dónde pasa la noche, y/o*
- c) *los padres no saben cuándo vuelve el niño a casa, y/o*
- d) *el niño, con frecuencia, no es supervisado fuera de casa, cuando se encuentra en una edad inapropiada para que esto ocurra, y/o*
- e) *el niño, con frecuencia, es dejado solo fuera de casa, cuando su edad no es la apropiada para que esto ocurra.*

Un control parental inefectivo puede observarse por:

- a) *la falta de reglas o pautas reconocibles acerca de lo que el niño puede o no hacer, y/o*
- b) *la aprobación o la motivación por parte de los padres es más el resultado del estado emocional del padre que del comportamiento del niño, y/o*
- c) *las intervenciones disciplinarias son expresadas en términos generales e imprecisos (por ejemplo, "se bueno"), más que en términos explícitos acerca de lo que se espera del niño, y/o*
- d) *la disciplina es tan inconsistente con y entre los padres, que existe una falta de respuesta predecible sobre el mal comportamiento del niño, y/o*
- e) *los intentos de disciplina no son asertivos, sin un seguimiento consistente que permita determinar si el resultado ha sido como se pretendía.*

La ausencia de preocupación o intervención cuando el niño se encuentra en situaciones psicológicamente arriesgadas puede observarse por:

- a) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño se está mezclando con grupos que suponen un riesgo psicológico sustancial (como cuando una chica joven se involucra en relaciones potencialmente amorosas con chicos más mayores, o cuando el niño es parte de un grupo de delincuentes o drogadictos, o cuando el niño se ve implicado en una relación incestuosa con otro miembro de la familia), y/o*
- b) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño presenta un comportamiento que con probabilidad le acarreará serios problemas (como, por ejemplo, con el consumo de drogas duras, actividades delictivas o el uso de armas) y/o*
- c) *la falta de intervención cuando se sabe que el niño se encuentra en situaciones de riesgo físico importante (como ocurre con niños pequeños escalando hasta los tejados, jugando en áreas peligrosas o utilizando sustancias peligrosas.*

Para que el control o supervisión parental sea considerado como inadecuado deben existir problemas persistentes y generalizados en este aspecto de la paternidad, que se reflejan en diferentes aspectos de la vida del niño. Esto significa que se han de cumplir al menos varios de los ejemplos anteriores, y que normalmente existirá un comportamiento anormal al menos en dos de los tres aspectos específicos de control. Sin embargo, si las anomalías en un área producen una gran ausencia de control sería suficiente para la codificación.

Esta falta de control debe extenderse a muchas de las actividades del niño, pero puede ser manifestada por uno o ambos padres.

4.2 Privación de experiencias

Los niños aprenden las habilidades sociales y desarrollan las relaciones sociales en el contexto de la conversación, el juego y las actividades con sus padres y otros miembros de la familia (así como con otras personas de fuera de la casa. esta categoría hace referencia a la ausencia marcada de estas interacciones. Tradicionalmente se ha denominado falta de “estimulación”, pero este término resulta engañoso, dado que los niños aprenden a partir de una interacción activa con otras personas y su ambiente. Esta categoría se refiere a una falta de interacción activa, como resultado de la acción de los padres (por ejemplo, restricción o prohibición) o de la no acción (por ejemplo, fracaso a la hora de proporcionar oportunidades relevantes) con respecto a actividades lingüísticas, sociales, perceptivas y motoritas. Esto debe ser juzgado en relación con el nivel de desarrollo del niño y su situación sociocultural.

La privación de experiencia se manifiesta por:

- i. la falta de conversación/juego entre padre e hijo, y/o
- ii. la falta de actividades fuera de la casa, y/o
- iii. el confinamiento en circunstancias que limitan enormemente la interacción activa con la gente y/o los objetos, y/o
- iv. la falta de juguetes u otros objetos adecuados para que juegue el niño.

Pautas para el diagnóstico

La falta de conversación/juego padre-hijo puede observarse por:

- a) una marcada ausencia de oportunidades para el niño a la hora de hablar con sus familiares porque raramente están juntos, y/o
- b) los padres no hablan con el niño acerca de las actividades que le interesan, está involucrado o está planeando, y/o
- c) los padres no leen a los hijos de menor edad ni los escuchan cuando leen, y/o
- d) apenas se producen pequeñas charlas durante la comida o en otras ocasiones cuando la familia está reunida, y/o
- e) los padres apenas juegan con el niño o establecen otras interacciones lúdicas, y/o
- f) si se producen estas interacciones, no suele ser a iniciativa de los padres que tienden a ignorar o a no responder a las propuestas del niño.

La falta de actividades del niño fuera de casa puede observarse por:

- a) la falta de salidas o actividades como pasear, visitar museos, galerías o viajes a otros lugares, y/o
- b) la falta de actividades compartidas por el padre y el hijo (como el deporte, la música, aficiones o las tareas del hogar), y/o
- c) la falta de oportunidades para participar en tareas apropiadas para la edad del niño, como hacer compras o viajar.

Un comportamiento que limita de forma importante la interacción con el ambiente puede observarse por:

- a) no se le permite al niño jugar fuera de la casa, y/o
- b) el niño es confinado en una o varias habitaciones, lo que impide el juego o la conversación, y/o

- c) *si se trata de un niño pequeño, se le deja solo durante las horas que permanece despierto, y/o*
- d) *el niño tiene que ir a la cama a una hora excesivamente temprana, de tal forma que apenas pasa tiempo con los padres u otros familiares.*

La falta de juguetes u objetos apropiados para jugar puede observarse por:

- a) *no se proporcionan al niño objetos para jugar apropiados para su edad. existe una variación sociocultural acerca de qué juguetes son los necesarios para el niño y hay consideraciones económicas que limitan dicha provisión. sin embargo, salvo en situaciones de pobreza absoluta, se puede improvisar y convertir distintos objetos en juguetes para el niño. Se debería utilizar una definición amplia acerca de qué objetos son los apropiados para la edad del niño; sin embargo, sería de esperar que algunos de dichos objetos fuesen accesibles al niño, de acuerdo a su edad y ambiente sociocultural, y/o*
- b) *en teoría, estos objetos son accesibles al niño, pero no tiene la oportunidad de usarlos porque están fuera de su alcance o se impide su uso.*

Al contrario que en la mayoría de las otras categorías, la privación de experiencias debe ser codificada teniendo en cuenta la totalidad del ambiente familiar y no únicamente respecto a la interacción diádica del niño con uno de los padres u otro miembro familiar. La privación no deberá ser codificada si existe una falta de interacción con uno de los padres, pero sí un nivel satisfactorio de experiencias en general (sin embargo, esta falta de interacción puede indicar la presencia de anormalidades codificables en otras categorías).

Dado que los niños pueden obtener experiencias adecuadas de distintas fuentes, la privación de experiencias debe ser marcada y generalizada para ser codificable. Comúnmente, esto significará que la situación cumple varios de los ejemplos en, al menos, dos de los cuatro criterios. Sin embargo, la categoría debe ser codificada respecto al nivel general de experiencias, y ocasionalmente sólo la presencia en un grado importante de uno de los criterios podría garantizar la inclusión; de todas formas, esto debe ser considerado como inusual.

4.3 Presiones inapropiadas de los padres

Esta categoría hace referencia a las presiones de los padres que son contrarios a las necesidades y deseos del niño apropiadas desde el punto de vista de su desarrollo y ambiente sociocultural. Esto significa que los padres presionan al niño de forma inapropiada para que sea diferente a como es en realidad. Dichas presiones pueden ser inapropiadas sexualmente (como ocurre al vestir a un niño con ropa de niña, o viceversa), inapropiadas para la edad (al forzar a un niño mayor a comportarse o vestirse como uno menor, o viceversa) o a nivel personal (al forzarle a conseguir logros en actividades que no tienen que ver con su talento o deseos). Las presiones pueden venir de uno o ambos padres, pero para ser codificables deben ser persistentes, definitivamente inapropiadas y de un grado de intrusión tal, que interfieren significativamente con la vida del niño. Las presiones que derivan de un estilo familiar culturalmente inusual (como los grupos religiosos) no deberían ser calificadas como inapropiadas. Sin embargo, podrían ser incluidas si las prácticas o normas de los padres contradicen los deseos del niño de adoptar las normas de la cultura más amplia en la que vive.

Las presiones sexualmente inapropiadas pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que se vista, se comporte o participe en actividades que son de un tipo o estilo considerados como característicos del sexo opuesto en el ambiente cultural en el que vive, y/o
- b) presiones constantes sobre el niño para que se comporte de acuerdo a las características de su sexo, pero de una forma tan radical y excluyente, que puede considerarse fuera de las normas de la subcultura de la familia, y/o
- c) presiones constantes sobre el niño para que se comporte como si fuera homosexual, cuando las inclinaciones sexuales del niño son heterosexuales, o viceversa.

Las presiones inapropiadas para la edad del niño pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que se vista, se comporte o participe en actividades que son, dentro de su subcultura, claramente para niños más jóvenes o más mayores y no para su nivel de desarrollo, y/o
- b) presiones constantes en contra de sus deseos para que asuma responsabilidades claramente por encima de sus capacidades y de su edad, y/o
- c) continuas discusiones acerca de temas de adultos (como actividades sexuales fuera o dentro del matrimonio) con un niño pequeño.

Las presiones inapropiadas para la persona pueden observarse por:

- a) presiones constantes sobre el niño para que participe en actividades (como deportes, música o trabajo escolar) que están en desacuerdo con los deseos expresados del niño y/o capacidades, y/o
- b) presiones constantes sobre el niño para que participe en actividades tan absorbentes que le ocupan tanto tiempo y energías, que resultan socialmente restrictivas y ponen de manifiesto las ambiciones de los padres más que los intereses del niño (como al forzarle a participar en actividades deportivas o artísticas de alta competición). Para que las presiones de los padres sean codificables deben ser definitivamente anormales en el contexto sociocultural familiar, inapropiadas en relación con las características del niño y persistentes y generalizadas. Sin embargo, pueden ser aplicables a uno de los padres sólo y estar presentes en sólo una de las tres categorías (edad, sexo y persona).

Excluye: **El estímulo especial de talentos que no son exclusivamente restrictivos; complacer los deseos del niño de participar en actividades altamente competitivas y que interfieren en su vida social; estimular al niño para que asuma responsabilidades que generalmente se asocian a grupos de mayor edad, pero que el niño acepta y maneja adecuadamente.**

4.8 Otros

Aquellas otras cualidades anormales de crianza que no cumplen los criterios para las situaciones incluidas en los puntos 4.0 – 4.3, deben ser incluidas aquí únicamente cuando interfieren con las experiencias de aprendizaje adecuadas para el niño y están suficientemente alteradas como para constituir un riesgo psiquiátrico para éste.

5 Ambiente circundante anómalo

Esta categoría implica varios aspectos de la estructura social o física del ambiente del niño, que predisponen a una situación psicosocial adversa potencialmente generadora de riesgo psiquiátrico. Necesariamente, los efectos sobre el niño son menos directos que en la mayoría de las otras categorías, pero son incluidos por la evidencia de un riesgo. En ausencia de un conocimiento firme de los mecanismos preciso que median en tal riesgo, la codificación deberá basarse en la presencia de dicha variable estructural específica, y no en cualquier juicio acerca del daño real en un niño en particular.

Los criterios generales para esta categoría son:

- i. la estructura social/física del ambiente cercano del niño es marcadamente atípica para el contexto sociocultural.*
- ii. la atipicidad es de un tipo tal, que puede generar una situación psicosocial alterada o de desventaja; y*
- iii. empíricamente, existen datos que confirman que dicha situación supone un riesgo psiquiátrico para el niño.*

5.0 Crianza en instituciones

Esta categoría engloba todas aquellas situaciones en las que el cuidado del niño se produce en un marco institucional donde existe una atención en grupo más que familiar. Esto significa que los niños son cuidados por un amplio número de adultos sobre las bases de una atención compartida (por ejemplo, los cuidadores tienen su tiempo libre cuando otros se encargan de cuidar a los niños). Esto contrasta con la atención dentro de la familia, en la que los niños viven con uno o más adultos que proporcionan cuidado continuado sin ratos libres programados (aunque distintos cuidadores puedan ser empleados de forma alternativa). El cuidado en familia rara vez implica una atención regular durante la noche por parte de miembros no pertenecientes a dicha familia, mientras que el cuidado en grupo sí.

La mayoría de los tipos de crianza en instituciones utilizan un orden del día para los distintos cuidados; por ejemplo, cuidadores rotantes con períodos de trabajo y de ocio. En muchos casos esto va a suponer que haya un amplio número de adultos al cuidado de cada niño en particular. Esta falta de atención continuada por un grupo relativamente pequeño de adultos fácilmente accesibles constituye la diferencia más importante respecto al cuidado en familia, y es considerada por muchos autores como el principal riesgo psiquiátrico.

Las circunstancias que conducen a una crianza de tipo institucional incluyen:

- I. crianza en grupo en la que las responsabilidades parentales son asumidas por algún tipo de institución, como una casa cuna, orfanato o casa para los niños, o**

- II. la atención terapéutica del niño que está en el hospital, o convalciente en casa, o cualquier otra que se produzca sin que al menos uno de los padres esté con el hijo.

Pautas para el diagnóstico

Se deberá codificar como crianza institucional:

- A) cuando los cuidados tienen lugar en grupo y la atención es compartida dentro del mismo, al igual que los cuidados terapéuticos y de custodia (indistintamente de si el niño es acompañado o no por los hermanos), y
- B) este tipo e cuidado se ha presentado durante la semana (con o sin padres los fines de semana), y
- C) se ha producido a lo largo de un año (con o sin vacaciones con los padres) sin periodos vacacionales prolongados y regulares (como sería el caso de los escolares internados), y
- D) ha durado al menos tres meses.

Excluye: cuidados por una familia adoptiva (codificar 5.1)
estancia en internados periódicamente
cuidados terapéuticos en un contexto familiar en el que el niño vive al menos con uno de los padres.
cuidado institucional menor de tres meses (a tener en cuenta si se cumplen los criterios para 6.1)
todas las formas de cuidado diario no institucional.
custodia en la que el niño está en una institución penal o benéfica como resultado de actividades delictivas o cuasi delictivas, como reformatorios, casas para delincuentes, centro de detención o prisión (codificar 9.0)
cuidados terapéuticos para cualquier forma de trastorno psiquiátrico (codificar 9.0).

5.1 Situación parental anómala

Esta categoría engloba una gama heterogénea de situaciones que difieren de las formas tradicionales de crianza por dos padres biológicos. Con muchas de estas situaciones existe una evidencia empírica e asociación estadística con un aumento del riesgo psiquiátrico, aunque normalmente éste es relativamente pequeño. Esto es aplicable, por ejemplo, a familias con un solo padre, padres adoptivos, padrastros, padres en acogimiento, a la crianza de hijos ilegítimos por personas que no son los padres biológicos y a la ausencia de una relación parental estable de convivencia. En algunos de estos casos es probable que el riesgo provenga de las circunstancias psicosociales que han dado lugar a esta situación, más que de la situación en sí (por ejemplo, cuando se trata de una familia adoptiva). De esta forma, en la mayoría de los casos, las situaciones constituyen indicadores, más que mecanismos de riesgo.

Además de las situaciones con un riesgo psiquiátrico empíricamente demostrable (aunque con frecuencia pequeño), algunas otras situaciones son también incluidas porque la posible ausencia de riesgo es escasa o improbable. Son incluidas por su marcada atipicidad y porque presentan características paralelas con aquellas de riesgo psiquiátrico conocido. Estas situaciones de riesgo incierto comprenden la crianza por un padre homosexual, en una comuna donde no se da un contexto

familiar, por una pareja en la que la madre ha sido sometida a inseminación artificial con donante y por familiares en lugar de los padres.

Pautas para el diagnóstico

Las situaciones parentales anómalas incluyen:

- I. cuidados en familia de acogida, que no son parientes;
- II. crianza por parientes, que no son los propios padres (como abuelos, tíos o hermanos mayores);
- III. crianza por un padre soltero que no viven con otra persona (con o sin la presencia de otro allegado en la casa), como ocurre en el caso de las madres solteras, divorciadas, separadas o viudas;
- IV. crianza de un niño ilegítimo por una pareja que no son sus padres biológicos (por ejemplo, excluye a los niños que son legalmente ilegítimos, pero que, sin embargo, son criados por los padres biológicos que viven juntos),
- V. crianza por padrastros; por ejemplo, cualquier situación en la que uno de los padres convive con una pareja que no es el padre biológico del niño;
- VI. crianza por padres adoptivos (indistintamente de que el niño sepa o no que es adoptado);
- VII. crianza por padres que viven en un contexto no familiar, como en una comuna, donde la paternidad es compartida por otros, sin que los padres biológicos tengan un rol parental claramente demarcado;
- VIII. crianza por una madre que ha concebido a su hijo por inseminación artificial a través de un donante (independientemente de si el niño lo sabe);
- IX. crianza por una pareja homosexual (masculina o femenina);
- X. crianza por una pareja en la que uno de los padres es homosexual abiertamente;
- XI. crianza por una pareja que carece de una relación de convivencia estable (por ejemplo, continuas separaciones o cambios de pareja sin una diada parental consistente);
- XII. cualquier otra situación en la que la crianza es otra que la de dos padres biológicos que conviven.

Para ser incluida, la situación parental anómala debe haber durado, al menos, tres meses (sin embargo, para una duración menor, una de las categorías de acontecimientos vitales agudos puede ser aplicada y codificarse bajo el epígrafe "6").

Excluye: crianza de tipo comunal, en la que los padres proporcionan la atención.
familiar en exclusiva, complementada por cuidados diurnos del resto (por ejemplo, como en la mayoría de los "kibbutzs").
crianza por padres biológicos que conviven y cuya casa es compartida con otros allegados o no parientes.
crianza de un hijo legalmente ilegítimo por padres biológicos que viven juntos.

5.2 Familia aislada

Existe la evidencia de que las familias funcionan mejor cuando los padres tienen apoyo social de otras personas de fuera de la familia con las que mantienen una relación armoniosa y de confianza. También es evidente que los niños aprenden de las experiencias sociales fuera de la familia. Se ha podido observar cómo algunas familias con problemas psicosociales con sus hijos están socialmente aisladas, y cómo este aislamiento social extremo puede constituir un riesgo psiquiátrico para los niños. Esta categoría intenta abarcar aquellas situaciones caracterizadas por este aislamiento social extremo.

La característica principal es que la familia en conjunto se ha apartado de contactos sociales positivos o ha sido apartada por los demás debido a su comportamiento. Pueden existir o no interacciones adversas con otras personas en el vecindario o con asociaciones sociales. Sin embargo, la situación es definida en términos de falta de interacciones sociales positivas, por lo que la presencia o no de interacciones negativas es irrelevante para la codificación. No obstante, para ser codificable es necesario que el aislamiento social incluya a los niños (excepto si se trata de contactos sociales en el colegio).

El aislamiento puede haberse producido por una gran variedad de razones. Estas incluyen: ideación paranoide compartida por ambos padres; un sistema familiar cerrado, caracterizado por actitudes personales rígidas que difieren de las prevalentes en la subcultura; aislamiento como resultado del miedo a que se conozca un secreto familiar; el derivado de la personalidad anormal de los padres, y el que proviene de los vecinos porque el comportamiento de la familia es considerado ofensivo o inapropiado.

Pautas para el diagnóstico

Los criterios fundamentales para la codificación de aislamiento familiar son cuatro:

- I. la ausencia de contactos sociales armoniosos fuera de casa;
- II. la ausencia de visitas a la casa;
- III. la ausencia de amistades por parte de los padres, y
- IV. el que este aislamiento social incluya a los niños.

La falta de contactos sociales armoniosos fuera de la casa puede observarse por:

- A) la ausencia de participación en cualquier actividad grupal de carácter social (como la iglesia o un club social o deportivo), más que si ésta se produce muy infrecuentemente, y
- B) la ausencia de salidas con personas no allegadas (o relaciones fuera de familiares directos), más que si éstas se producen muy frecuentemente, y
- C) la ausencia de interacciones sociales regulares positivas con otras personas con las que se mantiene una relación de amistad persistente, más que de forma muy infrecuente (sin embargo, pueden darse conversaciones causales con otras personas con las que no se mantiene una relación persistente en lugares públicos, como bares; típicamente, en dichas interacciones los miembros de familias aisladas desconocen incluso los nombres de sus interlocutores).

La ausencia de visitas a la casa puede observarse por:

- A) el fracaso a la hora de invitar a otras personas a casa, más que de forma muy infrecuentemente, y
- B) el no favorecer las visitas inesperadas; más que muy rara vez, y
- C) la incapacidad para establecer relaciones con otras personas.

La falta de relaciones personales puede observarse por:

- A) la ausencia de relaciones de confianza con cualquiera de fuera de la familia cercana, y
- B) la ausencia de actividades regularmente compartidas con cualquiera de fuera de la familia cercana.

El que este aislamiento social se extienda sobre el niño podrá observarse por:

- A) la prohibición de que el niño traiga visitas a casa, más que muy infrecuentemente, y
- B) la prohibición de que el niño visite las casas de otras personas, más que muy infrecuentemente.

La esencia de esta categoría yace en lo generalizado que resulta este aislamiento social; de todos modos, es necesario que se cumplan los cuatro criterios y que en cada uno de ellos no existan excepciones significativas respecto a relaciones duraderas o actividades sociales positivas con otras personas de fuera de la familia (sin contar las que el niño tenga fuera de los confines de la familia, como en el colegio). Sin embargo, ni los contactos causales ni los formales que carezcan de actividades sociales compartidas o de confianza serán excluidos de la codificación.

Excluye: restricciones en los contactos sociales del niño que no forman parte de un aislamiento social y global de la familia (considerar, sin embargo, el código 4.0);

el aislamiento debido a la pertenencia a un grupo discriminado (codificar 7.0).

5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa

Es evidente que unas condiciones de vida pobre hacen que la paternidad sea más difícil y también generan estrés en los padres individualmente; sin embargo, no existen datos consistentes acerca de si tales condiciones suponen un riesgo psiquiátrico para los niños, independientemente del efecto en los padres. Aun así, hay grandes dificultades en establecer criterios respecto a qué se considera "condiciones de vida pobre", ya que difieren enormemente de un país a otro e incluso dentro del mismo país. De acuerdo con esta categoría, serían aquellas que generan una situación psicosocial potencialmente peligrosa, más que hablar en términos de nivel de pobreza o ausencia de facilidades en el hogar. En la medida en que la falta de comodidades en la casa o unos ingresos bajos tienen efectos en los padres o en la paternidad, deberán ser tenidos en cuenta en otras categorías en este eje psicosocial. Esta categoría se refiere únicamente a aquellas condiciones de vida que conducen a una situación psicosocial no cubierta por otras categorías y que son potencialmente generadoras de un riesgo psiquiátrico.

Dichas condiciones de vida caen dentro de dos categorías principalmente:

- I. aquellas que producen limitaciones maladaptativas en las interacciones dentro de la familia;
- II. aquellas que están asociadas a efectos maladaptativos fuera de la familia.

En cada caso, el criterio sería que las circunstancias han conducido a patrones atípicos para la cultura a la que pertenecen, constituyendo probablemente un riesgo psiquiátrico.

Pautas para el diagnóstico

Las limitaciones maladaptativas en las interacciones familiares pueden observarse por:

- A) la ausencia de espacio para dormir, de tal forma que dos o más adolescentes de sexo opuesto comparten la misma habitación; o
- B) la ausencia de espacio para dormir, de tal forma que un niño ha de compartir la habitación o cama de los padres a una edad considerada por encima de la apropiada dentro de la subcultura familiar, o
- C) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que suponga una partición de la familia.

Los efectos maladaptativos fuera de la familia pueden observarse por:

- A) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que suponga que la familia comparta espacio con otras familias, o
- B) el vivir temporalmente en una casa o cualquier otra acomodación que sea considerado un estigma público en la subcultura, o
- C) la ausencia de ingresos o un uso inapropiado de los mismos, de modo que los niños acudan a clase con ropa extraña o inadecuada dentro de la subcultura y que por ello sean objeto de burla de los demás, o
- D) la ausencia de ingresos o un uso inapropiado de los mismos, de tal forma que los niños no pueda participar en actividades propias de la subcultura.

Excluye: limitaciones de vivienda, que hacen que el niño tenga que compartir habitación con un familiar enfermo o trastornado (codificar bajo 2).
condiciones de vida que causen malnutrición (codificar bajo la categoría del trastorno somático apropiado).
condiciones de vida pobre, que no tienen un efecto maladaptativo y generador de un riesgo psiquiátrico.

5.8 Otros

Otras condiciones de vida que reúnen los criterios generales de un ambiente circundante anómalo, pero que no cumplen los criterios para el 5.0 al 5.3

6 Acontecimientos vitales agudos

Los acontecimientos vitales agudos parecen predisponer a precipitar trastornos psiquiátricos si son inherentemente displacenteros y si son los causantes de un cambio adverso prolongado en las circunstancias de la vida, o si alternativamente conducen a un deterioro a largo plazo de la visión que tiene el individuo acerca de sí mismo. Además, parece ser que las experiencias inusuales, extremadamente humillantes o terroríficas pueden producir secuelas a largo plazo, a pesar de su brevedad, si el trauma psicológico ha sido lo suficientemente severo. Esta categoría incluye un grupo de diferentes acontecimientos vitales que tienen en común el llevar asociado un riesgo psiquiátrico sustancial.

No se pretende que esta lista de acontecimientos vitales constituya un inventario de los eventos que podrían tener un impacto psicológico significativo en los casos individuales. Se sabe que dicho impacto está influenciado por una gran variedad de circunstancias personales. Así, si el ser elegido capitán de un equipo de deportes supone una recompensa para la mayoría de los niños, para otros que dudan sobre su capacidad para hacer frente a responsabilidades añadidas supondría una amenaza. Dichos valores individuales pueden ser cruciales para las formulaciones clínicas de las influencias psicosociales, pero inevitablemente están fuera del marco de la clasificación general usada en la práctica diaria (más que en una investigación sistematizada, donde se dispondría de datos suficientes para apoyara dichos juicios).

A menos que haya una característica especial que constituya una amenaza contextualizada marcada, los eventos normativos no son incluidos como estresores. Se consideran eventos normativos aquellos que son naturalmente esperables en la subcultura. Estos incluiría, por ejemplo: el empezar o dejar la escuela, examinarse, el nacimiento de un hermano, el que un hermano mayor deje la casa para casarse, etc. La razón de ser excluidos es que su poder explicativo es bajo, dado que les ocurre a casi todas las personas, y porque empíricamente su asociación con trastornos psiquiátricos es muy pequeña (si se da). De esta forma, los eventos normativos sólo son incluidos si existe al inusual en ellos que constituya un grado importante de amenaza contextual.

Una exclusión más sería la del grupo de eventos que han sido producidos por los propios niños. Así, la comparecencia en un juzgado bien puede ser una experiencia estresante para los delincuentes, pero no puede ser conceptualizada como un factor causal potencial e independiente para un trastorno psiquiátrico. De igual forma, el enfado de un padre porque el hijo no quiere ir al colegio puede ser estresante, pero no se puede separar del propio niño (considerar el código 9).

Deben codificarse aquellos eventos que son independientes y que han tenido lugar en un período específico de tiempo y que han originado un empeoramiento significativo en la vida del niño, o se han asociado a una amenaza psicológica prolongada grave sobre la visión del individuo de sí mismo. También se han supuesto tal grado de peligro o cambio disruptivo en la vida del individuo que perdura una sensación de miedo o inseguridad anticipatorias.

5.0 Pérdida de una relación afectiva

Es típico de los seres humanos que a partir de la segunda mitad de su primer año de vida y en adelante establezcan profundos lazos afectivos con otras personas. Estos lazos suponen un soporte emocional importante, por lo que su pérdida constituye un estresor psicosocial significativo. Para que esta pérdida sea codificada es necesario que la relación sea lo suficientemente estrecha a nivel emocional que aporte confianza y apoyo psicológico. Habitualmente, esto sería aplicable a todas las relaciones padre-hijo (incluso si existen componentes negativos importantes) y a las relaciones amorosas importantes durante la adolescencia. También sería aplicable a las relaciones con otros adultos (si son cuidadores de la propia familia o de fuera, siempre que vean al niño regularmente y le proporcionen apoyo y confort emocionales). Lo mismo sería aplicable a los hermanos o a los amigos íntimos si existe una relación basada en el apoyo y la confianza mutuas.

El segundo criterio para la codificación es que el niño lo perciba como una pérdida significativa. Esta pérdida puede ser total y permanente, como la muerte de un ser querido, o puede ser parcial y semipermanente, como cuando se reduce el contacto con el padre que no tiene la custodia tras un divorcio. En ambas situaciones podría asumirse que la pérdida afectará a niños de todas las edades, aunque responderán a ella de forma distinta según su nivel de desarrollo. Sin embargo, es de esperar que el grado en el que las separaciones temporales son vividas como una pérdida varíe en función de la edad. Otros niños son capaces de entender que la ausencia no es permanente y podrán mantener la relación mientras la persona querida permanece fuera (esto es mucho más difícil para los niños pequeños).

Pautas para el diagnóstico

La pérdida debe ser codificada sólo si se da en una relación estrecha emocionalmente y si el grado de pérdida es lo suficientemente grande como para suponer un riesgo psiquiátrico sustancial para la mayoría de los niños de la misma edad que viven en las mismas circunstancias. Se considera que la pérdida es significativa si:

- A) se produce la muerte de la persona que cumplía las funciones de padre a nivel social (independientemente de si esta persona sigue formando parte del hogar del niño; aunque es necesario que se haya producido el suficiente contacto en el pasado reciente para asegurarse de que el niño seguía considerándole como padre social), o
- B) marcha de la casa permanente o semipermanente por parte de uno de los padres sociales a causa de un divorcio, separación y otras formas de ruptura familiar (independientemente de si existe o no un acceso continuado del padre a los niños), o
- C) marcha temporal de la casa, aunque duradera, de uno de los padres sociales, debido a una enfermedad, a un trabajo en otro lugar del país o cualquier otro factor, considerando que es probable que, dada la edad del niño y/o sus circunstancias, la separación será sentida como una pérdida (por ejemplo, como en las ausencias mayores de un mes en los niños en edad preescolar), o

- D) muerte de un hermano (siempre que éste compartiese la casa con el niño y que la relación fuese estrecha y de apoyo), o
- E) marcha de la casa permanente o semipermanente de un hermano, en circunstancias que se perciben como una pérdida mayor (por ejemplo, cuando un hermano es separado para ser adoptado; mientras que un hermano que abandona el hogar para irse a un internado o para casarse, no), o
- F) muerte de un amigo especial, al que el niño ha visto frecuente y regularmente y con el que ha establecido una relación emocional de apoyo y confianza mutuos, o
- G) muerte o pérdida permanente de un adulto de fuera de la casa, al que el niño veía de forma regular y frecuente y con el que mantenía una relación amorosa estrecha, de confianza y apoyo emocional, o
- H) muerte de una mascota, con la que el niño mantenía una relación estrecha (esto es aplicable a un perro, pero probablemente no lo sea a un pájaro; sin embargo, el grado de afecto en la relación debe ser juzgado a partir de la interacción lúdica y de la carga emocional con la que se ha investido a ésta), o
- I) rechazo importante por parte de alguien con quien el niño mantiene una relación estrecha y de afecto (por ejemplo, un desaire por parte de un amigo no sería considerado como tal, pero sí la ruptura de una intensa relación de amor durante la adolescencia), o
- J) pérdida de un embarazo deseado (codificar 6.3 si no es deseado), o
- K) hermano que nace muerto.

Excluye: Las pérdidas que resultan del internamiento del niño en una casa de adopción u otra institución (6.1) o las que resultan de un patrón anormal de relaciones familiares (6.2).

6.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa

Es evidente que la admisión de niños en residencias institucionales frecuentemente constituye una experiencia de estrés psicosocial significativo. Sin embargo, esto varía en función de las circunstancias y la edad del niño. En parte, el estrés proviene de la pérdida o de la interrupción de las relaciones afectivas al se apartado de su hogar; en parte, de la falta de cuidados continuados que pueden ser consecuencia de la vida institucional; por otro lado, de los desaires y rechazos que pueden verse en algunos casos de cambio de hogar, y, por último, de las experiencias adversas o molestas que tienen lugar en la nueva ubicación (como ocurre con algunas de las admisiones en los hospitales). Los niños más pequeños (especialmente los preescolares) experimentan con mayor frecuencia el estrés tras haber sido apartados de sus casas (como cuando se encuentran en el hospital), porque les cuesta más mantener la relación afectiva durante el período de ausencia y porque les cuesta más entender lo que está pasando y por qué es necesario que suceda. En resumen, estancias muy breves en el hospital (menores de una semana) no constituyen una amenaza significativa, pero la admisión en una casa de acogida u orfanato de la duración que sea sí la conlleva, dado su mensaje implícito de rechazo. Una única admisión en el hospital puede acarrear un grado pequeño de estrés, pero son sólo los ingresos repetidos (cuando al menos ha existido un ingreso previo durante los años de preescolar) los que conllevan un riesgo psiquiátrico significativo. El haber apartado al niño de su hogar puede haber sido motivado por la sospecha de abuso o negligencia de los padres; aún así, si el niño ha establecido cualquier relación de vínculo con los padres, el apartarle puede ser una amenaza importante para él (a pesar de que lo que se ha buscado ha sido aliviar su sufrimiento).

Pautas para el diagnóstico

El apartar al niño de su hogar acarreará una amenaza contextualmente significativa si ha existido:

- A) una admisión por el tiempo que sea en una casa de acogida u orfanato (hay que excluir las admisiones a consecuencia del propio comportamiento alterado del niño; codificar entonces 9.1), o
- B) la admisión en el hospital por segunda vez cuando han existido uno o más ingresos durante el período preescolar (hay que excluir los ingresos por alteraciones psiquiátricas; codificar 9.1).

Excluye: un único ingreso en el hospital (si ésta ha supuesto una situación amenazante puede ser codificado como 6.5), un período de tiempo fuera de casa que no conlleva una amenaza contextualmente significativa (como, por ejemplo, unas vacaciones prolongadas, la estancia con familiares o la convalecencia tras una enfermedad física). el apartar al niño de su hogar por su comportamiento alterado (codificar 9.1).

6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares

La mayor parte de los factores de riesgo que se originan de patrones anormales de las interacciones o relaciones familiares están incluidos en la categoría 1. Sin embargo, esta categoría proporciona los medios para codificar los cambios adversos más importantes dentro de los patrones de relación del niño en la familia, al haber entrado en ésta una nueva persona que, en algún sentido, resta importancia o constituye un rival para las relaciones afectivas del niño. Por consiguiente, para la codificación se requieren dos criterios:

- I. ha llegado una nueva persona a la familia, y
- II. su llegada ha producido un cambio negativo importante en los patrones de relación del niño dentro de la familia.

Las situaciones más frecuentes en las que estos criterios son aplicables son un nuevo matrimonio por parte de uno de los padres, lo que significaría la entrada en la familia de un padrastro, y el nacimiento de un hermano menor. Ninguno de ellos ha de ser considerado automáticamente como relevante, sino que para ser codificados debe existir la evidencia de que la entrada de la nueva persona ha significado un cambio adverso significativo en las relaciones del niño dentro de la familia (habitualmente con uno de los padres o principales cuidadores).

Pautas para el diagnóstico

Un nuevo matrimonio es uno de los padres cumpliría los criterios para un patrón alterado de las relaciones familiares, si se acompaña de:

- A) una reducción importante de la interacción padre-hijo, o
- B) una falta relativa de disponibilidad por parte del padre para proporcionar apoyo emocional, o
- C) un cambio significativo en el patrón familiar de comunicación/interacción, de la disciplina o de la crianza del niño, o
- D) la asunción por parte del padrastro de un rol parental antes de establecer una relación estable con el niño, o
- E) la entrada en la familia de hermanastros que interfieren en la unión que existía previamente entre el padre y el hijo.

Lo mismo puede aplicarse cuando un padre separado/divorciado establece una nueva relación amorosa que no acaba en matrimonio; su relevancia debe ser determinada por los criterios señalados para el matrimonio de uno de los padres. Igualmente, la entrada en la casa de un hermanastro puede ser relevante si ha afectado adversamente a las relaciones existentes en la familia, aunque su llegada no coincida con el nuevo matrimonio.

El nacimiento de un hermano cumpliría los criterios si se presenta cualquiera de los criterios de la a) a la e) para el matrimonio de uno de los padres. Normalmente, el nacimiento sería relevante si ha existido un incremento en las confrontaciones negativas padre-hijo, si se ha producido la exclusión del niño de los cuidados e interacciones con el nuevo bebé y/o si se ha dado una marcada disminución de la disponibilidad del padre para proporcionar apoyo emocional, conversación o juegos al niño.

La entrada de otros nuevos miembros en la casa puede ser de importancia si se cumplen los criterios anteriores. Por tanto, la codificación será considerada también si, por ejemplo, se adopta un niño, si los padres acogen a un niño o cuando un hermano mayor vuelve a casa con su propio hijo. El criterio esencial no es el grado de cambio, sino la afectación que éste produce en el patrón de relaciones familiares preexistentes del niño.

6.3 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima

El concepto que tiene cada uno de su propia valía forma parte importante del desarrollo adaptativo de la personalidad, por lo que su pérdida constituye un estresor psicosocial significativo que conlleva una seria amenaza. Dicha pérdida de autoestima puede producirse por:

- I. el fracaso del niño en alguna tarea específica dentro de un área que es de elevada consideración personal, o
- II. el descubrimiento por parte del niño de un hecho personal o familiar que es percibido como avergonzante o estigmatizante, o
- III. una humillación pública importante, o
- IV. la pérdida importante de confianza o respeto hacia una persona querida de la que el niño recibía apoyo emocional, o
- V. la pérdida de respeto hacia uno mismo, que puede estar asociada a un embarazo no deseado (independientemente de si éste es llevado a término o no).

La característica principal de los sucesos que reúnen los criterios de esta categoría es que han de producir un cambio tal que se produzca una valoración negativa del niño sobre sí mismo.

Pautas para el diagnóstico

El fracaso en las tareas será considerado relevante si:

- I. el fracaso es importante, bien por su efecto en los progresos del niño en alguna actividad o área de funcionamiento, o bien por el impacto sobre su propia imagen, y
- II. el fracaso es en un área investida de una alta consideración personal, y
- III. el fracaso es percibido como una falta de competencia o capacidad del propio niño. Así el fracaso en un examen del colegio no cumpliría estos criterios; el fracaso en un examen público sí los cumpliría sólo si el éxito fuera importante para el niño, tanto para su propia valoración como para la progresión de su carrera. El fracaso en un área no escolar (como música o deportes) deberá ser juzgado según los mismos criterios. El despido laboral puede considerarse que cumple los criterios de la pérdida de autoestima involucrada.

El descubrimiento de algún hecho avergonzante o estigmatizante puede ser considerado como relevante si conduce a que el niño se sienta seriamente degradado o devaluado en su propia autoestima. Obviamente, el que dicho descubrimiento tenga o no ese efecto dependerá de las expectativas y normas tanto personales como subculturales. Sin embargo, los sucesos que deben ser considerados como importantes deben incluir el descubrimiento de que:

- A) el niño es ilegítimo, o
- B) el padre es homosexual, o
- C) el padre resulta ser un criminal importante, o
- D) la familia no puede hacer frente a los gastos (como cuando se desahucian al no poder pagar la casa), o
- E) la niña se queda embarazada en circunstancias consideradas vergonzantes en la subcultura en la que vive.

La humillación pública es relevante si supone una valoración negativa del niño por parte de amigos, familia y otras figuras de importancia para él. Esto puede producirse si, por ejemplo, los profesores se mofan públicamente del aspecto físico del niño o de las costumbres de los padres; también si el niño es objeto de burla por sus compañeros arrastrándole a una humillación pública (si esto supone una violencia que cumple los criterios del punto 6.5 se deben codificar ambos). La humillación resultante del propio comportamiento alterado del niño no debe ser incluida aquí (codificar 9.2).

Los acontecimientos o sucesos que conducen a la pérdida de la confianza o respecto depositados en una persona querida deben ser incluidos si la pérdida ha sido importante o si la persona le proporciona gran apoyo emocional. Esto puede ocurrir, por ejemplo, si el niño descubre que lo que le han dicho sus padres o la forma de actuar de éstos están basadas en una mentira (como cuando le dicen que son sus padres biológicos, cuando en realidad es adoptado).

6.4 Abuso sexual (extrafamiliar)

Epidemiológicamente se sabe que los incidentes sexuales con niños son extremadamente frecuentes, de tal forma que es probable que la mayoría de los incidentes menores tengan poca significancia psicológica. Se desconoce con certeza qué tipo de incidentes tienen mayor probabilidad de ser perjudiciales. Sin embargo, es presumible que la magnitud del riesgo psiquiátrico esté influenciada por el grado en que implica directamente al niño, por el grado de intrusión personal (sexual), o está centrado en el abuso de poder basado en la edad, autoridad o la relación personal/profesional, y por el grado de trauma o coerción física.

Pautas para el diagnóstico

Los incidentes sexuales son considerados como abuso si:

- I. la otra persona es sustancialmente mayor que el niño (por ejemplo, no se trata de una relación amorosa equitativa, en la que la otra persona es técnicamente un adulto, pero en términos reales es vista por el niño como un compañero igual a él), y
- II. el incidente sexual se produjo sobre las bases de la posición o el estatus de la otra persona (él o ella era el médico del niño, un sacerdote o un cuidador profesional de fuera de la casa), o
- III. el niño no deseaba participar (indistintamente de si hubo o no resistencia activa).

Además, la codificación de abuso requiere que:

- A) haya habido o se haya intentado el contacto con los pechos o genitales del niño, o
- B) haya habido o se haya intentado el contacto con los pechos o genitales de la otra persona, o
- C) la otra persona se haya expuesto sexualmente, existiendo tocamientos o intentos (por ejemplo, la exposición de genitales a distancia o de forma no directa hacia el niño estaría excluida), o
- D) la otra persona ha podido desvestirse al niño (o ha hecho que se desnude) en circunstancias en que esto era socialmente inaceptable, o
- E) la otra persona ha seducido al niño para que se vaya con él (dentro de un vehículo o a otro lugar) en circunstancias en que esto acarrea una amenaza psicológica.

Excluye: Abuso sexual dentro de la familia (1.4)

6.5 Experiencias personales atemorizantes

En conjunto, la evidencia limitada de la que se dispone sugiere que las experiencias atemorizantes breves, aunque desconcertantes, habitualmente no conllevan un riesgo psiquiátrico significativo a largo plazo. Sin embargo, parece que sí lo acarrearán si la naturaleza o contexto del acontecimiento supone una amenaza implícita o explícita con respecto al futuro bienestar del niño. Dichas amenazas proceden de la incertidumbre derivada de las posibles graves consecuencias, del daño real a otros o del trauma persistente en el niño.

Pautas para el diagnóstico

Para ser incluida, la experiencia debe estar claramente fuera de los acontecimientos esperables y constituir una amenaza para el futuro del niño.

Dicha amenaza puede manifestarse en:

- A) serias incertidumbres acerca de si el niño saldrá ileso (como en el caso de ser secuestrado o retenido como rehén, aunque no haya resultado herido), o
- B) si existe implícitamente una seria amenaza de muerte (como inundaciones, terremotos, volcanes y otros desastres naturales que producen la muerte o lesiones graves a otras personas física o emocionalmente cercanas al niño, incluso cuando éste sale ileso), o
- C) el niño es herido, produciéndose una seria amenaza para la seguridad o la autoimagen de éste (como la mordedura de un perro en la cara o cuando se ve envuelto en un accidente en el que se producen graves daños de otras personas o propiedades), o
- D) si existe un dolor severo prolongado (como las quemaduras extensas y graves), o
- E) si el niño es testigo de un grave accidente o trauma deliberado en miembros de su familia o en otros individuos con los que tiene una relación emocional estrecha (como violación, asalto con violencia o accidente de tráfico grave), o
- F) si el niño está involucrado en un episodio que amenaza a la propiedad, en circunstancias que conllevan también una amenaza personal (por ejemplo, un robo en el que se trastorna la habitación del niño, o que el niño descubre a los ladrones entrando en la casa, o es asaltado o se encuentra en compañía de un familiar que es atracado), o
- G) si el episodio es repetitivo o recurrente (por ejemplo, seria intimidación en el colegio o en el vecindario).

Excluye:

- desastres naturales en los que el niño no está directamente implicado, pero que producen la muerte de alguien cercano a éste (codificar 6.0);
- desastres que conllevan una amenaza potencial para la familia, pero que no es percibida directamente por el niño, como por ejemplo, un accidente nuclear en el vecindario (codificar sólo si existen elementos que reúnan los criterios para otras categorías).
- malestar civil que no afecta directamente al niño, no constituyendo una amenaza a largo plazo.
- acontecimientos vitales que afectan a miembros de la familia, pero no directamente al niño (codificar sólo si la reacción familiar produce situaciones psicosociales que cumplen criterios para otras categorías).

6.8 Otros

Cualquier otro acontecimiento vital agudo no recogido en las categorías de la 6.0 a la 6.5 que cumple los criterios generales para los acontecimientos que implican una sustancial amenaza contextual a largo plazo (psicológica o física).

7 Factores estresantes sociales

Esta categoría engloba aquellos estresores que reflejan factores y que derivan de fuerzas o características sociales más amplias, y no tanto características del entorno inmediato del niño o sus experiencias individuales. Para ser incluidos, los acontecimientos, circunstancias o sucesos deben afectar directamente al niño y conllevar un grado sustancial de amenaza psicológica o física a largo plazo.

7.0 Persecución o discriminación negativa

Esta categoría incluye acontecimientos o experiencia que:

- I. afectan directamente al niño, y
- II. producen una amenaza a largo plazo, y
- III. suponen una persecución o discriminación adversas basadas en la pertenencia del niño a alguna etnia, religión u otro grupo más amplio (más que en las características personales del niño).

La codificación debe reservarse a experiencias/sucesos que conducen:

- I. a un daño físico, o
- II. a la exclusión de actividades de importancia para el niño, o
- III. a la humillación o estigmatización públicas subyacentes en comportamientos molestos que forman parte de un amplio rango de estresores corrientes en la vida.

Pautas para el diagnóstico

La persecución/discriminación negativa puede incluir:

- A) golpes u otro tipo de degradación física (como, por ejemplo, manchar la ropa del niño),
- B) impedir que el niño participe en actividades de ocio y trabajo que le gusten,
- C) forzar a que el niño sea públicamente etiquetado por medio de la roja que usa, o teniendo que sentarse o jugar en determinadas áreas, etc..., o
- D) cualquier forma de estigma o humillación pública grave.

En todos los casos es necesario que la discriminación se base en la pertenencia del niño a un grupo (definido por el color de la piel, religión, origen étnico, etc.), más que en las propias características del niño, apariencia o comportamiento. La burla o el apodo que no se sigue de lo esperable por parte de un grupo de compañeros desagradables no sería suficiente para la codificación. Sin embargo, la humillación pública o conducta discriminatoria de un profesor debe ser incluida.

Excluye: El intimidar a molestar al niño por sus características personales (considerar si cumple los criterios para el punto 6.5 ó 6.3).

7.1 Migración o cambio social

La evidencia limitada de la que disponemos sugiere que el riesgo psiquiátrico asociado a movimientos geográficos es pequeño (cambios de casa o colegio). Sin embargo, puede existir un riesgo significativo si:

- I. el cambio ha sido forzado (como ocurre con los refugiados a os desahuciados), o
- II. se produce una importante ruptura de lazos o relaciones personales, o
- III. el traslado supone un cambio a una subcultura muy diferente, o
- IV. el niño en su nuevo entorno ha de aprender otro idioma, o
- V. se produce una pérdida importante de estatus social.

Pautas para el diagnóstico

Los movimientos deben ser incluidos si:

- A) el niño es desplazado a otro entorno sin su familia (como ocurre en ciertos tipos de evacuación), o
- B) el traslado de la familia es forzado e implica la pérdida de seguridad personal (como ocurre con los refugiados o los desahuciados de sus casas); no incluye, sin embargo, traslados como consecuencia de realojamientos si no existe una amenaza prolongada, o
- C) el traslado supone un cambio a una cultura radicalmente diferente o el niño debe aprender un nuevo idioma (no se incluyen los casos en los que el niño conserva parte de su propia subcultura, como en las familias de diplomáticos o militares), o
- D) el cambio supone una reducción en el bienestar o estatus social del niño (por ejemplo, ruina familiar).

7.8 Otros

Cualquier otro estresor social no cubierto por las categorías 7.0 y 7.1, y que cumpla los criterios generales para los estresores sociales.

8 Estrés crónico interpersonal asocial con el colegio / trabajo

Tanto el colegio como el trabajo constituyen dos entornos sociales en los que las personas se desenvuelven la mayor parte del tiempo. Esta categoría hace referencia a aquellas relaciones anormales dentro de la escuela o el trabajo que son de un tipo y severidad tal, que constituyen un riesgo psiquiátrico para la gente joven. En este aspecto existe un paralelismo con las relaciones intra familiares anormales incluidas en las categorías de la 1.0 a la 1.8. El estrés interpersonal crónico asociado con el trabajo/colegio puede provenir del rechazo por parte de los compañeros, de ser la víctima propiciadora de los profesores (o de los supervisores en el trabajo) o de malestar o disputas generales en el mismo.

El estrés interpersonal debe estar asociado al colegio o al trabajo para puntuar en esta categoría, pero no tiene necesariamente que ser experimentado sobre las premisas, ni ha de involucrar a personas de estos medios. Así, por ejemplo, la intimidación en el camino al colegio por alumnos de otros centros debería ser incluida.

Como ocurre con las relaciones anormales dentro de la familia, con frecuencia las propias acciones, actitudes o respuestas del niño habrán jugado una parte importante en la creación o perpetuación de las dificultades interpersonales en el colegio o el trabajo. Sin embargo, se deben codificar únicamente sobre las bases de un comportamiento anormal en la otra persona, independientemente de la contribución del propio niño a la relación alterada.

8.0 Relaciones de disputa con los compañeros

Esta categoría incluye los desacuerdos entre el niño y sus compañeros. La ausencia de relaciones positivas no es suficiente para la codificación, debe existir un intercambio negativo activo e importante. Igualmente, episodios repetidos y breves de peleas tampoco son suficiente; más bien, la relación debe ser persistentemente negativa. Una única relación marcadamente negativa y que cumpla todos los criterios diagnósticos o relaciones múltiples del mismo tipo sí deben ser incluidas. Como principio general, la presencia de relaciones discordantes debe ser codificada, a pesar de que existan relaciones positivas compensadoras de las otras.

Pautas para el diagnóstico

Las relaciones con los compañeros deben ser consideradas anormales cuando el niño es:

- A) repetidamente atormentado, denigrado o insultado, o
- B) repetidamente amenazado o intimidado, o
- C) coaccionado a participar en actividades en contra de sus deseos, o
- D) extorsionado, o
- E) rechazado activamente, ignorado o aislado por sus compañeros, o
- F) repetidamente sometido a experiencias humillantes.

8.1 “Cabeza de turco” para profesores o supervisores en el trabajo

Esta categoría se refiere a los sentimientos marcadamente negativos y personalmente focalizados de uno o más profesores o supervisores en el trabajo hacia el niño. Estos sentimientos deben estar específicamente dirigidos al niño, pero es posible que sean aplicables a más de un niño en el grupo de compañeros.

Pautas para el diagnóstico

La codificación requiere que:

- I. el comportamiento negativo del adulto es claramente anormal en su forma y/o grado, y
- II. está específicamente dirigido al niño como individuo, y
- III. es persistente en el tiempo y generalizado a varios comportamientos del niño (por ejemplo, una reacción excesiva por parte del adulto hacia una o dos acciones específicas del niño no sería adecuada para la codificación).

La hostilidad “cabeza de turco” puede observarse por:

- A) una tendencia irracional a culpabilizar al niño por problemas o dificultades en el colegio o trabajo, o
- B) críticas repetidas hacia el niño que le denigran como persona, y que generalizan fallos del pasado o anticipan futuros fracasos, o
- C) una tendencia general a atribuir al niño características negativas, o
- D) una tendencia clara y específica de molestar al niño o de involucrarse en intercambios negativos cuando el adulto se siente miserable, irritado o malhumorado, o
- E) tratar al niño injustamente en relación con otras personas en el trabajo o en la escuela, con una excesiva carga de trabajo o responsabilidades, excluyéndole de actividades positivas o ignorando sus dificultades o necesidades.

8.2 Desasosiego en el ambiente escolar/laboral

Esta categoría alude a la disconformidad o desasosiego por la situación en el trabajo o en el colegio, que afecta al niño de forma importante, pero que se debe principalmente al desacuerdo entre los otros y no con el niño. Para ser codificada, la situación debe ser anormal en el contexto sociocultural, debe haber durado al menos la mitad del período de tiempo necesario para la codificación y debe haber afectado al niño considerablemente. La disconformidad/desasosiego puede producirse fundamentalmente entre varios de los otros niños, entre adultos en el trabajo o en el colegio, o entre los profesores y otros compañeros (o supervisores y otros trabajadores). Para ser codificada debe interferir en la realización de la tarea por parte del niño, o debe afectar a las relaciones interpersonales en el trabajo o en el colegio.

Pautas para el diagnóstico

La situación en el trabajo o en el colegio ha de ser considerada como anormal si se caracteriza por lo siguiente:

- A) un comportamiento persistente y repetidamente disruptivo, con frecuentes disputas, altercados o actos agresivos o destructivos, protagonizados por adultos, otros niños o ambos, o
- B) una ausencia marcada de control y disciplina, de tal forma que el trabajo no puede proseguirse o es necesaria la asistencia repetida de los demás para recuperarlo, o
- C) frecuentes disputas o peleas entre profesores (o supervisores en el trabajo).

8.8 Otros

Cualquier otro estrés interpersonal crónico, asociado al trabajo o al colegio, que cumpla los criterios generales de tipo y severidad para esta categoría, pero que no pueda ser codificado bajo los puntos 8.0 al 8.2.

Excluye: El estrés resultante del fracaso escolar o de una enseñanza inadecuada, o de otros aspectos no sociales relacionados con el trabajo o el colegio.

9 Situaciones o acontecimientos estresantes de los propios trastornos o discapacidades del niño

Esta categoría está limitada estrictamente a aquellos eventos o situaciones resultantes del propio trastorno o discapacidad del niño (por ello no pueden ser codificados bajo las categorías de la 1 a la 8), pero cuya existencia es causa de un estresor adicional importante. Por lo tanto, el que el niño viva en una institución residencial puede haber sido resultado de su trastorno, pero al mismo tiempo, la crianza en instituciones puede constituir per se un riesgo psiquiátrico adicional. Igualmente, el niño puede ser expulsado del colegio por su comportamiento disruptivo, pero aún así, la propia expulsión puede suponer un factor estresante más significativo. Esta categoría debe ser utilizada únicamente si claramente la situación resultante del propio trastorno/discapacidad del niño constituyó realmente un estresor sustancial adicional.

Como se ha dicho previamente, es probable que el comportamiento del niño haya contribuido en parte a una gran variedad de situaciones psicosociales anormales. Por ejemplo, esto es frecuente en muchos casos de disputas dentro de la familia o en el colegio. Sin embargo, este supuesto no debe ser una razón para codificar la situación aquí (ver instrucciones para las categorías 1 a 8). La categoría 9 se reduce a aquellas situaciones en las que el papel del niño como desencadenante de las mismas es el principal e importante.

9.0 Crianza en instituciones

La codificación para esta categoría debe ser hecha de acuerdo con los criterios diagnósticos para el punto 5.0, con el requerimiento adicional de que esta crianza haya sido ocasionada por el propio trastorno/discapacidad del niño. Por lo tanto, la crianza en un hospital psiquiátrico o en una institución para delincuentes debe ser incluida aquí.

9.1 Cambio de hogar que acarrea una amenaza contextualmente significativa

Los criterios para esta categoría son los mismos que para la categoría 6.1, pero con el requerimiento adicional de que el cambio de hogar se haya producido como consecuencia del propio trastorno/discapacidad del niño.

9.2 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima

La codificación de esta categoría sigue los criterios para la categoría 6.3, pero con el requerimiento adicional de que el suceso fue primariamente debido al propio comportamiento del niño. por lo tanto, la pérdida de autoestima puede deberse a la exposición pública de un aspecto avergonzante en el comportamiento del niño, de la humillación asociada a la expulsión del colegio o al despido en el trabajo, o de la pérdida de confianza o respeto en alguien importante para el niño, como consecuencia de las acciones de éste.

Excluye: La pérdida de autoestima como consecuencia del descubrimiento de un aspecto avergonzante o estigmatizante en otros miembros de la familia (codificar 6.3)

9.8 Otros

Cualquier situación/suceso que acarree una amenaza contextual a largo plazo que cumpla los criterios generales para la categoría 9. Esta categoría debe ser usada sólo cuando claramente dicha situación sea el resultado del propio trastorno/discapacidad del niño y haya supuesto un estresor adicional importante para éste.

Este eje debe reflejar el funcionamiento psicológico, social y ocupacional, a la vez que la evaluación clínica del paciente. Excepto para trastornos muy agudos, debería ser evaluado durante el período que abarca los tres meses previos, pero la intención es que la codificación refleje el funcionamiento durante el período del trastorno. Los códigos deben recoger la disminución en el funcionamiento psicosocial, consecuencia del trastorno psiquiátrico (por ejemplo, cualquier trastorno del eje i). De un trastorno específico del desarrollo psicológico (por ejemplo, cualquier trastorno del eje ii) o de retraso mental (por ejemplo, una codificación dentro de los epígrafes 70 al 79 en el eje iii). Lo que es debido a limitaciones físicas o ambientales no debe ser codificado aquí. Se debe evaluar el nivel de funcionamiento más bajo del sujeto durante los tres últimos meses, y codificar sobre las bases del funcionamiento social del niño acorde con su contexto real de oportunidades, sin tener en cuenta la presencia/ausencia de síntomas psiquiátricos.

La evaluación de la discapacidad psicosocial se basará en la capacidad del niño para mantener relaciones relativamente armoniosas con sus padres, hermanos, profesores y otros adultos. También del grado en que el niño se cuida de estar limpio y arreglado de acuerdo con su edad y circunstancias sociales; colaboración razonable en las tareas domésticas; capacidad de marcharse de casa sin dificultad; realización de sus deberes adecuadamente según su edad e inteligencia; capacidad de establecer relaciones en las que comparte distintas actividades con sus compañeros; participar en actividades de ocio y en trabajos remunerados (si es contratado). La decisión acerca de si la discapacidad es debida a un trastorno psiquiátrico debe basarse fundamentalmente en si el cambio en el grado de funcionamiento psicosocial está relacionado significativamente con el tiempo de inicio de los síntomas psiquiátricos, y si hay una explicación plausible sobre cómo los síntomas han podido conducir a la discapacidad únicamente con factores mentales, codificada en los tres primeros ejes, difiere de los criterios empleados en la clasificación multiaxial de la OMS para los trastornos psiquiátricos en adultos, que permite la codificación de las discapacidades causadas por trastornos tanto mentales como físicos.

0 Funcionamiento social bueno o superior

Se refiere a un buen funcionamiento en todos los aspectos sociales. por ejemplo: unas buenas relaciones interpersonales dentro de la familia, con compañeros y adultos fuera de ésta, el poder manejar todas las situaciones sociales y el que el niño tenga una amplia gama de intereses y actividades de ocio.

1 Funcionamiento social moderado

Globalmente existe un funcionamiento moderado, con algunas dificultades transitorias o de menor importancia en una o dos áreas solamente (el funcionamiento puede ser o no superior en una o dos áreas distintas).

2 Discapacidad social leve

se da un funcionamiento adecuado en la mayoría de los aspectos, pero existen pequeñas dificultades en, al menos, una o dos áreas (por ejemplo, problemas con las amistades, actividades o intereses sociales limitados, dificultades en las relaciones familiares, problemas para hacer frente a distintas situaciones sociales o dificultades con adultos fuera de la familia).

3 discapacidad social moderada

Discapacidad moderada en, al menos, una o dos áreas.

4 Discapacidad social grave

Discapacidad importante en, al menos, una o dos áreas (ausencia marcada de amistades, incapacidad para hacer frente a situaciones sociales nuevas o incapacidad para acudir a clase).

5 Discapacidad social grave y generalizada

Discapacidad importante en la mayoría de las áreas.

6 Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas

Necesidad de una supervisión continuada o de cuidados por parte de otras personas para mantener el funcionamiento diario. El niño es incapaz de manejarse completamente solo.

7 Discapacidad social grosera/persistente y generalizada

Algunas veces el niño es incapaz de atender mínimamente su propia higiene personal, de vez en cuando requiere una supervisión continuada para no perjudicarse a sí mismo o a los otros, o existe un deterioro grosero en todas las formas de comunicación.

8 Discapacidad social profunda/persistente y generalizada

Incapacidad persistente para atender su propia higiene personal, riesgo de dañarse gravemente a sí mismo o a otros, o ausencia total de comunicación.

CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS

Escala Positiva (P)

P1. Delirios. Creencias que son infundadas, no realistas y extravagantes.

BASE PARA EL PUNTAJE: CONTENIDO DEL PENSAMIENTO EXPRESADO EN LA ENTREVISTA Y SU INFLUENCIA EN EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RELACIONES SOCIALES.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Presencia de una o dos ideas delirantes que son vagas, no cristalizadas, y no son sostenidas con tenacidad. No interfieren con el pensamiento, relaciones sociales o el comportamiento.
4. Moderado – Presencia ya sea de un conjunto caleidoscópico de ideas delirantes mal formadas o inestables, o pocas ideas delirantes bien formadas que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
5. Moderado-severo – Presencia de numerosas ideas delirantes bien formadas que son tenazmente sostenidas y ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
6. Severo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están cristalizadas, posiblemente sistematizadas, y son tenazmente sostenidas e interfieren claramente el pensamiento, las relaciones sociales o el comportamiento.
7. Extremo – Presencia de un conjunto estable de ideas delirantes que están ya sea altamente sistematizadas o muy numerosas, y que dominan las principales facetas de la vida del paciente. Esto frecuentemente resulta en acciones inapropiadas e irresponsables, que incluso pueden amenazar la seguridad del paciente o de otros.

P2. Desorganización conceptual. Desorganización del proceso del pensamiento caracterizado por una interrupción en la secuencia dirigida a un objetivo, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones sueltas, falta de lógica general, o bloqueo del pensamiento.

Base para el puntaje: procesos cognitivos-verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Hay dificultad en dirigir el pensamiento a un objetivo, y algunas asociaciones sueltas pueden evidenciarse bajo presión.
4. Moderado – Capaz de enfocar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero se vuelven sueltas o irrelevantes cuando se trata de comunicaciones más complejas o bajo mínima presión.

5. Moderado-severo – Generalmente tiene dificultad en organizar el pensamiento, como se muestra en las frecuentes desconexiones o asociaciones y respuestas al margen aun sin estar exigido.
6. Severo – El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, resultando con irrelevancias generales y desorganización en el proceso del pensamiento, lo que ocurre casi permanentemente.
7. Extremo – El pensamiento está desorganizado a tal grado que el paciente es incoherente. Hay marcadas asociaciones sueltas que resultan en total falla de la comunicación, por ejemplo “ensalada de palabras” o mutismo.

P3. Comportamiento alucinatorio. Información verbal o comportamiento que indica percepciones que no están generadas por estímulos externos. Estas pueden ser auditivas, visuales, olfatorias o somáticas.

Base para el puntaje: Información verbal o manifestaciones conductuales durante la entrevista así como informe de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o algunas percepciones anormales vagas que no alteran el pensamiento o la conducta.
4. Moderado – Las alucinaciones ocurren frecuente pero no continuamente, y el pensamiento y comportamiento del paciente están afectados en grado mínimo.
5. Moderado-severo – Las alucinaciones son frecuentes, pueden involucrar más de una modalidad sensorial y tienden a distorsionar el pensamiento o trastornar el comportamiento. El paciente puede tener una interpretación delirante de estas experiencias y tener respuestas emotivas y en ocasiones también verbales.
6. Severo – Las alucinaciones están presentes casi continuamente, distorsionando gravemente el pensamiento y el comportamiento. El paciente trata las alucinaciones como percepciones reales y su funcionamiento está impedido por las frecuentes respuestas emocionales y verbales.
7. Extremo – El paciente está casi totalmente preocupado por las alucinaciones, que prácticamente dominan el pensamiento y el comportamiento. Las alucinaciones están provistas de una interpretación delirante rígida y provocan respuestas verbales y del comportamiento, que incluyen la obediencia a las órdenes alucinatorias.

P4. Excitación. Hiperactividad reflejada en una actividad motora acelerada, respuesta exagerada a estímulos, hipervigilancia o labilidad afectiva excesiva.

Base para el puntaje: Manifestaciones del comportamiento durante el curso de la entrevista o bien informe de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o excitado durante la entrevista, pero sin episodios específicos de excitación o labilidad efectiva marcada. El lenguaje puede estar ligeramente acelerado.
4. Moderado – Agitación o excitación claramente evidentes durante la entrevista, afectando el lenguaje y la movilidad general; pueden ocurrir estallidos episódicos en forma esporádica.

5. Moderado-severo – Se observan hiperactividad significativa o estallidos frecuentes de actividad motora, lo que dificulta que el paciente permanezca sentado por más de unos minutos.
6. Severo – La entrevista está dominada por una excitación marcada, que disminuye la atención y afecta en cierto grado las funciones personales como comer y dormir.
7. Extremo – La excitación muy marcada interfiere seriamente el comer y dormir y hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. La aceleración del lenguaje y la actividad motora pueden señalar incoherencia y agotamiento.

P.5 Grandiosidad. Opinión de sí mismo exagerada y convicciones de superioridad irreales que incluyen habilidades extraordinarias, riqueza, conocimiento, fama, poder y rectitud moral.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento del paciente.

1. Ausente- La definición no se aplica
2. Mínimo- Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales
3. Ligero - Se evidencia algo de expansividad o jactancia, pero sin ser claramente delirio de grandeza
4. Moderado - Se siente clara e irrealmente superior a otros. Algunas ideas delirantes mal formadas acerca de status u habilidades especiales pueden estar presentes pero no influyen en el comportamiento
5. Moderado-severo - Ideas francamente delirantes en relación a sus habilidades, status o poder sobresalientes, que influyen en su actitud pero no en su comportamiento.
6. Severo – Expresa ideas francamente delirantes de marcada superioridad en más de un parámetro (riqueza, conocimiento, fama, etc.) que influyen notablemente en sus interacciones y comportamiento
7. Extremo – Pensamiento, interacciones y comportamiento dominados por delirios múltiples de habilidad, riqueza, conocimiento, fama, poder y/o estatura moral excepcionales que pueden tener rasgos bizarros.

P6. Suspiciacia/ Persecución Ideas irreales o exageradas de persecución reflejadas en actitud defensiva, desconfiada, sospecha hipervigilante, o franco delirio de que alguien desea dañarle.

Base para el puntaje: Contenido del pensamiento expresado en la entrevista y su influencia en el comportamiento

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Presenta actitud defensiva o francamente desconfiada, pero sus pensamientos, interacciones y comportamiento están mínimamente afectados.
4. Moderado – La desconfianza es claramente evidente e interfiere con la entrevista y/o el comportamiento, pero no hay evidencias de delirio de persecución. Alternativamente, puede haber indicios de un delirio de persecución laxamente formado, pero que parece no afectar la actitud del paciente o sus relaciones interpersonales.

5. Moderado-severo – El paciente muestra marcada desconfianza, que ocasiona grave distorsión de las relaciones interpersonales, o un delirio persecutorio claramente definido con impacto limitado en sus relaciones interpersonales o su comportamiento.
6. Severo – Delirio de persecución franco que puede estar sistematizado y que interfiere en forma significativa en las relaciones interpersonales.
7. Extremo – Una trama de delirios de persecución sistematizados dominan el pensamiento del paciente, sus relaciones sociales y su comportamiento.

P7 Hostilidad Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo el sarcasmo, comportamiento pasivo-agresivo, abuso verbal y agresividad

Base para el puntaje: Comportamiento interpersonal observado durante la entrevista e informes de enfermería o de familiares.

1. Ausente – La definición no se aplica.
2. Mínimo – Patología cuestionable: puede estar en el extremo superior de los límites normales.
3. Ligero – Comunicación de ira indirecta o restringida como sarcasmo, falta de respeto, expresiones hostiles y ocasionalmente irritabilidad.
4. Moderado – Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando frecuentemente irritabilidad y expresión directa de enojo o resentimiento.
5. Moderado-severo - el paciente está muy irritable y ocasionalmente hay abuso verbal o amenazas.
6. Severo – Falta de cooperación; el abuso verbal y las amenazas influyen notablemente en la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede estar violento y destructivo pero no agrede físicamente a otros.
7. Extremo – La ira excesiva produce total falta de cooperación, evitando otro tipo de interacciones, así como episodios de agresión física hacia otros.

CRITERIOS PARA EL PUNTAJE ESCALA PANSS

Escala Negativa (N)

N1. Embotamiento Afectivo Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación.

Bases para la evaluación: Observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

□

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

4. Moderado: Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
5. Moderado - severo: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
7. Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera".

N2. Retracción emocional. Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos.

Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: La definición no es aplicable
2. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
4. Moderado: El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
5. Moderado - severo: El paciente está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
6. Severo: Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el paciente necesita supervisión
7. Extremo: Paciente casi totalmente aislado, incommunicativo, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. Pobre relación: Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal.

Bases de valoración: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

4. Moderada: El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés..
5. Moderada - severa: La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
6. Severa: El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
7. Extrema: Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. Retracción social, apatía pasiva. Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.

Bases de valoración: Informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa.
Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.
4. Moderada: Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.
5. Moderada - severa: Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
6. Severa: Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales..
7. Extrema: Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. Dificultad de pensamiento abstracto. Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema.

Bases de valoración: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente..

4. Moderada: Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
5. Moderada - severa: Trata principalmente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
6. Severa: Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacío o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
7. Extrema: Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. Falta de espontaneidad y fluidez de la conversación: Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.

Bases de evaluación: Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
4. Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
5. Moderada - severa: El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases
6. Severa: Las respuestas del paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no se, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria
7. Extrema: La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. Pensamiento estereotipado. Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril.

La base para la evaluación: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:

1. Ausencia: La definición no es aplicable
2. Mínima: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
3. Leve: Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.

4. Moderada: La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
5. Moderada - severa: El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
6. Severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación
7. Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL

PG1. Preocupaciones somáticas. Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado en la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Preocupaciones a cerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
4. Moderado: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
5. Moderado severo: El paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones acerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
6. Severo: El paciente manifiesta uno o mas delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del paciente sobre estos temas.
7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

PG2. Ansiedad. Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.

Bases para la valoración: Comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.

4. Moderado: El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
5. Moderado severo: El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
6. Severo: Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
7. Extremo: La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual esta casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. Sentimientos de culpa. Remordimientos o auto reproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado.

Bases para la valoración: Comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el paciente no está claramente afectado.
4. Moderado: El paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
5. Moderado severo: El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
6. Severo: Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
7. Extremo:- La vida del paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el propio paciente.

PG4. Tensión motora. Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.
4. Moderado: Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
5. Moderado severo: Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
6. Severo: Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
7. Extremo: La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado mas de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. Manierismos y posturas. Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.

Bases para la valoración: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.
5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
6. Severo: Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
7. Extremo: El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. Depresión. Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.

Bases para la valoración: Manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.

4. Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.
5. Moderado severo: Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.
6. Severo: Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de auto abandono.
7. Extremo: Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto abandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. Retardo motor. Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El paciente puede ser poco productivo tanto en el habla como en los gestos.
4. Moderado: El paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.
5. Moderado severo: Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El paciente se encuentra habitualmente sentado o tumbado.
6. Severo: Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.
7. Extremo: El paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. Falta de colaboración. Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

Bases para la valoración: Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
5. Moderado severo: El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como “indeseable” o de tener “dificultades de trato”. La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
6. Severo: El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
7. Extremo: La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. Inusuales contenidos del pensamiento. El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas.

Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
4. Moderado: Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
5. Moderado severo: El paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
6. Severo: El paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
7. Extremo: El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. Desorientación. Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento.

Bases para la valoración: Respuestas a preguntas sobre orientación.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el paciente sabe donde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en mas de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.
4. Moderado: Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.
5. Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.
6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente no sabe donde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.
7. Extremo: El paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. Atención deficiente. Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo.

Bases para la valoración: Manifestaciones durante el curso de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción} ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.
4. Moderado: La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.
5. Moderado severo: La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
6. Severo: El paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.
7. Extremo: La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. Ausencia de juicio e introspección. Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
4. Moderado: El paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
5. Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
6. Severo: El paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
7. Extremo: Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el paciente puede rehusar a cooperar con el médico, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. Trastornos de la volición. Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje.

Bases para la valoración: Contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
4. Moderado: El paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
5. Moderado severo: El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.
6. Severo: Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
7. Extremo: Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. Control deficiente de impulsos. Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias.

Bases para la valoración: Conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
4. Moderado: El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
5. Moderado severo: - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
6. Severo: El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
7. Extremo: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. Preocupación. Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa.

Bases para la valoración: Conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.
4. Moderado: El paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.
5. Moderado severo: El paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.
6. Severo: Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo. Extremo: El paciente está casi siempre absorto en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. Evitación social activa. Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.

Bases para la valoración: Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.
4. Moderado: El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
5. Moderado severo: El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.
6. Severo: El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
7. Extremo: No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.

FICHA EVOLUCION
PERSONAS EN TRATAMIENTO POR PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA

Nombre _____

PATERNO MATERNO NOMBRE

RUT: _____

TELEFONO _____

Evaluación Escala PANSS inicial

Fecha _____

SUBESCALA POSITIVA

- P1 Delirios1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P3 Comportamiento alucinatorio.... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P6 Susplicacia / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Evaluación Escala PANSS a los 6 meses de tratamiento

..

Fecha _____

SUBESCALA POSITIVA

- P1 Delirios1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P2 DESORGANIZACION CONCEPTUAL..... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P3 Comportamiento alucinatorio.... 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P4 Excitación.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P5 Grandiosidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P6 Susplicacia / persecución.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
P7 Hostilidad.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

INSTRUCCIONES: CIRCULE EL PUNTAJE DE CADA ITEM SIGUIENDO LA LINEA DE LA ENTREVISTA CLINICA ESPECIFICA. CONSULTE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEFINICION DE LOS ITEMES, LA DESCRIPCION DE PUNTOS DE ANCLAJE Y ASIGNACION DE PUNTAJE

1 = AUSENTE, 2 = MINIMO, 3 = LIGERO, 4 = MODERADO, 5 = MODERADO – SEVERO, 6 = SEVERO,
7 = EXTREMO

INSTRUCCIONES: CIRCULE EL PUNTAJE DE CADA ITEM SIGUIENDO LA LINEA DE LA ENTREVISTA CLINICA ESPECIFICA. CONSULTE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA DEFINICION DE LOS ITEMES, LA DESCRIPCIÓN DE PUNTOS DE ANCLAJE Y ASIGNACION DE PUNTAJE

1 = AUSENTE, 2 = MINIMO, 3 = LIGERO, 4 = MODERADO, 5 = MODERADO – SEVERO, 6 = SEVERO,
7 = EXTREMO

ANEXO 5

Escala de evaluación de la actividad global (GAF)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuo* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

100	ACTIVIDAD SATISFACTORIA EN UNA AMPLIA GAMA DE ACTIVIDADES, NUNCA PARECE	
		□ superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen),	
	□ buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional	□
81	con miembros de la familia).	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante	
	□ agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una	□ discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral
71	o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna	
	□ dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o	
	□ robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones	
61	interpersonales significativas.	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia	□
	ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej.,	
51	pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o	
	□ cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos,	
41	incapaz de mantenerse en un empleo).	
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es □	□ a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el

<p>▫ trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo</p> <p>▫ (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar;</p> <p>▫ un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a 31 la escuela).</p>
<p>30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o</p> <p>▫ existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente,</p> <p>▫ actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar ▫ en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o 21 amigos).</p>
<p>20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una</p> <p>▫ expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u</p> <p>▫ ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de 11 excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).</p>
<p>10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) ▫ o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave 1 con expectativa manifiesta de muerte.</p>
<p>0 Información inadecuada.</p>

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Escala CGI

IMPRESIONES CLINICAS GLOBALES

Nombre del usuario

Fecha de evaluación Ficha clínica

MARQUE LA CASILLA ADECUADA

1.- Severidad de la enfermedad:

- 0 Normal, sano
- 1 ¿Enfermo?
- 2 Levemente enfermo
- 3 Moderadamente enfermo
- 4 Marcadamente enfermo
- 5 Severamente enfermo
- 6 Extremadamente enfermo

2.- Mejoras globales:

- 0 Mejoría muy importante
- 1 Mejoría importante
- 2 Mejoría mínima
- 3 Sin cambio
- 4 Desmejora mínima
- 5 Desmejora importante
- 6 Desmejora muy importante

**CRITERIOS DE EVALUACION
PARA MONITOREAR LA IMPLEMENTACION DEL
PROTOCOLO AUQE DE ESQUIZOFRENIA**

1. **Atención oportuna:** La persona que es derivada por sospecha diagnóstica de esquizofrenia a la unidad especializada de psiquiatría es atendida dentro de los 20 días siguientes por un psiquiatra, verificable en registro en ficha clínica.

SI () NO ()
2. Existen registros de todas las intervenciones y procedimientos efectuados a la persona

SI () NO ()
3. A las personas con sospecha diagnóstica de EQZ se les realiza proceso diagnóstico según protocolo:
 - a. Al menos 2 entrevistas clínicas por psiquiatra **SI () NO ()**
 - b. exámenes de acuerdo a protocolo **SI () NO ()**
 - c. pruebas psicométricas o de psicodiagnóstico según de acuerdo a protocolo **SI () NO ()**
 - d. aplicación de instrumentos protocolizados (CIE 10 Multiaxial, PANSS y GAF) **SI () NO ()**
4. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben tratamiento farmacológico de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
5. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben actividades de psicoeducación de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
6. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben intervenciones terapéuticas de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
7. Los familiares de las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben intervenciones de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
8. Las personas con confirmación diagnóstica de primer episodio de EQZ reciben rehabilitación psicosocial de acuerdo a protocolo

SI () NO ()
9. Se establecen modificaciones en el tratamiento de las personas con esquizofrenia en base a observaciones registradas por el equipo clínico, según criterios definidos en protocolo

SI () NO ()

MARCO TEÓRICO

*Valoración, Orientación e Inserción Laboral
de Personas con Discapacidad*

Método “ESTRELLA”



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN
DE POLÍTICAS SECTORIALES
SOBRE LA DISCAPACIDAD



COCEMFE



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES
Comunidad de Madrid
www.madrid.org



LA METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN, ORIENTACIÓN E INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Y LA APLICACIÓN INFORMÁTICA QUE LA SUSTENTA, HA SIDO DESARROLLADA Y FINANCIADA POR EL INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERO – CONSEJERÍA TÉCNICA DE BAREMOS) EN COLABORACIÓN CON LA COMUNIDAD DE MADRID, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES (CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES) Y LA CONFEDERACIÓN COORDINADORA ESTATAL DE MINUSVALIDOS FISICOS DE ESPAÑA (COCEMFE), SOBRE LA BASE DE UNA IDEA ORIGINAL Y PROYECTO TÉCNICO DE **D. EUGENIO RUBIO MOLINA**, TÉCNICO DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL DEL CENTRO BASE Nº1, DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.



Autores:

Francisco Margallo Polo

Director de Programas
Dirección General de Coordinación de
Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Carmen Gil García

Jefe de Sección de la Consejería
Técnica de Baremos (IMSERSO)

Eugenio Rubio Molina

Técnico de Orientación Profesional
Centro Base Nº1, de Atención a Personas con Discapacidad
Consejería de Familia y Asuntos Sociales
Comunidad de Madrid

Eduardo Jiménez Serrano

Equipo Técnico del Área de Formación y Empleo de la Confederación
Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE)



ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción.

Presentación

1. Aspectos Generales
2. Objetivos, Aplicaciones y Usuarios

Esquema General. Método Estrella

1. Programa individual de Inserción Laboral

1.1. Valoración de Personas con Discapacidad (Cuestionario)

1.1.1. Identificación

- Identificación y Localización
- Grado de Minusvalía

1.1.2. Perfil Básico

➤ *Funciones y/o Estructuras Corporales*

- *Funciones*

- Mentales
- Sensoriales y Dolor
- Lenguaje, Voz, y Habla.

- *Funciones y/o Estructuras*

- Sistemas Corporales
- Neuromusculoesquelética, Movimiento y Piel

➤ *Actividad y participación*

- Capacidades (Desempeño/Realización)

➤ *Factores Contextuales*

- Personales
- Ambientales



1.1.3. Competencias

➤ Formación

- Reglada
- Idiomas
- Otros Conocimientos

- Carnet de Conducir

- Laboral
 - Experiencia
 - Situación
 - Disponibilidad
 - Socio Laboral

1.1.4. Orientación itinerarios y seguimiento:

- Intereses profesionales
- Medidas de Inserción laboral
- Incorporación a la bolsa de trabajo
- Ocupaciones Solicitadas
- Itinerarios
- Formación Solicitada

1.2. Informes

1.2.1. Plan Personal de Inserción

1.2.2. Itinerarios y seguimiento

1.2.3. Valoración laboral (No disponible en Versión para Entidades)

1.2.4. Valoración pedagógica (No disponible en Versión para Entidades)

1.2.5. Ficha de Capacidades (No disponible en Versión para Entidades)

2. MAPA DE RECURSOS

2.1. Empresas. (Cuestionario)

2.1.1. Identificación y localización.

2.2. Entidades, Centros y/o Servicios. (Cuestionario)

2.2.1. Identificación y localización

2.2.2. Requisitos de acceso

2.2.3. Características

2.3. Informes



3. FORMACIÓN E INSERCIÓN LABORAL.

3.1. Identificación De Ofertas

3.1.1. Ofertas De Empleo

- Identificación (Punto B. del Cuestionario)
- Análisis del puesto e Trabajo (Punto C. del Cuestionario)
 - Datos Generales.
 - Análisis de Tareas
 - Perfil de exigencias del Puesto /Capacidades requeridas.
 - Mobiliario y /o Tecnología utilizada.
 - Condiciones ambientales / Factores de Riesgo.
 - Competencias exigidas (*Formación y Experiencia Laboral*)
 - Otros Requisitos exigidos

3.1.2. Ofertas de Formacion

- Identificación (Punto B. del Cuestionario)
- Análisis de la Acción Formativa (Punto C. del Cuestionario)
 - Datos Generales.
 - Análisis de Tareas
 - Perfil de exigencias de la Acción Formativa /Capacidades requeridas.
 - Mobiliario y /o Tecnología utilizada.
 - Condiciones ambientales / Factores de Riesgo.
 - Competencias exigidas (*Formación y Experiencia Laboral*).
 - Otros Requisitos exigidos.

3.2. Sondeos

3.2.1. Identificación e Introducción de Variables

3.2.2. Resultados y Seguimiento

4 ACCESO AL EMPLEO. *(No disponible en Versión para Entidades)*

4.1. Informe de Capacidades a efectos de Demanda de Empleo.

4.1.1 Manual de Ayudas

4.1.2 Códigos de Deficiencias

4.1.3 Riesgos



4.2. Empleo Ordinario y Protegido. Contratación de Personas con Discapacidad: Informes sobre Adecuación de Puesto de Trabajo.

- 4.2.1 Solicitud de Informes.
- 4.2.2 Descripción y Análisis del Puesto de Trabajo (Cuestionario)
- 4.2.3 Manual de Ayudas
- 4.2.4 Factores de Riesgo y Condiciones Ambientales
- 4.2.5 Correspondencias, Riesgos (Persona) /Factores de Riesgo (Puesto).
- 4.2.6 Dictamen Técnico sobre Adecuación de Puesto de Trabajo
- 4.2.7 Informes

4.3. Empleo Público. Adaptación de Pruebas Selectivas y Adaptaciones y Compatibilidad con el desempeño del Puesto.

- 4.3.1 Adaptación de Pruebas Selectivas (Medios y /o Tiempos). Solicitud de Informes.
- 4.3.2 Descripción de la Prueba Selectiva (Cuestionario).
- 4.3.3 Dictamen Técnico sobre Adaptación de Pruebas Selectivas.
- 4.3.4 Informe
- 4.3.5 Recomendaciones para la Adaptación de Tiempos en Pruebas Oral y /o Escrita, en función de Deficiencias y Grado de Discapacidad.
- 4.3.6 Solicitud de Adaptaciones y Compatibilidad con el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto.
- 4.3.7 Descripción y Análisis del Puesto (Cuestionario).
- 4.3.8 Dictamen Técnico sobre Adaptación y Compatibilidad con el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto.
- 4.3.9 Informe.

5 PROCESOS AUXILIARES.

5.1. Generador de Informes (Sondeos genéricos, estadística...)



AGRADECIMIENTOS.-

Diferentes conceptos desarrollados en el Método de Valoración, Orientación e Inserción laboral de personas con discapacidad, tienen su origen en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Quisiéramos expresar nuestro reconocimiento especial al Doctor **D. José Luís Vazquez-Barquero** y a su equipo de la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social, centro colaborador de la OMS, del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" Santander (Cantabria), responsable de la versión en lengua española de la CIF, por su trabajo en delimitar y asimilar el lenguaje CIF a la valoración profesional.

Quisiéramos tener unas palabras de agradecimiento para **Dña. Asunción Núñez Castilla**, médico de la Consejería Técnica de Baremos del IMSERSO, quien en determinadas ocasiones, nos ayudó a resolver importantes problemas, y para **Dña. Ana Esteban Elvira** colaboradora eficaz en las tareas de apoyo administrativo.

Nuestra sincera gratitud, por el apoyo prestado, a **Dña. Mercedes Gonzalez Domínguez**, Consejera Técnica de Baremos, a **Don Antonio Sanchez Burgos**, Jefe del Área de Informática y a **Don Manuel Caso-Lopez Arroyo**, Jefe de Servicio del Área de Informática, todos ellos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), así como a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por el apoyo prestado a través de la Dirección General de Servicios Sociales y concretamente a **Dña. M^a Jesús Sanz de Andrés**, Subdirectora General de Asistencia Técnica y Coordinación del Plan para Personas con Discapacidad, por el interés demostrado en el desarrollo de este Método de Valoración Profesional.



INTRODUCCIÓN.-

Una vez finalizados los trabajos de revisión y actualización del Método "Estrella", de Valoración, Orientación e Inserción Laboral de Personas de Personas con Discapacidad, (2002⇔2005), en el presente documento (aún en proceso de desarrollo y sujeto a mejoras que, poco a poco, se puedan ir incorporando) se han recogido todos y cada uno de los procesos técnicos que fundamentan el Método y respaldan la Aplicación Informática que se ha desarrollado, con el fin de facilitar, a los Organismos competentes dentro de las Administraciones Central, Autonómica y /o Local, así como a las Asociaciones y Entidades que trabajan en este campo, un **lenguaje comun** y una **herramienta de referencia** qué, cuando menos, pueda ayudar a sus Técnicos en el trabajo cotidiano con este colectivo.

La Aplicación Informática desarrollada, se ha diseñado en dos versiones similares, una, dirigida al Movimiento Asociativo y Entidades que atienden al Colectivo de Personas con Discapacidad en edad laboral, y otra, dirigida a las Administraciones competentes en esta materia, conteniendo esta última, todos los procesos técnicos que les son necesarios para dar respuesta a las peticiones y demandas qué, en este campo, le puedan llegar de otras instancias, tanto públicas como privadas.



PRESENTACIÓN



1. Aspectos Generales:

El Método de Valoración, Orientación e Inserción Laboral "Estrella" fué diseñado, en el marco de la Iniciativa Comunitaria Horizonte de 1992-1995, dentro del Proyecto conjunto del Instituto Nacional de Empleo (INEM) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) con el objetivo de facilitar y promover la inserción laboral de personas con discapacidad

Ante las dificultades de las personas con discapacidad para incorporarse al mercado de trabajo, entre otros motivos, por sus carencias de capacitación profesional, se vio la necesidad de elaborar un sistema de información que integrase, todos los procesos que acompañan a las personas en su trayectoria profesional con una aplicación informática de fácil manejo, que agilizase las actuaciones de los profesionales de la orientación a personas con discapacidad.

El método, en su origen, parte del concepto de discapacidad explicitado en la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDDM) de la organización Mundial de la Salud (CIDDDM de 1980)

La aprobación, mayo de 2001, por la Organización Mundial de la Salud de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), tanto como el nuevo concepto de intermediación laboral contenido en la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, ha hecho necesario, por parte del IMSERSO, la revisión del Método Estrella, adecuándolo a la nueva conceptualización de la discapacidad y adaptándolo a las nuevas necesidades de los Agentes de Intermediación laboral.

La revisión se ha llevado a cabo por un "Grupo de Trabajo" compuesto por expertos en el campo de la valoración y orientación profesional de personas con discapacidad del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Comunidad de Madrid, (Consejería de Familia y Asuntos Sociales-Dirección General de Servicios Sociales) y la Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE).

El Método que presentamos se fundamenta, principalmente, en el análisis, por una parte, de los recursos (afectivos, cognitivos y



operativos) de la persona con discapacidad, esto es, de sus capacidades, destrezas, conocimientos y hábitos operativos, etc, que posibilitan su acceso al empleo, y por otra, de los recursos sociales (familia, trabajo, ambiente, etc) que son fuentes de posibilidades y limitaciones; ello debido a la nueva conceptualización de la discapacidad propuesta por la O.M.S., a través de la CIF, donde se contempla el problema de la discapacidad como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en que se desenvuelve.

Esencialmente, el Método Estrella se basa en la elaboración y desarrollo de tres procesos básicos relacionados entre sí, y que conforman el núcleo del trabajo de cualquier Servicio de Orientación/Inserción Laboral:

- ✓ Valoración/Orientación Profesional de la Persona.
- ✓ Análisis y Adecuación del Puesto de Trabajo.
- ✓ Análisis/orientación de la Formación Profesional Ocupacional

Así mismo, se tienen en cuenta otros procesos (elaboración de mapas de recursos, registro de empresas y ofertas de empleo, centros y ofertas de formación, seguimiento de resultados, etc) que en su conjunto aportan a los profesionales de la orientación e inserción profesional, información y medios necesarios para desarrollar su trabajo de forma integral.

La valoración para la orientación profesional se inicia una vez reconocido legalmente al trabajador con discapacidad un grado de minusvalía igual o superior al 33% (Art. 1.2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad)

Al valorar a las persona con discapacidad nuestro interés se centra, en lugar de insistir, como ha sido habitual, en el estudio de problemas y limitaciones, en el conocimiento de sus capacidades, destrezas, habilidades, aptitudes, etc puesto que ello va a aumentar las posibilidades de su integración laboral.

El análisis del puesto de trabajo tiene como objetivo recoger, de forma sintética, estructurada y clara, la información básica de un puesto de trabajo, permitiendonos tener un conocimiento real y actualizado de los cometidos, actividades y exigencias requeridas para su desarrollo.



Sabido es que la formación se ha convertido, en un medio tan sumamente competitivo como el mercado de trabajo, en el factor clave para éxito del trabajador. El análisis de la oferta formativa tiene por objeto conocer tanto los recursos existentes en el medio social como gestionar los propios de la organización.

El Plan de Acción para el Empleo en el Reino de España 2004-2007, en la directriz 7 sobre la Integración de las personas desfavorecidas en el mercado de trabajo, determina, en referencia a las personas con discapacidad, que **"Se prestará una atención especial a potenciar la coordinación de los Servicios Públicos de Empleo y los Órganos Técnicos de Valoración de la Discapacidad, a niveles central y autonómico, mediante la elaboración de Protocolos y programas específicos destinados a fomentar el empleo de personas con discapacidad, diseñando itinerarios de intermediación laboral ajustados al perfil profesional y necesidades específicas de estos desempleados (Desarrollo de la Metodología de integración laboral METODO ESTRELLA – IMSERSO)"**.

Por último, recordar que nuestra pretensión ha sido elaborar un método de valoración y orientación profesional científicamente fundado, útil, no solo para los Órganos Técnicos de Valoración de la Discapacidad, atendiendo a las competencias que la legislación vigente les atribuye, sino también para su utilización por los Servicios de Integración Laboral (SIL) de las distintas organizaciones que atienden a personas con discapacidad y departamentos de recursos humanos de las empresas que deseen utilizar este instrumento como guía en su toma de decisiones.



2. Objetivos, Aplicaciones, Usuarios

- Establecer, entre los profesionales de la valoración profesional, un lenguaje común basado en la CIF, en los aspectos relacionados con la formación y el empleo.
- Proporcionar una base científica para el conocimiento del Perfil de las personas, del puesto de trabajo y de la oferta formativa.
- Aportar un sistema, fácil y sistematizado, de codificación y registro.
- Servir de soporte, técnico y administrativo, en los procesos de intermediación laboral.

Aplicaciones del método

- Selección de personal
- Diseño de puestos de trabajo
- Evaluación de desempeño
- Adecuación persona/puesto
- Identificación de riesgos laborales

Usuarios

- Órganos Técnicos de Valoración de la Discapacidad del IMSERSO y Comunidades Autónomas
- Técnicos de los Servicios Públicos de Empleo (Estatil y Autonómico)
- Técnicos de los Servicios de Integración Laboral (SIL)
- Departamentos de Recursos Humanos de Empresas



ESQUEMA GENERAL MÉTODO "ESTRELLA"



VALORACIÓN, ORIENTACIÓN E INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MÉTODO "ESTRELLA"



<p>MEDIDAS Recuperación Funcional</p> <p>Ayudas Técnicas</p> <p>Apoyos Adaptaciones</p> <p>Inform.y Orientac. Profesional</p> <p>Formación Prof. Ocupacional</p> <p>Iniciación Produc.</p> <p>Empleo Protegido Empleo con Apoyo Empleo Ordinario</p> <p>Empleo Autónomo</p>	<p>ITINERARIOS Centros de Recuperación</p> <p>Organismos, Asociaciones y Centros de A.T.</p> <p>Serv. Orientac.Prof. Oficinas de Empleo</p> <p>Centros de FPO CRMF</p> <p>Centros Ocupacionales</p> <p>Ofertas en CEE, Empresas y Acceso a Empleo Público</p> <p>Centros Asesor.Téc. Programas Específicos</p>	<p>MEDIDAS Difusión Sensibilización.</p> <p>Inform. y Asesor. a CEE, Empresas, Organos de selección.</p> <p>Estudios Locales de Mercado</p> <p>Coord. y Cooper. con otros Organism. y Agentes Sociales.</p> <p>Agilización de Tramites y Procesos</p>	<p>ACCIONES Carteo a Centros y Empresas.</p> <p>Informes CEE, Cert.APT y Adapt. Pruebas y P. Trabajo</p> <p>Sondeos sobre Cursos y Ocup. más demandadas.</p> <p>Contacto con Organism. y otros Agentes Sociales.</p> <p>Establecimiento y desarrollo de Protocolos</p>
---	--	---	--





1.- PROGRAMA INDIVIDUAL DE INSERCIÓN LABORAL



CUESTIONARIO

VALORACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD METODO ESTRELLA

DATOS PERSONALES

IDENTIFICACION Y LOCALIZACION

DNI	APELLIDOS		NOMBRE	
FECHA ALTA	F.DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL	
C.POSTAL	CENTRO	POBLACION	AREA	PROVINCIA

DATOS DEL GRADO DE MINUSVALIA

DEFICIENCIA	DIAGNOSTICO	ETIOLOGIA

%GD	%GM	Plazo:	Fecha de Validez:	Origen de la deficiencia	Año:

Observaciones:

--



PERFIL BASICO

B.1.- FUNCIONES Y / O ESTRUCTURAS CORPORALES

FUNCIONES		FUNCIONES Y/O ESTRUCTURAS	
Mentales <input type="checkbox"/>	Sensoriales Y dolor <input type="checkbox"/>	Sistemas Corporales <input type="checkbox"/>	Neuromusculoesq., movimiento y piel <input type="checkbox"/>
Inteligencia <input type="checkbox"/>	Vista <input type="checkbox"/>	Cardiovascular <input type="checkbox"/>	MM.SS. <input type="checkbox"/>
Salud Mental <input type="checkbox"/>	Oído <input type="checkbox"/>	Hemat./Inmunolog. <input type="checkbox"/>	MM.II. <input type="checkbox"/>
Otras* <input type="checkbox"/>	Otras* <input type="checkbox"/>	Respiratorio <input type="checkbox"/>	Cabeza y Tronco ¹ <input type="checkbox"/>
	: Incluye funciones relacionadas con el dolor, tacto, gusto, olfato...	Digestivo <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
	Lenguaje, Voz y Habla <input type="checkbox"/>	Metab./Endocrino <input type="checkbox"/>	*: Conjuntos de funciones y/o estructuras que superen los apartados antes indicados. Incluye afectación genérica en funciones y/o estructuras de la piel.
		Genit./Urin./Reprod <input type="checkbox"/>	

¹ Incluye: - **ESTRUCTURAS** relacionadas con el Sistema Nervioso, el Ojo, el Oído y estructuras relacionadas, y la Voz y el Habla.
- **FUNCIONES** neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, y funciones de la piel y estructuras relacionadas.

B.2.- ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN. (CAPACIDADES (DESEMPEÑO / REALIZACIÓN):

	Niveles:						Observaciones específicas:
Destreza manual	10	20	30				
Desplazamiento (1)	10	21 I	22 B	23 BB	24 SR	30	
Acceso a transporte	10	20	30				
Posición (2)	10	21 S	22 DP	23 OT	30		
Fuerza	10	20	30				
Tolerancia	10	20	30				
Autonomía Personal	10	20	30				
Relaciones Interpersonales	10	20	30				
Orientación en el entorno	10	20	30				
Manejo de dinero	10	20	30				
Aprendizaje	10	20	30				
Visión	10	20	30				
Audición	10	20	30				
Comprensión verbal	10	20	30				
Expresión oral	10	20	30				

Opciones generales: 10 (bueno), 20 (bajo), 30 (muy bajo / nulo)
(1): Opciones: 10, 21 (I), 22 (B), 23 (BB), 24 (SR), 30
(2): Opciones: 10, 21 (S), 22 (DP), 23 (OT), 30.



FACTORES CONTEXTUALES

PERSONALES

- Aspectos Personales de Interés:

¿Recibe tratamiento? Tipos (1):

Centro y profesional de referencia: Teléfonos:

Situaciones de Riesgo (2): Niveles:

(1): Opciones: Consultar tabla "Tratamientos".
(2): Opciones: Consultar tabla "Situaciones de Riesgo"

- Estilo de enfrentarse a La Situación Laboral:

Actitudes / niveles	1	2	3	Observaciones
Motivación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Iniciativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nivel de compromiso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Flexibilidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AMBIENTALES

Actitudes / Apoyos	Facilitador					Observaciones:	
	F	Fam	Fis / Soc	Edu	Lab		B
Actitudes / Apoyos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Accesibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ayudas Técnicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Indicar, **cuando proceda**, la existencia de Facilitadores o Barreras, con su nivel correspondiente, del 1 al 3, y en relación con los siguientes entornos:

- ✓ **Fam (Familiar)**
- ✓ **Fis / Soc (Físico / Social)**
- ✓ **Edu (Educativo)**
- ✓ **Lab (Laboral)**

Ejemplo:

	F	Fam	Fis / Soc	Edu	Lab	B
Actitudes / Apoyos	F	F 1				B
Recursos	F		B 1			B
Accesibilidad	F				F 2	B
Ayudas Técnicas	F			B 3		B



COMPETENCIAS

FORMATIVAS

FORMACION REGLADA

Título académico	año

IDIOMAS

Denominación	Nivel

OTROS CONOCIMIENTOS

Descripción	Actualiz.	Nivel

CARNET DE CONDUCIR

¿Posee carnet de conducir?

Tipos:

¿Vehículo? ¿Veh. Adaptado?

Adaptaciones:

LABORALES

Empresa	Puesto	INICIO	FINAL	AA	MM	MOTIVO

Ayudas técnicas y / o adaptaciones utilizadas en los puestos desempeñados:

SITUACION

Situación Laboral:

Incapacidad Observaciones:

Antigüedad en el INEM:

Oficina de Empleo:

DISPONIBILIDAD

Jornada:

Horario:

Lugar de trabajo:

SOCIOLABORAL

Miembros de la unidad familiar:

Nº de personas con retribución:

Nº de personas a su cargo:

¿Tiene ingresos? Concepto ret. Individual: ¿Hasta?



ORIENTACION PROFESIONAL

Intereses Profesionales:

--

Medidas de Inserción Laboral:

Incorporación bolsa de trabajo:

Fecha:

Tipo de demanda:

Fecha última baja:

Causa de la Baja:

OCUPACIONES SOLICITADAS

Ocupaciones:

Ayuda¹

	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

¹Ayudas técnicas y / o adaptaciones disponibles que necesita para el desempeño de la ocupación solicitada

ITINERARIOS (Recursos específicos):

Fecha:

Recurso:

FORMACIÓN SOLICITADA:

Curso solicitado:

Fecha de solicitud:

Situación:

	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones generales:

--



1.1. Valoración, Orientación e Itinerarios Profesionales

1.1.1. Identificación

A efectos de este método de valoración, los datos han sido agrupados en dos grandes bloques:

Identificación y localización

Datos generales de identificación y localización de la persona, siendo D.N.I., apellidos y nombre campos imprescindibles para dar de alta y modificar registros de la base de datos.

Grado de Minusvalía

Datos relacionados con el Grado de Minusvalía legalmente reconocido a la persona.

Método de Valoración / Orientación e Inserción Laboral de Personas con Discapacidad: "Método Estrella"
Revisión y Actualización

**VALORACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
MÉTODO ESTRELLA**

DATOS PERSONALES

IDENTIFICACION Y LOCALIZACION

DNI	APELLIDOS		NOMBRE	
FECHA ALTA	F.DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL	
C.POSTAL	CENTRO	POBLACION	AREA	PROVINCIA

DATOS DEL GRADO DE MINUSVALIA

DEPENDENCIA	BIOMÉTRICO	ETIOLOGIA

% Minusvalía	Plazo	Fecha de Validar	Origen de la deficiencia	Año

Observaciones:

Formulario de Valoración - ORIENTACIÓN E INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - 2006 2007 - Página 1 - 2

Identificación y localización

DNI	APELLIDOS		NOMBRE	
FECHA ALTA	F.DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL	
C.POSTAL	CENTRO	POBLACION	AREA	PROVINCIA

D.N.I.

Este Campo junto con Apellidos y Nombre constituyen los Campos claves de esta Base de Datos, siendo necesaria la introducción previa del D.N.I en caso de Altas o, indistintamente, la introducción del DNI o selección por Apellidos en caso de querer entrar a actualizar una Ficha ya registrada.

Cuando la persona no tiene D.N.I., deberá introducir el código de Identificación que figure en su Pasaporte, Permiso de Residencia, Permiso de Trabajo o cualquier otro documento que acredite la identidad de la misma, recomendándose como criterio genérico la omisión de guiones, barras, puntos, etc., a efectos de evitar dificultades en el registro e identificación de la persona.



APELLIDOS	La introducción de Apellidos compuestos se recomienda hacerlo omitiendo guiones o cualquier otro signo que pueda provocar dificultades en las búsquedas a realizar a través de este Campo.
NOMBRE	
FECHA DE ALTA	<p>En este Campo la Aplicación muestra, por defecto, la fecha del Sistema, la cual se tuvo ocasión de confirmar o modificar al entrar en el Programa.</p> <p>Si al dar un alta (Registro Inicial de los Datos en el Sistema) la fecha de la entrevista es anterior a la que muestra el sistema (se registran los datos con posterioridad a la fecha en que se realiza la entrevista). Debemos seguir el criterio de introducir la fecha en que realizamos la entrevista con el fin de que la aplicación pueda generar el registro oportuno en el fichero correspondiente.</p>
FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AAAA
EDAD	Indica la edad de la persona en función de la Fecha de Nacimiento introducida.
SEXO	H. Hombre. M. Mujer
DIRECCIÓN	Domicilio de residencia
TELEFONOS	Se pueden registrar hasta dos números indistintamente, ya sean fijos o móviles.
EMAIL	Introducir el correo electrónico si se conoce
CODIGO POSTAL	<p>Al Introducir el Código Postal, la Aplicación nos mostrará automáticamente el Centro de Valoración de referencia la población y el Area donde reside así como la Oficina de Empleo que le corresponde.</p> <p>La Aplicación a través de la opción Mantenimiento dispone de procesos específicos para actualizar la correspondencia entre Códigos Postales y Centros Base, Población, Area y Oficinas de Empleo.</p>
CENTRO	Indica el Centro de Valoración de referencia, en función del código postal
POBLACIÓN	La Aplicación selecciona este campo en función del Código Postal
AREA	Se refiere a una zona concreta dentro de una ciudad (Distrito, Barrio, Urbanización, etc.) y/o provincia (Area Norte, Sur, Este, etc.) que dé información del domicilio de la persona en la ciudad y provincia donde vive.
PROVINCIA	



Datos de Grado de Minusvalía reconocido .

En este apartado se consignarán los datos relacionados con el Grado de Minusvalía legalmente reconocido a la persona y que constan en el **Dictamen Técnico Facultativo** en poder del interesado.

El Dictamen Técnico Facultativo, es el documento técnico emitido por los Órganos Técnicos de Valoración (Dirección Provincial del IMSERSO u órgano correspondiente de la Comunidad Autónoma) que reconoce la situación de discapacidad de la persona.

DEFICIENCIA	DIAGNOSTICO	ETIOLOGIA

% Minusvalía:	Plazo:	Fecha de Validez:	Origen de la deficiencia	Año:

Observaciones:

Códigos de Deficiencia, Diagnóstico y Etiología.

El IMSERSO, con la finalidad de ordenar las distintas situaciones patológicas que pueden presentar los solicitantes del reconocimiento del grado de minusvalía, ha configurado un sistema unificado de recogida de datos (existe la obligatoriedad de su uso por todos los Órganos Técnicos de Valoración de la discapacidad en todo el Estado) que permite codificar y ordenar las distintas patologías que presentan las personas.

En sus aspectos esenciales los códigos registran, por un lado, las alteraciones, tanto morfológicas como funcionales que pueden ser valoradas según sus grados de severidad (**Código Deficiencia**) y, por otro, las causas inmediatas de estas alteraciones (**Códigos de Diagnóstico**), añadiendo, por último, el origen de las deficiencias valoradas (**Código de Etiología**).

Código de Deficiencia

Código de cuatro dígitos.

Ej: Código 6001 Enfermedad de aparato respiratorio

Se entiende por Deficiencia permanente aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables de la estructura o de la función del órgano afectado. (R.D. 1971/1999)

Código de diagnóstico.

Código de tres dígitos.

Ej.: Código 004: Escoliosis

Se entiende por Diagnóstico la causa inmediata que produce una alteración capaz de dar lugar a una deficiencia.

Código de etiología

Código de dos dígitos

Eje.: Código 13: Idiopática (causa desconocida)

Se entiende por "Etiología" el origen de la deficiencia valorada



Porcentaje de discapacidad

Efectos de las deficiencias permanentes sobre la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria

Grado de minusvalía

Para la calificación del grado de minusvalía se tienen en cuenta las discapacidades que presenta la persona como, en su caso, entorno familiar, situación laboral, educativa y cultural que dificultan su integración.

El Grado de Minusvalía se reconoce por Resolución del Director Provincial del IMSERSO u Órgano competente de las Comunidades Autónomas

Según la normativa vigente, el grado de minusvalía necesario para generar el derecho a los beneficios establecidos en las medidas de fomento de empleo para las personas con discapacidad debe ser igual o superior al 33 %

Plazo:

Especifica si el Grado de Minusvalía ha sido reconocido con carácter:

- Permanente
- Temporal

Validez:

Si el Grado de Minusvalía ha sido reconocido con carácter temporal especificar fecha de revisión

Resumen de la Deficiencia:

En este Apartado es conveniente especificar la Deficiencia Principal, entendiéndose por tal aquella que causa en la persona una mayor dificultad en la realización de Actividades y/o restricciones en la Participación. En el caso de que la persona valorada no disponga de Dictamen Técnico Facultativo, y adjunte el antiguo "Certificado de Condición de Minusvalía", será en este apartado donde se deberá especificar la información sobre la Deficiencia reconocida.

Origen de la deficiencia principal

Especificar el origen de la deficiencia principal a efectos de su posible influencia en las medidas a tener en cuenta en el correspondiente Programa de Formación y/o Inserción Laboral.

Año:

Especificar, si se conoce, año en que se produce la Deficiencia Principal.

Observaciones:

En este apartado se puede introducir otra información no codificada, en relación con con los apartados anteriores.



Perfil Básico. Esquema CIF

F
u
n
c
i
o
n
a
m
i
e
n
t
o

D
i
s
c
a
p
a
c
i
d
a
d

Funcionamiento y Discapacidad

Integridad de Funciones y Estructuras Corporales	Deficiencias
--	--------------

FUNCIONES		FUNCIONES Y / O ESTRUCTURAS								
Mentales		Lenguaje, voz y habla	Sistemas corporales		F	E	Neuromusculoesq. Movim. y piel	F	E	
Inteligencia			Cardiovascular				MM. superiores			
Salud Mental		Sensoriales y Dolor	Hemat. / Inmunológico				MM. inferiores			
Otras			Respiratorio				Cabeza y tronco			
			Vista	Digestivo				Otras		
			Oído	Metabólico / Endocrino						
		Otras	Genit. / Urin. / Reprod.							

Actividades / Participación	Limit. Actividades / Rest. Participación
-----------------------------	--

Capacidades (Desempeño / Realización)

Áreas Vitales de Activ./Particip.	Factores Específicos	Nivel (Con Ayudas)			Observaciones. Lim. Activid./Restricc. Part.
		1	2	3	
Movilidad	Destreza Manual				
Movilidad	Desplazamiento				
Movilidad	Acceso a Transp.				
Movilidad	Posición				
Movilidad	Fuerza				
Tareas y Dem. Gen.	Tolerancia				
Autocuid./Vida Dom.	Auton. Personal				
Interacc.y Realc. Interp	Relac. Interpers.				
	Orient. Entorno				
Áreas Pcpales Vida.	Manejo Dinero				
Aprend./Aplic. Conoc.	Aprendizaje				
	Visión				
	Audición				
Comunicación.	Compren. Verbal				
Comunicación.	Expresión Oral				

Factores Contextuales

Ambientales: (Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad)						Personales: (Influencias Internas sobre el func. y la discapacidad)					
						<ul style="list-style-type: none"> Aspectos personales de interés 					
						Riesgos: (Tabla)			Nivel: (Bajo/Moderado/Alto)		
						Tratamientos Específicos: (Tabla)					
						<ul style="list-style-type: none"> Estilo de enfrentarse a la situación laboral. 					
Entornos	F	FAM	FIS/ SOC	EDU	LAB	B	Actitudes/Niveles	1	2	3	Observaciones
Actitudes y apoyos											
Recursos							Motivación:				
Accesibilidad							Iniciativa:				
Ay. Técnicas							Nivel compromiso:				
							Flexibilidad:				

(*) Correlación automática con Valoración del Grado de Minusvalía (Sistema actual y/o CIF).



Funcionamiento

Discapacidad

Funcionamiento y Discapacidad

Integridad de Funciones y Estructuras Corporales Deficiencias

FUNCIONES			FUNCIONES Y / O ESTRUCTURAS							
		Lenguaje, voz y habla	Sistemas corporales		F	E	Neuromusculoesk. Movim. y piel		F	E
Mentales			Cardiovascular				MM. superiores			
Inteligencia			Hemat. / Inmunológico				MM. inferiores			
Salud Mental		Sensoriales y Dolor	Respiratorio				Cabeza y t			
Otras			Digestivo				Otras			
		Vista	Metabólico / Endocrino							
		Oído								
		Otras								

Deficiencias en Miembros Superiores: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con hombros, brazos, antebrazos y/o manos:

- **Funciones Corporales**
- **Funciones Neuromusculoeskéticas**

Actividades / Participación

Capacidades de

Áreas Vitales de Activ./Particip.	Factores Específic.	Nivel (Con Ayudas)			Observaciones. Lim. Activid./Restricc. Part.
		1	2	3	
Movilidad	Destreza Manual				Destreza Manual: Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. OPCIONES: 1. BUENA: Puede realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (manipular, abrochar, escribir, teclear...).
Movilidad	Desplazamiento				
Movilidad	Acceso a Transp.				
Movilidad	Posición				
Movilidad	Fuerza				
Tareas y Dem. Gen.	Tolerancia				
Autocuid./Vida Dom.	Auton. Person				
Interacc. y Realc. Interp	Relac. Interpe				
	Orient. Entorn				
Áreas Pcpales Vida.	Manejo Dinere				
Aprend./Aplic. Conoc.	Aprendizaje				
	Visión				
	Audición				
Comunicación.	Compren. Verbal				
Comunicación.	Expresión Oral				

Factores Contextuales

Entorno Laboral. Se refiere al contexto laboral (mercado de trabajo, empresa, puesto de trabajo...) donde intenta acceder y/o trabaja, y como puede afectar este, positiva (facilitador) o negativamente (barrera), en relación con el acceso, mantenimiento y/o promoción en el Puesto de Trabajo.	Entorno Laboral			Personales:		
	OC	EDU	LAB	Motivac	Iniciativa	Nivel comp
A continuación se relacionan indicadores y/o aspectos más (*)Correlación automática con Valoración del Grado de Minusvalía (Sistema actual y/o CIF).						

Flexibilidad: Para aceptar situaciones nuevas que se plantean en el acceso (Búsqueda Activa de Empleo), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo. Incluye: Aceptación para relacionarse con nuevos colectivos, desempeñar otras ocupaciones de igual/inferior/superior categoría... etc.

BUENA: Acepta sin problemas las nuevas

(*)Correlación automática con Valoración del Grado de Minusvalía (Sistema actual y/o CIF).



- o En el segundo grupo, se recoge información en relación con:
 - **Funciones y/o Estructuras de los Sistemas corporales** (cardiovascular, hematológico e inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico y endocrino, genitourinario y reproductor).
 - **Funciones Neuromusculoesqueléticas, relacionadas con el Movimiento, y la Piel y estructuras relacionadas**, agrupadas por conjuntos de funciones y/o estructuras referidas a los Miembros Superiores (MM.SS.), Miembros Inferiores (MM.II.), Cabeza y Tronco, y **Otras** (conjuntos de funciones afectados).
 - **Estructuras del Sistema Nervioso; del Ojo y del Oído; de la Voz y el Habla; del Movimiento y de la Piel y estructuras relacionadas**, agrupadas por conjuntos de funciones y/o estructuras referidas a los Miembros Superiores (MM.SS.), Miembros Inferiores (MM.II.), Cabeza y Tronco, y **Otras** (conjuntos de funciones afectados).

2. El segundo bloque recoge información relacionada con la aptitud de la persona para la realización de **Actividades** y para **Participar** en situaciones vitales, pudiéndose valorar a través de los factores de **Capacidad -Desempeño / Realización-** que, a efectos de este Método, se han considerado básicos para la Formación y/o el Empleo.

3. El tercero, dentro de lo que la CIF denomina **Factores contextuales**, recoge información relacionada con las influencias internas y externas que se producen sobre el funcionamiento y la discapacidad.

- a. En un primer apartado (**Factores personales**) se recoge información en relación con las influencias que pueden provocar, sobre el Funcionamiento y la Discapacidad las características personales (Aspectos Personales de Interés) y actitudes en tanto en cuanto la persona es demandante de empleo y/o trabajador (como afronta y/o resuelve estas situaciones), pudiéndose valorar a través de los factores que, a efectos de este Método, se han considerado básicos para la **Búsqueda Activa de Empleo, Mantenimiento y/o Promoción** en el puesto de trabajo.

Hay que señalar que en este apartado no se recogen coincidencias con la CIF, ya que esta primera versión de la Clasificación no contempla estos aspectos, si bien es intención de la OMS incorporarlos en versiones posteriores, por entender que juegan un papel relevante en el proceso discapacitante, bien como facilitadores o bien como barreras.

- b. En el segundo apartado (**Factores Ambientales**) se recoge información en relación con las influencias externas que pueden provocar, sobre el Funcionamiento y la Discapacidad las Actitudes, los Recursos, la Accesibilidad y las Ayudas Técnicas, en los entornos (Familiar, Físico/Social, Educativo y Laboral) donde se desenvuelve la persona pudiéndose indicar, cuando así se requiera, si la influencia es positiva (**Facilitador**) o negativa (**Barrera**).

FACTORES CONTEXTUALES

PERSONALES

- Aspectos Personales de Interés:

¿Recibe tratamiento? Tipos (1):

Centro y profesional de referencia: Teléfono:

Situaciones de Riesgo (2): Niveles:

(1): Opciones: Consultar tabla "Tratamientos".
(2): Opciones: Consultar tabla "Situaciones de Riesgo"

- Estilo de enfrentarse a La Situación Laboral:

Actitudes / niveles: 1 2 3 Observaciones:

Motivación:

Iniciativa:

Nivel de compromiso:

Flexibilidad:

AMBIENTALES

Facilitador: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Barrera: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Actitudes / Apoyos: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Recursos: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Accesibilidad: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Ayudas Técnicas: F Fam Fis / soc Edu Lab B Observaciones:

Indicar en cada uno de los factores ambientales si es facilitador o barrera, con su nivel correspondiente, marcado del 1 al 3, teniendo en cuenta los siguientes entornos:

✓ Fam (Familiar)
✓ Fis / Soc (Físico / Social)
✓ Edu (Educativo)
✓ Lab (Laboral)

Ejemplo:

	F	Fam	Fis / Soc	Edu	Lab	B	Observaciones
Actitudes / Apoyos	F	F1				B	
Recursos	F		B1			B	
Accesibilidad	F				F2	B	
Ayudas Técnicas	F			B3		B	



Funciones y / o estructuras corporales

FUNCIONES		FUNCIONES Y/O ESTRUCTURAS					
Mentales	<input type="checkbox"/>	Sensoriales Y dolor	<input type="checkbox"/>	Sistemas Corporales	<input type="checkbox"/>	Neuromusculoesk., movimiento y piel	<input type="checkbox"/>
Inteligencia	<input type="checkbox"/>	Vista	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	MM.SS.	F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Salud Mental	<input type="checkbox"/>	Oído	<input type="checkbox"/>	Hemat./Inmunolog.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MM.II.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras*	<input type="checkbox"/>	Otras*	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cabeza y Tronco ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*: Incluye otras funciones o conjunto de ellas afectadas como consecuencia de daño cerebral y/u otras deficiencias cuya afectación supere los aspectos antes relacionados.		*: Incluye funciones relacionadas con el dolor, tacto, gusto, olfato...		Digestivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Lenguaje, Voz y Habla		Metab./Endocrino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	*: Conjuntos de funciones y/o estructuras que superen los apartados antes indicados. Incluye afectación genérica en funciones y/o estructuras de la piel.	
		<input type="checkbox"/>		Genit./Urin./Reprod	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

¹ Incluye: - ESTRUCTURAS relacionadas con el Sistema Nervioso, el Ojo, el Oído y estructuras relacionadas, y la Voz y el Habla.
- FUNCIONES neuromusculoeskéticas y relacionadas con el movimiento, y funciones de la piel y estructuras relacionadas.

Funciones

Funciones mentales

En este apartado quedarán reflejadas las **Deficiencias** que presenta la persona, cuando en la valoración del grado de minusvalía se detectan problemas en alguna de las **Funciones Mentales** que a continuación se relacionan:

- **Funciones Mentales**

- ✓ Funciones Mentales Globales (CIF: b110 ⇔ b130).
- ✓ Funciones Mentales Específicas (CIF: b140 ⇔ b180).

(Excluye la b167-Funciones Mentales del Lenguaje).

INTELIGENCIA

Deficiencia en la Inteligencia: Se refiere a la existencia de problemas en **Funciones Mentales** relacionadas con la inteligencia (Incluye Capacidad Intelectual Límite).

Incluye: existencia de problemas en Funciones Mentales relacionadas con:

- **Funciones Mentales globales (CIF: b110 ⇔ b134).**
(Excluye: b110-Funciones de la conciencia; b126 Funciones del temperamento y de la personalidad; b134 Funciones del sueño).
- **Funciones Mentales específicas (CIF: b140 ⇔ b180).**
(Excluye b156- Funciones de la percepción; b160-Funciones del pensamiento; b167-Funciones Mentales del Lenguaje; b172 Funciones relacionadas con el cálculo)

SALUD MENTAL

Deficiencias en Salud Mental: Se refiere a la existencia de problemas en **Funciones Mentales** como consecuencia de padecer alteraciones de conducta y/o personalidad, y/o padecer una enfermedad mental.

Incluye: existencia de problemas en Funciones Mentales relacionadas con:



**OTRAS
FUNCIONES
MENTALES
AFECTADAS**

- **Funciones Mentales globales (CIF: b110 ⇔ b134).**
(Excluye la b117-Funciones Intelectuales).
- **Funciones Mentales específicas (CIF: b140 ⇔ b180).**
(Excluye la b167-Funciones Mentales del Lenguaje; b172 Funciones relacionadas con el cálculo).

Otras **Deficiencias Psíquicas** : Se refiere a la existencia de problemas en **Funciones Mentales** como consecuencia de padecer Daño Cerebral, o cualquier otra Deficiencia Psíquica no registrada en los anteriores apartados.

Incluye: existencia de problemas en Funciones Mentales relacionadas con:

- **Funciones Mentales globales (CIF: b110 ⇔ b134).**
- **Funciones Mentales específicas (CIF: b140 ⇔ b180).**
(Excluye la b167-Funciones Mentales del Lenguaje).

Funciones Sensoriales y dolor

En este apartado quedarán reflejadas las **Deficiencias** que presenta la persona, cuando en la valoración del grado de minusvalía se detectan problemas en alguna de las **Funciones Sensoriales** que a continuación se relacionan:

- **Funciones Sensoriales y Dolor**
 - ✓ Vista y Funciones relacionadas **(CIF: b210 ⇔ b220).**
 - ✓ Funciones Auditivas **(CIF: b230 ⇔ b240).**
 - ✓ Funciones Sensoriales adicionales y Dolor **(CIF: b250 ⇔ b280).**
Excluye, b235-Función Vestibular y b2401 ⇔ b2403

VISTA

Deficiencias en la Vista: Se refiere a la existencia de problemas en la Vista y Funciones relacionadas

Vista y Funciones relacionadas (CIF: b210 ⇔ b220).

OIDO

Deficiencias en el Oído: Se refiere a la existencia de problemas en Funciones Auditivas (Excluye Funciones Vestibulares)

Funciones Auditivas (CIF: b230, b240, b2400, b2404, b2405).
(Excluye b2401-Mareo, b2402-Sensación de caerse, b2403-Náusea asociada con el mareo y el vértigo).

**OTRAS
FUNCIONES
SENSORIALES
AFECTADAS**

Otras **Deficiencias Sensoriales** : Se refiere a la existencia de problemas en **Funciones Sensoriales Adicionales** (Gusto, Olfato, Tacto etc.) y **Dolor**.

- **Funciones Sensoriales Adicionales (CIF: b250 ⇔ b265).**
- **Dolor (CIF: b280).**



Funciones del Lenguaje, de la Voz y el Habla

A efectos de este Método de trabajo, la persona presenta deficiencias en las Funciones del Lenguaje, la Voz y el Habla, cuando en la valoración del grado de minusvalía se detectan problemas en alguna de las **Funciones Corporales** que a continuación se relacionan:

- **Funciones Mentales del Lenguaje (CIF: b167)**
- **Funciones de la Voz y el Habla (CIF: b310 ⇔ b340).**

FUNCIONES DEL LENGUAJE, LA VOZ Y EL HABLA

A efectos de este Método de trabajo la persona tiene **Deficiencias en las Funciones del Lenguaje, la Voz y el Habla**, cuando en la valoración del grado de minusvalía se detectan problemas en alguna de las **Funciones Corporales** que a continuación se relacionan:

- **Funciones Mentales del Lenguaje (CIF: b167)**
- **Funciones de la Voz y el Habla (CIF: b310 ⇔ b340).**

Funciones y / o Estructuras

Sistema Corporales

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Deficiencias en Sistema Cardiovascular: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con el sistema cardiovascular:

- **Funciones Corporales**
 - ✓ Sistema Cardiovascular **(CIF b410 ⇔ b420).**
- **Estructuras Corporales**
 - ✓ Sistemas cardiovascular **(CIF s410).**

SISTEMA HEMATOLÓGICO E INMUNOLÓGICO

Deficiencias en Sistemas Hematológico e Inmunológico: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con el sistema hematológico e inmunológico:

- **Funciones Corporales**
 - ✓ Sistemas hematológico e inmunológico **(CIF b430 ⇔ b435).**
- **Estructuras Corporales**
 - ✓ Sistema inmunológico **(CIF s420).**

SISTEMA RESPIRATORIO

Deficiencias en Sistema Respiratorio: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con el sistema respiratorio:

- **Funciones Corporales**
 - ✓ Sistemas respiratorio **(CIF b440 ⇔ b460).**
- **Estructuras Corporales**
 - ✓ Sistema respiratorio **(CIF s430).**



SISTEMA DIGESTIVO	<p>Deficiencias en Sistema Digestivo: se refiere a la existencia de problemas en Funciones o Estructuras Corporales relacionadas con el sistema digestivo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Funciones Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistema digestivo (CIF b510 ⇔ b530, b535).• Estructuras Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistema digestivo (CIF s510 ⇔ s540).
SISTEMA METABÓLICO Y ENDOCRINO	<p>Deficiencias en Sistemas Metabólico y Endocrino: se refiere a la existencia de problemas en Funciones o Estructuras Corporales relacionadas con el sistema metabólico y endocrino.</p> <ul style="list-style-type: none">• Funciones Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistemas metabólico y endocrino (CIF b540 ⇔ b555).• Estructuras Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistemas metabólico y endocrino (CIF s550 ⇔ s580).
SISTEMA GENITOURINARIO Y REPRODUCTOR	<p>Deficiencias en Sistemas Genitourinario y Reproductor: se refiere a la existencia de problemas en Funciones o Estructuras Corporales relacionadas con el Sistema genitourinario y reproductor.</p> <ul style="list-style-type: none">• Funciones Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistemas genitourinario y reproductor (CIF b610 ⇔ b670).• Estructuras Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Sistemas genitourinario y reproductor (CIF s610 ⇔ s630).

Neuromusculoesqueléticas, relacionadas con el Movimiento, y la Piel

MIEMBROS SUPERIORES (MM.SS.)	<p>Deficiencias en Miembros Superiores: se refiere a la existencia de problemas en Funciones o Estructuras Corporales relacionadas con hombros, brazos, antebrazos y/o manos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Funciones Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (CIF: b710 ⇔ b780).✓ Funciones de la Piel y estructuras relacionadas (CIF: b810 ⇔ b840/b850 ⇔ b860).• Estructuras Corporales<ul style="list-style-type: none">✓ Estructuras relacionadas con el movimiento (CIF: s720 ⇔ s730, s770-Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento)✓ Piel y estructuras relacionadas (CIF: s810 ⇔ s840)
-------------------------------------	--



**MIEMBROS
INFERIORES
(MM.II.)**

Deficiencias en Miembros Inferiores: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con caderas, piernas y pies:

- **Funciones Corporales:**
 - ✓ Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (**CIF: b710 ⇔ b780**).
 - ✓ Funciones de la Piel y estructuras relacionadas (**CIF: b810 ⇔ b840 / b850 ⇔ b860**).
- **Estructuras Corporales:**
 - ✓ Estructuras relacionadas con el movimiento (**CIF: s740-Estructura de la región pélvica, s750-Estructura de la extremidad inferior s770-Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento**).
 - ✓ Piel y estructuras relacionadas (**CIF: s810 ⇔ s840**)

**CABEZA Y
TRONCO**

Deficiencias en Cabeza y Tronco: se refiere a la existencia de problemas en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con cabeza, cuello y/o tronco (excluye Sistemas Corporales, Funciones Sensoriales y Dolor, así como Funciones del Lenguaje. La Voz y el Habla):

- **Funciones Corporales**
 - ✓ Funciones Vestibulares y sensaciones asociadas (**CIF: b235 y b2401 ⇔ b2403**)
 - ✓ Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (**CIF b710 ⇔ b780**).
 - ✓ Funciones de la Piel y estructuras relacionadas (**CIF: b810 ⇔ b 840/ b850**).
- **Estructuras Corporales**
 - ✓ Estructura del Sistema Nervioso (**CIF s110 ⇔ s150**).
 - ✓ El Ojo, el Oído y estructuras relacionadas (**CIF s210 ⇔ s260**).
 - ✓ Estructuras involucradas en la Voz y el Habla (**CIF s310 ⇔ s340**).
 - ✓ Estructuras relacionadas con el movimiento (**CIF: s710, s760, s770**).
 - ✓ Piel y estructuras relacionadas (**CIF: s810 ⇔ s820/s840**)

**OTRAS
FUNCIONES /
ESTRUCTURAS
AFECTADAS**

Otras se refiere a la existencia de problemas genéricos en **Funciones o Estructuras Corporales** relacionadas con el movimiento y la Piel

- **Funciones Corporales**
 - ✓ Funciones Neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (**CIF b710 ⇔ b780**).
 - ✓ Piel y estructuras relacionadas (**CIF: b810 ⇔ b840 / b850 ⇔ b860**).
- **Estructuras Corporales**
 - ✓ Estructura del Sistema Nervioso (**CIF s110 ⇔ s150**).
 - ✓ El Ojo, el Oído y estructuras relacionadas (**CIF s210 ⇔ s260**).
 - ✓ Estructuras involucradas en la Voz y el Habla (**CIF s310 ⇔ s340**).
 - ✓ Estructuras musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento (**CIF: s710 ⇔ s770**).
 - ✓ Piel y estructuras relacionadas (**CIF: s810 ⇔ s840**).



Actividad y Participación

Capacidades (Desempeño / Realización)

B.2.- ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN. CAPACIDADES DE DESEMPEÑO / REALIZACIÓN:

	Niveles:						Observaciones específicas:
	10	20	30				
Destreza manual	10	20	30				
Desplazamiento (1)	10	21 I	22 B	23 BB	24 SR	30	
Acceso a transporte	10	20	30				
Posición (2)	10	21 S	22 DP	23 OT	30		
Fuerza	10	20	30				
Tolerancia	10	20	30				
Autonomía Personal	10	20	30				
Relaciones Interpersonales	10	20	30				
Orientación en el entorno	10	20	30				
Manejo de dinero	10	20	30				
Aprendizaje	10	20	30				
Visión	10	20	30				
Audición	10	20	30				
Comprensión verbal	10	20	30				
Expresión oral	10	20	30				

Opciones generales: 10 (bueno), 20 (bajo), 30 (muy bajo / nulo)
(1): Opciones: 10, 21 (I), 22 (B), 23 (BB), 24 (SR), 30
(2): Opciones: 10, 21 (S), 22 (DP), 23 (OT), 30.

DESTREZA MANUAL

Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. OPCIONES:

10 BUENA: Puede realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (manipular, abrochar, escribir, marcar teclear...). No existen problemas significativos que puedan afectar la **capacidad** para realizar **actividades** que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ Grafomotricidad (Escritura sin dificultad).

Incluye la utilización de ambas manos sin limitaciones funcionales, o aun teniendo alguna en ambas o en alguna de ellas, ésta sea leve y no le limite la **capacidad** en este factor, por debajo de la normalidad.



20 BAJA: Tiene dificultades para realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...). Existen problemas significativos que afectan moderadamente la **capacidad** para realizar **actividades** que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ Grafomotricidad (Escritura con dificultad).

30 MUY BAJA Y/O NULA: Tiene grave dificultad o no puede realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (Tiene graves dificultades o no puede: manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...). Existen problemas importantes en **Funciones y/o Estructuras Corporales** que dificultan de forma grave o impiden la realización de **actividades** que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ Grafomotricidad (No puede escribir).

Correspondencias con la CIF:

- ✓ **d440 Uso fino de la mano.**
- ✓ **d445 Uso fino de la mano y el brazo.**

DESPLAZAMIENTO

Capacidad para andar, caminar, pasear, moverse y/o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento. Incluye: Recorridos cortos y largos, subir y bajar escaleras, correr, trepar, saltar... OPCIONES:

10 BUENA: puede andar y/o moverse con normalidad tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos y largos, superficies con obstáculos, puede subir y bajar escaleras, pendientes, correr, trepar, saltar... OPCIONES:

20 BAJA:

21 BAJA (I): puede andar de forma **inestable** (con o sin utilización de prótesis y/o aparatos ortopédicos), puede tener dificultades en tramos largos de escaleras (subir/bajar), en caminar largos recorridos, no puede o tiene graves dificultades para correr.

22 BAJA (B): puede andar con la ayuda de **un bastón**, tiene dificultades en tramos de escaleras (subir/bajar) y en caminar largos recorridos, no puede correr.

23 BAJA (BB): puede andar con la ayuda de **dos bastones** recorridos cortos en exterior/interior, tiene dificultades graves en tramos de escaleras (subir/bajar), no puede correr.

24 BAJA (SR): puede desplazarse en **silla de ruedas** con las adaptaciones suficientes como para poder acceder a entornos, en interior /exterior, que usualmente frecuenta.



30 MUY BAJA /NULA: no puede o tiene graves dificultades para caminar y/o desplazarse en interior/externo. Incluye: Personas que no pueden desplazarse dentro de su vivienda y/o salir de su domicilio sin la ayuda de otra persona por no tener las adaptaciones y/o ayudas técnicas adecuadas (ascensor, silla de ruedas adaptada, coche adaptado, etc.).

Correspondencias con la CIF

✓ **d450 ⇔ d475**

**ACCESO A
TRANSPORTE**

Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular. OPCIONES:

10 BUENA: puede acceder al transporte público y/o hacer uso de su coche particular.

20 BAJA: tiene dificultades para acceder al transporte público y/o hacer uso de coche particular

30 MUY BAJA/NULA: tiene graves dificultades o imposibilidad física de acceso al transporte público (metro, bus, taxi) y privado (coche particular). Incluye grave dificultad/imposibilidad para acceder a transporte público adaptado.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d470 ⇔ d475**

POSICION

Capacidad para adoptar y mantener una postura determinada. OPCIONES:

10 BUENA: Puede adoptar cualquier posición (De pie, sentado, agachado...) de forma continuada, dentro de los límites normales exigibles a cualquier persona.

20 BAJA:

21 BAJA (S): Tiene dificultades para adoptar de forma continuada la posición "De Pie", siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en posición **Sentado**, la cual puede mantener de forma continuada.

22 BAJA (P): Tiene dificultades para adoptar de forma continuada la posición "Sentado", siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en posición **De Pie**, la cual puede mantener de forma continuada.

23 BAJA (O) Tiene dificultades para adoptar y mantener de forma continuada las posiciones de pie y sentado, siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en **otras** posiciones, (agachado, de rodillas tumbado...) que pueda adoptar de forma continuada.

30 MUY BAJA: Tiene dificultades para adoptar una posición de forma continuada (De pie, Sentado...) siendo conveniente que en el desempeño del puesto tenga posibilidad de alternar la posición.



Correspondencias con la CIF:

✓ **d410-d420**

FUERZA

Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico / manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen). OPCIONES:

- 10 BUENA:** Puede y no le está contraindicado realizar esfuerzo físico que conlleve manipulación de grandes pesos (10/25 kg.) y/u objetos de gran volumen así como la realización de ejercicio físico continuado.
- 20 BAJA:** Le está contraindicado o tiene dificultades para realizar esfuerzo físico siendo conveniente evitar manipulación de pesos superiores a 5/10 kg. y/u objetos de gran volumen así como la realización de ejercicio físico continuado.
- 30 MUY BAJA/NULA:** Le está contraindicado o no puede realizar ningún tipo de esfuerzo físico ni manipular objetos que, aún no teniendo un peso considerable, requieran movimientos amplios de brazos y piernas.

Correspondencias con la CIF:

d430-d435 / d445

TOLERANCIA

Capacidad, a efectos de este método de valoración, para soportar situaciones de estrés tensión y/o fatiga mental, provocadas por la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, exigencia de alta productividad, etc., que requieran concentración y/o atención continuada. OPCIONES:

- 10 BUENA:** Puede soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren alta concentración y/o atención muy continuada.
- 20 BAJA:** Tiene dificultades para soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren concentración y/o atención continuada.
- 30 MUY BAJA/NULA:** Tiene grave dificultad o no puede soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren concentración y/o atención continuada.

Correspondencias con la CIF:

d240



AUTONOMÍA PERSONAL

Autonomía Personal: Capacidad para actuar con independencia no necesitando supervisión en la realización de actividades relacionadas con el autocuidado y la percepción de riesgos:

Autocuidado: se refiere a aquellas actividades relacionadas con el aseo personal y la apariencia adecuada (lavarse higiene personal, etc.)

Percepción de Riesgos: se refiere a la capacidad de percibir y valorar posibles riesgos (identificación de dolencias, utilización de recursos, medios etc.).

OPCIONES:

- 10 BUENO (autónomo):** Tiene autonomía total.
- 20 BAJO (autónomo con dificultad):** Tiene dificultades o necesita supervisión y/o Ayudas Técnicas/Adaptaciones para la realización de las actividades relacionadas con el Autocuidado y la Percepción de Riesgos.
- 30 MUY BAJO (no autónomo):** No es autónomo en la realización de las actividades relacionadas con el Autocuidado y la Percepción de Riesgos, necesitando ayuda de otra persona.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d510-d570 d620 ⇔ d640**

RELACIONES INTERPERSONALES

Capacidad básica para iniciar y mantener relaciones con otras personas, a efectos de participar en un grupo relacionado con la formación y/o el empleo.
OPCIONES:

- 10 BUENO:** Puede iniciar y mantener relaciones con otras personas, puede participar sin dificultad en grupos a efectos de formación y/o empleo.
- 20 BAJO:** Tiene dificultades para iniciar y/o mantener relaciones con otras personas, lo que le dificulta participar en actividades de formación y/o empleo, necesitando apoyo y/o atención especializada que facilite y/o mejore su capacidad de relación interpersonal.
- 30 MUY BAJO/NULO:** Tiene serias dificultades o no puede iniciar y/o mantener relaciones con otras personas, su participación a efectos de formación y/o empleo se hace muy difícil o nula, (aún con apoyos) siendo prácticamente imposible en este momento la adopción de medidas en esta materia. Necesita rehabilitación previa antes de iniciar procesos de Orientación Profesional.

NOTA: Si la opción seleccionada es 3.- MUY BAJO, la Aplicación no dará opción a su inclusión posterior en Solicitudes de Cursos y Bolsa de Trabajo.

Correspondencias con la CIF:

d710



ORIENTACIÓN EN EL ENTORNO

Se refiere a la capacidad para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad...) y utilizar (conocer y usar) el transporte público existente (metro, bus...). OPCIONES:

- 10 BUENO.** (Autónomo en el Entorno). Se orienta sin problemas conociendo el manejo de transporte público.
- 20 BAJO.** (Autónomo con ayuda) Sabe orientarse en los alrededores de su domicilio conociendo manejo de transporte público en rutas previamente aprendidas.
- 30 MUY BAJO.** (No es Autónomo en el Entorno) No sabe orientarse en la calle ni sabe manejar el transporte público. Necesita de otra persona que lo acompañe o guíe para desplazarse de un lugar a otro fuera de su domicilio.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d460, d470**

MANEJO DE DINERO

Capacidad para participar en transacciones económicas básicas, cambio de moneda, realización de pagos y devoluciones a otras personas. OPCIONES:

- 10 BUENO:** Lo maneja sin dificultad.
- 20 BAJO:** Lo maneja con dificultad.
- 30 MUY BAJO:** No lo maneja, o tiene graves dificultades para manejarlo.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d860**

APRENDIZAJE

Capacidad de adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica (centrando la atención, encontrando soluciones a problemas, eligiendo una opción entre varias...) para la realización de una actividad o conjunto de actividades nuevas. OPCIONES:

- 10 BUENO:** puede adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando.
- 20 BAJO:** tiene dificultades para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando. Incluye: tener dificultades para aprender a desenvolverse en situaciones laborales nuevas, necesitando supervisión constante en una primera etapa.



30 MUY BAJO: tiene graves dificultades o no puede adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando. Incluye: no poder y/o tener graves dificultades para aprender a desenvolverse en situaciones laborales nuevas, necesitando supervisión constante en periodos muy prolongados.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d130-d155 / d160-d177**

VISION

Capacidad visual, utilizando las ayudas técnicas de que disponga, (leer periódicos, libros, pantallas de ordenador, carteles en la calle, en el interior, en el transporte público, de noche o en lugares con poca iluminación...), así como reconocer personas y discriminar objetos, detalles y/o colores. Incluye fundamentalmente la capacidad que tiene la persona para ver, a la hora de realizar actividades relacionadas con la vida diaria, la formación y/o el empleo. Excluye: en este factor no se valoran otras capacidades con las que la persona pueda suplir las limitaciones que tenga en relación con la visión. OPCIONES:

10 BUENA: tiene buena capacidad visual, puede leer letra normal de periódicos y libros, en pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. Puede reconocer objetos pequeños, detalles y colores no viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que en su caso pueda padecer.

20 BAJA: tiene una capacidad visual baja, no puede o tiene graves dificultades para leer letra normal de periódicos y libros, pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. No puede o tiene dificultades en reconocer objetos pequeños, detalles y/o colores pudiéndose ver restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que padece.

30 MUY BAJA/NULA: tiene una capacidad visual muy baja o nula, no puede o tiene graves dificultades para ver, reconocer personas y/o discriminar objetos medios/grandes y/o colores, viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que padece.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d110**

AUDICIÓN

Capacidad para oír, reconocer y discriminar sonidos, utilizando las prótesis auditivas de que disponga. Incluye fundamentalmente la **capacidad** para oír (sonidos y/o a otras personas), a la hora de realizar actividades relacionadas con la vida diaria, la formación y/o el empleo. Excluye: en este factor no se valoran la **Comprensión Verbal** y/u otras **capacidades** con las que la persona pueda suplir las limitaciones que tenga en relación con la **audición**. OPCIONES:



- 10 BUENA:** tiene buena capacidad de audición, puede atender teléfono sin dificultad, oír, reconocer y/o discriminar sonidos dentro de los parámetros considerados normales, no viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias auditivas que en su caso pueda padecer.
- 20 BAJA:** tiene una capacidad de audición baja, no puede o tiene graves dificultades para atender teléfono. Tiene dificultades para oír a otras personas, reconocer y/o discriminar sonidos, pudiéndose ver restringida su participación como consecuencia de las deficiencias auditivas que padece.
- 30 MUY BAJA/NULA:** tiene una capacidad de audición muy baja o nula, no puede o tiene graves dificultades para oír a otras personas, reconocer y/o discriminar sonidos, viéndose restringida su participación como consecuencia de las graves deficiencias de audición que padece.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d115**

**COMPRESIÓN
VERBAL**

Capacidad para entender mensajes orales. Excluye audición. OPCIONES:

- 10 BUENA:** puede entender mensajes orales sin dificultad. Incluye: personas con pérdida total de audición con buena lectura labial y personas con problemas en funciones mentales, que puedan entender mensajes orales más o menos complejos.
- 20 BAJA:** tiene dificultades para entender mensajes orales aún cuando pueda entender mensajes expresados a través de sistemas de comunicación alternativos, (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). Incluye: personas con pérdida total de audición, con lectura labial media/baja, personas con problemas en funciones mentales que puedan entender mensajes orales sencillos .
- 30 MUY BAJA/NULA:** no entiende mensajes orales pudiendo o no tener dificultades para comprender mensajes expresados a través de sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). Incluye: personas con pérdida total de audición, sin lectura labial, personas con problemas en funciones mentales que no puedan entender mensajes orales sencillos.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d310 ⇔ d325 / d350 ⇔ d360**



EXPRESIÓN ORAL

Capacidad para expresar mensajes orales. OPCIONES:

- 10 BUENA:** puede expresar mensajes orales sin dificultad. Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que prácticamente no limiten su capacidad de expresión de mensajes orales.
- 20 BAJA:** tiene dificultades en expresar mensajes orales, independientemente de la capacidad que tenga para expresarse a través de sistemas alternativos de comunicación (gestual, signos, escritura, etc.). Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que limiten su capacidad de expresión de mensajes orales.
- 30 MUY BAJA/NULA:** no puede expresar mensajes orales, pudiendo o no tener dificultades para expresar mensajes a través de otros sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, escritura, etc.). Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que limitan de forma grave o no pueden expresar mensajes orales.

Correspondencias con la CIF:

✓ **d330 ⇔ d345 / d350 ⇔ d360**



Factores contextuales

FACTORES CONTEXTUALES

PERSONALES

- Aspectos Personales de Interés:

¿Recibe tratamiento? Tipos (1):

Centro y profesional de referencia: Teléfonos:

Situaciones de Riesgo (2): Niveles:

(1): Opciones: Consultar tabla "Tratamientos".

(2): Opciones: Consultar tabla "Situaciones de Riesgo"

- Estilo de enfrentarse a La Situación Laboral:

Actitudes / niveles	1	2	3	Observaciones
Motivación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Iniciativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nivel de compromiso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Flexibilidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

AMBIENTALES

	Facilitador					Observaciones:	
	F	Fam	Fis / soc	Edu	Lab		B
Actitudes / Apoyos	F					B	<input type="text"/>
Recursos	F					B	<input type="text"/>
Accesibilidad	F					B	<input type="text"/>
Ayudas Técnicas	F					B	<input type="text"/>

Indicar en cada uno de los factores ambientales si es facilitador o barrera, con su nivel correspondiente, marcado del 1 al 3, teniendo en cuenta los siguientes entornos:

- ✓ Fam (Familiar)
- ✓ Fis / Soc (Físico / Social)
- ✓ Edu (Educativo)
- ✓ Lab (Laboral)

Ejemplo:

	F	Fam	Fis / Soc	Edu	Lab	B
Actitudes / Apoyos	F	F 1				B
Recursos	F		B 1			B
Accesibilidad	F				F 2	B
Ayudas Técnicas	F			B 3		B



Factores Personales

(Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad)

Factores Personales relacionados con otros estados de salud.

FACTORES CONTEXTUALES

PERSONALES

- Otros estados de salud

¿Recibe tratamiento? Tipos (1):

Centro y profesional de referencia: Teléfonos:

Situaciones de Riesgo (2): Niveles:

(1): Opciones: Consultar tabla "Tratamientos".

(2): Opciones: Consultar tabla "Situaciones de Riesgo"

¿RECIBE TRATAMIENTO?

¿Recibe Tratamiento?: Se refiere a cualquier tipo de tratamiento (Farmacológico, Psiquiátrico, Fisioterapia... etc.) que recibe la persona con discapacidad.

TIPO

Tipo: Se refiere al Tratamiento/s específico/s que está recibiendo la persona con discapacidad.

REFERENCIA

Referencia : Centro donde recibe el Tratamiento que más pueda afectar a su Programa individual de Inserción Laboral, así como el nombre del profesional de referencia en dicho Centro.

TELÉFONOS

Teléfonos: Se refiere a los teléfonos del Centro de rehabilitación donde recibe tratamiento y en su caso del profesional responsable o de referencia.

RIESGO

Riesgo: Se refiere a riesgos que puede sufrir la persona, como consecuencia de la existencia de problemas en sus **Funciones y/o Estructuras Corporales** y que puedan ser perjudiciales para su salud o la de sus compañeros.

Tablas de Riesgos. ANEXO IC , y Tabla de Correspondencias a efectos de Contraindicación. ANEXO IIIC.

1. **Riesgo Bajo:** La existencia de problemas en sus **Funciones y/o Estructuras Corporales** no le provocan situaciones de riesgo apreciables que puedan alterar de forma sensible su salud o afectar la de sus compañeros. Incluye: Cuando el riesgo lleva controlado un tiempo considerable(+ de un año).
2. **Riesgo Moderado:** La existencia de problemas en sus **Funciones y/o Estructuras Corporales** le provocan situaciones de riesgo que pueden alterar de forma sensible su salud o la de sus compañeros. Incluye: Cuando se han producido varias situaciones de riesgo en el último año.
3. **Riesgo Alto:** La existencia de problemas en sus **Funciones y/o Estructuras Corporales** le provoca situaciones de riesgo que pueden alterar de forma muy grave su salud o la de sus compañeros. Incluye: Cuando las situaciones de riesgo se producen con una frecuencia de una o mas a la semana



Factores Personales relacionados con el estilo de enfrentarse a la situación laboral:

- Estilo de enfrentarse a La Situación Laboral:

Actitudes / niveles	1	2	3	Observaciones
Motivación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Iniciativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nivel de compromiso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Flexibilidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

MOTIVACIÓN

Motivación: Interés que manifiesta la persona en relación con la **Búsqueda Activa de Empleo**, mantener el puesto de trabajo que desempeña y/o promocionar en el entorno laboral donde se mueve. Incluye, interés por la realización de Acciones Formativas y/u otras acciones que faciliten el acceso, mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo

OPCIONES:

1. **BUENA:** Manifiesta un gran interés en la **Búsqueda Activa de Empleo**, mantener el puesto de trabajo que desempeña y/o promocionar en el entorno laboral donde se mueve, aceptando propuestas y/o sugerencias que se le ofrecen.
2. **BAJA:** Manifiesta un discreto interés anteponiendo otros intereses, como el cobro de prestaciones económicas y/u otros condicionantes, que relegan a un segundo plano la **Búsqueda Activa de Empleo**, el mantenimiento del puesto de trabajo que desempeña y/o la promoción en el entorno laboral donde se mueve.
3. **MUY BAJA/NULA:** No se detecta interés en relación con la **Búsqueda Activa de Empleo**, el mantenimiento del puesto de trabajo que desempeña y/o la promoción en el entorno laboral donde se mueve.

(Búsqueda Activa de Empleo: A efectos de este Método de trabajo, se refiere al conjunto de estrategias y actividades que de forma sistemática decide llevar a cabo la persona, en base al logro de su inserción laboral.)

INICIATIVA

Iniciativa: Diligencia, celo, estrategias y/o acciones que pone en marcha para acceder (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantener y/o mejorar en el Puesto de Trabajo.

1. **BUENA:** Tiene un proyecto propio, planteando y poniendo en práctica estrategias y acciones encaminadas al acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo.
2. **BAJA:** Las estrategias y/o acciones que plantea son escasas o no las lleva a la práctica, planteando alternativas aisladas dentro de un proyecto poco definido.
3. **MUY BAJA:** No tiene un proyecto propio para acceder (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantener y/o promocionar en el puesto de trabajo, adoptando una actitud pasiva sin plantear alternativas.



**NIVEL
COMPROMISO**

DE

Nivel de compromiso: Coherencia entre las responsabilidades que asume y las acciones que pone en práctica (sin valorar los resultados que obtiene)

1. **BUENO:** Pone en práctica las estrategias y acciones del proyecto que plantea y/o asume, en relación con el acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), el mantenimiento y/o la promoción en el puesto de trabajo. Incluye: facilita información sobre actividades que realiza y actualización de sus datos y Curriculum.
2. **BAJO:** No pone en práctica una parte importante de las estrategias y/o acciones del proyecto que plantea y/o asume, en relación con el acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), el mantenimiento y/o la promoción en el puesto de trabajo. Incluye: facilita esporádicamente información sobre actividades que realiza y actualización de sus datos y Curriculum.
3. **MUY BAJO/NULO:** Se responsabiliza de llevar a cabo un proyecto en relación con el acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), el mantenimiento y/o la promoción en el puesto de trabajo, que luego en la práctica no cumple. Incluye: no facilita información efectos de actualización de sus datos y Curriculum.

FLEXIBILIDAD

Flexibilidad: Para aceptar situaciones nuevas que se plantean en el acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo. Incluye: Aceptación para relacionarse con nuevos colectivos, desempeñar otras ocupaciones de igual/inferior/superior categoría... etc.

1. **BUENA:** Acepta sin problemas las nuevas situaciones que puedan plantearse en relación con los procesos de acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo.
2. **BAJA:** Plantea problemas/dificultades para aceptar las nuevas situaciones que puedan plantearse en relación con los procesos de acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo. Incluye: dificultades para aceptar relacionarse con nuevos colectivos y/o desempeñar otras ocupaciones (adecuadas a su perfil) de igual/inferior/superior categoría.
3. **MUY BAJA/NULA:** No acepta enfrentarse a nuevas situaciones que puedan plantearse en relación con los procesos de acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo. Su actitud en este sentido es muy rígida aceptando solo situaciones y/o condiciones muy parecidas a las que ha vivido en relación con los procesos de acceso (**Búsqueda Activa de Empleo**), mantenimiento y/o promoción en el puesto de trabajo. Incluye: no aceptar relacionarse con nuevos colectivos y/o desempeñar otras ocupaciones (adecuadas a su perfil) de igual/inferior/superior categoría.



Factores Ambientales

(Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad)

AMBIENTALES

	Facilitador					Observaciones:	
	F	Fam	Fis / soc	Edu	Lab		B
	Barrera						
Actitudes / Apoyos	F					B	
Recursos	F					B	
Accesibilidad	F					B	
Ayudas Técnicas	F					B	

Indicar en cada uno de los factores ambientales si es facilitador o barrera, con su nivel correspondiente, marcado del 1 al 3, teniendo en cuenta los siguientes entornos:

- ✓ Fam (Familiar)
- ✓ Fis / Soc (Físico / Social)
- ✓ Edu (Educativo)
- ✓ Lab (Laboral)

Ejemplo:

	F	Fam	Fis / Soc	Edu	Lab	B
Actitudes / Apoyos	F	F 1				B
Recursos	F		B 1			B
Accesibilidad	F				F 2	B
Ayudas Técnicas	F			B 3		B

ACTITUDES / APOYOS

Se refiere al talante que muestran los demás hacia la persona dentro de los entornos abajo descritos, y como puede afectar este, positiva (facilitador) o negativamente (barrera), en relación con el acceso, mantenimiento y/o promoción en el Puesto de Trabajo.

A continuación se relacionan los entornos más significativos a tener en cuenta, así como las especificaciones de cada uno de ellos en este aspecto. En cualquier caso, ya sea facilitador o barrera, deberemos indicar aquel que entendamos esté provocando el mayor efecto en relación con la integración laboral de la persona.

- **FAM - Entorno Familiar:** Medio físico (vivienda, equipamientos...) y relaciones interpersonales (nivel cultural...) donde se desenvuelve la persona.
- **FIS / SOC - Entorno Físico / Social:** Condiciones de vida, estilos de convivencia, etc donde se desenvuelve la persona.
- **EDU – Entorno Educativo:** Escuela, instituto, universidad, centro de formación, etc... donde se forma la persona, directa o indirectamente a efectos profesionales.
- **LAB – Entorno Laboral:** Mercado de trabajo, empresa, puesto de trabajo, etc donde intenta acceder y/o trabaja.

Nivel:	Facilitador	Barrera
1	LIGERO: Las actitudes y los apoyos facilitan la integración laboral.	LIGERA: Las actitudes y los apoyos dificultan la integración laboral.
2	MODERADO: Las actitudes y apoyos facilitan y promueven la integración laboral.	MODERADA: Las actitudes y apoyos dificultan y limitan la integración laboral.
3	ALTO: Las actitudes y apoyos facilitan y promueven en gran medida la integración laboral.	GRAVE: Las actitudes y apoyos dificultan y limitan de forma grave la integración laboral.

Correspondencias con la CIF: e310 ⇔ e360 / e410 ⇔ e465



RECURSOS	<p>Se refiere a Los recursos de los que dispone la persona en los entornos abajo descritos, y como pueden afectar, positiva (facilitador) o negativamente (barrera), en relación con el acceso, mantenimiento y/o promoción en el Puesto de Trabajo.</p> <p>A continuación se relacionan los entornos más significativos a tener en cuenta, así como las especificaciones de cada uno de ellos en este aspecto. En cualquier caso, ya sea facilitador o barrera, deberemos indicar aquel que entendamos esté provocando el mayor efecto en relación con la integración laboral de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAM - Entorno Familiar: Medio físico (vivienda, equipamientos...) y relaciones interpersonales (nivel cultural...) donde se desenvuelve la persona. • FIS / SOC - Entorno Físico / Social: Ámbito territorial, hábitat, infraestructuras y equipamientos (edificaciones, urbanismo, transporte, comunicaciones-...), condiciones de vida, estilos de convivencia... donde se desenvuelve la persona. • EDU – Entorno Educativo: Escuela, instituto, universidad, centro de formación, etc... donde se forma la persona, directa o indirectamente a efectos profesionales. • LAB – Entorno Laboral: Mercado de trabajo, empresa, puesto de trabajo, etc donde intenta acceder y/o trabaja. <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nivel:</th> <th style="text-align: center;">Facilitador</th> <th style="text-align: center;">Barrera</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>LIGERO: Los recursos facilitan la integración laboral.</td> <td>LIGERA: Los carencia de recursos dificultan la integración laboral.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>MODERADO: Los recursos facilitan y promueven la integración laboral.</td> <td>MODERADA: Los carencia de recursos dificultan y limitan la integración laboral.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>ALTO: Los recursos facilitan y promueven en gran medida la integración laboral.</td> <td>GRAVE: Los carencia de recursos dificultan y limitan de forma grave la integración laboral.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Correspondencias con la CIF: e510 ⇄ e595</p>	Nivel:	Facilitador	Barrera	1	LIGERO: Los recursos facilitan la integración laboral.	LIGERA: Los carencia de recursos dificultan la integración laboral.	2	MODERADO: Los recursos facilitan y promueven la integración laboral.	MODERADA: Los carencia de recursos dificultan y limitan la integración laboral.	3	ALTO: Los recursos facilitan y promueven en gran medida la integración laboral.	GRAVE: Los carencia de recursos dificultan y limitan de forma grave la integración laboral.
Nivel:	Facilitador	Barrera											
1	LIGERO: Los recursos facilitan la integración laboral.	LIGERA: Los carencia de recursos dificultan la integración laboral.											
2	MODERADO: Los recursos facilitan y promueven la integración laboral.	MODERADA: Los carencia de recursos dificultan y limitan la integración laboral.											
3	ALTO: Los recursos facilitan y promueven en gran medida la integración laboral.	GRAVE: Los carencia de recursos dificultan y limitan de forma grave la integración laboral.											

ACCESIBILIDAD	<p>Se refiere a las condiciones de acceso que tiene la persona en los entornos abajo descritos, y como pueden afectar, positiva (facilitador) o negativamente (barrera), en relación con el acceso, mantenimiento y/o promoción en el Puesto de Trabajo.</p> <p>A continuación se relacionan los entornos más significativos a tener en cuenta, así como las especificaciones de cada uno de ellos en este aspecto. En cualquier caso, ya sea facilitador o barrera, deberemos indicar aquel que entendamos esté provocando el mayor efecto en relación con la integración laboral de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAM - Entorno Familiar: Medio físico (vivienda, equipamientos...) y relaciones interpersonales (nivel cultural...) donde se desenvuelve la persona. • FIS / SOC - Entorno Físico / Social: Ámbito territorial, hábitat, infraestructuras y equipamientos (edificaciones, urbanismo, transporte, comunicaciones-... donde se desenvuelve la persona. • EDU – Entorno Educativo: Escuela, instituto, universidad, centro de formación, etc... donde se forma la persona, directa o indirectamente a efectos profesionales. • LAB – Entorno Laboral: Mercado de trabajo, empresa, puesto de trabajo, etc donde intenta acceder y/o trabaja.
----------------------	---



	Nivel:	Facilitador	Barrera
	1	LIGERO: La Accesibilidad facilita la integración laboral.	LIGERA: La falta de Accesibilidad dificulta la integración laboral.
	2	MODERADO: La Accesibilidad facilita y promueve la integración laboral.	MODERADA: La falta de Accesibilidad dificulta y limita la integración laboral.
	3	ALTO: La Accesibilidad facilita y promueve en gran medida la integración laboral.	GRAVE: La falta de Accesibilidad dificulta y limita de forma grave la integración laboral.
Correspondencias con la CIF: e210 ⇔ e260			

AYUDAS TÉCNICAS	<p>Se refiere a las ayudas técnicas de que dispone la persona en los entornos abajo descritos, y como pueden afectar, positiva (facilitador) o negativamente (barrera), en relación con el acceso, mantenimiento y/o promoción en el Puesto de Trabajo.</p> <p>A continuación se relacionan los entornos más significativos a tener en cuenta, así como las especificaciones de cada uno de ellos en este aspecto. En cualquier caso, ya sea facilitador o barrera, deberemos indicar aquel que entendamos esté provocando el mayor efecto en relación con la integración laboral de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAM - Entorno Familiar: Medio físico (vivienda, equipamientos...) y relaciones interpersonales (nivel cultural...) donde se desenvuelve la persona. • FIS / SOC - Entorno Físico / Social: Ámbito territorial, hábitat, infraestructuras y equipamientos (edificaciones, urbanismo, transporte, comunicaciones...) donde se desenvuelve la persona. • EDU – Entorno Educativo: Escuela, instituto, universidad, centro de formación, etc... donde se forma la persona, directa o indirectamente a efectos profesionales. • LAB – Entorno Laboral: Mercado de trabajo, empresa, puesto de trabajo, etc donde intenta acceder y/o trabaja. 		
	Nivel:	Facilitador	Barrera
	1	LIGERO: Las Ayudas Técnicas facilitan la integración laboral.	LIGERA: Las falta de Ayudas Técnicas dificultan la integración laboral.
	2	MODERADO: Las Ayudas Técnicas facilitan y promueven la integración laboral.	MODERADA: Las falta de Ayudas Técnicas dificultan y limitan la integración laboral.
3	ALTO: Las Ayudas Técnicas facilitan y promueven en gran medida la integración laboral.	GRAVE: Las falta de Ayudas Técnicas dificultan y limitan de forma grave la integración laboral.	
Correspondencias con la CIF: e110 ⇔ e165			



1.1.3. Competencias

El concepto "Competencias", a efectos de este Método, hace referencia a los conocimientos adquiridos, se ha recogido en dos grandes bloques que conforman la **Competencia Ocupacional** de la persona para el Empleo.

El primero recoge información relacionada con la formación, agrupándose en el segundo la información relacionada con los Datos Laborales de la persona con discapacidad.

COMPETENCIAS						
FORMATIVAS						
FORMACION REGLADA				IDIOMAS		
Titulo académico		año		Denominación		Nivel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTROS CONOCIMIENTOS				CARNET DE CONDUCIR		
Descripción		Actualiz.	Nivel	¿Posee carnet de conducir? <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tipos: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Vehículo? <input type="checkbox"/> ¿Veh. Adaptado? <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adaptaciones: <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
LABORALES						
Empresa	Puesto	INICIO	FINAL	AA	MM	MOTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ayudas técnicas y / o adaptaciones utilizadas en los puestos desempeñados:						
<input type="text"/>						
SITUACION		DISPONIBILIDAD		SOCIOLABORAL		
Situación Laboral:	<input type="text"/>	Jornada	<input type="text"/>	Miembros de la unidad familiar: <input type="checkbox"/>		
Incapacidad:	<input type="text"/>	Horario	<input type="text"/>	Nº de personas con retribución: <input type="text"/>		
Observaciones:	<input type="text"/>	Lugar de trabajo	<input type="text"/>	Nº de personas a su cargo: <input type="text"/>		
Antigüedad en el INEM:	<input type="text"/>			¿Tiene ingresos?	Concepto ret. Individual:	¿Hasta?
Oficina de Empleo:	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Formación

Formación reglada

Contiene información relativa a los Títulos Académicos que acreditan los estudios reglados realizados, el Año de Finalización de los mismos.

Título académico	año

TÍTULO ACADÉMICO

Título Académico: Este Campo está respaldado por una Tabla abierta que contiene niveles de estudios contemplados tanto en el Sistema Educativo vigente, como en la Ley general de 1970 y anteriores a efectos de poder seleccionar las Titulaciones más significativas que posea la persona con discapacidad.

OPCIONES: (Tabla abierta según Sistema Educativo y Especialidades formativas vigentes).

AÑO

--

Idiomas

Este apartado recoge información sobre los idiomas tiene la persona así como el nivel de conocimientos alcanzado en cada uno de ellos.

Denominación	Nivel

DENOMINACIÓN

Denominación: Este campo está respaldado por una Tabla abierta, con los idiomas más comunes, la cual podremos actualizar a través de la opción de Mantenimiento. OPCIONES (Tabla abierta con los idiomas más comunes)

NIVEL

Nivel: Se refiere al grado de conocimiento en relación con el Idioma seleccionado.

OPCIONES:

1. **MUY BUENO** .- La persona tiene un vocabulario muy amplio con un conocimiento muy bueno de las estructuras: Puede entender, expresar y escribir mensajes en ese idioma con plena fluidez sobre cualquier tema.
2. **BUENO** .- La persona tiene un vocabulario amplio y un buen conocimiento de las estructuras. Puede entender, expresar y escribir mensajes en ese idioma con fluidez .
3. **BAJO** .- La persona conoce estructuras y vocabulario básico con niveles elementales de expresión comprensión. Puede entender, expresar y escribir mensajes elementales en ese idioma.



Otros Conocimientos

Hace referencia a otra formación de que dispone la persona a efectos de empleo, independientemente del medio a través del cual la haya obtenido (Cursos de FPO, formación en Centros Ocupacionales, derivada de su Experiencia Laboral, Autodidacta etc.).

Descripción	Actualiz.	Nivel

DESCRIPCIÓN

Descripción: Se refiere a otros conocimientos y/o formación no reglada de que dispone la persona a efectos de empleo.

Este campo está respaldado con una Tabla abierta, codificada de acuerdo con los **Sectores de Actividad y Familias Profesionales** del INEM, así como por las **Especialidades genéricas** que, a través de la opción Mantenimiento podremos modificar, actualizar y/o sustituir por otras mas adecuadas a las necesidades de nuestro servicio.

Pulsando la cabecera "Descripción" la Aplicación nos ordenará la información de este bloque en función de las Especialidades introducidas.

ACTUALIZACIÓN

Actualización: Se refiere a la Fecha en que actualizamos la información facilitada por el interesado, en relación con la Especialidad y Nivel registrados.

NIVEL

Se refiere al nivel de conocimientos en la especialidad seleccionada. Pulsando la cabecera "Nivel" la Aplicación ordenará la información de este bloque en función del resultado registrado para cada una de las Especialidades.

1. **BUENO** Tiene buen conocimiento de la especialidad impartida, pudiendo desempeñar con éxito tareas relacionadas con la misma.
2. **BAJO** El nivel de conocimiento alcanzado por la persona en la especialidad impartida es bajo, teniendo dificultades para el desempeño de tareas relacionadas con la misma.
3. **MUY BAJO/NULO** El nivel de conocimientos alcanzado por la persona en la especialidad impartida es muy bajo/nulo, teniendo serias dificultades o no pudiendo desempeñar tareas relacionadas con la misma.

Carnet de Conducir

CARNET DE CONDUCIR

Carnet de Conducir.

¿Posee carnet de conducir?

Tipos:

¿Vehículo? ¿Veh. Adaptado?

Adaptaciones:

TIPO

Tipo: Hace referencia al tipo de Carnet de conducir otorgado por Tráfico. Opciones: A / B / C / D / E.



VEHÍCULO PARTICULAR	Incluye cuando la persona dispone de vehículo particular (sin conductor) que puede utilizar para si mismo o de un vehículo con conductor con el que puede acceder al Puesto de Trabajo y o Formación.
ADAPTACIÓN VEHÍCULO	Adaptación Vehículo: Se refiere a cualquier adaptación que necesite el vehículo para poder utilizarlo. Incluye vehículos fabricados específicamente para personas con discapacidad.
ADAPTACIONES	Cuales: En este Campo podemos introducir las adaptaciones que necesita la persona para poder conducir el vehículo que utiliza. Incluye condiciones restrictivas impuestas por Tráfico.

Laborales

Se trata de recoger la información en cuanto a experiencia laboral adquirida tiempo de experiencia y aquellas ayudas técnicas o adaptaciones que ha utilizado en su vida laboral o a efectos de formación

Empresa	Puesto	INICIO	FINAL	AA	MM	MOTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ayudas técnicas y / o adaptaciones utilizadas

Experiencia

EMPRESA	Denominación de la empresa donde prestó o presta servicios
PUESTO	Puesto: Clasificación de Ocupaciones desarrollada por el INEM a partir del Código Nacional de Ocupaciones aprobado por R.D. 917/1994 de 6 Mayo (CNO-94).
INICIO	Fecha en que inicio la actividad laboral
FINAL	Fecha de cese en su actividad laboral. En caso de dejar en blanco este Campo la Aplicación dará por hecho que la persona sigue trabajando en la Empresa indicada y pasará a Ayudas Técnicas.
AA	AA: La Aplicación por defecto nos muestra el número de años transcurridos en función de los años de inicio y finalización en el puesto.
MM	MM: En este Campo la Aplicación admitirá como máximo 11 meses.
MOTIVO DEL CAMBIO	Tabla
AYUDAS TÉCNICAS Y/O ADAPTACIONES.	Ayudas Técnicas y/o Adaptaciones: En este bloque se recoge información en relación con las Ayudas Técnicas y/o Adaptaciones utilizadas por la persona para la formación y/o desempeño del Puesto o Puestos de Trabajo antes indicados. Incluye solo aquellas de que dispuso.



Situación Laboral

SITUACION

Situación Laboral:

Incapacidad Observaciones

Antigüedad en el INEM: Oficina de Empleo:

SITUACIÓN LABORAL

Situación Laboral: En este campo podremos seleccionar la situación en que se encuentra la persona de cara al empleo, a través de la tabla Cerrada que lo respalda.

INCAPACIDAD

Se refiere a incapacidades oficialmente reconocidas por los Equipos de Valoración de Incapacidades.(EVI) y contempladas en el Régimen General de la Seguridad Social.

- ✓ *La opción Incapacidad Temporal (I.T.) lleva aparejada la imposibilidad de alta en Bolsa de Trabajo y Solicitud de Cursos.*
- ✓ *La opción Incapacidad Permanente Total (I.P.T.) incapacita el desempeño de la profesión habitual llevando aparejada la imposibilidad de seleccionar dicha ocupación en el Campo "Ocupaciones Solicitadas".*

OBSERVACIONES

Observaciones: En este Campo podremos introducir cualquier comentario que aclare y/o complete la información en relación con la incapacidad de la persona (la profesión para la que le incapacita la Incapacidad Permanente Total, Incapacidades acogidas a Regímenes Especiales, etc.)

ANTIGÜEDAD DE LA DEMANDA

Este Campo registrar la fecha desde la cual la persona está oficialmente inscrito en la Oficina de Empleo correspondiente como demandante de empleo.

OFICINA

La correspondencia entre Códigos Postales-Oficinas de Empleo podrá ser actualizada a través del proceso de Mantenimiento.

Disponibilidad

DISPONIBILIDAD

Jornada

Horario

Lugar de trabajo

JORNADA

OPCIONES:
1. Indiferente, 2. Completa, 3. Parcial (1/2 jornada), 4. Por horas

HORARIO

OPCIONES:
1. Indiferente, 2. Mañana, 3. Tardes, 4. Mañana/tardes, 5. Nocturno.



LUGAR DE TRABAJO

OPCIONES:

1. **DISPONIBILIDAD TOTAL:** La persona puede y está dispuesta a trabajar en cualquier lugar donde surja un empleo adecuado a sus características personales y/o profesionales.
2. **PROVINCIA:** La persona puede y está dispuesta a trabajar en cualquier lugar dentro de la provincia donde tiene su domicilio.
3. **LOCALIDAD:** La persona puede y está dispuesta a trabajar en cualquier lugar dentro de la localidad donde tiene su domicilio.
4. **AREA DEL DOMICILIO:** La persona sólo puede y está dispuesta a realizar trabajos en los alrededores de su domicilio.
5. **DOMICILIO:** La persona sólo puede y está dispuesta a realizar trabajos en su domicilio.

Sociolaboral

SOCIOLABORAL

Miembros de la unidad familiar:

Nº de personas con retribución:

Nº de personas a su cargo:

¿Tiene ingresos?	Concepto ret. Individual	¿Hasta?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº DE PERSONAS EN LA UNIDAD FAMILIAR

Nº DE PERSONAS CON RETRIBUCIÓN

Nº DE PERSONAS A SU CARGO

¿TIENE INGRESOS?

CONCEPTO RETRIBUCIÓN INDIVIDUAL

Concepto retribución individual: En la Tabla que respalda a este Campo podremos seleccionar la opción más adecuada en relación con la fuente de ingresos que percibe la persona con discapacidad.

La opción Nº 7 "Ingresos Programas Inserción", hace referencia a aquellos ingresos que tenga la persona como consecuencia de estar incluido en algún Programa de inserción Social, Laboral ... etc.

HASTA

Este Campo recoger la fecha límite en que la persona dejará de percibir los ingresos indicados.

*Tendremos opción a este Campo cuando en los Campos anteriores (Concepto Retribución Individual) se hayan seleccionado las opciones 3, 4, 7 u 8 de la **Tabla correspondiente**.*



1.1.4. Orientación, Itinerarios y Seguimiento

Una vez recogida la información más relevante de la persona a efectos de empleo, a través de esta opción registraremos sus intereses profesionales, así como la orientación que vamos a facilitar a la persona. En este apartado se recoge información en cuatro grandes bloques:

- En el primero podemos seleccionar aquellas Medidas Recuperadoras y de Inserción Laboral empleo que vamos a tener en cuenta en el Programa de Inserción Laboral, en base a mantenerlas como referencia a efectos de facilitar con posterioridad, a la persona, los itinerarios y recursos específicos con ellas relacionados. También contiene información relativa a la incorporación en la bolsa de trabajo pudiendo seleccionar aquellas ocupaciones que de acuerdo con el interesado pueda y esté dispuesto a desempeñar.
- En el segundo, y teniendo en cuenta las medidas recuperadoras y de fomento de empleo indicadas, podemos recoger aquellos Itinerarios y/o Recursos específicos que previa información asuma la persona con el fin de su recuperación profesional/inserción laboral.

ORIENTACION PROFESIONAL

Intereses Profesionales:

Medidas de Inserción Laboral:	Incorporación bolsa de trabajo:	OCUPACIONES SOLICITADAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocupaciones: <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Tipo de demanda:	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Fecha última baja:	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Causa de la Baja:	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

*Ayudas técnicas y / o adaptaciones disponibles que necesita para el desempeño de la ocupación solicitada

ITINERARIOS (Recursos específicos):

Fecha	Recurso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMACIÓN SOLICITADA:

Cursos solicitados	Fecha de solicitud	Situación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones generales:

- En el tercero, recogeremos la demanda de formación del usuario.
- El cuarto sirve para recoger aquellas observaciones generales que el entrevistador estime oportunas.

Intereses Profesionales

Intereses Profesionales:

INTERESES PROFESIONALES

Intereses Profesionales: Se refiere a aspiraciones y expectativas profesionales en relación con la formación y el empleo. En este Campo se deberán recoger literalmente sus intereses, aspiraciones, expectativas..., lo cual nos facilitará información en relación con el apartado "Estilo de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos" del bloque "Factores Personales" del "Perfil Básico".



Medidas de Inserción Laboral

MEDIDAS DE INSERCIÓN LABORAL

Se refiere a las grandes medidas de Recuperación Profesional y/o Fomento de Empleo que vamos a tener en cuenta en los Programas de Recuperación Profesional/Inserción Laboral establecidos, manteniéndolas como referencia a lo largo de todo el proceso a efectos de facilitar con posterioridad los Itinerarios y recursos específicos con ellas relacionados.

Medidas de Inserción Laboral:

Incorporación en bolsa de trabajo

INCORPORACIÓN EN BOLSA DE TRABAJO

Incorporación en Bolsa de Trabajo: Cuando la persona así lo solicite y a criterio del Equipo de Orientación pueda y sea recomendable su inserción Laboral, a través de este Campo podremos dar de alta al interesado en nuestra Bolsa de Trabajo. Es conveniente recordar que a efectos de este Método de Trabajo, para incorporar a una persona en la Bolsa de Trabajo será necesario que cumpla los requisitos que a continuación se relacionan:

Incorporación bolsa de trabajo:

Fecha:

Tipo de demanda:

Fecha última baja:

Causa de la Baja:

<i>Campo</i>	<i>Opción (Apartado)</i>	<i>Registro</i>
% Minusvalía	Identificación	Igual o Mayor que 33%
Relaciones Interpersonales	Perfil	Distinto a 3.- Muy Bajo
Edad	Identificación	+ 16 y - 65 años
Incapacidad	Laborales	Distinto a I.T.

En caso de que en cualquiera de los Campos anteriormente relacionados, la información introducida no cumpliera los requisitos detallados, la Aplicación no dará opción a incorporar a la persona en la Bolsa de Trabajo avisando con el mensaje correspondiente en pantalla.

FECHA

TIPO DE DEMANDA

Tipo de Demanda: Por defecto la Aplicación nos mostrará el tipo en función de la Situación Laboral registrada. Si la Situación Laboral es Trabaja (cualquiera que sea la modalidad), la Aplicación mostrará demanda por mejora en este Campo. Cualquier otra Situación Laboral seleccionada, hará que la Aplicación muestre en este Campo demanda ordinaria.

FECHA BAJA BOLSA DE TRABAJO

Una vez en este campo, al introducir la Fecha de Baja, la Aplicación cambiará a "NO" en el Campo Incorporación a Bolsa de Trabajo, manteniendo las ocupaciones que solicitó en su día.

CUASA BAJA

Causa Baja: Hace referencia al motivo por el cual procedemos a dar de baja a la persona en nuestra Bolsa de Trabajo.



Ocupaciones solicitadas

OCUPACIONES	Ocupaciones Solicitadas: Se refiere a las ocupaciones que puede y está dispuesto a desempeñar la persona.	OCUPACIONES SOLICITADAS	
	Este Campo está respaldado por la Clasificación de Ocupaciones elaborada por el INEM, en base al Código Nacional de Ocupaciones (CNO´94). R.D. 917/1994 de 6 de Mayo.	Ocupaciones	Ayuda ¹
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

AYUDAS Ayudas. Se refiere a las ayudas técnicas y / o adaptaciones disponibles que el usuario necesita para el desempeño de la ocupación concreta solicitada.

Itinerarios (recursos específicos)

ITINERARIOS (Recursos específicos):

Fecha:	Recurso:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Itinerarios (Recursos Específicos): En este apartado se indicarán de forma detallada la Fecha y la indicación de Itinerarios y Recursos Específicos que se le ofrecen y se aceptan por el interesado, con vistas a su recuperación profesional e inserción laboral.

A continuación y a modo de ejemplo se relaciona información - tipo que podemos recoger en este Campo, en función de las Medidas de Inserción laboral registradas, sin perjuicio de aquella otra que el Técnico - Usuario crea conveniente en cada caso:

Medidas de Inserción laboral	Fecha	Itinerarios y Recursos Específicos
Recuperación Funcional	"	Centros que se proponen y Observaciones.
Apoyos y Adaptaciones	"	Servicios de Asesoría Jurídica/Laboral, Viabilidad de Proyectos, Adaptaciones/Ayudas Técnicas ... etc. Apoyos Económicos, Información sobre Prestaciones, tramites, ... etc. Otros Apoyos.
Orientación Profesional	"	Itinerarios Académicos y Profesionales.
Formación Profesional Reglada	"	Centros que se proponen/observaciones
Formación Profesional Ocupacional	"	Inf. distintas Entidades organizadoras Cursos y Mec. de acceso.
Pre-empleo (Iniciación Product.)	"	Centros Ocupacionales, Talleres, observaciones.
Bolsas de Trabajo	"	Mecanismos de Acceso y observaciones.
Oferta de Empleo Público	"	Mecanismos de Acceso y observaciones
Auto empleo	"	Información de Incentivos y Subvenciones.
Otras Medidas	"	Centros e Información específica.

FECHA Fecha: En este Campo la Aplicación por defecto nos mostrará la fecha del Sistema, teniendo el usuario la opción de modificarla cuando sea necesario

RECURSOS Itinerarios/Recursos Específicos: En este apartado se indicarán de forma detallada los Itinerarios y Recursos Específicos que se ofrecen y asume la persona con vistas a su recuperación profesional e inserción laboral.



Formación solicitada

FORMACIÓN SOLICITADA:

Curso solicitado:	Fecha de solicitud:	Situación:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CURSOS SOLICITADOS

Cursos solicitados: En este apartado se indicarán forma detallada los cursos / familias formativas de interés para el usuario, coincidiendo con la tabla del campo de otros conocimientos .

Es conveniente recordar que a efectos de esta Base de Datos para incorporar a una persona en la Bolsa de Trabajo será necesario que cumpla los requisitos que a continuación se relacionan:

<i>Campo</i>	<i>Opción (Pantalla)</i>	<i>Registro</i>
% Minusvalía	Identificación	Igual o Mayor que 33%
Relaciones Interpersonales	Perfil	Distinto a 3.- Muy Bajo
Edad	Identificación	+ 16 y - 65 años
Incapacidad	Laborales	Distinto a I.T.

En caso de que en cualquiera de los Campos anteriormente relacionados, la información introducida no cumpliera los requisitos detallados, la Aplicación no dará opción a incorporar a la persona en este Apartado, avisando con el mensaje correspondiente en pantalla.

FECHA DE SOLICITUD

En este campo la aplicación por defecto nos mostrará la fecha del Sistema, teniendo el usuario la opción de modificarla cuando sea necesario

SITUACIÓN

Indique la situación en la que se encuentra la demanda formativa.

OPCIONES:

1.- Pendiente

2.- Anulada: Registrar causa: No interesado.
No disponible.

OBSERVACIONES

Observaciones: Se refiere a otra información que aclare o amplíe los datos recogidos a la persona en relación con otras características y/o factores que no se hayan tenido en cuenta y que así mismo consideremos relevantes a efectos de empleo.



1.2. Informes

1.2.1. Programa Individual (Ver diseño en Aplicación Informática).

1.2.2. Itinerarios y Seguimiento (Ver diseño en Aplicación Informática).

1.2.3. Valoración Laboral (Ver diseño en Aplicación Informática, Versión para la Administración).

1.2.4. Valoración Pedagógica (Ver diseño en Aplicación Informática. Versión para la Administración).

1.2.5. Informe de Capacidades. (No disponible en Versión para Entidades. Ver Apartado 4, Acceso al Empleo)



2.-MAPA DE RECURSOS



2.1 Empresas.

2.1.1. Identificación y Localización.

VALORACION Y ORIENTACION PROFESIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD METODO ESTRELLA	
EMPRESAS / CEE	
CENTRO: <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	FECHA: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

A.- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACION

CIF EMPRESA:		RAZON SOCIAL:			
CIF CEE:					
DIRECCIÓN			TELEFONOS		EMAIL
C.POSTAL		POBLACION		AREA	PROVINCIA
SECTOR ECONOMICO:			RECURSOS HUMANOS:		
Agricultura <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/>			Nº trabajadores <input type="text"/> Trab. Con discapacidad <input type="text"/>		
PERSONA DE CONTACTO:				CARGO:	
TELEFONO:			FAX:		EMAIL:
OBSERVACIONES :					



2.2 Entidades, Centros y /o Servicios.

2.2.1. Identificación y Localización

2.2.2. Requisitos de Acceso

2.2.3. Características

VALORACION Y ORIENTACION PROFESIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD METODO ESTRELLA

RECURSOS

CENTRO:

FECHA:

A.- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACION

REFERENCIA:		CENTRO:	
TIPO DE CENTRO:		TITULAR:	
DEPENDENCIA:		CARÁCTER:	ÁMBITO:
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL
C.POSTAL	POBLACION		PROVINCIA

PERSONA DE CONTACTO:		CARGO:
TELEFONO:	FAX:	EMAIL:
OBSERVACIONES :		

B.- REQUISITOS DE ACCESO

B.1.- Generales

Masculino / Femenino	<input type="checkbox"/>	Mixto	<input type="checkbox"/>	Edad: >	<input type="checkbox"/>	<	<input type="checkbox"/>	Cuota mensual	<input type="text"/>
Otros requisitos:	<input type="text"/>								
Observaciones:	<input type="text"/>								



B.2.- Deficiencias atendidas relacionadas con:

FUNCIONES		FUNCIONES Y/O ESTRUCTURAS					
Mentales	<input type="checkbox"/>	Sensoriales Y dolor	<input type="checkbox"/>	Sistemas Corporales	<input type="checkbox"/>	Neuromusculoesq., movimiento y piel	<input type="checkbox"/>
Inteligencia	<input type="checkbox"/>	Vista	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	MM.SS.	F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Salud Mental	<input type="checkbox"/>	Oído	<input type="checkbox"/>	Hemat./Inmunolog.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MM.II.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otras*	<input type="checkbox"/>	Otras*	<input type="checkbox"/>	Respiratorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cabeza y Tronco ¹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*: Incluye otras funciones o conjunto de ellas afectadas como consecuencia de daño cerebral y/u otras deficiencias cuya afectación supere los aspectos antes relacionados.		*: Incluye funciones relacionadas con el dolor, tacto, gusto, olfato...		Digestivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otras*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Lenguaje, Voz y Habla		Metab./Endocrino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	*: Conjuntos de funciones y/o estructuras que superen los apartados antes indicados. Incluye afectación genérica en funciones y/o estructuras de la piel.	
		<input type="checkbox"/>		Genit./Urin./Reprod	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

¹ Incluye: - **ESTRUCTURAS** relacionadas con el Sistema Nervioso, el Ojo, el Oído y estructuras relacionadas, y la Voz y el Habla.
- **FUNCIONES** neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, y funciones de la piel y estructuras relacionadas.

TIPOS DE DEFICIENCIAS ATENDIDAS:

Deficiencia / diagnóstico (principal)	Deficiencia / Diagnóstico (asociado)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

C.- CARACTERÍSTICAS

C.1.- GENERALES

Total Nº de Plazas Internas Externas ½ Pensión Concertadas

Recursos Económicos:

Subvenciones de:

Org. concertados:

Otros Recursos:

Accesibilidad y Barreras:

Barreras: Sí: No: Breve descripción de barreras:



C.2.- SERVICIOS QUE OFRECE EL CENTRO

C.3.- FORMACIÓN

FORMACION REGLADA

FORMACION OCUPACIONAL

OBSERVACIONES:

--

2.3 Informes (Ver diseño en Aplicación Informática)



3.-FORMACION E INSERCIÓN LABORAL



CUESTIONARIO

VALORACION Y ORIENTACION PROFESIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD METODO ESTRELLA

EMPRESAS - CEE / OFERTAS DE EMPLEO

CENTRO:

FECHA:

A.- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

CIF EMPRESA:		RAZON SOCIAL:			
CIF CEE:					
DIRECCIÓN			TELEFONOS		EMAIL
C.POSTAL		POBLACION		AREA	PROVINCIA
SECTOR ECONOMICO:				RECURSOS HUMANOS:	
Agricultura <input type="checkbox"/>	Industria <input type="checkbox"/>	Construcción <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Nº trabajadores <input type="text"/>	Trab. Con discapacidad <input type="text"/>
PERSONA DE CONTACTO:				CARGO:	
TELEFONO:			FAX:		EMAIL:
OBSERVACIONES:					

B.- IDENTIFICACION DE LA OFERTA

FECHA DE ENTRADA:	PUESTO:	Nº DE PUESTOS
-------------------	---------	---------------



C.- ANALISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

C.1.- DATOS GENERALES

PUESTO OFERTADO (C.N.O.):		NIVEL PROFESIONAL:	
TIPO DE CONTRATO: (Indefinido, Eventual, Formación, Obra y Servicio...)		DURACION: (Indicar en caso de contrato temporal)	
Jornada Completa <input type="checkbox"/>	Jornada Parcial <input type="checkbox"/>	Turnos: SI <input type="checkbox"/>	Movilidad Geográfica SI <input type="checkbox"/>
Horario (continuado, partido, mañana, tarde.) <input type="text"/>	Nº de Horas <input type="text"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:			

C.2.- ANALISIS DE TAREAS

Nº de Tarea	Descripción	% de tiempo

C.3.- PERFIL DE EXIGENCIAS DEL PUESTO

C.3.1.- CAPACIDADES

	Niveles:			Observaciones específicas:
	A	B	C	
Destreza manual: Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desplazamiento (1): Capacidad para, caminar, y o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acceso a transporte: Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posición (2): Capacidad para adoptar y mantener una postura determinada, SENTADO ? DE PIE ? OTRAS ???	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuerza: Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tolerancia: Capacidad para soportar situaciones que puedan ser generadoras de estrés, tensión y/o fatiga mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomía Personal: Cap. Actuar con independencia, sin supervisión en actividades relac. con Autocuidado y la percepción de riesgos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relaciones Interpersonales: Capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientación en el entorno: Cap. para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad) y utilizar (conocer y usar) transporte público (metro, bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manejo de dinero: Capacidad para participar en transacciones económicas básicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aprendizaje: Capacidad de adquirir conocimientos, para realizar nuevas tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visión: Capacidad para reconocer y/o distinguir objetos y colores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Audición: Capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprensión verbal: Capacidad para entender mensajes orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Expresión Oral: Capacidad para expresar mensajes orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

A: Se requiere
B: Se requiere ocasionalmente
C: No se requiere



C.4.- CONDICIONES DE TRABAJO

C.4.1.- MOBILIARIO Y/O TECNOLOGIA UTILIZADA

1.- Mobiliario
2.- Tecnología
3.- Herramientas
4.- Maquinaria
5.- Vehículos

C.4.2.- CONDICIONES AMBIENTALES Y FACTORES DE RIESGO

1.- Accesibilidad y Barreras

Barreras: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Breve descripción de barreras:
---	--------------------------------

2.- Entorno ambiental: Indicar, cuando sea necesario, características especiales en relación con los siguientes factores:

	Observaciones:
Temperatura	<input type="checkbox"/>
Humedad	<input type="checkbox"/>
Iluminación	<input type="checkbox"/>
Ruido	<input type="checkbox"/>
Vibraciones	<input type="checkbox"/>
Ambiente (cond. Climáticas extremas, polvo, humo, A. Acondicionado).	<input type="checkbox"/>

3.- Factores de Riesgo: Identificar posibles situaciones de riesgo relacionadas con los siguientes factores:

	Observaciones:
Maquinaria	<input type="checkbox"/>
Alturas	<input type="checkbox"/>
Esfuerzos	<input type="checkbox"/>
Movilidad	<input type="checkbox"/>
Posición	<input type="checkbox"/>
Tensión / Ansiedad / Estrés	<input type="checkbox"/>
Manipulación	<input type="checkbox"/>
Horarios / Jornadas	<input type="checkbox"/>
Trabajo Interior	<input type="checkbox"/>
Trabajo Exterior	<input type="checkbox"/>
Expresión Oral Continuada	<input type="checkbox"/>



C.4.3.- COMPETENCIAS

Formación

Titulación:	Idiomas:	Otros conocimientos:
-------------	----------	----------------------

Experiencia Laboral

Determinar si para el desempeño del puesto es necesaria experiencia previa: SI NO

Otros requisitos

Permiso de conducir:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="text"/>
Edad:	> <input type="text"/>	< <input type="text"/>	
Vehículo propio:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad Horaria:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Lugar de trabajo:	<input type="text"/>	Jornada:	<input type="text"/>
		Horario:	<input type="text"/>

Observaciones:



3.1.1. OFERTAS DE EMPLEO

IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

Identificación y localización de la empresa o CEE contratante y de la persona de contacto en la misma.

IDENTIFICACIÓN DE LA OFERTA

Identificación de la oferta en curso, con la descripción, número de puestos ofertados, y fecha de la solicitud de la misma.

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

Datos Generales:

Datos generales de la oferta de empleo, con información suministrada por la empresa referente al tipo de contrato y duración del mismo, jornada, horario, etc...

Análisis de Tareas:

Breve descripción de las tareas y / o funciones esenciales valoradas en función de su importancia, y el porcentaje de tiempo total de la jornada de trabajo que ocupa la tarea.

Perfil de Exigencias del Puesto:

CAPACIDADES que el puesto de trabajo requiere para desempeñar con eficacia las tareas del mismo

1.- DESTREZA MANUAL

Capacidad exigida en el Puesto de Trabajo, para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. NIVELES:

- 10.-** Se requiere buen nivel de Destreza bi-manual, a efectos de realizar tareas con rapidez y precisión. Incluye: manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...
- 20.-** Se requiere ocasionalmente manipular, abrochar, escribir, teclear...
- 30.-** No se requiere.

2.- DESPLAZAMIENTO

Capacidad requerida en el Puesto de Trabajo para caminar, moverse y/o desplazarse en interior y/o exterior. Incluye: Recorridos cortos y largos, subir y bajar escaleras, correr, trepar, saltar... NIVELES:

- 10.-** Se requiere buena capacidad para andar y/o moverse tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos y largos, superficies con obstáculos, poder subir y bajar escaleras, pendientes, correr, trepar, saltar...



- 20.- Se requiere ocasionalmente andar o desplazarse (utilizando algún tipo de equipamiento: Bastones, Silla de Ruedas) tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos, superficies sin obstáculos, poder subir y bajar tramos cortos de escaleras o pendientes.
- 30.- No se requiere.

3.- ACCESO A TRANSPORTE

Capacidad, para el acceso físico a los medios de transporte público o privado, requerida para acceder y / o desempeñar el puesto de trabajo. NIVELES:

- 10.- Se requiere buena capacidad (acceso físico) para acceder al Transporte Público (esté o no adaptado) y/o el uso de vehículo particular.
- 20.- Se requiere ocasionalmente acceder al Transporte Público y/o el uso de vehículo particular.
- 30.- No se requiere.

4.- POSICIÓN

Capacidad requerida para mantener, adoptar y / o alternar una posición determinada durante la jornada laboral. NIVELES:

- 10.- Indistinta: Se requiere cualquier posición (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) siendo necesario alternarlas y/o mantenerlas durante toda o la mayor parte de la jornada laboral.
- 20.- Capacidad postural requerida:
 - 21.- Sentado(S): Se requiere capacidad para estar Sentado durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 22.- De Pie(DP): Se requiere capacidad para estar De Pie durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 23.- Otras: Se requiere capacidad para estar Agachado, De Rodillas o Tumbado durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar las posiciones Sentado y/o De Pie.
- 30.- No se requiere mantener de forma continuada cualquiera de las posiciones antes indicadas (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) permitiéndose alternarlas durante el desarrollo de la jornada laboral.

5.- FUERZA

Esfuerzo físico requerido para el desempeño del Puesto de Trabajo. (ejercicio físico / carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen). NIVELES:

- 10.- Se requiere la realización esfuerzo físico continuado, carga-manipulación de grandes pesos y/u objetos de gran volumen.



- 20.- Ocasionalmente se requiere la realización esfuerzo físico o la carga-manipulación de pesos y/u objetos de volumen.
- 30.- No se requiere.

6.- TOLERANCIA

A efectos de este método, capacidad exigida para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que pueda generar el desempeño del Puesto de Trabajo como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.
NIVELES:

- 10.- Se requiere buena capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que genera el desempeño del puesto de trabajo, como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.
- 20.- Ocasionalmente el desempeño del Puesto de Trabajo puede requerir capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.
- 30.- No se requiere.

7.- AUTONOMIA PERSONAL

Capacidad requerida para actuar con independencia en la realización de actividades relacionadas con el *Autocuidado y la Percepción de Riesgos* en el puesto de trabajo.

Autocuidado: se refiere a aquellas actividades relacionadas con el aseo personal y la apariencia adecuada (lavarse higiene personal, etc.).

Percepción de Riesgos: Se refiere a la capacidad de percibir y valorar posibles riesgos (identificación de dolencias, utilización de recursos, medios etc.). NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para actuar con independencia.
- 20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para actuar con independencia.
- 30.- No se requiere, permitiéndose el apoyo y/o supervisión de otras personas para el logro básico de este factor por parte del candidato.

8.- RELACIONES INTERPERSONALES

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas, a efectos de participar en un grupo relacionado con la formación y/o el empleo. NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para iniciar y mantener relaciones interpersonales. Incluye trabajo en Equipo, atención al público, relaciones comerciales, o de otro tipo, con otras personas dentro o fuera de la empresa...etc.
- 20.- El Puesto requiere ocasionalmente el establecimiento de relaciones interpersonales básicas, con compañeros, superiores, subordinados y/o clientes no constituyendo, para el desempeño del Puesto, una función esencial dentro de los requerimientos exigidos.
- 30.- No se requiere.



9.- ORIENTACION EN EL ENTORNO

Requerimientos exigidos en el Puesto de trabajo en relación con la capacidad que han de tener los candidatos/trabajadores, para orientarse en el medio (barrio, ciudad...) y utilizar (conocer y usar) el transporte público existente (metro, bus...). NIVELES:

- 10.-** Se requiere capacidad para orientarse en el entorno y manejo del transporte público
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad para orientarse en el entorno y al menos manejo del transporte público en rutas fijas o previamente determinadas.
- 30.-** No se requiere (La capacidad de orientación en el entorno y/o utilización del transporte público no constituye una función esencial dentro de los requerimientos exigidos en el Puesto de Trabajo).

10.- MANEJO DE DINERO

Capacidad requerida en relación con transacciones económicas básicas, cambio de moneda, realización de pagos y devoluciones. NIVELES:

- 10.-** Se requiere manejo de dinero.
- 20.-** Se requieren ocasionalmente manejo de dinero aún cuando no constituya una función esencial para el desempeño del Puesto.
- 30.-** No se requiere.

11.- APRENDIZAJE

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad de adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica (centrando la atención, encontrando soluciones a problemas, eligiendo una opción) para la realización de una actividad o conjunto de actividades nuevas exigidas para el desempeño de un Puesto de Trabajo. NIVELES:

- 10.-** Se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas, laboriosas y/o complejas.
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas. La capacidad de aprendizaje no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.
- 30.-** No se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas.

12.- VISIÓN

Req. exigidos en relación con la cap. visual para leer documentos, periódicos, libros, pantallas de ordenador, carteles en la calle o interior, en transporte público, de noche o en lugares con poca iluminación), así como reconocer y discriminar objetos, detalles y/o colores. NIVELES:



- 10.-** Se requiere capacidad visual, para poder leer letra normal de documentos, periódicos y libros, en pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. Poder reconocer objetos pequeños, detalles, colores y personas.
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad visual para poder leer, reconocer objetos, colores y personas. La capacidad visual no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.
- 30.-** No se requiere.

13.- AUDICIÓN

Requerimientos exigidos en relación con la cap. Para oír, reconocer y/o discriminar sonidos.
NIVELES:

- 10.-** Se requiere capacidad de audición, poder atender el teléfono sin dificultad, oír, reconocer y/o discriminar sonidos dentro de los parámetros considerados normales..
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad de audición para poder para atender teléfono, oír, reconocer y/o discriminar sonidos. La capacidad auditiva no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.
- 30.-** No se requiere.

14.- COMPRENSIÓN VERBAL

Requerimientos exigidos en relación con la cap. para entender mensajes orales. NIVELES:

- 10.-** Se requiere capacidad para entender mensajes orales.
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad para entender mensajes orales, aún cuando exista la posibilidad de sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). La comprensión verbal no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.
- 30.-** No se requiere.

15.- EXPRESIÓN ORAL

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para expresar mensajes orales.
NIVELES:

- 10.-** Se requiere capacidad para expresar mensajes orales.
- 20.-** Se requiere ocasionalmente capacidad para expresar mensajes orales, aún cuando existe la posibilidad de sistemas de comunicación alternativa (gestual, signos, escritura, etc.). La expresión oral no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.
- 30.-** No se requiere.



Condiciones de trabajo:

Mobiliario y/o tecnología utilizada:

Máquinas, útiles, herramientas, mobiliario, etc., utilizados habitualmente para el desempeño del puesto.

Condiciones ambientales y factores de riesgo:

Accesibilidad y Barreras: Identificar en caso de ser necesario, posibles barreras arquitectónicas en: apartamentos, acceso edificio, bordillos, rampas, anchura puertas, pasillos, aseos, etc.

Entorno ambiental: Es importante determinar las condiciones ambientales del entorno en que se desarrolla el trabajo para poder detectar posibles contraindicaciones con la discapacidad del trabajador. Indicar cuando sea necesario características específicas realizando breve descripción.

Riesgos: Indicar posibles situaciones de riesgos en relación con los factores que se indican, realizando breve descripción.

Tabla de Condiciones Ambientales y Factores de Riesgos (Anexo III B): A efectos de facilitar información a los técnicos de los servicios públicos de empleo para la elaboración de informes relacionados con el cruce de perfiles (persona/puesto) en procesos de selección de candidatos, se ha elaborado la tabla de correspondencia a efectos de contraindicación "**RIESGOS/CONDICIONES AMBIENTALES-FACTORES DE RIESGO**" (Anexo IIIC).

Competencias:

Competencias que el puesto de trabajo requiere para desempeñar con eficacia las tareas del mismo:

FORMACION

Titulación oficial, idiomas y otro tipo de conocimientos (formación ocupacional, autoaprendizaje, etc...) requeridos para el desempeño del puesto de trabajo ofertado.

EXPERIENCIA LABORAL

Indicar (si / no) si para el desempeño del puesto es necesario tener experiencia laboral previa en puestos similares al ofertado.

OTROS REQUISITOS

Indicar si para el desempeño del puesto ofertado es necesario poseer permiso de conducir y tipo concreto, si es necesario disponer de vehículo propio, y si existe algún criterio de edad.

OBSERVACIONES

En caso de que sea necesario, se indicará cualquier otro factor o información relevante o necesaria para la correcta descripción del perfil.



CUESTIONARIO

VALORACION Y ORIENTACION PROFESIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD METODO ESTRELLA

ENTIDADES / OFERTAS DE FORMACIÓN

CENTRO:

FECHA:

A.- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

CODIGO:	DENOMINACIÓN:		
	Tipo de Centro:		
	Titular:		
REFERENCIA:	Dependencia:		
	Carácter		Ámbito:
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL
C.POSTAL	POBLACION	AREA	PROVINCIA
SECTOR ECONOMICO:		RECURSOS HUMANOS:	
Agricultura <input type="checkbox"/>	Industria <input type="checkbox"/>	Construcción <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>
		Nº trabajadores <input type="text"/>	Trab. Con discapacidad <input type="text"/>
PERSONA DE CONTACTO:		CARGO:	
TELEFONO:	FAX:	EMAIL:	
OBSERVACIONES:			

B.- IDENTIFICACION DE LA OFERTA

FECHA DE ENTRADA:	DENOMINACIÓN DE LA OFERTA FORMATIVA:	Nº DE PLAZAS
-------------------	--------------------------------------	--------------



C.- ANALISIS DE LA ACCION FORMATIVA

C.1.- DATOS GENERALES

DENOIMINACION DEL CURSO:										
Nº Total de Horas:	<input type="text"/>	Horas / día	<input type="text"/>	Horas prácticas:	<input type="text"/>	Horas teóricas:	<input type="text"/>	Nº de Plazas	<input type="text"/>	
Horario (continuado, partido, mañana, tarde.)							Fecha inicio:	<input type="text"/>	Fecha fin:	<input type="text"/>
							Compromiso de Empleo	<input type="text"/>		
OBSERVACIONES:										

C.2.- ANALISIS DE TAREAS

Nº de Tarea	Descripción	% de tiempo

C.3.- PERFIL DE EXIGENCIAS DE LA ACCIÓN FORMATIVA

C.3.1.- CAPACIDADES

	Niveles:			Observaciones específicas:
	A	B	C	
Destreza manual: Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Desplazamiento (1): Capacidad para, caminar, y o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acceso a transporte: Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posición (2): Capacidad para adoptar y mantener una postura determinada, SENTADO ? DE PIE ? OTRAS ???	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fuerza: Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tolerancia: Capacidad para soportar situaciones que puedan ser generadoras de estrés, tensión y/o fatiga mental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autonomía Personal: Cap. Actuar con independencia, sin supervisión en actividades relac. con Autocuidado y la percepción de riesgos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relaciones Interpersonales: Capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientación en el entorno: Cap. para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad) y utilizar (conocer y usar) transporte público (metro, bus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Manejo de dinero: Capacidad para participar en transacciones económicas básicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aprendizaje: Capacidad de adquirir conocimientos, para realizar nuevas tareas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visión: Capacidad para reconocer y/o distinguir objetos y colores.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Audición: Capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comprensión verbal: Capacidad para entender mensajes orales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Expresión Oral: Capacidad para expresar mensajes orales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A: Se requiere
B: Se requiere ocasionalmente
C: No se requiere



C.4.- CONDICIONES DE TRABAJO

C.4.1.- MOBILIARIO Y/O TECNOLOGIA UTILIZADA

1.- Mobiliario
2.- Tecnología
3.- Herramientas
4.- Maquinaria
5.- Vehículos

C.4.2.- CONDICIONES AMBIENTALES Y FACTORES DE RIESGO

1.- Accesibilidad y Barreras

Barreras:	Breve descripción de barreras:
Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	

2.- Entorno ambiental: Indicar, cuando sea necesario, características especiales en relación con los siguientes factores:

	Observaciones:
Temperatura	<input type="checkbox"/>
Humedad	<input type="checkbox"/>
Iluminación	<input type="checkbox"/>
Ruido	<input type="checkbox"/>
Vibraciones	<input type="checkbox"/>
Ambiente (cond. Climáticas extremas, polvo, humo, A. Acondicionado).	<input type="checkbox"/>

3.- Factores de Riesgo: Identificar posibles situaciones de riesgo relacionadas con los siguientes factores:

	Observaciones:
Maquinaria	<input type="checkbox"/>
Alturas	<input type="checkbox"/>
Esfuerzos	<input type="checkbox"/>
Movilidad	<input type="checkbox"/>
Posición	<input type="checkbox"/>
Tensión / Ansiedad / Estrés	<input type="checkbox"/>
Manipulación	<input type="checkbox"/>
Horarios / Jornadas	<input type="checkbox"/>
Trabajo Interior	<input type="checkbox"/>
Trabajo Exterior	<input type="checkbox"/>
Expresión Oral Continuada	<input type="checkbox"/>



C.4.3.- COMPETENCIAS

Formación

Titulación:	Idiomas:	Otros conocimientos:
-------------	----------	----------------------

Experiencia Laboral

Determinar si para el desempeño del puesto es necesaria experiencia previa: SI NO

Otros requisitos

Permiso de conducir:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tipo <input type="text"/>
Edad:	> <input type="text"/>	< <input type="text"/>	
Vehículo propio:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilidad Horaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Lugar de trabajo:	<input type="text"/>	Jornada:	<input type="text"/>
		Horario:	<input type="text"/>

Observaciones:



3.1.2 OFERTAS DE FORMACION

IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

Identificación y localización de la entidad que imparte la acción formativa, y de la persona de contacto en la misma.

IDENTIFICACIÓN DE LA OFERTA

Identificación de la oferta en curso, con la descripción, número de plazas ofertadas, y fecha de entrada de la misma.

ANÁLISIS DE LA ACCION FORMATIVA

Datos Generales:

Datos generales de la oferta formativa, con información suministrada por la entidad referente al número de horas, horas teóricas y prácticas, horario, fechas de inicio y finalización, compromiso de contratación, etc...

Análisis de Tareas:

Breve descripción de las tareas y / o funciones esenciales valoradas en función de su importancia, y el porcentaje de tiempo total de la jornada de formación que ocupa la tarea.

Perfil de Exigencias de la Acción Formativa:

CAPACIDADES que el la acción formativa requiere para desempeñar con eficacia las tareas de la misma:

1.- DESTREZA MANUAL

Capacidad exigida para realizar las actividades propias e la acción formativa, que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. NIVELES:

- 10.-** Se requiere buen nivel de Destreza bi-manual, a efectos de realizar tareas con rapidez y precisión. Incluye: manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...
- 20.-** Se requiere ocasionalmente manipular, abrochar, escribir, teclear...
- 30.-** No se requiere.

2.- DESPLAZAMIENTO

Capacidad requerida en desempeña de la acción formativa para caminar, moverse y/o desplazarse en interior y/o exterior. Incluye: Recorridos cortos y largos, subir y bajar escaleras, correr, trepar, saltar... NIVELES:

- 10.-** Se requiere buena capacidad para andar y/o moverse tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos y largos, superficies con obstáculos, poder subir y bajar escaleras, pendientes, correr, trepar, saltar...



- 20.- Se requiere ocasionalmente andar o desplazarse (utilizando algún tipo de equipamiento: Bastones, Silla de Ruedas) tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos, superficies sin obstáculos, poder subir y bajar tramos cortos de escaleras o pendientes.
- 30.- No se requiere.

3.- ACCESO A TRANSPORTE

Capacidad, para el acceso físico a los medios de transporte público o privado, requerida para acceder y / o desempeñar la acción formativa. NIVELES::

- 10.- Se requiere buena capacidad (acceso físico) para acceder al Transporte Público (esté o no adaptado) y/o el uso de vehículo particular.
- 20.- Se requiere ocasionalmente acceder al Transporte Público y/o el uso de vehículo particular.
- 30.- No se requiere.

4.- POSICIÓN

Capacidad requerida para mantener, adoptar y / o alternar una posición determinada durante la acción formativa. NIVELES:

- 10.- Indistinta: Se requiere cualquier posición (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) siendo necesario alternarlas y/o mantenerlas durante toda o la mayor parte de la acción formativa.
- 20.- Capacidad postural requerida:
 - 21.- Sentado(S): Se requiere capacidad para estar Sentado durante toda o la mayor parte de la acción formativa. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 22.- De Pie(DP): Se requiere capacidad para estar De Pie durante toda o la mayor parte de la acción formativa. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 23.- Otras: Se requiere capacidad para estar Agachado, De Rodillas o Tumbado durante toda o la mayor parte de la acción formativa. No es necesario mantener o alternar las posiciones Sentado y/o De Pie.
- 30.- No se requiere mantener de forma continuada cualquiera de las posiciones antes indicadas (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) permitiéndose alternarlas durante el desarrollo de la acción formativa.

5.- FUERZA

Esfuerzo físico requerido para el desempeño de la acción formativa (ejercicio físico / carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen). NIVELES:

- 10.- Se requiere la realización esfuerzo físico continuado, carga-manipulación de grandes pesos y/u objetos de gran volumen.
- 20.- Ocasionalmente se requiere la realización esfuerzo físico o la carga-manipulación de pesos y/u objetos de volumen.
- 30.- No se requiere.



6.- TOLERANCIA

A efectos de este método, capacidad exigida para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que pueda generar el desempeño de la acción formativa como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc. NIVELES:

- 10.- Se requiere buena capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que genera el desempeño de la acción formativa, como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.
- 20.- Ocasionalmente el desempeño de la acción formativa puede requerir capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.
- 30.- No se requiere.

7.- AUTONOMIA PERSONAL

Capacidad requerida para actuar con independencia en la realización de actividades relacionadas con el *Autocuidado y la Percepción de Riesgos* en el desempeño de la acción formativa.

Autocuidado: se refiere a aquellas actividades relacionadas con el aseo personal y la apariencia adecuada (lavarse higiene personal, etc.).

Percepción de Riesgos: Se refiere a la capacidad de percibir y valorar posibles riesgos (identificación de dolencias, utilización de recursos, medios etc.). NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para actuar con independencia.
- 20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para actuar con independencia.
- 30.- No se requiere, permitiéndose el apoyo y/o supervisión de otras personas para el logro básico de este factor por parte del candidato.

8.- RELACIONES INTERPERSONALES

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas, a efectos de participar en un grupo relacionado con la formación y/o el empleo. NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para iniciar y mantener relaciones interpersonales. Incluye trabajo en Equipo, atención al público, relaciones comerciales, o de otro tipo, con otras personas dentro o fuera del Centro de Formación...etc.
- 20.- El Puesto requiere ocasionalmente el establecimiento de relaciones interpersonales básicas, con compañeros, superiores, subordinados y/o clientes no constituyendo, para el desempeño de la acción formativa, una función esencial dentro de los requerimientos exigidos.
- 30.- No se requiere.



9.- ORIENTACION EN EL ENTORNO

Requerimientos exigidos en el desempeño de la acción formativa en relación con la capacidad que han de tener los alumnos para orientarse en el medio (barrio, ciudad...) y utilizar (conocer y usar) el transporte público existente (metro, bus...).NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para orientarse en el entorno y manejo del transporte público
- 20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para orientarse en el entorno y al menos manejo del transporte público en rutas fijas o previamente determinadas.
- 30.- No se requiere (La capacidad de orientación en el entorno y/o utilización del transporte público no constituye una función esencial dentro de los requerimientos exigidos en el desempeño de la acción formativa).

10.- MANEJO DE DINERO

Capacidad requerida en relación con transacciones económicas básicas, cambio de moneda, realización de pagos y devoluciones. NIVELES:

- 10.- Se requiere manejo de dinero.
- 20.- Se requieren ocasionalmente manejo de dinero aún cuando no constituya una función esencial para el desempeño de la acción formativa.
- 30.- No se requiere.

11.- APRENDIZAJE

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad de adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica (centrando la atención, encontrando soluciones a problemas, eligiendo una opción) para la realización de una actividad o conjunto de actividades nuevas exigidas para el desempeño de la acción formativa. NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas, laboriosas y/o complejas.
- 20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas. La capacidad de aprendizaje no constituye una función esencial para el desempeño de la acción formativa.
- 30.- No se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas.

12.- VISIÓN

Req. exigidos en relación con la cap. visual para leer documentos, periódicos, libros, pantallas de ordenador, carteles en la calle o interior, en transporte público, de noche o en lugares con poca iluminación), así como reconocer y discriminar objetos, detalles y/o colores. NIVELES:

- 10.- Se requiere capacidad visual, para poder leer letra normal de documentos, periódicos y libros, en pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. Poder reconocer objetos pequeños, detalles, colores y personas.



20.- Se requiere ocasionalmente capacidad visual para poder leer, reconocer objetos, colores y personas. La capacidad visual no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.

30.- No se requiere.

13.- AUDICIÓN

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos. NIVELES:

10.- Se requiere capacidad de audición, poder atender el teléfono sin dificultad, oír, reconocer y/o discriminar sonidos dentro de los parámetros considerados normales.

20.- Se requiere ocasionalmente capacidad de audición para poder para atender teléfono, oír, reconocer y/o discriminar sonidos. La capacidad auditiva no constituye una función esencial para el desempeño de la acción formativa.

30.- No se requiere.

14.- COMPRENSIÓN VERBAL

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para entender mensajes orales. NIVELES:

10.- Se requiere capacidad para entender mensajes orales.

20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para entender mensajes orales, aún cuando exista la posibilidad de sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). La comprensión verbal no constituye una función esencial para el desempeño de la acción formativa.

30.- No se requiere.

15.- EXPRESIÓN ORAL

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para expresar mensajes orales. NIVELES:

10.- Se requiere capacidad para expresar mensajes orales.

20.- Se requiere ocasionalmente capacidad para expresar mensajes orales, aún cuando existe la posibilidad de sistemas de comunicación alternativa (gestual, signos, escritura, etc.). La expresión oral no constituye una función esencial para el desempeño de la acción formativa.

30.- No se requiere.



Condiciones de trabajo:

Mobiliario y/o tecnología utilizada:

Máquinas, útiles, herramientas, mobiliario, etc., utilizados habitualmente para el desarrollo de la acción formativa.

Condiciones ambientales y factores de riesgo:

Accesibilidad y Barreras: Identificar en caso de ser necesario, posibles barreras arquitectónicas en: apartamentos, acceso edificio, bordillos, rampas, anchura puertas, pasillos, aseos, etc.

Entorno ambiental: Es importante determinar las condiciones ambientales del entorno en que se desarrolla la acción formativa para poder detectar posibles situaciones de riesgo que fueran incompatibles con la discapacidad del alumno. Indicar cuando sea necesario características específicas realizando breve descripción.

Riesgos: Indicar posibles situaciones de riesgos en relación con los factores que se indica. Realizando breve descripción.

Tabla de Condiciones Ambientales y Factores de Riesgos (Anexo III B): A efectos de facilitar información a los técnicos de los servicios públicos de empleo para la elaboración de informes relacionados con el cruce de perfiles (persona/puesto) en procesos de selección de candidatos, se ha elaborado la tabla de correspondencia a efectos de contraindicación "RIESGOS/CONDICIONES AMBIENTALES-FACTORES DE RIESGO" (Anexo IIIC).

Competencias:

Competencias que la oferta formativa requiere para desempeñar con eficacia las tareas de la misma:

FORMACION

Titulación oficial, idiomas y otro tipo de conocimientos (formación ocupacional, autoaprendizaje, etc...) requeridos para la participación en la acción formativa.

EXPERIENCIA LABORAL

Indicar (si / no) si para la participación en la acción formativa es necesario tener experiencia laboral previa en puestos similares al relacionado con la misma.

OTROS REQUISITOS

Indicar si para la participación en la acción formativa es necesario poseer permiso de conducir y tipo concreto, si es necesario disponer de vehículo propio, y si existe algún criterio de edad.

OBSERVACIONES

En caso de que sea necesario, se indicará cualquier otro factor o información relevante o necesaria para la correcta descripción del perfil del candidato a la oferta formativa.



3.2. SONDEOS

IDENTIFICACIÓN E INTRODUCCIÓN DE VARIABLES. (Ver diseño y dinámica de funcionamiento en Aplicación Informática)

RESULTADOS Y SEGUIMIENTO. (Ver diseño y dinámica de funcionamiento en Aplicación Informática)



4.-ACCESO AL EMPLEO

(No disponible en Versión para Entidades)



**ACCESO AL EMPLEO
(Ordinario – Protegido)
DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**



4.1 Informe de Capacidades

Inscripción en el Registro General de Desempleados de los Trabajadores con Discapacidad demandantes de empleo.

ANEXO I

INFORME DE CAPACIDADES A EFECTOS DE DEMANDA DE EMPLEO

CENTRO:

I. DATOS PERSONALES

APELLIDOS		NOMBRE	
D.N.I./N.I.F.		F.DE NACIMIENTO	

II. DATOS DE DISCAPACIDAD

Grado Minusvalía: %	Plazo:	Código de Deficiencias:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Permanente: <input type="checkbox"/>	Código Riesgos	Nivel		
	Revisable: <input type="checkbox"/>	Validez hasta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. PERFIL DE CAPACIDADES

Destreza manual: <input type="text"/>	Tolerancia <input type="text"/>	Aprendizaje <input type="text"/>
Desplazamiento: <input type="text"/>	Autonomía Personal <input type="text"/>	Visión <input type="text"/>
Acceso a Transporte: <input type="text"/>	Relaciones Interpersonales <input type="text"/>	Audición <input type="text"/>
Posición: <input type="text"/>	Orientación <input type="text"/>	Comprensión verbal <input type="text"/>
Fuerza: <input type="text"/>	Manejo de dinero <input type="text"/>	Expresión oral <input type="text"/>

IV. OBSERVACIONES

Los datos contenidos en este Informe son a fecha sin perjuicio de posteriores variaciones.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente Informe en _____, a _____ de _____ de _____.

EL/LA PRESIDENTE/A DEL ORGANO TECNICO DE VALORACION



ANEXO I-A

**4.1.1.- MANUAL DE AYUDAS -
INFORME DE CAPACIDADES A EFECTOS DE
DEMANDA DE EMPLEO**



DATOS PERSONALES.

Apellidos y nombre:	Dato imprescindible.
D.N.I./N.I.F.:	Documento Nacional de Identidad o, en su caso, pasaporte, permiso residencia o de trabajo.
Fecha de nacimiento:	Día, mes y año de nacimiento.

DATOS DE DISCAPACIDAD

Grado de minusvalía %	<p><i>Grado de minusvalía reconocido por Resolución del Director Provincial del IMSERSO u Órgano competente de las Comunidades Autónomas.</i></p> <p>Según la normativa vigente el grado de minusvalía para generar los derechos y beneficios previstos en materia de empleo será igual o superior a 33 % (Ley 24/2001 de 27 de diciembre Adicional 6ª).</p>
Plazo	<p><i>Permanente, Resolución sin plazo de revisión, y</i></p> <p>Revisable (fecha), Cuando el grado de minusvalía reconocido no tenga carácter permanente, indicar fecha de validez.</p>
Código de deficiencia	<p>Deficiencia: Alteración en las estructuras o funciones corporales.</p> <p>El código de deficiencia determina las alteraciones, tanto morfológicas como funcionales, que pueden ser valoradas según su grado de severidad.</p> <p>Código de 4 dígitos, según la clasificación elaborada por el IMSERSO (Anexo I-B) referida a la tipología de las deficiencias y contenidos en el DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO emitido por los Órganos Técnicos de Valoración.</p>
Riesgos	<p>Se refiere a riesgos que puede sufrir la persona como consecuencia de la existencia de problemas en sus Funciones y/o Estructuras Corporales y que pueden ser perjudiciales para su salud o la de sus compañeros (Anexo I-C). Permite la posibilidad de recoger dos riesgos con sus correspondientes niveles:</p> <p><i>10.- Bajo: La existencia de problemas en sus Funciones y/o Estructuras Corporales no le provocan situaciones de riesgo apreciables que puedan alterar de forma sensible su salud o afectar la de sus compañeros. Incluye: Cuando el riesgo lleva controlado un tiempo considerable (+ de 1 año) con tratamiento.</i></p>



- 20.- *Moderado: La existencia de problemas en sus Funciones y/o Estructuras Corporales le provocan situaciones de riesgo apreciables que pueden alterar de forma sensible su salud o afectar la de sus compañeros. Incluye: Cuando se han producido varias situaciones de riesgo en el último año.*
- 30.- *Alto: La existencia de problemas en sus Funciones y/o Estructuras Corporales le provocan situaciones de riesgo apreciables que puedan alterar de forma muy grave su salud o la de sus compañeros. Incluye: Cuando las situaciones de riesgo se producen con una frecuencia de una o más a la semana.*

III. PERFIL DE CAPACIDADES.

Se analizan quince factores de capacidad relacionados, todos ellos, con la aptitud de la persona para la realización de **Actividades y/o Participación** en situaciones vitales, pudiéndose valorar a través de los factores de **Capacidad** que, a efectos de este Método, se han considerado básicos para la Formación y/o el Empleo.

Los factores de **Perfil de Capacidades** están definidos y desarrollados con los mismos criterios de evaluación que los factores de **Perfil de Exigencias del Puesto de Trabajo**, (descripción del puesto) de tal forma que sea posible la comparación directa entre ambos perfiles.

ESCALA DE MEDICIÓN.

Para valorar cada factor se utiliza una escala de tres niveles de capacidad.

- 10.- *BUENA (puede)*
- 20.- *BAJA (tiene limitación)*
- 30.- *MUY BAJA / NULA (no puede)*

1. 1.- DESTREZA MANUAL

Capacidad para realizar **actividades** que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. NIVELES:

- 10.- **BUENA:** Puede realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...).
- No existen problemas significativos que puedan afectar la capacidad para realizar actividades que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ Grafomotricidad (Escritura sin dificultad).

Incluye la utilización de ambas manos sin limitaciones funcionales, o aun teniendo alguna en ambas o en alguna de ellas, ésta sea leve y no le limite la capacidad en este factor, por debajo de la normalidad.



20.- **BAJA:** Tiene dificultades para realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...). Existen problemas significativos que afectan moderadamente la capacidad para realizar actividades que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ **Grafomotricidad (Escritura con dificultad).**

30.- **MUY BAJA O NULA:** Tiene grave dificultad o no puede realizar tareas que requieran rapidez y precisión manual (Tiene graves dificultades o no puede: manipular, abrochar, escribir, marcar teclear...). Existen problemas importantes que dificultan de forma grave o impiden la realización de actividades que requieran:

- ✓ Coordinación bimanual/visomotora.
- ✓ Manipulación de pequeños objetos, praxias finas y pinza superior.
- ✓ **Grafomotricidad (No puede escribir).**

2. DESPLAZAMIENTO

Capacidad para andar, caminar, pasear, moverse y/o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento.

Incluye: Recorridos cortos y largos, subir y bajar escaleras, correr, trepar, saltar...
NIVELES:

10.- **BUENA:** puede andar y/o moverse con normalidad tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos y largos, superficies con obstáculos, puede subir y bajar escaleras, pendientes, correr, trepar, saltar...

20.- **BAJA¹:**

21.- **BAJA (I):** puede andar de forma **inestable** (con o sin utilización de prótesis y/o aparatos ortopédicos), puede tener dificultades en tramos largos de escaleras (subir/bajar), en caminar largos recorridos, no puede o tiene graves dificultades para correr.

22.- **BAJA (B):** puede andar con la ayuda de **un bastón**, tiene dificultades en tramos de escaleras (subir/bajar) y en caminar largos recorridos, no puede correr.

23.- **BAJA (BB):** puede andar con la ayuda de **dos bastones** recorridos cortos en exterior/interior, tiene dificultades graves en tramos de escaleras (subir/bajar), no puede correr.

24.- **BAJA (SR):** puede desplazarse en **silla de ruedas** con las adaptaciones suficientes como para poder acceder a entornos, en interior /exterior, que usualmente frecuenta.

30.- **MUY BAJA /NULA:** No puede o tiene graves dificultades para caminar y/o desplazarse en interior/exterior. Incluye: Personas que no pueden desplazarse dentro de su vivienda y/o salir de su domicilio sin la ayuda de

¹ I).- Inestable B) Un Bastón BB) Dos bastones SR) Silla de ruedas



otra persona por no tener las adaptaciones y/o ayudas técnicas adecuadas (ascensor, silla de ruedas adaptada, coche adaptado, etc.).

3. ACCESO A TRANSPORTE:

Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular. NIVELES:

- 10.- **BUENA:** *puede acceder al transporte público y/o hacer uso de coche particular.*
- 20.- **BAJA:** *tiene dificultades para acceder al transporte público y/o hacer uso de coche particular.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *tiene graves dificultades o imposibilidad física de acceso al transporte público (metro, bus, taxi) y privado (coche particular). Incluye grave dificultad/imposibilidad para acceder a transporte publico adaptado.*

4. POSICIÓN:

Capacidad para adoptar y mantener una postura. NIVELES:

- 10.- **BUENA:** Puede adoptar cualquier posición (De pie, sentado, agachado etc.) de forma continuada, dentro de los límites normales exigibles a cualquier persona.
- 20.- **BAJA²:**
 - 21.- **BAJA (S):** Tiene dificultades para adoptar de forma continuada la posición "De Pie", siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en posición **Sentado**, la cual puede mantener de forma continuada.
 - 22.- **BAJA (P):** Tiene dificultades para adoptar de forma continuada la posición "Sentado", siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en posición **De Pie**, la cual puede mantener de forma continuada.
 - 23.- **BAJA (O)** Tiene dificultades para adoptar de forma continuada las posiciones de pie y sentado, siendo conveniente que el desempeño del puesto lo realice en **otras** posiciones, (agachado, de rodillas, tumbado...etc.) que pueda mantener de forma continuada.
- 30.- **MUY BAJA:** *Tiene dificultades para adoptar una posición de forma continuada (De pie, Sentado...) siendo conveniente que en el desempeño del puesto tenga posibilidad de alternar la posición.*

5. FUERZA:

Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen). NIVELES:

² S) Sentado P) De pie O) Otras



- 10.- **BUENA:** Puede y no le está contraindicado realizar esfuerzo físico que conlleve manipulación de grandes pesos (10/25 kg.) y/u objetos de gran volumen así como la realización de ejercicio físico continuado.
- 20.- **BAJA:** *Le está contraindicado o tiene dificultades para realizar esfuerzo físico siendo conveniente evitar manipulación de pesos superiores a 5/10 kg. y/u objetos de gran volumen así como la realización de ejercicio físico continuado.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *Le está contraindicado o no puede realizar ningún tipo de esfuerzo físico ni manipular objetos que, aún no teniendo un peso considerable, requieran movimientos amplios de brazos y piernas.*

6. TOLERANCIA:

Capacidad, a efectos de este método de valoración, para soportar situaciones de estrés, tensión y/o fatiga mental, provocadas por la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, exigencia de alta productividad, etc. Que requieran concentración y/o atención continuada.
NIVELES:

- 10.- **BUENA:** *Puede soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren alta concentración y/o atención muy continuada.*
- 20.- **BAJA:** *Tiene dificultades para soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren concentración y/o atención continuada.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *Tiene grave dificultad o no puede soportar situaciones laborales en las que se genere estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, exigencia de alta productividad, etc.; que requieren concentración y/o atención continuada.*

7. AUTONOMIA PERSONAL

Capacidad para actuar con independencia no necesitando supervisión en la realización de actividades relacionadas con el autocuidado y la percepción de riesgos.

Autocuidado: se refiere a aquellas actividades relacionadas con el aseo personal y la apariencia adecuada (lavarse higiene personal, etc).

Percepción de Riesgos se refiere a la capacidad de percibir y valorar posibles riesgos (identificación de dolencias, utilización de recursos, medios, etc). **NIVELES:**

- 10.- **BUENO (AUTONOMO):** *Tiene autonomía total.*
- 20.- **BAJO (AUTONOMO CON DIFICULTAD):** *Tiene dificultades o necesita supervisión y/o Ayudas Técnicas/Adaptaciones para la realización de las actividades relacionadas con el Autocuidado y la Percepción de Riesgos.*
- 30.- **MUY BAJO (NO AUTONOMO):** *No es autónomo en la realización de las actividades relacionadas con el Autocuidado y la Percepción de Riesgos, necesitando ayuda de otra persona.*



8. RELACIONES INTERPERSONALES.

Capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas, a efectos de participar en un grupo relacionado con la formación y/o el empleo. NIVELES:

- 10.- **BUENO:** *Puede iniciar y mantener relaciones con otras personas, puede participar sin dificultad en grupos a efectos de formación y/o empleo.*
- 20.- **BAJO:** *Tiene dificultades para iniciar y/o mantener relaciones con otras personas, lo que le dificulta participar en actividades de formación y/o empleo, necesitando apoyo y/o atención especializada que facilite y/o mejore su capacidad de relación interpersonal.*
- 30.- **MUY BAJO/NULO:** *Tiene serias dificultades o no puede iniciar y/o mantener relaciones con otras personas, su participación a efectos de formación y/o empleo se hace muy difícil o nula, (aún con apoyos) siendo prácticamente imposible en este momento la adopción de medidas en esta materia. Necesita rehabilitación previa antes de iniciar procesos de Orientación Profesional.*

9. ORIENTACIÓN EN EL ENTORNO

Capacidad para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad...) y utilizar (conocer y usar) el transporte público existente (metro, bus...). NIVELES:

- 10.- **BUENO:** (Autónomo en el Entorno). Se orienta sin problemas conociendo el manejo de transporte público.
- 20.- **BAJO:** (Autónomo con ayuda) *Sabe orientarse en los alrededores de su domicilio conociendo manejo de transporte público en rutas previamente aprendidas.*
- 30.- **MUY BAJO:** (No es Autónomo en el Entorno) *No sabe orientarse en la calle ni sabe manejar el transporte público. Necesita de otra persona que lo acompañe o guíe para desplazarse de un lugar a otro fuera de su domicilio.*

10. MANEJO DE DINERO

Capacidad para participar en transacciones económicas básicas, cambio de moneda, realización de pagos y devoluciones a otras personas. NIVELES:

- 10.- **BUENO:** *Lo maneja sin dificultad.*
- 20.- **BAJO:** *Lo maneja con dificultad.*
- 30.- **MUY BAJO:** *No lo maneja, o tiene graves dificultades para manejarlo.*

11. APRENDIZAJE

Capacidad de adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica (centrando la atención, encontrando soluciones a problemas, eligiendo una opción entre varias...) para la realización de una actividad o conjunto de actividades nuevas. NIVELES:

- 10.- **BUENO:** *puede adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones*



diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando.

- 20.- **BAJO:** *tiene dificultades para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando. Incluye: tener dificultades para aprender a desenvolverse en situaciones laborales nuevas, necesitando supervisión constante en una 1ª etapa.*
- 30.- **MUY BAJO:** *tiene graves dificultades o no puede adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de acceder a otras ocupaciones diferentes o de un nivel superior a las demandadas, o mantener y/o promocionar en el desempeño de las ocupaciones que viene realizando. Incluye: no poder y/o tener graves dificultades para aprender a desenvolverse en situaciones laborales nuevas, necesitando supervisión constante en periodos muy prolongados.*

12. VISIÓN

Capacidad para ver, utilizando las ayudas técnicas de que disponga, (leer periódicos, libros, pantallas de ordenador, carteles en la calle, en el interior, en el transporte público, de noche o en lugares con poca iluminación...), así como reconocer personas y discriminar objetos, detalles y/o colores. Incluye fundamentalmente la capacidad que tiene la persona para ver, a la hora de realizar actividades relacionadas con la vida diaria, la formación y/o el empleo. Excluye: en este factor no se valoran otras capacidades con las que la persona pueda suplir las limitaciones que tenga en relación con la visión. NIVELES:

- 10.- **BUENA:** *tiene buena capacidad visual, puede leer letra normal de periódicos y libros, en pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. Puede reconocer objetos pequeños, detalles y colores no viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que en su caso pueda padecer.*
- 20.- **BAJA:** *tiene una capacidad visual baja, no puede o tiene graves dificultades para leer letra normal de periódicos y libros, pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. No puede o tiene dificultades en reconocer objetos pequeños, detalles y/o colores pudiéndose ver restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que padece.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *tiene una capacidad visual muy baja o nula, no puede o tiene graves dificultades para ver, reconocer personas y/o discriminar objetos medios/grandes y/o colores, viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias visuales que padece.*

13. AUDICIÓN

Capacidad para oír, reconocer y discriminar sonidos, utilizando las prótesis auditivas de que se disponga. Incluye, fundamentalmente la capacidad para oír (sonidos y/o a otras personas), a la hora de realizar actividades relacionadas con la vida diaria, la formación y/o el empleo. Excluye: en este factor no se valoran la Comprensión Verbal y/u otras capacidades con las que la persona pueda suplir las limitaciones que tenga en relación con la audición. NIVELES:

- 10.- **BUENA:** *tiene buena capacidad de audición, puede atender teléfono sin*



dificultad, oír, reconocer y/o discriminar sonidos dentro de los parámetros considerados normales, no viéndose restringida su participación como consecuencia de las deficiencias auditivas que en su caso pueda padecer.

- 20.- **BAJA:** *tiene una capacidad de audición baja, no puede o tiene graves dificultades para atender teléfono. Tiene dificultades para oír a otras personas, reconocer y/o discriminar sonidos, pudiéndose ver restringida su participación como consecuencia de las deficiencias auditivas que padece.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *tiene una capacidad de audición muy baja o nula, no puede o tiene graves dificultades para oír a otras personas, reconocer y/o discriminar sonidos, viéndose restringida su participación como consecuencia de las graves deficiencias de audición que padece.*

14. COMPRENSIÓN VERBAL

Capacidad para entender mensajes orales. *Excluye audición.* NIVELES:

- 10.- **BUENA:** *puede entender mensajes orales sin dificultad. Incluye: personas con pérdida total de audición con buena lectura labial y personas con problemas en funciones mentales, que puedan entender mensajes orales más o menos complejos.*
- 20.- **BAJA:** *tiene dificultades para entender mensajes orales aún cuando pueda entender mensajes expresados a través de sistemas de comunicación alternativos, (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). Incluye: personas con pérdida total de audición, con lectura labial media/baja, personas con problemas en funciones mentales que puedan entender mensajes orales sencillos.*
- 30.- **MUY BAJA/NULA:** *no entiende mensajes orales pudiendo o no tener dificultades para comprender mensajes expresados a través de sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, mensajes escritos, etc). Incluye: personas con pérdida total de audición, sin lectura labial, personas con problemas en funciones mentales que no puedan entender mensajes orales sencillos.*

15. EXPRESIÓN ORAL

Capacidad para expresar mensajes orales. NIVELES:

- 10.- **BUENO:** *puede expresar mensajes orales sin dificultad. Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que prácticamente no limiten su capacidad de expresión de mensajes orales.*
- 20.- **BAJO:** *tiene dificultades en expresar mensajes orales, independientemente de la capacidad que tenga para expresarse a través de sistemas alternativos de comunicación (gestual, signos, escritura, etc.). Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que limiten su capacidad de expresión de mensajes orales.*
- 30.- **MUY BAJO/NULO:** *no puede expresar mensajes orales, pudiendo o no tener dificultades para expresar mensajes a través de otros sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, escritura, etc). Incluye: personas con problemas en funciones del lenguaje y/o voz y habla que limitan de forma grave o no pueden expresar mensajes orales.*



ANEXO I-B

4.1.2. CODIGOS DE DEFICIENCIA

ALTERACIONES MOTORICAS

Sistema Osteoarticular

1101	ALTERACIÓN DE ALINEACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL
1102	ALTERACIÓN DE ALINEACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL CON LIMITACIÓN FUNCIONAL
1103	LIMITACIÓN FUNCIONAL DE COLUMNA
1104	AUSENCIA DE DEDOS O FALANGES
1105	AUSENCIA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO O SUS PARTES ESENCIALES
1106	AUSENCIA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO O SUS PARTES ESENCIALES
1107	AUSENCIA DE MIEMBROS INFERIORES O DE SUS PARTES ESENCIALES
1108	LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA MANO DERECHA
1109	LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA MANO IZQUIERDA
1110	LIMITACIÓN FUNCIONAL BIMANUAL
1111	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN M.S.D.
1112	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN M.S.I.
1113	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN AMBOS-MM.SS.
1114	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN UN PIE
1115	LIMITACIÓN FUNCIONAL BIPODAL
1116	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN MIEMBRO INFERIOR
1117	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN AMBOS MM.II.
1118	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN UN MIEMBRO SUPERIOR Y UN MIEMBRO INFERIOR
1119	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN AMBOS MM.SS. Y UN MIEMBRO INFERIOR
1120	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN AMBOS-MM.II. Y UN MIEMBRO SUPERIOR
1121	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN CUATRO EXTREMIDADES
1122	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EXTREMIDADES Y COLUMNA VERTEBRAL
1123	TALLA BAJA
1124	ANOMALÍA MORFO-TORÁCICA
1125	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR

Sistema nervioso y muscular

1201	PARÁLISIS DE NERVIO PERIFÉRICO
------	--------------------------------



1202	PARESIA DE NERVIO PERIFÉRICO
1203	PARÁLISIS DE PAR CRANEAL
1204	PARESIA DE PAR CRANEAL
1205	MONOPLEJIA M.S.D.
1206	MONOPARESIA M.S.D.
1207	MONOPLEJIA M.S.I.
1208	MONOPARESIA M.S.I.
1209	MONOPLEJIA DE UN MIEMBRO INFERIOR
1210	MONOPARESIA DE UN MIEMBRO INFERIOR
1211	DIPARESIA
1212	DIPLEJIA
1213	PARAPLEJIA
1214	PARAPARESIA
1215	HEMIPLEJIA DERECHA
1216	HEMIPLEJIA IZQUIERDA
1217	HEMIPARESIA DERECHA
1218	HEMIPARESIA IZQUIERDA
1219	TETRAPLEJIA
1220	TETRAPARESIA
1221	CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS
1222	CRISIS NO CONVULSIVAS GENERALIZADAS
1223	CRISIS PARCIAL
1224	TRASTORNO DE LA COORDINACIÓN
1225	TRASTORNO DEL EQUILIBRIO
1226	TRASTORNO DE COORDINACIÓN Y EQUILIBRIO
1227	TRASTORNO VASOMOTOR
1228	DISFUNCIÓN NEUROVEGETATIVA
1229	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR

TRASTORNOS MENTALES

2100	RETRASO MENTAL PROFUNDO
2101	RETRASO MENTAL SEVERO
2102	RETRASO MENTAL MODERADO
2103	RETRASO MENTAL LIGERO
2104	INTELIGENCIA LÍMITE
2105	RETRASO MADURATIVO
2106	TRASTORNO DEL DESARROLLO
2107	TRASTORNO COGNITIVO



2108	TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD
2109	ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA
2300	TRASTORNO MENTAL

ALTERACIONES SENSORIALES

Sistema visual

3101	PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL BINOCULAR LEVE
3102	PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL BINOCULAR MODERADA
3103	PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL BINOCULAR SEVERA
3104	PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL BINOCULAR GRAVE
3105	CEGUERA
3106	PÉRDIDA DE VISIÓN EN UN OJO
3107	DISMINUCIÓN DE EFICIENCIA VISUAL

Sistema auditivo

3201	HIPOACUSIA LEVE
3202	HIPOACUSIA MEDIA
3203	HIPOACUSIA SEVERA
3204	HIPOACUSIA PROFUNDA
3205	SORDERA
3206	SORDOMUDEZ
3207	PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN EN UN OÍDO
3208	ACUFENOS
3209	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA AUDITIVO

EXPRESIVAS

4101	AFASIA
4102	DISARTRIA
4103	DISFEMIA
4104	DISFONIA
4105	MUDEZ
4106	LARINGUECTOMIA
4107	DISCAPACIDAD EXPRESIVA



MIXTAS

5200 SÍNDROME POLIMALFORMATIVO

ENFERMEDADES DE ORGANOS INTERNOS Y/O PIEL

6001 ENFERMEDAD DE APARATO RESPIRATORIO
6002 ENFERMEDAD DE APARATO CIRCULATORIO
6003 ENFERMEDAD DE APARATO DIGESTIVO
6004 ENFERMEDAD DEL SISTEMA ENDOCRINO-METABÓLICO
6005 ENFERMEDAD DE SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS
6006 ENFERMEDAD DEL APARATO GENITO-URINARIO
6007 ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA
6008 TRASTORNO DEL MECANISMO INMUNOLÓGICO
6009 TRASPLANTADO
6010 ESTADO TERMINAL
6011 ENFERMEDAD CRONICA
7000 DEFICIENCIA NO CONOCIDA
8000 SIN DISCAPACIDAD
8001 DISCAPACIDAD MÚLTIPLE
8002 PÉRDIDA QUIRÚRGICA TOTAL DE UN ÓRGANO
8003 PÉRDIDA QUIRÚRGICA PARCIAL DE UN ÓRGANO
9000 PROCESO EN FASE AGUDA NO VALORABLE



4.1.3. Riesgos

Tabla de Riesgos

COD.	RIESGOS (DEMANDANTE DE EMPLEO)
01	<u>01 - Funciones y Estructuras relacionadas con el Movimiento</u>
	<u>011-ALTERACIONES MOTORICAS</u> Perdidas de equilibrio(Vertigo, Incoordinac. Motora...)
	<u>012-ALTERACIONES MOTORICAS</u> Alter. motor. temporales (Lumbago, Brotes de Esclerosis Multiple...)
	<u>019-ALTERACIONES MOTORICAS</u> Otras. Fracturas (Propensión) Trastorno Neuromuscular (Degenerativo)
02	<u>02 - Funciones y Estructuras relacionadas con Sistemas Internos</u>
	<u>021 - ALTERAC. CARDIOVASCULARES.</u> Infarto Miocardio, Cerebral..., Hemorragias...
	<u>022 - ALTERAC. CIRCUL. PERIFER.</u> Inflamaciones, Varices, Trombos...
	<u>023 - ALTER. SISTEMA INMUNOLOG.</u> Contagio (Para sí u otros)
	<u>024 - ALTER. SISTEMA RESPIRATORIO</u> Insuficiencia respiratoria (alergias, asma...)
	<u>025 - ALTER. SISTEMAS DIGESTIVO, ENDOCRINO Y METABÓLICO.</u> Úlceras Gastroduodenales...
03	<u>03 - Funciones y Estructuras relacionadas con la Piel.</u>
	<u>031 - ALTER. PIEL Y ESTRUCTURAS RELAC.</u> Alergias, Sensibilidad, Fotosensibilidad..., Dificultad para soportar Equipos de protección para la Piel....
04	<u>04 - Funciones Mentales</u>
	<u>041-PERDIDAS DE CONCIENCIA</u> Ausencias(Epilepsia...) Crisis (Epilepsia, Comas Diabeticos, Lipotimias, Sincopes...)
	<u>042-ALTERACIONES DEL TEMPERAMENTO Y LA PERSONALIDAD</u> Estabilidad Psíquica y Emocional



COD.	RIESGOS (DEMANDANTE DE EMPLEO)
	<p><u>043-ALTERACIONES DE LA ENERGÍA Y CONTROL DE IMPULSOS</u> Control de Impulsos y Ansia (por sustancias que puedan producir dependencia)</p>
	<p><u>044-ALTERACIONES DEL SUEÑO</u> Hipersomnio, Narcolepsia</p>
	<p><u>045-ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN</u> Concentración, (tendencia a estar distraído).</p>
	<p><u>046-ALTERACIONES DE LA MEMORIA</u> Memoria Inmediata, reciente y remota</p>
	<p><u>049-OTRAS ALTERAC.FUNC. MENTALES</u> Fobias(Claustrofobia, Agorafobia, Acrofobia? ...)</p>
05	<p><u>05 - Funciones Sensoriales</u></p> <p><u>051-VISIÓN</u> Pérdida progresiva. Fotofobias(Aversión a la Luz, a la Oscuridad y otras), Dificultad para soportar Equipos de protección para la vista.</p>
	<p><u>052-AUDICIÓN</u> Pérdida progresiva. Sensibilidad al ruido. Dificultad para soportar Equipos de protección para la audición.</p>
	<p><u>053-OLFATO</u> Pérdida de funciones para percibir olores.</p>
06	<p><u>060 - Funciones de la Voz y el Habla y del Lenguaje</u></p> <p><u>061 - ALTERACION Y O PERDIDA DE LA VOZ DE LA ARTICULACIÓN, FLUIDEZ Y RITMO DEL HABLA</u> Afonía, Disfonía, ronquera, Crraspera, disastria, tartamudeo</p>
	<p><u>062 - ALTERACION Y O PERDIDA DE LA RECEPCION/EXPRESION DE MENSAJES ORALES, ESCRITOS, SIGNOS.</u> Afasias...</p>



4.2. Empleo Ordinario y Protegido. Contratación de Personas con Discapacidad: Informes sobre Adecuación de Puesto de Trabajo.

4.2.1. Solicitud de Informes

ANEXO II

SOLICITUDES DE INFORMES SOBRE ADECUACION DE PUESTO DE TRABAJO CONTRATACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FECHA:

S. PUBLICO DE EMPLEO:

Indique si la contratación se realiza en:

Empresa Ordinaria: (Contratación a través de las medidas de fomento de empleo reguladas por el R.D. 1451/83 y sus modificaciones posteriores.)

Centro Especial de Empleo (Contratación y/o modificaciones de las condiciones contractuales en Centros Especiales de Empleo a tenor de lo establecido en los R.D. 1368/1985 de 17 de julio y 427/1999 de 12 de marzo)

Adecuación puesto de trabajo

Revisión Grado Adaptación Profesional

Adecuación Contrato a domicilio

Ampliación contrato de formación (1)

Periodo adaptación al trabajo

Contrato a bajo rendimiento

Promoción en el trabajo

Incentivos laborales

Movilidad funcional y geográfica

Modificación condiciones de trabajo

Extinción del contrato

Datos del Trabajador

DNI	APELLIDOS	NOMBRE

(1) Con especificación de duración y contenidos si es necesario en documento aparte.



4.2.2. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS PUESTO DE TRABAJO

ANEXO III

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS PUESTO DE TRABAJO (A cumplimentar por la Empresa /CEE contratante)

A.- IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

Datos de la Empresa / Centro Especial de Empleo

CIF:		RAZON SOCIAL:	
DIRECCIÓN		TELEFONOS	EMAIL
C.POSTAL	POBLACION	AREA	PROVINCIA
SECTOR ECONÓMICO: Agricultura <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/>		RECURSOS HUMANOS: Nº trabajadores <input type="checkbox"/> Trab. Con discapacidad <input type="checkbox"/>	

B.- ANALISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

B.1.- DATOS GENERALES

DENOMINACIÓN DEL PUESTO:	NIVEL PROFESIONAL:
TIPO DE CONTRATO: (Indefinido, Eventual, Formación, Obra y Servicio...) (Adjuntar copia si procede)	DURACION: (Indicar en caso de contrato temporal)
Jornada Completa <input type="checkbox"/> Jornada Parcial <input type="checkbox"/> Turnos: SI <input type="checkbox"/> Movilidad Geográfica SI <input type="checkbox"/> Horario (continuado, partido, mañana, tarde..) <input type="text"/> Nº de Horas <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:	

B.2.- ANALISIS DE TAREAS Describa brevemente las tareas más habituales del puesto

Descripción de tareas	% de tiempo



B.3.- PERFIL DE EXIGENCIAS

B.3.1.- CAPACIDADES que el trabajo requiere de la persona para que ésta pueda desempeñar con eficacia las tareas.

CAPACIDADES:	Niveles:			Observaciones específicas:
	A	B	C	
Destreza manual: Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual				
Desplazamiento (1): Capacidad para, caminar, y o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento.				
Acceso a transporte: Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular				
Posición (2): Capacidad para adoptar y mantener una postura determinada, SENTADO <input type="checkbox"/> DE PIE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>				
Fuerza: Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen)				
Tolerancia: Capacidad para soportar situaciones que puedan ser generadoras de estrés, tensión y/o fatiga mental				
Autonomía Personal: Cap. Actuar con independencia, sin supervisión en actividades relac. con Autocuidado y la Percepción de Riesgos.				
Relaciones Interpersonales: Capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas				
Orientación en el entorno: Cap. para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad) y utilizar (conocer y usar) transporte público (metro, bus)				
Manejo de dinero: Capacidad para participar en transacciones económicas básicas				
Aprendizaje: Capacidad de adquirir conocimientos, para realizar nuevas tareas				
Visión: Capacidad para reconocer y/o distinguir objetos y colores.				
Audición: Capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos				
Comprensión verbal: Capacidad para entender mensajes orales				
Expresión Oral: Capacidad para expresar mensajes orales				

A: Se requiere
B: Se requiere ocasionalmente
C: No se requiere

B.3.2.- CONDICIONES DE TRABAJO

MOBILIARIO Y/O TECNOLOGIA UTILIZADA (Indicar equipo de trabajo utilizado habitualmente (mobiliario, tecnología, herramientas, maquinaria, etc)).



CONDICIONES AMBIENTALES Y FACTORES DE RIESGO

1.- Accesibilidad y Barreras

Barreras:

Sí: No:

Breve descripción de barreras:

2.- Entorno ambiental: Indicar, cuando sea necesario, características especiales en relación con los siguientes factores:

		Observaciones:
Temperatura	<input type="checkbox"/>	
Humedad	<input type="checkbox"/>	
Iluminación	<input type="checkbox"/>	
Ruido	<input type="checkbox"/>	
Vibraciones	<input type="checkbox"/>	
Ambiente (cond. Climáticas extremas, polvo, humo, A. Acondicionado).	<input type="checkbox"/>	

3.- Factores de Riesgo: Identificar posibles situaciones de riesgo relacionadas con los siguientes factores:

		Observaciones:
Maquinaria	<input type="checkbox"/>	
Alturas	<input type="checkbox"/>	
Esfuerzos	<input type="checkbox"/>	
Movilidad	<input type="checkbox"/>	
Posición	<input type="checkbox"/>	
Tensión / Ansiedad / Estrés	<input type="checkbox"/>	
Manipulación	<input type="checkbox"/>	
Horarios / Jornadas	<input type="checkbox"/>	
Trabajo Interior	<input type="checkbox"/>	
Trabajo Exterior	<input type="checkbox"/>	
Expresión Oral Continuada	<input type="checkbox"/>	



C.- OBSERVACIONES

(En caso de CEE, especificar circunstancias que motivan la solicitud).

Observaciones:



4.2.3- MANUAL DE AYUDAS - DESCRIPCION Y ANALISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

(Contratación en la Empresa Ordinaria y Centros Especiales de Empleo)



El proceso de análisis y descripción del puesto de trabajo permite compilar y registrar de forma sintética, clara y estructurada, toda la información posible sobre las características esenciales del puesto.

El objetivo básico de este cuestionario es poner en conocimiento de los Órganos Técnicos de Valoración de la Discapacidad, toda la información relevante del puesto de trabajo (análisis de tareas, perfil de exigencias, condiciones de trabajo y ambientales, factores de riesgo, ...), con el fin de poder contrastarlo con el perfil del trabajador a efectos de la adecuación y emisión del informe correspondiente.

El cuestionario debe ser cumplimentado por las empresas y Centros Especiales de Empleo contratantes.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PUESTO

A.- Identificación y localización.

Razón Social y localización de la empresa o CEE contratante.

B.- Análisis del Puesto de Trabajo.

B.1 Datos Generales	(Denominación, Nivel Profesional, tipo de contrato...)
B.2. Análisis de tareas	<ul style="list-style-type: none">• Descripción de tareas: Breve resumen de las tareas y/o funciones esenciales valoradas en función de su importancia para el desempeño del puesto.• % de tiempo: Porcentaje del tiempo total de la jornada de trabajo que ocupa la tarea.
B.3. Perfil de Exigencias	<p>B.3.1. Capacidades que el trabajo requiere de la persona para que esta pueda desempeñar con eficacia las tareas</p> <p>B.3.2. Condiciones de Trabajo del puesto ofertado: Mobiliario y tecnología utilizada, y condiciones ambientales y factores de riesgo, incluidas la accesibilidad y barreras.</p>



B.3.1.- CAPACIDADES

Nivel de capacidad que el puesto requiere de la persona para desempeñar con eficacia las tareas.

Los factores del **Perfil de Exigencias del Puesto** están definidos y desarrollados con los mismos criterios de evaluación que los factores de **Perfil de Capacidades**, de tal forma que sea posible la comparación directa entre ambos perfiles.

ESCALA DE MEDICIÓN.

Para valorar el nivel de exigencia de cada factor se utiliza una escala de tres niveles:

- 10.- SE REQUIERE
- 20.- SE REQUIERE OCASIONALMENTE
- 30.- NO SE REQUIERE

1.- DESTREZA MANUAL

Capacidad exigida en el Puesto de Trabajo, para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere buen nivel de Destreza bi-manual, a efectos de realizar tareas con rapidez y precisión. Incluye: manipular, abrochar, escribir, marcar, teclear...*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente manipular, abrochar, escribir, teclear...*
- 30.- *No se requiere.*

2.- DESPLAZAMIENTO

Capacidad requerida en el Puesto de Trabajo para caminar, moverse y/o desplazarse en interior y/o exterior. Incluye: Recorridos cortos y largos, subir y bajar escaleras, correr, trepar, saltar... OPCIONES:

- 10.- *Se requiere buena capacidad para andar y/o moverse tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos y largos, superficies con obstáculos, poder subir y bajar escaleras, pendientes, correr, trepar, saltar...*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente andar o desplazarse (utilizando algún tipo de equipamiento: Bastones, Silla de Ruedas) tanto en interior como en exterior. Incluye: recorridos cortos, superficies sin obstáculos, poder subir y bajar tramos cortos de escaleras o pendientes.*
- 30.- *No se requiere.*

3.- ACCESO A TRANSPORTE

Capacidad, para el acceso físico a los medios de transporte público o privado, requerida para acceder y / o desempeñar el puesto de trabajo. OPCIONES:



- 10.- *Se requiere buena capacidad (acceso físico) para acceder al Transporte Público (esté o no adaptado) y/o el uso de vehículo particular.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente acceder al Transporte Público y/o el uso de vehículo particular.*
- 30.- *No se requiere.*

4.- POSICIÓN

Capacidad requerida para mantener, adoptar y / o alternar una posición determinada durante la jornada laboral. OPCIONES:

- 10.- Indistinta: Se requiere cualquier posición (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) siendo necesario alternarlas y/o mantenerlas durante toda o la mayor parte de la jornada laboral.
- 20.- Capacidad postural requerida:
 - 21.- **Sentado (S):** Se requiere capacidad para estar Sentado durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 22.- **De Pie (DP):** Se requiere capacidad para estar de pie durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar otras posiciones.
 - 23.- **Otras:** Se requiere capacidad para estar Agachado, De Rodillas o Tumbado durante toda o la mayor parte de la jornada laboral. No es necesario mantener o alternar las posiciones Sentado y/o De Pie.
- 30.- *No se requiere mantener de forma continuada cualquiera de las posiciones antes indicadas (De pie, Sentado, Agachado, De Rodillas y/o Tumbado) permitiéndose alternarlas durante el desarrollo de la jornada laboral*

5.- FUERZA

Esfuerzo físico requerido para el desempeño del Puesto de Trabajo. (ejercicio físico / carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen). OPCIONES:

- 10.- *Se requiere la realización esfuerzo físico continuado, carga-manipulación de grandes pesos y/u objetos de gran volumen.*
- 20.- *Ocasionalmente se requiere la realización esfuerzo físico o la carga-manipulación de pesos y/u objetos de volumen.*
- 30.- *No se requiere.*



6.- TOLERANCIA

A efectos de este método, capacidad exigida para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que pueda generar el desempeño del Puesto de Trabajo como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.;. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere buena capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental que genera el desempeño del Puesto de Trabajo como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.; .*
- 20.- *Ocasionalmente el desempeño del Puesto de Trabajo puede requerir capacidad para soportar estrés, tensión y/o fatiga mental como consecuencia de la realización de tareas monótonas, rutinas laborales, atención al público, alta productividad, etc.*
- 30.- *No se requiere.*

7.- AUTONOMIA PERSONAL

Capacidad requerida para actuar con independencia en la realización de actividades relacionadas con el *Autocuidado* y la *Percepción de Riesgos* en el puesto de trabajo

Autocuidado: se refiere a aquellas actividades relacionadas con el aseo personal y la apariencia adecuada (lavarse higiene personal, etc.).

Percepción de Riesgos: se refiere a la capacidad de percibir y valorar posibles riesgos (identificación de dolencias, utilización de recursos, medios etc.). OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para actuar con independencia.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad para actuar con independencia.*
- 30.- *No se requiere, permitiéndose el apoyo y/o supervisión de otras personas para el logro básico de este factor por parte del candidato.*

8.- RELACIONES INTERPERSONALES

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas, a efectos de participar en un grupo relacionado con la formación y/o el empleo. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para iniciar y mantener relaciones interpersonales. Incluye trabajo en Equipo, atención al público, relaciones comerciales, o de otro tipo, con otras personas dentro o fuera de la empresa...etc.*
- 20.- *El Puesto requiere ocasionalmente el establecimiento de relaciones interpersonales básicas, con compañeros, superiores, subordinados y/o clientes no constituyendo, para el desempeño del Puesto, una función esencial dentro de los requerimientos exigidos.*
- 30.- *No se requiere.*



9.- ORIENTACION EN EL ENTORNO

Requerimientos exigidos en el Puesto de trabajo en relación con la capacidad que han de tener los candidatos/trabajadores, para orientarse en el medio (barrio, ciudad...) y utilizar (conocer y usar) el transporte público existente (metro, bus...). OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para orientarse en el entorno y manejo del transporte público*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad para orientarse en el entorno y al menos manejo del transporte público en rutas fijas o previamente determinadas.*
- 30.- *No se requiere (La capacidad de orientación en el entorno y/o utilización del transporte público no constituye una función esencial dentro de los requerimientos exigidos en el Puesto de Trabajo).*

10.- MANEJO DE DINERO

Capacidad requerida en relación con transacciones económicas básicas, cambio de moneda, realización de pagos y devoluciones. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere manejo de dinero.*
- 20.- *Se requieren ocasionalmente manejo de dinero aún cuando no constituya una función esencial para el desempeño del Puesto.*
- 30.- *No se requiere.*

11.- APRENDIZAJE

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad de adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica (centrando la atención, encontrando soluciones a problemas, eligiendo una opción entre varias...) para la realización de una actividad o conjunto de actividades nuevas exigidas para el desempeño de un Puesto de Trabajo. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas, laboriosas y/o complejas.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas. La capacidad de aprendizaje no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.*
- 30.- *No se requiere capacidad para adquirir conocimientos y/o competencias, a través del estudio y/o la práctica, a efectos de realizar tareas nuevas.*



12.- VISIÓN

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad visual para leer documentos, periódicos, libros, pantallas de ordenador, carteles en la calle, en el interior, en el transporte público, de noche o en lugares con poca iluminación...), así como reconocer y discriminar objetos, detalles y/o colores. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad visual, para poder leer letra normal de documentos, periódicos y libros, en pantallas de ordenador así como carteles en interior y exterior a distancias consideradas normales. Poder reconocer objetos pequeños, detalles, colores y personas.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad visual para poder leer, reconocer objetos, colores y personas. La capacidad visual no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.*
- 30.- *No se requiere.*

13.- AUDICIÓN

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad de audición, poder atender el teléfono sin dificultad, oír, reconocer y/o discriminar sonidos dentro de los parámetros considerados normales..*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad de audición para poder para atender teléfono, oír, reconocer y/o discriminar sonidos. La capacidad auditiva no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.*
- 30.- *No se requiere.*

14.- COMPRENSIÓN VERBAL

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para entender mensajes orales. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para entender mensajes orales.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad para entender mensajes orales, aún cuando exista la posibilidad de sistemas de comunicación alternativos (gestual, signos, mensajes escritos, etc.). La comprensión verbal no constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.*
- 30.- *No se requiere.*

15.- EXPRESIÓN ORAL

Requerimientos exigidos en relación con la capacidad para expresar mensajes orales. OPCIONES:

- 10.- *Se requiere capacidad para expresar mensajes orales.*
- 20.- *Se requiere ocasionalmente capacidad para expresar mensajes orales, aún cuando existe la posibilidad de sistemas de comunicación alternativa (gestual, signos, escritura, etc.). La expresión oral no*



constituye una función esencial para el desempeño del Puesto de Trabajo.

30.- ***No se requiere.***

B.3.2.- CONDICIONES DE TRABAJO

- **Mobiliario y/o tecnología utilizada:** Máquinas, útiles, herramientas, mobiliario, etc., utilizados habitualmente para el desempeño del puesto.

- **Condiciones ambientales y factores de riesgo:**

Accesibilidad y barreras: Identificar en caso de ser necesario, posibles barreras arquitectónicas en: aparcamientos, acceso edificio, bordillos, rampas, anchura puertas, pasillos, aseos, etc.

Entorno ambiental: Es importante determinar las condiciones ambientales del entorno en que se desarrolla el trabajo para poder detectar posibles contraindicaciones con la discapacidad del trabajador. Indicar cuando sea necesario características específicas realizando breve descripción.

Factores de Riesgo: Indicar posibles situaciones de riesgo en relación con los factores que se indican, realizando breve descripción.

Tabla de **Condiciones Ambientales y Factores de Riesgo** (Anexo III-B). A efectos de facilitar información a los técnicos de los servicios públicos de empleo para la elaboración de informes relacionados con el cruce de perfiles (persona / puesto) en procesos de selección de candidatos, se ha elaborado la tabla de correspondencia a efectos de contraindicación "**Riesgos / Condiciones Ambientales - Factores De Riesgo**" (Anexo III -C).



4.2.4. Factores de Riesgo

ANEXO III B

Cod.	FACTORES DE RIESGO /CONDICIONES AMBIENTALES (Puesto de Trabajo)
00	<p style="text-align: center;"><u>FACTORES DE RIESGO.</u></p> <p>01 MAQUINARIA. (Cortes, quemaduras, contusiones, descarga eléctrica...) Incluye: conducción de vehículos o máquinas que implican un riesgo para sí u otras personas.</p> <p>02 ALTURAS.</p> <p>03 ESFUERZOS. Grandes Esfuerzos (peso, volumen, ejercicio intenso...)</p> <p>04 MOVILIDAD. Grandes Recorridos. Suelos Irregulares. Barreras Arquitectónicas. Incluye: viajar (desplazamientos frecuentes fuera de su ciudad de residencia por motivos de trabajo)</p> <p>05 POSICION. Posición Continua Otras Posiciones de Riesgo.</p> <p>06 TENSION/ANSIEDAD/ESTRES. Docencia, oratoria Atención al Público. Relaciones Interpersonales(exigencia / ausencia). Exigencia de productividad, trabajo en cadena, a destajo...</p> <p>07 MANIPULACIÓN. De Alimentos, productos tóxicos... Contacto físico con otras personas...</p> <p>08 HORARIOS/JORNADAS. Rigidez de horarios, turnos alternos...</p> <p>09 TRABAJO EN INTERIOR Espacios cerrados.</p> <p>10 TRABAJO EN EXTERIOR Espacios abiertos.</p> <p>11 EXPRESION ORAL CONTINUADA Docencia, Oratoria, Atención al público...</p>
50	<p style="text-align: center;"><u>CONDICIONES AMBIENTALES</u></p> <p>51 TEMPERATURA.</p> <p>52 HUMEDAD.</p> <p>53 ILUMINACIÓN Escasez/Exceso.</p> <p>54 RUIDO.</p> <p>55 VIBRACIONES.</p> <p>56 AMBIENTE Condiciones Climáticas Extremas. Ambiente de riesgo (Polvo, Radiaciones, Olores Fuertes, Vapores, Humos...) Aire Acondicionado.</p>



4.2.5 Tabla de Correspondencias a efectos de Contraindicación

ANEXO III C

RIESGOS / FACTORES DE RIESGO-COND.AMBIENTALES

COD.	RIESGOS (DEMANDANT. DE EMPLEO)	FACT. RIESGO/ CONDIC.AMBIENT. (PUESTO DE TRABAJO)
01	<u>01 - Funciones y Estructuras relacionadas con el Movimiento</u>	
	011-ALTERACIONES MOTORICAS Perdidas de equilibrio(Vertigo, Incoordinac. Motora...)	01 MAQUINARIA 02 ALTURAS 03 ESFUERZOS. 04 MOVILIDAD. 55 VIBRACIONES
	012-ALTERACIONES MOTORICAS Alter. motor. temporales (Lumbago, Brotes de Esclerosis Multiple...)	03 ESFUERZOS. 51 TEMPERATURA. 52 HUMEDAD. 56 AMBIENTE (Condic.Climát. Extremas...)
	019-ALTERACIONES MOTORICAS Otras. Fracturas (Propensión) Trastorno Neuromuscular (Degenerativo)	01 MAQUINARIA 03 ESFUERZOS. 04 MOVILIDAD. 55 VIBRACIONES 05 POSICIÓN.
02	02 - Funciones y Estructuras relacionadas con Sistemas Internos	
	021 - ALTERAC. CARDIOVASCULARES. Infarto Miocardio, Cerebral..., Hemorragias....	06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS. 03 ESFUERZOS. 55 VIBRACIONES.
	022 - ALTERAC. CIRCUL. PERIFER. Inflamaciones, Varices, Trombos....	03 ESFUERZOS. 05 POSICION. 55 VIBRACIONES
	023 - ALTER.SISTEMA INMUNOLOG. Contagio (Para sí u otros)	07 MANIPULACIÓN 56 CONDIC. CLIMÁTICAS EXTREMAS 06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS.
	024 - ALTER. SISTEMA RESPIRATORIO Insuficiencia respiratoria (alergias, asma...)	56 AMBIENTE DE RIESGO (polvo, radiaciones...) 56 AIRE ACONDICIONADO 56 CONDIC. CLIMATICAS EXTREMAS
	025-ALTERACIONES SISTEMAS DIGESTIVO, ENDOCRINO Y METABÓLICO. Úlceras Gastroduodenales...	06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS.
03	026 - ALTER. SISTEMA GENITOURINARIO Insuficiencia renal (Hemodiálisis), incontinencia...	03 ESFUERZOS. 08 HORARIOS/JORNADAS
	03 - Funciones y Estructuras relacionadas con la Piel.	



COD.	RIESGOS (DEMANDANT. DE EMPLEO)	FACT. RIESGO/ CONDIC.AMBIENT. (PUESTO DE TRABAJO)
	<u>031 - ALTER. PIEL Y ESTRUCTURAS RELAC.</u> Alergias, Sensibilidad, Fotosensibilidad..., Dificultad para soportar Equipos de protección para la Piel....	07 MANIPULACIÓN 10 TRABAJO EN EXTERIOR 51 TEMPERATURA 52 HUMEDAD 56 AMBIENTE(Codic. Climaticas Extremas)
	<u>04 - Funciones Mentales</u>	
	<u>041-PERDIDAS DE CONCIENCIA</u> Ausencias(Epilepsia...) Crisis (Epilepsia, Comas Diabeticos, Lipotimias, Sincope...)	A. 01 MAQUINARIA 02 ALTURAS
	<u>042-ALTERACIONES DEL TEMPERAMENTO Y LA PERSONALIDAD</u> Estabilidad Psíquica y Emocional	B. 01 MAQUINARIA 06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS
	<u>043-ALTERACIONES DE LA ENERGÍA Y CONTROL DE IMPULSOS</u> Control de Impulsos y Ansia (por sustancias que puedan producir dependencia)	C. 01 MAQUINARIA 06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS D.
	<u>044-ALTERACIONES DEL SUEÑO</u> Hipersomnio, Narcolepsia	E. 01 MAQUINARIA 02 ALTURAS
	<u>045-ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN</u> Concentración, (tendencia a estar distraído).	54 RUIDO
	<u>046-ALTERACIONES DE LA MEMORIA</u> Memoria Inmediata, reciente y remota	01 MAQUINARIA
	<u>049-OTRAS ALTERAC.FUNC. MENTALES</u> Fobias(Claustrofobia, Agorafobia, Acrofobia? ...)	06 TENSIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS 02 ALTURAS 09 TRABAJO EN INTERIOR 10 TRABAJO EN EXTERIOR
	<u>05 - Funciones Sensoriales</u>	
	<u>051-VISIÓN</u> Pérdida progresiva. Fotofobias(Aversión a la Luz, a la Oscuridad y otras), Dificultad para soportar Equipos de protección para la vista.	01 MAQUINARIA 12 CONDUCIR
	<u>052-AUDICIÓN</u> Pérdida progresiva. Sensibilidad al ruido. Dificultad para soportar Equipos de protección para la audición.	54 RUIDO
	<u>053-OLFATO</u> Pérdida de funciones para percibir olores.	56 AMBIENTE DE RIESGO
04		
05		



COD.	RIESGOS (DEMANDANT. DE EMPLEO)	FACT. RIESGO/ CONDIC.AMBIENT. (PUESTO DE TRABAJO)
06	<p><u>060 - Funciones de la Voz y el Habla y del Lenguaje</u></p> <p><u>061 - ALTERACION Y O PERDIDA DE LA VOZ DE LA ARTICULACIÓN, FLUIDEZ Y RITMO DEL HABLA</u></p> <p>Afonía, Disfonia, ronquera, Carraspera, disastrya, tartamudeo</p>	11 EXPRESIÓN ORAL CONTINUADA.
	<p><u>062 - ALTERACION Y O PERDIDA DE LA RECEPCION/EXPRESION DE MENSAJES ORALES, ESCRITOS, SIGNOS.</u></p> <p>Afasis...</p>	06 TENSION/ ANSIEDAD/ESTRÉS



4.2.6 Dictamen Técnico sobre Adecuación Puesto de Trabajo:

ANEXO IIID

- Relacionada con los datos registrados de la Persona:
 - DNI
 - Apellidos /Nombre
 - Resumen de la Deficiencia
 - Grado de Minusvalía
 - Plazo
 - Validez
 - Funciones y Estructuras Corporales(Bloque completo)
 - Actividad Participación (Capacidades) (Bloque completo)
 - Factores Contextuales (Personales /Ambientales) (Bloque completo)
 - Experiencia Laboral (Bloque completo)
 - Situación Laboral
 - Incapacidad
 - Disponibilidad (Bloque completo)
 - Demanda (Incorporación a Bolsa de Trabajo-Bloque completo)
 - Ocupaciones solicitadas (Bloque completo)
 - Cursos Solicitados (Bloque completo)
 - Itinerarios(Bloque completo)
- Relacionada con los datos registrados del Puesto:
 - Referencia Corta Empresa /CEE
 - Tipo de Informe (Adecuación o cualquiera de los informes que se pueden solicitar cuando la Empresa es un CEE, ver AnexosV y VI siguientes).
 - CNO (Denominación del Puesto)
 - Requerimientos
 - Capacidades Requeridas
 - Condiciones Ambientales
 - Factores de Riesgo
 - Observaciones (Especificación de Tareas, Mobiliario, Tecnología utilizada...)
- Relacionada con el cruce de datos Persona /Puesto:
 - Conflictos
- Relacionada con la Resolución que se adopte en el Órgano Técnico de Valoración::
 - Fecha de Resolución.
 - Resolución del Órgano Técnico de Valoración:
 - Observaciones

El/la Presidente/a del Órgano Técnico de Valoración: (como Título al final del Documento)



4.2.7. Informes:

ANEXO IV

INFORME SOBRE ADECUACIÓN PUESTO DE TRABAJO
(Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo)

En respuesta a su petición relativa a la Adecuación del Puesto de Trabajo de _____ al trabajador que abajo se indica, se emite informe en el sentido que sigue:

De acuerdo con el Dictamen Técnico emitido por el Órgano Técnico de Valoración del Centro Base nº ____ de _____ de fecha ____ / ____ / ____ y teniendo en cuenta la descripción del puesto y perfil de capacidades requeridas.

D/Dña. _____

con D.N.I. nº _____ es APTO NO APTO

para el desempeño del puesto de referencia, y en su caso con las siguientes consideraciones técnicas:

**EL/LA PRESIDENTE/A DEL ÓRGANO
TÉCNICO DE VALORACIÓN**

Sr./a. _____



ANEXO V

**INFORME SOBRE ADECUACION PUESTO DE TRABAJO EN
CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO**

**(Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio y
Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo)**

- En respuesta a su petición relativa a
- Adecuación puesto de trabajo (art. 4.2.)
 - Revisión del Grado de Adaptación profesional (art. 6)
 - Adecuación contrato a domicilio (art.7.3. b)

referida al trabajador que abajo se indica y en relación con el desempeño del puesto de _____, se emite informe en el sentido que sigue:

De acuerdo con el Dictamen Técnico emitido por el Órgano Técnico de Valoración del Centro Base nº _____ de _____ de fecha ____ / ____ / ____ y teniendo en cuenta la descripción del puesto y perfil de capacidades requeridas, D/Dña. _____ con DNI nº _____ es

APTO

NO APTO

para el desempeño del puesto de referencia, y en su caso, con las siguientes consideraciones técnicas:

**EL/LA PRESIDENTE/A DEL ÓRGANO TÉCNICO
DE VALORACIÓN**

Sr./a. _____



ANEXO VI

INFORME SOBRE CONTRATO DE TRABAJO EN CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO

(Real Decreto 1368/1985, de 17 julio, y
Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo)

En respuesta a su petición relativa a:

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ampliación contrato formación (art. 7.dos.a) | Contrato a bajo rendimiento (art.12.c) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Periodo adaptación al puesto
(art.10.dos) | Movilidad funcional y geográfica (art.14) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Promoción en el trabajo (art.11) | Modificación condiciones trabajo (art.15) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Incentivos laborales (art.12 a) | Extinción del contrato (art.16 dos. a,b,c) | <input type="checkbox"/> |

referida al trabajador D /Dña. _____
con D.N.I. nº _____ para el desempeño del puesto de _____,
y de acuerdo con el Dictamen Técnico emitido por el Órgano Técnico de Valoración
del Centro Base nº ____ de _____ de fecha ____ / ____ / ____ y
teniendo en cuenta la descripción del puesto y perfil de capacidades requeridas se
emite informe.

FAVORABLE

DESFAVORABLE

y en su caso, con las siguientes consideraciones técnicas:

**EL/LA PRESIDENTE/A DEL ÓRGANO TÉCNICO
DE VALORACIÓN**

Sr./a. _____



4.3 ACCESO AL EMPLEO PUBLICO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



4.3.1 Adaptación de Pruebas Selectivas, Medios y/o Tiempos:

ANEXO I

INFORME SOBRE ADAPTACION DE PRUEBAS SELECTIVAS
MEDIOS Y/O TIEMPOS

Acceso al Empleo Público de personas con discapacidad.
(R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre)

Fecha ___/___/___

Entidad

Solicitud a cumplimentar por Órganos de Selección.

En relación con las pruebas selectivas para el ingreso en el cuerpo de ³_____ de la Administración de ⁴_____ convocadas por ⁵_____ Boletín Oficial de _____ de fecha ___/___/___, se remite Relación Nominativa (Anexo II), así como copia de las Instancias de las personas con discapacidad que solicitan adaptación para la realización de los ejercicios, y Descripción de las Pruebas Selectivas (Anexo III), al objeto de que, de acuerdo con la normativa vigente, se nos facilite por el Órgano Técnico competente, Informe sobre las adaptaciones solicitadas, y en su caso, con las oportunas consideraciones técnicas.

³ Gestión, Administración, Auxiliares...

⁴ Justicia, Educación...

⁵ Real Decreto, Orden...



4.3.2. Descripción de la Prueba Selectiva (Cuestionario)

ANEXO III

A) Datos de la convocatoria:

Administración que convoca: _____, Boletín Oficial _____ N° ____ Fecha _ / _ /

Dirección: _____ Teléfonos: _____ Contacto: _____

B) Especificaciones Técnicas:

<p>ESCRITA: No incluye lectura posterior del examen ante el Tribunal. Observaciones:</p>	Escribir	<input type="checkbox"/>	¿Se puede cambiar el Tipo de prueba?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Leer	<input type="checkbox"/>	¿Se puede alterar el Tiempo?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Marcar	<input type="checkbox"/>	¿Se pueden cambiar los medios?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Otras (detallar brevemente)	<input type="checkbox"/>	Observaciones:		
<p>ORAL: Incluye lectura del examen escrito ante el Tribunal. Observaciones:</p>	Exposición de un tema	<input type="checkbox"/>	¿Se puede cambiar el Tipo de prueba?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Contestar preguntas	<input type="checkbox"/>	¿Se puede alterar el Tiempo?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Leer Examen	<input type="checkbox"/>	¿Se pueden cambiar los medios?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
	Otras (detallar brevemente)	<input type="checkbox"/>	Observaciones:		
<p>PRÁCTICA: Observaciones:</p>	<input type="checkbox"/>	¿Se puede cambiar el Tipo de prueba?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	¿Se puede alterar el Tiempo?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	¿Se pueden cambiar los medios?	Sí: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Observaciones:			
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

C) Observaciones

(Indicar, en su caso, características especiales referidas a la **Accesibilidad**, al **entorno ambiental** -temperatura, humedad, iluminación, ruidos...- o **riesgo** que pueda conllevar la realización de la prueba -maquinaria, altura, esfuerzo físico...-)



4.3.3. Dictamen Técnico sobre Adaptación de Pruebas Selectivas.

ANEXO IV

Acceso al Empleo Público de Personas con Discapacidad (R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre)

Cuerpo de: Denominación del Puesto (CNO): DNI: Apellidos / Nombre:

- Relacionada con los datos registrados de la Persona:
 - DNI
 - Apellidos /Nombre
 - Resumen de la Deficiencia
 - Grado de Minusvalía
 - Plazo
 - Validez
 - Funciones y Estructuras Corporales(Bloque completo)
 - Actividad Participación (Capacidades) (Bloque completo)
 - Factores Contextuales (Personales /Ambientales) (Bloque completo)
 - Experiencia Laboral (Bloque completo)
 - Situación Laboral
 - Incapacidad
 - Disponibilidad (Bloque completo)
 - Demanda (Incorporación a Bolsa de Trabajo-Bloque completo)
 - Ocupaciones solicitadas (Bloque completo)
 - Cursos Solicitados (Bloque completo)
 - Itinerarios(Bloque completo)
- Relacionada con los datos registrados de la Prueba:
 - Descripción de la prueba selectiva
 - Duración en minutos de la prueba
 - Tipo de Adaptación solicitada (Medios, Tiempos)
 - Tipo de prueba (Escrita, Oral Practica)
 - Tareas
 - Cambios admitidos en la prueba (Tipo de prueba, Medios, Tiempo)
 - Observaciones a los cambios admitidos.
 - Condiciones Ambientales
 - Factores de Riesgo
 - Observaciones (Mobiliario, Tecnología utilizada...)
- Relacionada con el cruce de datos Persona / Prueba:
 - Conflictos
 - Propuestas de Medios (Texto libre registrado)



-
- Propuesta de Tiempos .(Tiempos recomendados: Total, Corregido y Adicional)
 - Observaciones, de tipo carácter de 500 posiciones de texto libre.
 - Relacionada con la Resolución que se adopte en el Órgano Técnico de Valoración:
 - Fecha de Resolución
 - Resolución del Órgano Técnico de Valoración
 - Medios, Favorable, Desfavorable; Descripción de Medios, Texto libre. Tiempos, Favorable, Desfavorable; Descripción de Tiempos, Texto libre.)
 - Observaciones (igual sistemática que en el apartado anterior)

El/la Presidente/a del Órgano Técnico de Valoración: (como Título al final del Documento)



4.3.4 Informe

ANEXO V

**INFORME SOBRE ADAPTACION DE PRUEBA SELECTIVA
(MEDIOS y /o TIEMPOS)
Acceso al Empleo Publico de Personas con Discapacidad
(R.D. 2271/2004 de 3 de diciembre)**

En respuesta a su petición de fecha __/__/__, relativa a la adaptación de la Prueba Selectiva

[Identificación de la Prueba]

para el ingreso en el Cuerpo de **[Puesto]** de la Administración de **[Administración]**, convocada por el Boletín Oficial **[Boletín Oficial]** de fecha **[Fecha]**, referida a la solicitud de D./Dña. **[Nombre y Apellidos]**

con DNI **[DNI]**, y de acuerdo con el Dictamen emitido por el Organó Técnico de Valoración del Centro Base **[Centro Base]** de fecha **[Fecha Resolución]**, teniendo en cuenta la Descripción de la Prueba, las exigencias requeridas y el Perfil de Capacidades del interesado/a, se emite informe:

Adaptación de Medios: Favorable: Desfavorable:

Consideraciones Técnicas:

Adaptación de Tiempos: Favorable: Desfavorable:

Consideraciones Técnicas:

➤ Tiempo Adicional recomendado:

EL PRESIDENTE/A DEL ORGANÓ TECNICO DE VALORACIÓN

AA/: Tribunal / Comisión de Selección...



4.3.5. Recomendaciones para Adaptaciones de Tiempos, Prueba Oral y/o Escrita, según Deficiencias y Grados de Discapacidad

ANEXO VI

Adaptaciones de Tiempos, Prueba Oral y/o Escrita, según Deficiencias y Grados de Discapacidad

(Duración ejercicio: 60 minutos)

Para la concesión o no de las adaptaciones de tiempo solicitadas, habrá de tenerse en cuenta:

- 1) El grado de minusvalía reconocido debe ser igual o superior a 33%.
- 2) A efectos de estas recomendaciones, se considerará que la persona presenta especiales dificultades para la realización de la prueba (una vez adaptados los medios) cuando alguna de sus deficiencias esté comprendida en el listado de códigos reseñados en el Anexo I.B.
- 3) El Órgano de Selección resolverá la adaptación de tiempo solicitada teniendo en cuenta las deficiencias del DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO , y el grado de discapacidad reconocido.
- 4) En caso de existencia de dos o más tipos de deficiencia por las que se pueda proceder a la adaptación de tiempo, podrán sumarse los tiempos recomendados en la tabla sin que, en ningún caso, el tiempo adicional pueda ser superior al establecido para la propia prueba.
- 5) En caso de que la duración de la prueba sea distinta a 60 minutos, se aplicará proporcionalmente en los tiempos indicados.



**Adaptaciones de tiempo según deficiencias y grado de discapacidad para
ejercicios cuya duración sea de 60 minutos.
PRUEBA ORAL Y/O ESCRITA**

Código	Deficiencias	Grado de Discapacidad				OBSERVACIONES
		25-35	36-45	46-55	>= 56	
1101	ALTERACION ALIN. C.VERT. SIN LIMIT. FUNC					
1102	ALTERACION ALIN. C.VERT. CON LIMIT. FUNC					
1103	LIMITACION FUNCIONAL DE COLUMNA					
1104	AUSENCIA DE DEDOS O FALANGES	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1105	AUSENCIA DE MSD O SUS PARTES ESENCIALES	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1106	AUSENCIA DE MSI O SUS PARTES ESENCIALES	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1107	AUSENCIA DE MMII O SUS PARTES ESENCIALES					
1108	LIMITACION FUNCIONAL DE LA MANO DERECHA	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1109	LIMITACION FUNCIONAL DE MANO IZQUIERDA	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1110	LIMITACION FUNCIONAL BIMANUAL	15	30	45' independientemente del grado		
1111	LIMITACION FUNCIONAL EN M.S.D.	15	30	45' independientemente del grado		
1112	LIMITACION FUNCIONAL EN M.S.I.	15	30	45' independientemente del grado		
1113	LIMITACION FUNCIONAL EN AMBOS MM.SS.	15	30	45' independientemente del grado		
1114	LIMITACION FUNCIONAL EN UN PIE					
1115	LIMITACION FUNCIONAL BIPODAL					
1116	LIMITACION FUNCIONAL EN MIEMBRO INFERIOR					
1117	LIMITACION FUNCIONAL EN AMBOS MM.II.					
1118	LIMITACION FUNCIONAL EN UN M.S. Y UN M.I	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1119	LIMITACION FUNCIONAL AMBOS MM.SS Y UN MI	15	30	45' independientemente del grado		



Código	Deficiencias	Grado de Discapacidad				OBSERVACIONES
		25-35	36-45	46-55	>= 56	
1120	LIMITACION FUNCIONAL AMBOS MM.II Y UN MS	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1121	LIMITACION FUNCIONAL EN 4 EXTREMIDADES	15	30	45' independientemente del grado		
1122	LIMITACION FUNCIONAL EXTREMIDADES Y C.V.	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1123	TALLA BAJA					
1124	ANOMALIA MORFO-TORACICA					
1125	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR					
1201	PARALISIS DE NERVIOS PERIFERICOS	15	30	45' independientemente del grado		
1202	PARESIAS DE NERVIOS PERIFERICOS	15' independientemente del grado				
1203	PARALISIS DE PAR CRANEAL					
1204	PARESIAS DE PAR CRANEAL					
1205	MONOPLEJIA M.S.D.	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1206	MONOPARESIAS M.S.D.	15	30	45' independientemente del grado		
1207	MONOPLEJIA M.S.I.	15	30	45' independientemente del grado		
1208	MONOPARESIAS M.S.I.	15	30	45' independientemente del grado		
1209	MONOPLEJIA DE UN MIEMBRO INFERIOR					
1210	MONOPARESIAS DE UN MIEMBRO INFERIOR					
1211	DIPARESIAS	15	30	45' independientemente del grado		
1212	DIPLEJIA	15	30	45' independientemente del grado		
1213	PARAPLEJIA					
1214	PARAPARESIAS					
1215	HEMIPLEJIA DERECHA	15	30	45' independientemente del grado		Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1216	HEMIPLEJIA IZQUIERDA	15	30	45' independientemente del grado		



Código	Deficiencias	Grado de Discapacidad				OBSERVACIONES
		25-35	36-45	46-55	>= 56	
1217	HEMIPARESIA DERECHA	15	30' independientemente de grado			
1218	HEMIPARESIA IZQUIERDA	15	30' independientemente de grado			Solo en caso de existir afectación en miembro superior dominante
1219	TETRAPLEJIA	1 hora independientemente del grado				
1220	TETRAPARESIA	1 hora independientemente del grado				
1221	CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS	1 hora independientemente del grado				Solo en caso de desencadenamiento de crisis en la realización de la prueba
1222	CRISIS NO CONVULSIVAS GENERALIZADAS	1 hora independientemente del grado				Solo en caso de desencadenamiento de crisis en la realización de la prueba
1223	CRISIS PARCIAL	30' independientemente del grado				Solo en caso de desencadenamiento de crisis en la realización de la prueba
1224	TRASTORNO DE LA COORDINACION	60' independientemente del grado				
1225	TRASTORNO DEL EQUILIBRIO					
1226	TRASTORNO DE COORDINACION Y EQUILIBRIO	60' independientemente del grado				
1227	TRASTORNO VASOMOTOR	30' independientemente del grado				
1228	DISFUNCION NERUROVEGETATIVA	30' independientemente del grado				
1229	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR	15	30	45	60	
2100	RETRASO MENTAL PROFUNDO	La deficiencia imposibilita la realización de la prueba, en su caso consulta al Organó Técnico de valoración				
2101	RETRASO MENTAL SEVERO	La deficiencia imposibilita la realización de la prueba, en su caso consulta al Organó Técnico de valoración				
2102	RETRASO MENTAL MODERADO	La deficiencia imposibilita la realización de la prueba, en su caso consulta al Organó Técnico de valoración				
2103	RETRASO MENTAL LIGERO	1 hora independientemente del grado				
2104	INTELIGENCIA LIMITE	1 hora independientemente del grado				
2105	RETRASO MADURATIVO	1 hora independientemente del grado				
2106	TRASTORNO DEL DESARROLLO	1 hora independientemente del grado				
2107	TRASTORNO COGNITIVO	1 hora independientemente del grado				
2108	TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD					
2109	ALTERACION DE LA CONDUCTA					



Código	Deficiencias	Grado de Discapacidad				OBSERVACIONES
		25-35	36-45	46-55	>= 56	
2300	TRASTORNO MENTAL					
3101	PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL BINOCULAR LEVE	15' independientemente del grado				
3102	PERDIDA AGUDEZA VISUAL BINOCULAR MODERAD	30' independientemente del grado				
3103	PERDIDA AGUDEZA VISUAL BINOCULAR SEVERA	45' independientemente del grado				
Código	Deficiencias	25-35	36-45	46-55	>= 56	OBSERVACIONES
3104	PERDIDA AGUDEZA VISUAL BINOCULAR GRAVE	60' independientemente del grado				Tiempo aplicable una vez adaptados los medios
3105	CEGUERA	60' independientemente del grado				Tiempo aplicable una vez adaptados los medios
3106	PERDIDA VISION EN UN OJO	15' independientemente del grado				
3107	DISMINUCION DE EFICIENCIA VISUAL	15' independientemente del grado				
3201	HIPOACUSIA LEVE	15' independientemente del grado				
3202	HIPOACUSIA MEDIA	15' independientemente del grado				
3203	HIPOACUSIA SEVERA	30' independientemente del grado				
3204	HIPOACUSIA PROFUNDA	30' independientemente del grado				
3205	SORDERA	30' independientemente del grado				
3206	SORDOMUDEZ	60' independientemente del grado				
3207	PERDIDA TOTAL DE LA AUDICION EN UN OIDO					
3208	ACUFENOS	15' independientemente del grado				
3209	DISCAPACIDAD DEL SISTEMA AUDITIVO	15	30	60		
4101	AFASIA	La deficiencia imposibilita la realización de la prueba, en su caso consulta al Órgano Técnico de valoración				
4102	DISARTRIA	60' independientemente del grado				
4103	DISFEMIA	45' independientemente del grado				
4104	DISFONIA	30' independientemente del grado				
4105	MUDEZ	30' independientemente del grado				
4106	LARINGUECTOMIA	45' independientemente del grado				
4107	DISCAPACIDAD EXPRESIVA	15	30	45		
5200	SINDROME POLIMALFORMATIVO	15	30	45	60' independientemente de grado	
6001	ENFERMEDAD DE APARATO RESPIRATORIO					
6002	ENFERMEDAD DE APARATO CIRCULATORIO					
6003	ENFERMEDAD DE APARATO DIGESTIVO					



Código	Deficiencias	Grado de Discapacidad				OBSERVACIONES
		25-35	36-45	46-55	>= 56	
6004	ENFERM. DEL SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO	30' independientemente de grado				Solo en caso de desencadenamiento de crisis en la realización de la prueba
6005	ENFERM. DE SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYET.					
6006	ENFERMEDAD DEL APARATO GENITO-URINARIO					
6007	ENFERMEDAD DERMATOLOGICA	15' independientemente del grado				
Código	Deficiencias	25-35	36-45	46-55	>= 56	OBSERVACIONES
6008	TRASTORNO DEL MECANISMO INMUNOLOGICO					
6009	TRASPLANTADO					
6010	ESTADO TERMINAL	La deficiencia imposibilita la realización de la prueba, en su caso consulta al Órgano Técnico de valoración				
6011	ENFERMEDAD CRONICA					
7000						
8000	SIN DISCAPACIDAD					
8001	DISCAPACIDAD MULTIPLE	15	30	45	60	
8002	PERDIDA QUIRURGICA TOTAL DE UN ORGANO					
8003	PERDIDA QUIRURGICA PARCIAL DE UN ORGANO					
9000	PROCESO EN FASE AGUDA NO VALORABLE					

Las casillas marcadas en verde pueden necesitar adaptación de tiempo en prueba escrita

Las casillas marcadas en rojo pueden necesitar adaptación de tiempo en prueba escrita u oral

Las casillas en azul pueden necesitar adaptación de tiempo en prueba oral

Las casillas marcadas en blanco no son susceptibles de adaptaciones de tiempo

En cada una de las casillas señaladas se señala el tiempo máximo a conceder y a partir del cual no influiría el grado

En caso de que la duración de la prueba sea distinta a 1 hora, se aplicará proporcionalidad en los tiempos indicados



4.3.6. Solicitud de Adaptación y Compatibilidad con el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto

ANEXO VII

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN Y COMPATIBILIDAD CON EL DESEMPEÑO DE TAREAS Y FUNCIONES DEL PUESTO

Acceso al Empleo Público de Personas con Discapacidad
(R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre)

En relación con la Provisión de Puestos de Trabajo mediante Oposición / Concurso, convocado por ⁶ _____ de la Administración de ⁷ _____ Boletín Oficial de _____ de fecha __/__/__, ruego remita a esta Comisión de Selección, Informe sobre Compatibilidad con el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto _____, referido a D. / Dña. _____, con DNI _____.

⁶ Real Decreto, Orden...

⁷ Justicia, Educación...



4.3.7. Descripción Y Análisis Puesto De Trabajo. Cuestionario

ANEXO VIII

DESCRIPCION Y ANÁLISIS PUESTO DE TRABAJO

Acceso al Empleo Público de Personas con Discapacidad

(R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre)

A.- IDENTIFICACION Y LOCALIZACIÓN

Entidad o Centro Directivo (Administración que convoca, Dirección, Teléfono y Contacto).

B.- DESCRIPCION DEL PUESTO DE TRABAJO

B.1.- DATOS GENERALES

DENOMINACION DEL PUESTO:	CUERPO:
ESCALA:	PERSONAL (Funcionario, Laboral...)
OBSERVACIONES:	

B.2.- ANALISIS DE TAREAS: Describa brevemente las tareas mas habituales del puesto

Descripción de tareas	% de tiempo



B.3.- PERFIL DE EXIGENCIAS DEL PUESTO

CAPACIDADES

	Niveles:			Observaciones específicas:
	A	B	C	
Destreza manual: Capacidad para realizar actividades que requieran acciones coordinadas, con precisión y rapidez manual				
Desplazamiento (1): Capacidad para, caminar, y o desplazarse, utilizando o no algún tipo de equipamiento.				
Acceso a transporte: Capacidad para acceder (acceso físico) a transporte público o hacer uso de vehículo particular				
Posición (2): Capacidad para adoptar y mantener una postura determinada, SENTADO <input type="checkbox"/> DE PIE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>				
Fuerza: Capacidad para realizar esfuerzos físicos (ejercicio físico/carga-manipulación de pesos y/o de objetos de gran volumen)				
Tolerancia: Capacidad para soportar situaciones que puedan ser generadoras de estrés, tensión y/o fatiga mental				
Autonomía Personal: Cap. Actuar con independencia, sin supervisión en actividades relac. con Autocuidado y la percepción de riesgos.				
Relaciones Interpersonales: Capacidad para iniciar y mantener relaciones con otras personas				
Orientación en el entorno: Cap. para orientarse en el medio donde vive (barrio, ciudad) y utilizar (conocer y usar) transporte público (metro, bus)				
Manejo de dinero: Capacidad para participar en transacciones económicas básicas				
Aprendizaje: Capacidad de adquirir conocimientos, para realizar nuevas tareas				
Visión: Capacidad para reconocer y/o distinguir objetos y colores.				
Audición: Capacidad para oír, reconocer y/o discriminar sonidos				
Comprensión verbal: Capacidad para entender mensajes orales				
Expresión Oral: Capacidad para expresar mensajes orales				

A: Se requiere
B: Se requiere ocasionalmente
C: No se requiere

B.4.- CONDICIONES DE TRABAJO

MOBILIARIO Y/O TECNOLOGIA UTILIZADA (Indicar equipo de trabajo utilizado habitualmente (mobiliario, tecnología, herramientas, maquinaria, etc).

--

CONDICIONES AMBIENTALES Y FACTORES DE RIESGO

1.- Accesibilidad y Barreras

Barreras: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Breve descripción de barreras:



2.- Entorno ambiental: Indicar, cuando sea necesario, características especiales en relación con los siguientes factores:

Observaciones:

Temperatura	<input type="checkbox"/>	
Humedad	<input type="checkbox"/>	
Iluminación	<input type="checkbox"/>	
Ruido	<input type="checkbox"/>	
Vibraciones	<input type="checkbox"/>	
Ambiente (cond. Climáticas extremas, polvo, humo, A. Acondicionado). E	<input type="checkbox"/>	

3.- Factores de Riesgo: Identificar posibles situaciones de riesgo relacionadas con los siguientes factores:

Observaciones:

Maquinaria	<input type="checkbox"/>	
Alturas	<input type="checkbox"/>	
Esfuerzos	<input type="checkbox"/>	
Movilidad	<input type="checkbox"/>	
Posición	<input type="checkbox"/>	
Tensión / Ansiedad / Estrés	<input type="checkbox"/>	
Manipulación	<input type="checkbox"/>	
Horarios / Jornadas	<input type="checkbox"/>	
Trabajo Interior	<input type="checkbox"/>	
Trabajo Exterior	<input type="checkbox"/>	
Expresión Oral Continuada	<input type="checkbox"/>	

C.- OBSERVACIONES

--



4.3.8. Dictamen sobre Adaptación Compatibilidad con el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto

ANEXO IX

(Acceso al Empleo Público de Personas con Discapacidad (R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre)

- Relacionada con los datos registrados de la Persona:
 - DNI
 - Apellidos /Nombre
 - Resumen de la Deficiencia
 - Grado de Minusvalía
 - Plazo
 - Validez
 - Funciones y Estructuras Corporales(Bloque completo)
 - Actividad Participación (Capacidades) (Bloque completo)
 - Factores Contextuales (Personales /Ambientales) (Bloque completo)
 - Experiencia Laboral (Bloque completo)
 - Situación Laboral
 - Incapacidad
 - Disponibilidad (Bloque completo)
 - Demanda (Incorporación a Bolsa de Trabajo-Bloque completo)
 - Ocupaciones solicitadas (Bloque completo)
 - Cursos Solicitados (Bloque completo)
 - Itinerarios(Bloque completo)

- Relacionada con los datos registrados del Puesto:
 - Administración Pública
 - CNO (Denominación del Puesto)
 - Requerimientos
 - Capacidades Requeridas
 - Condiciones Ambientales
 - Factores de Riesgo
 - Observaciones (Especificación de Tareas, Mobiliario, Tecnología utilizada...)

- Relacionada con el cruce de datos Persona /Puesto:
 - Conflictos



-
- Relacionada con la Resolución que se adopte en el Órgano Técnico de Valoración::
- Fecha de Resolución.
 - Resolución del Órgano Técnico de Valoración:
 - Observaciones

El/la Presidente/a del Órgano Técnico de Valoración: (como Título al final del Documento)

Presidente del Equipo de Valoración

El Secretario



4.3.9 Informe.

ANEXO X

Informe sobre Adaptación y/o Compatibilidad para el Desempeño de Tareas y Funciones del Puesto

(Acceso al Empleo Público de Personas con Discapacidad (R.D. 2271/2004, de 3 de diciembre))

En respuesta a su SOLICITUD relativa a la Aptitud del trabajador que abajo se cita, y en relación con la plaza de ⁸ _____ convocada por ⁹ _____, publicada en el Boletín Oficial de _____ de fecha __/__/__, se emite Informe en el sentido que sigue:

De acuerdo con el Dictamen emitido por el Órgano Técnico de Valoración del Centro Base nº _____ de _____ de fecha __/__/__ y teniendo en cuenta la Descripción del Puesto y Perfil de Capacidades requeridas, D/Dña. _____, con D.N.I. nº _____, es:

APTO

NO APTO

para el desempeño del puesto de referencia, y en su caso con las siguientes consideraciones técnicas: (indicar si procede la adaptación del puesto y en su caso, las ayudas técnicas y / o adaptaciones que se recomiendan)

**EL/LA PRESIDENTE/A DEL ÓRGANO TÉCNICO
DE VALORACIÓN**

AA/ Comisión de Valoración ...

⁸ Denominación de Convocatoria

⁹ Administración que convoca



5. PROCESOS AUXILIARES



5.1 Generador De Informes (Sondeos Genéricos, Estadística...)

SERVICIO DE SALUD METROP. SUR
COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
TO.AVG/maite
Teléfono: 3948786 / 3949603



Carta Nro. 04/07

Santiago, Julio de 2007.

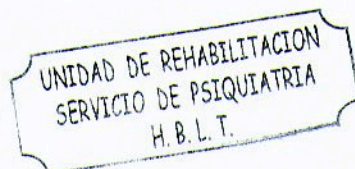
REF: Carta de autorización.

Señores
Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Presente

De mi consideración:

Por intermedio de la presente, quien suscribe D. Alejandra Valenzuela González, Jefe de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco, autoriza a las estudiantes tesis **D. Carolina Pérez R.** y **D. Natalia Saavedra F.** a entrevistar a los usuarios del Programa de Integración Laboral -Modalidad "Empleo Transicional"-, quienes desempeñan labores en esta institución, y a mencionar el nombre de ésta en su tesis.

Sin otro particular, se despide atentamente.



Alejandra Valenzuela
TO. ALEJANDRA VALENZUELA G.
JEFE UNIDAD DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

cc.:

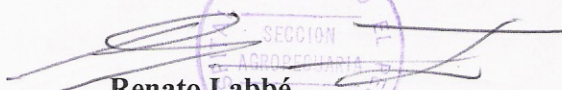
- Archivo

Señores Universidad Academia de Humanismo Cristiano:

De vuestra consideración.

Por intermedio de la presente, Renato Labbé, terapeuta ocupacional y coordinador del proyecto de Empresa Social "La Comarca" del Hospital Psiquiátrico El Peral, autoriza a las estudiantes tesistas Carolina Pérez Ríos y Natalia Saavedra Farias a entrevistar a los usuarios del taller protegido que desempeñan sus labores en esta institución y a mencionar el nombre de ésta en su tesis.

Sin otro particular, se despide atentamente:


Renato Labbé

**Coordinador del proyecto de Empresa Social "La Comarca", Hospital Psiquiátrico
El Peral**

Stgo, julio de 2007