

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



UNIVERSIDAD DE CHILE

**“Inclusión Laboral en la Ley 21.015: Recomendaciones
para la Atención de Salud Mental en Personas con
Discapacidad Psiquiátrica Compleja”**

TATIANA PARAVIC ELUANI

Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública

PROFESOR GUÍA DE TESIS: Dr. JORGE RAMIREZ

5 Octubre 2020

AGRADECIMIENTOS

Primero de todo, agradezco mis usuarios quienes fueron los inspiradores de este estudio, gracias por ser una fuente constante de motivación para continuar por el sendero de derribar estigmas relacionados con la salud mental.

Al Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio, especialmente al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental por permitir llevar a cabo este importante estudio.

A mi tutor de Tesis Dr. Jorge Ramírez, a quien agradezco enormemente por su templanza, compromiso y bondad para guiarme en este largo proceso.

Finalmente agradezco a mi familia, a mi compañero de vida, a mis hijas Elisa y Amaya, quienes han sido fuente de inspiración para darle fin a este proceso.

Índice

Índice	3
Glosario	5
I. RESUMEN	6
II. INTRODUCCION	7
III. MARCO TEÓRICO	9
1. MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE DISCAPACIDAD	9
1.1 Legalidad Internacional	9
1.2 Legalidad Nacional	11
1.3 Ley 21.015 “Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral”	13
2. SALUD MENTAL	15
2.1 Salud Mental y Discapacidad	15
2.2 Contexto Epidemiológico de Salud Mental a Nivel Mundial y Nacional	18
2.3 Trastorno Psiquiátrico Complejo	20
2.4 La Ocupación Humana y su relevancia para PcD	24
2.5 Estrategia Nacional de Abordaje de PcD en el Sector Sanitario	25
2.6 Índice Macroeconómico y Empleo PcD	26
2.7 Antecedentes Relevantes sobre el Financiamiento Salud Mental en Chile	27
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
1. OBJETIVO GENERAL	29
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
3 ACTIVIDADES	30
V. METODOLOGÍA	31
1. DISEÑO Y TIPO ESTUDIO	31
2. UNIVERSO Y MUESTRA	31
3. RECOLECCIÓN Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
4. PROCESAMIENTO INFORMACIÓN Y ANALISIS DE DATOS	33
5. MEDIDAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DEL ESTUDIO	33
6. LIMITACIONES	34
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
VI. RESULTADOS	36
1. REVISION DOCUMENTAL	36
1.1 INCLUSIÓN LABORAL Y SU CONTEXTO	36
1.2 EMPLEO Y DISCAPACIDAD	38
1.3 CONTEXTO DEL EMPLEO EN CHILE	45

2.	CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	53
2.1	MUESTRA PACIENTES ESQUIZOFRENIA 2004 - 2020	53
3.	RECOMENDACIONES	64
VII.	DISCUSIÓN	68
1.	RESPECTO A LOS HALLAZGOS	68
1.1	Determinantes Sociales de la Salud y Contexto Local	68
1.2	Estigma y Autoestigma	70
1.3	Determinantes Sociales de la Salud y Empleabilidad	71
1.4	¿Empleo Convencional o con Apoyo?	72
2.	RESPECTO A LAS PROPUESTAS	74
2.1	Como Mejorar las Bases de Acceso a la Inclusión Laboral	74
VIII.	CONCLUSIONES	80
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
X.	ANEXOS	85
	Anexo N°1 Recomendaciones para la Atención de Salud Mental en Personas con Discapacidad Psiquiátrica Compleja	85

Glosario

- ACT: Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT por sus siglas en inglés)
- APS: Atención Primaria de Salud
- CASR: Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio
- CDPC: Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento de Discapacidad y Salud
- COMPIN: Comisión preventiva de invalidez
- DD.SS: Determinantes Sociales de la Salud
- ECA: Empleo con Apoyo
- GES: Ley de Garantías explícitas en salud
- INE: Instituto Nacional de Estadísticas
- MIDESO: Ministerio de Desarrollo Social
- MINSAL: Ministerio de Salud de Chile
- MINTRAB: Ministerio del Trabajo y Previsión Social
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OMIL: Oficina municipal de intermediación laboral
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONG: organizaciones no gubernamentales
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- OPIL: oficina privada de intermediación laboral
- OTEC: organismo técnico de capacitación y empleo
- PBS: pensión básica solidaria
- PcD: personas con discapacidad
- SEA: Social Enterprise Alliance
- SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad
- SM: salud mental
- SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Suroriente
- TPC: trastorno psiquiátrico complejo
- UE: Unión Europea

I. RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo la construcción de recomendaciones en cuanto a los procesos de inclusión laboral para las personas con discapacidad psiquiátrica compleja de acuerdo con la legalidad vigente en Chile y el mundo, en el contexto de la nueva Ley 21.015 al respecto, dirigido a quienes se desempeñan en la atención de salud mental.

Fue una investigación cualitativa, donde se utilizaron tres metodologías: revisión documental, caracterización de la muestra por conveniencia y esquematización de las recomendaciones. Se consideraron principalmente archivos legislativos nacionales e internacionales, como también documentos sobre discapacidad psiquiátrica compleja y se revisaron textos relacionados empleabilidad. La caracterización de la muestra consideró el número total de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia desde el año 2004 al 2020, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río en contexto del Programa Ges Primer episodio de esquizofrenia. Finalmente se realizó un esquema de las principales recomendaciones generales a considerar por los prestadores sanitarios.

En relación con los modelos de inclusión laboral, no se encontró un modelo universal o particularmente aplicable, sino más bien lineamientos generales sobre cómo trabajar en inclusión laboral y discapacidad psiquiátrica compleja, con personas que provienen de contextos de vulnerabilidad social, pero que aun así se esfuerzan día a día buscar opciones para mejorar su calidad de vida.

Se entregan recomendaciones para los equipos de salud, construidas en base a los resultados de esta investigación y divididas en según nivel de intervención en políticas públicas, redes intersectoriales y manejo de la Persona con Discapacidad.

II. INTRODUCCION

El empleo es uno de los pilares fundamentales en la vida de las personas, ya que permite la subsistencia, mejora las condiciones materiales y sociales; genera satisfacción en cuanto a la remuneración y al reconocimiento social, favoreciendo de esta manera que la persona sea un agente activo en la comunidad. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), lo define como “el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos”. El derecho al trabajo, las oportunidades de empleo, la protección social y el diálogo social, son objetivos desarrollados por la OIT que han facilitado la inclusión social, la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, entre otras.

Es un desafío para la salud pública generar vías de acceso al trabajo, y más aún cuando se trata de inclusión laboral para personas con discapacidad (de ahora en adelante PcD), facilitando y fomentando el ejercicio pleno de los derechos civiles y de ciudadanía. Referirse a empleabilidad y PcD es complejo, ya que existen una serie de dificultades relacionadas al concepto de discapacidad y trabajo, tales como el establecimiento de vínculos laborales, las barreras ambientales, como también el estigma.

Existe un grupo de personas que considera que el empleo es fundamental para ellos, pero a su vez, tienen mayores dificultades para acceder a éste y mantenerlo en el largo plazo. Este grupo está conformado por las PcD psiquiátrica, ya que además de las dificultades antes mencionadas, presentan otros factores que los distancian aún más del mundo laboral, entre los que se podría mencionar el autoestigma, baja autoestima, dificultades relacionales, entre otros.

El área de desarrollo de esta investigación es conocer lo que ocurre con este grupo de personas cuando se enfrentan al mundo laboral, ya que las estadísticas indican que, dentro de las PcD, aquellos que presentan cuadros psiquiátricos tienen aún menos oportunidades laborales.

La Ley que “Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral” (Ley N° 21.015), promulgada en Chile en el año 2017, da una oportunidad de revisar cómo es y qué ofrece la inclusión laboral para las PcD psiquiátrica. Brevemente, esta Ley impulsa a las empresas públicas y privadas a la contratación de PcD en relación con un porcentaje de trabajadores contratados.

Existen estrategias desarrolladas en Chile que responden a la necesidad que impone esta nueva legislación, entre las que se puede encontrar los centros de capacitación laboral, talleres protegidos, oferta de cursos de capacitación presenciales y a distancia, entre otros. Lamentablemente, en la ley no se hace referencia a los modelos de inclusión que pudiesen o debiesen implementarse, quedando ante un escenario incierto en cuanto a la forma de hacer inclusión laboral.

La investigadora principal cuenta con una vasta experiencia en salud mental, dado que su trabajo es con PcD psiquiátrica, principalmente con quienes presentan el diagnóstico de esquizofrenia. Emerge la necesidad de conocer qué es lo que existe en Chile y el mundo en materia de empleabilidad, y si es que hay posibilidades reales de hacer inclusión laboral bajo esta nueva legalidad. Se configura así, una interesante oportunidad de investigación, ya que desde la perspectiva de la atención de salud mental existe poca evidencia en contextos comparables al chileno respecto a la implementación de iniciativas con este nivel de complejidad, vale decir, empleabilidad y esquizofrenia.

Se espera que esta investigación sea un aporte para quienes se desarrollan en esta área, ya que en base a la experiencia laboral se entrega una mirada integral sobre el problema, permitiendo convertir esta investigación en un ejercicio académico riguroso, pero a la vez práctico para quienes se desempeñen en roles y contexto similares.

III. MARCO TEÓRICO

El presente marco se divide en dos pilares fundamentales, el primero analiza el marco normativo actual sobre discapacidad y empleabilidad en nuestro país y el segundo pilar habla sobre la salud mental y su relación con la discapacidad psiquiátrica.

1. MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE DISCAPACIDAD

En esta sección se revisa el escenario legal a nivel internacional, luego se enfatiza en la legalidad de nuestro país, para finalmente conocer sobre la Ley de inclusión laboral en Chile.

1.1 Legalidad Internacional

En materia internacional, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde sus inicios ha publicado documentos relevantes sobre los derechos humanos, los cuales han sido utilizados por los Estados parte como marco referencial. La “Declaración Internacional de los Derechos Humanos” (1948) históricamente ha reconocido que la dignidad intrínseca y la igualdad de derechos son fundamentales en todas las personas. Al ser ratificado por el gobierno de Chile, dicho acuerdo se instala en la legalidad del país. (Organización de Naciones Unidas (ONU), 2013)

La “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (CDPC) (2006), reconoce el derecho de las PcD a trabajar en igualdad de condiciones, ganarse la vida mediante un trabajo elegido de manera autónoma, con espacios laborales inclusivos y accesibles para todos. Los Estados parte protegen y promueven el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieren una discapacidad durante el empleo. Esta acción, prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en todo lo relacionado con el empleo, ya que protege los derechos de las PcD. Además, certifica que las PcD puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales en igualdad de condiciones y entiende por “discriminación” cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades

fundamentales en el ámbito político, económico, social, cultural, civil, entre otros. (Presidencia del Gobierno de Aragón, 2019)

Esta Convención obliga a los Estados parte a comprometerse a tomar las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en ésta y además a modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las PcD.(Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2017).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), tiene dos convenios que condenan la discriminación en el empleo y la ocupación, las cuales son claves para avanzar en la igualdad de trato. El primero de ellos es el Convenio N°100 sobre igualdad de remuneraciones del año 1951, que consagra el principio internacional de “igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor”; éste fue ratificado por Chile en el año 1971. El Convenio N° 111 sobre la discriminación del año 1958, ratificado por Chile también en el año 1971; en éste se entiende por discriminación “cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación”. Se señala, además, que las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado no serán consideradas como discriminación. (Alexandra & Jácome, 2015)

En cuanto a la discriminación laboral por discapacidad, el Estado Chileno en el año 2008 ratificó Convención de las Naciones Unidas sobre las PcD, reconociendo el derecho a trabajar en igualdad de condiciones, lo que incluye el derecho a tener la oportunidad del trabajo libre, elegido y aceptado, en un entorno inclusivo y accesible.

Como vemos, existen diversos cuerpos legales que responden a intereses sectoriales, que son parte del escenario en el que se desenvuelve la inclusión laboral y con la que está lidiando actualmente la implementación de la Ley 21.015.

1.2 Legalidad Nacional

En materia de discapacidad y empleo, la legalidad en Chile cuenta con cimientos tales como la Constitución Política del Estado de Chile, el Código del Trabajo, la Ley de discapacidad, y la reciente ley de inclusión laboral.

La Constitución Política de 1980 (Gobierno de Chile, 1998) considera dentro de sus bases institucionales que las personas nacen libres e iguales en cuanto a la dignidad y al derecho y, además, refiere que el Estado de Chile tiene como deber promover el bien común creando condiciones sociales que permita que los integrantes de la comunidad del país puedan realizarse espiritual y materialmente, dentro de lo posible.

La Constitución indica que el Estado debe respetar y promover los acuerdos internacionales que hayan sido ratificados y que estén vigentes, como lo es la ya citada ¹Convención de los Derechos Humanos. Una parte fundamental de la Constitución es que asegura el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica de cada persona; además hace hincapié en la igualdad ante la ley, aludiendo a que en Chile no habría grupos privilegiados.(Gobierno de Chile, 2006)

En cuanto a la salud, la Constitución otorga el derecho a la protección de la salud, favoreciendo el acceso libre e igualitario a acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la persona; también hace referencia a la educación, indicando que es un derecho que tiene como objetivo alcanzar el pleno desarrollo de la persona en distintas etapas de la vida y en cuanto al trabajo, habla de la libertad del trabajo y su protección, prohibiendo todo tipo de discriminación que no tenga a la base la idoneidad y la capacidad de la persona; estableciendo además que ningún trabajo es prohibido, salvo los que se opongan a la moral, a la seguridad y a la salubridad. (Ministerio de Planificación, 2010)

¹ La DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS es un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones promuevan el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universal y efectivo, entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

En el año 2010 entró en vigencia la Ley N° 20.422 que “Establece Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”, la cual reemplazó la Ley N° 19.284 que establecía las normas para la plena integración de las PcD. La Ley de igualdad de oportunidades señala que es deber del Estado garantizar a las PcD el acceso a los establecimientos educacionales, como además contemplar planes de inclusión escolar fomentando la participación de todos los actores involucrados. Se entiende aquí como igualdad de oportunidades, que no haya discriminación cuya razón sea la discapacidad, como también, la adopción de medidas que compensen las desventajas de participación plena en la vida política, educacional, laboral, social, económica y cultural.

Los principios rectores de la Ley N° 20.422, son el acceso a una vida independiente, el diseño universal, la intersectorialidad, la participación y el diálogo social. Esta Ley modernizó el antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad y trajo consigo la creación del Registro Nacional de la Discapacidad. (Ministerio de Salud de Chile, 1996)

En cuanto a la cobertura de leyes en salud mental, en el documento de Minoletti y Sepúlveda, se señala que Chile ha realizado avances en la atención sin el respaldo de una ley de salud mental propiamente tal, aunque sí ha contado con distintas leyes y decretos, ya descritos anteriormente, que incluyen el resguardo de derechos para las PcD mental. Entre los componentes que regulan la legalidad chilena para las PcD mental, se encuentra la Ley de Garantías explícitas en salud (2004) permitiendo acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en 80 problemas de salud, 5 de ellos son de la esfera de salud mental (trastorno afectivo bipolar, depresión en mayores de 15 años, Alzheimer, esquizofrenia, consumo problemático de alcohol y drogas). También, La Ley de Inclusión social de personas con discapacidad (2010), brinda las normas para el funcionamiento de nuevas estructuras comunitarias, tales como: hogares protegidos (2000), residencias protegidas (2006), centros de salud mental comunitaria (2008). La Ley de Derechos y deberes en la atención en salud (2012), la cual regula tratamientos invasivos, hospitalizaciones involuntarias, uso de aislamiento o contención, consentimiento, investigaciones y comisiones de protección. (Minoletti et al., 2018)

1.3 Ley 21.015 “Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral”

Para efectos de la presente investigación, la ley descrita a continuación marca un hito, dado que con ésta se han generado oportunidades de participación laboral en empleos competitivos, beneficiando a diversas PcD.

La Ley que “Incentiva la Inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral”, N° 21.015, tiene por objeto incentivar, tanto en los organismos del Estado como en empresas privadas, la inclusión laboral de PcD en igualdad de condiciones, prohibiendo todo acto discriminatorio por esta condición. La ley establece que, en caso de existir más de cien funcionarios o trabajadores, al menos el 1% de la dotación debe incluir PcD, quienes deberán contar con la ²credencial de discapacidad y/o ³ pensión de invalidez. Sólo por razones fundadas las instituciones públicas o empresas privadas podrán justificar el no cumplimiento total o parcial de esta normativa, existiendo medidas alternativas. Esta Ley derogó el artículo N° 16 de la Ley N° 18.600 (vigente por más de 30 años) la cual establecía normas sobre los “deficientes mentales” y que refería: “En el contrato de trabajo que celebre la persona con discapacidad mental, podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo”, permitiendo que no se aplicara una remuneración justa. (Gobierno de Chile, 2017a)

Para el cumplimiento de esta Ley, se consideran definiciones específicas en cuanto a jornada de trabajo, la cual no podrá exceder las 45 horas semanales, ni 10 horas diarias, según lo establecido en el Código del Trabajo. Junto a ello, para dar cumplimiento al 1% de la contratación de PcD se excluyen los contratos a honorarios.

² Credencial de discapacidad: Este documento contiene la individualización completa de la persona inscrita en el Registro Nacional de la Discapacidad. La credencial es emitida por el Servicio de Registro Civil e Identificación. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/53028-credencial-de-discapacidad>

³ Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI): Permite acceder a un monto de dinero a personas entre 18 años y menores de 65 años que son declaradas con invalidez y que no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/5178-pension-basica-solidaria-de-invalidez-pbsi>

Las entidades que se encargan de la fiscalización son el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Desarrollo Social. Existen medidas excepcionales para los casos en que no se puedan hacer efectivas las contrataciones de PcD. Estas son la donación de dinero a programas, corporaciones o proyectos que tengan directa relación con la inclusión laboral; o la contratación de prestación de servicios con empresas que ya tengan contratadas a PcD. (Gobierno de Chile, 2017b)

El Código del Trabajo reúne casi la totalidad de las reglas sobre el trabajo dependiente común u ordinario y aborda el reglamento interno de la empresa y su efecto en la contratación y la terminación del contrato de trabajo, la capacitación ocupacional, el trabajo en régimen de subcontratación y en empresas de servicios transitorios. También se enfoca en la protección de la maternidad, en los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como en la regulación de sanciones en materia de acoso sexual. Además, modera las organizaciones sindicales, en cuanto a su constitución, estatutos, directorio, asambleas, patrimonio sindical, federaciones y centrales sindicales. Por último, forma parte de los juicios del trabajo, en cuanto a los principios formativos del proceso, procedimiento, reclamación de multas y además resoluciones administrativas, la fiscalización de las leyes laborales, las sanciones y la prescripción o extinción de derechos o de su ejercicio.

En este Código, destaca que “los actos de discriminación son contrarios a los principios de las leyes laborales, ya que éstos son las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en motivos de raza, color, sexo, edad, estado civil, sindicación, religión, opinión política, nacionalidad, ascendencia nacional u origen social, que tengan por objeto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación”. Por Ley, lo único que se puede exigir para postular a un trabajo son las "distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado", vale decir, las especialidades técnicas de cada persona pueden ser requisito para optar a un empleo. Son actos de discriminación las ofertas de trabajo efectuadas directamente por un empleador o a través de terceros, que soliciten como requisito las condiciones como raza, sexo, color, discapacidad, entre otros. (Gobierno de Chile, 2017b)

Como vimos en la Constitución Política, establece en su artículo 19 N° 16 la libertad del trabajo y su protección, disponiendo la prohibición “de cualquier discriminación que no se base en la capacidad o idoneidad personal, sin perjuicio de que la ley pueda exigir la nacionalidad chilena o límites de edad para determinados casos”. Esta norma es relevante en materia de discriminación laboral porque expresamente consagra que el “establecimiento de distinciones odiosas o infundadas que busquen favorecer o perjudicar a alguien, basadas en el mero arbitrio o capricho del empleador” se encuentran prohibidas y en consecuencia, “todas las normas restantes del sistema jurídico deben ajustarse a dicha disposición, considerando que la discriminación es un ilícito a nivel Constitucional”. (Ministerio de Desarrollo Social, 2017b)

2. SALUD MENTAL

En esta sección se abordan los conceptos generales de salud mental y discapacidad, en especial sobre el diagnóstico de esquizofrenia, y se revisan finalmente diversos abordajes e intervenciones en esta área.

2.1 Salud Mental y Discapacidad

La OMS define salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La dimensión positiva de la salud mental de la OMS destaca “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Para el Ministerio de Salud de Chile, es “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

Respecto a la “Discapacidad”, la Clasificación Internacional de Funcionamiento de Discapacidad y Salud (CIF), constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Entiende el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. Esta definición posee 4 componentes que son utilizados para medir el nivel de discapacidad y funcionamiento, estos son: funciones y estructuras corporales; actividad y participación; factores ambientales y, por último, los factores personales. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001)

Por otro lado, la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las PcD, reconociendo que la discapacidad es un “concepto que evoluciona”, ya que el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias, las barreras actitudinales y del entorno evitan una participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. (Gobierno de Navarra, 2019)

Se pueden lograr avances para mejorar la participación social abordando las barreras que impiden a las PcD desenvolverse en su vida cotidiana, pero como es un concepto que evoluciona, irá dependiendo del afrontamiento que le brinde cada cultura. (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2018)

En consecuencia, se entiende que la discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia; debería verse como algo que no es ni puramente médico ni puramente social, ya que las PcD experimentan problemas que trascienden su condición de salud. Por esta razón, se requiere de un enfoque que aborde los distintos aspectos del sujeto. La repercusión que tiene el ambiente sobre la experiencia y el grado de discapacidad de la persona es sustancial, ya que los ambientes inaccesibles crean discapacidad al generar barreras que impiden la participación y la inclusión. La salud también se ve afectada por los factores ambientales, como agua potable y saneamiento, nutrición, pobreza, condiciones laborales, clima o acceso a la atención médica, es así como lo afirma la Comisión sobre Determinantes Sociales de la

Salud (DD.SS) de la OMS, reafirmando que la desigualdad es una de las principales causas de mala salud y discapacidad. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007)

Según el Informe Mundial de Discapacidad, las personas que sufren problemas de salud mental o deficiencias intelectuales parecen ser las que presentan mayores desventajas, en comparación con las personas que poseen deficiencias físicas o sensoriales (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013). Cada persona tiene sus preferencias y respuestas personales ante la discapacidad; aunque ésta se correlaciona con el concepto “desventaja”, no todas las PcD tienen las mismas oportunidades o el mismo desarrollo, sumado a que poseen una diversidad de factores personales como diferencias de género, edad, condición socioeconómica, sexualidad, origen étnico o legado cultural.

La discapacidad posee un vínculo bidireccional con la pobreza, ya que con discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza y la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad, situación que será revisada más adelante. Un creciente conjunto de datos empíricos de todo el mundo indica que es más probable que las PcD y sus familias experimenten desventajas económicas y sociales que aquellas familias sin PcD; es así como se empeora el bienestar social y económico, repercutiendo negativamente sobre la educación, el empleo y el aumento de los gastos vinculados a la discapacidad. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013)

Las PcD tienen más probabilidades de estar desempleadas y generan menos ingresos, incluso cuando logran obtener un empleo. Los resultados relativos al empleo y los ingresos empeoran con la gravedad de la discapacidad. Es más difícil que se beneficien del desarrollo y escapen de la pobreza debido a la discriminación en el empleo, el acceso limitado al transporte y la falta de acceso a los recursos para promover el autoempleo y las actividades de subsistencia. Por lo tanto, tienen que enfrentarse a costos vinculados a la atención médica o la necesidad de contar con apoyo y asistencia personales, necesitando más recursos para lograr los mismos resultados que las personas que no poseen discapacidad.

2.2 Contexto Epidemiológico de Salud Mental a Nivel Mundial y Nacional

A nivel mundial, según datos de la OMS del año 2005, el 31,7% de los años vividos con discapacidad se atribuyen a condiciones neuropsiquiátricas; las cinco mayores contribuciones son depresión unipolar (11,8%), trastornos relacionados con el uso de alcohol (3,3%), esquizofrenia (2,8%), depresión bipolar (2,4%) y demencia (1,6%).

La interacción entre los trastornos mentales y discapacidad es más compleja y extensa que lo sugerido en el informe de la OMS: “Los trastornos mentales también contribuyen a la mortalidad. Las estimaciones de la OMS del 2005 muestran que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de 1,2 millones de muertes cada año y de 1,4% de todos los años de vida perdidos (la mayoría por demencia, enfermedad de Parkinson y epilepsia). Se estima que más de 400.000 muertes son atribuidas a los trastornos mentales y 182.000 a problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas, aunque estas cifras pueden estar ciertamente subestimadas.”. (Rodríguez, Kohn, & Aguilar-gaxiola, 2009)

Los trastornos psiquiátricos severos afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, jóvenes y mujeres; impactan de manera particular a personas de pueblos originarios y se ha constatado que empiezan tempranamente en la vida (niños y niñas de 4 a 11 años, presentes en un 27,8%). Lamentablemente, la pobreza infantil es un factor de riesgo para la adquisición de enfermedades mentales a lo largo de la vida y en Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4%, en comparación con el 12,7% de las personas entre los 18 y 59 años. (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

En Chile, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, establece que hay 348.057 PcD mental, correspondiente a un 2,2% de la población total. Este estudio muestra que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en la infancia y 14 veces más en población adulta mayor. En grupos con condición socioeconómica baja la discapacidad es 2 veces más frecuente que en población con condición socioeconómica media alta. (Ministerio de Desarrollo Social, 2016). Los adultos y adultos mayores de bajos recursos, tienen más probabilidades de desarrollar una patología de salud mental.

En general, las PcD tienen un promedio inferior de escolaridad (8,6) respecto a las personas sin discapacidad (11,6). El 7,4% de las PcD no cuenta con educación formal; el 23,4% sólo cuenta con enseñanza básica incompleta y respecto a la educación superior el 15% tiene estudios, ya sean completos o incompletos a diferencia del 35% de las personas sin discapacidad. (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2016)

En cuanto a la situación laboral, SENADIS informa que el 12,9% (2.068.072) de la población de Chile presenta algún tipo de discapacidad y que, de este porcentaje, sólo el 30% de las PcD mayores de 15 años realizan un trabajo remunerado, y el 70% restante (1.447.651) no lo hace.

De los más de dos millones de PcD, un 39,3% cuenta con una ocupación, mientras que un 57,2% está inactivo. Se considera que la fuerza laboral es el resultado de la suma de personas ocupadas y desocupadas, siendo así, la tasa de participación laboral en las personas sin discapacidad alcanza casi al 70%; en las PcD leve a moderada un 56% y en las PcD severa es de un 24,3%. (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2016)

En relación con el grupo de inactivos (57,2%) un 42,6% son jubilados (por discapacidad); un 34,8% presenta alguna enfermedad; un 11,5% realiza quehaceres del hogar; un 2,4% es estudiante y un 7,9% refiere otras razones. (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2013)

Según el Estudio de Inclusión Laboral de PcD (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2017), la situación demográfica en Chile respecto a la población con discapacidad se conforma en cuanto al sexo de la población con o sin discapacidad, existiendo brechas de género, donde la fuerza laboral tiene un predominio masculino de un 81,9% en las personas sin discapacidad y de un 53,1% en las PcD. En relación a las edades, un 8,3% tiene entre 18 a 29 años; un 12,7% entre 30 a 44 años; un 31,8% entre 45 a 59 años y un 47,2% entre 60 años y más; siendo así, un 53% se encuentra en edad productiva.

Las PcD psiquiátrica severa consiguen menos empleos que las personas con otros cuadros clínicos, siendo alrededor de un 90% los desempleados y en caso de trabajar, lo pierden dentro de un plazo 6 meses.

Cuando se plantean directrices de inclusión laboral en PcD psiquiátrica severa, se debe considerar que presentan dificultades que entorpecen la integración laboral plena, entre las cuales se destaca la afectación de áreas cognitivas, afectivas y relacionales, el inicio temprano del cuadro, asociado a escasa formación académica y profesional; y por último, las barreras sociales, ya que estigmatizan a la persona y generan prejuicios, dando como resultado la desmotivación con la búsqueda de oportunidades laborales y sociales. (López Menéndez, 2008)

2.3 Trastorno Psiquiátrico Complejo

El trastorno psiquiátrico complejo (TPC) agrupa a un conjunto de personas que comparten problemas comunes, tales como la desestructuración social, familiar y la discapacidad producida por una enfermedad mental persistente a lo largo de la vida. Abordar esta condición requiere de intervenciones y recursos asistenciales que exceden ampliamente el contexto de salud, extendiéndose al sector comunitario, social, laboral, educativo y judicial. (Nieto, 1975)

Si bien, son muchas las patologías que se enmarcan bajo el concepto de TPC, se aborda principalmente la esquizofrenia, dado que es la patología de salud mental que genera mayor deterioro funcional. (Ministerio de Salud de Chile, 2009a)

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por distorsiones perceptuales y alteraciones del pensamiento, las cuales se presentan sin alteración de conciencia ni intelectual. Es de curso variable, ya que hay personas que presentan síntomas persistentes a lo largo de la vida, como también, personas con síntomas que no interfieren en su desempeño social ni laboral. La gravedad de esta enfermedad radica en que si no es bien diagnosticado y abordado puede ser altamente discapacitante y, generar disfuncionalidad, lo que trae consigo dificultades en diversas áreas de desempeño, (relacional, social y emocional) afectando a la persona, su familia y el entorno. (Ministerio de Salud de Chile: Subsecretaria de Salud, 2009)

Determinar cuál es el origen de la esquizofrenia es complejo, ya que al parecer se trataría de un grupo de enfermedades que comparten un núcleo común de signos y

síntomas, a lo cual se le suman las vulnerabilidades sociales y genéticas, pero aún no existe claridad sobre cuáles serían los genes específicos involucrados en la etiología de la enfermedad. Existen teorías de que habría factores asociados a su desarrollo, como el vivir en áreas urbanas, la inmigración personal o familiar, las complicaciones obstétricas perinatales, exposición de la madre al virus herpes, entre otras. Siendo este el escenario, se enfatiza en el abordaje de la enfermedad, facilitando la recuperación a través de potenciar la autonomía y funcionalidad de la persona, independiente del origen de su cuadro. Sin embargo, se hace necesario seguir investigando con el fin de conocer cuáles serían los factores predictores de esta patología y así enfocarse en la prevención.

En relación con las patologías que se asocian con la esquizofrenia, se pueden encontrar cuadros depresivos, ansiosos, abuso de tabaco, alcohol y drogas, complejizando aún más el pronóstico propio de la enfermedad. (Ministerio de Salud de Chile: Subsecretaría de Salud, 2009)

La esquizofrenia se manifiesta de manera polimorfa, requiriendo de al menos, entre 2 a 6 meses de evaluación por parte de un equipo multidisciplinario. Respecto a los síntomas, estos pueden dividirse en cuatro grupos: positivos, negativos, afectivos y cognitivos. Cabe señalar aquí, que ninguno es patognomónico de la enfermedad, lo que hace que el diagnóstico sea aún más complejo. *Grosso modo*, los síntomas positivos corresponden a una distorsión de la realidad; los negativos, que son los más frecuentes, se caracterizan por aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y apatía; este grupo de síntomas generalmente es el responsable de la pérdida de funcionalidad de la persona, además pueden aparecer aun cuando haya presencia de síntomas positivos (Ministerio de Salud de Chile, 2009b). Los síntomas afectivos no son los predominantes en esta patología, pero en caso de haber una fluctuación anímica importante se podría tratar de un cuadro esquizoafectivo, considerando que en los cuadros anímicos con síntomas psicóticos primero aparecerán los síntomas anímicos y luego los psicóticos; y al revés, en los pacientes primariamente psicóticos primero aparecerá lo psicótico y luego lo afectivo en forma secundaria. En cuanto a los síntomas cognitivos, se hace difícil distinguir si estos están presentes a causa de la enfermedad o porque hay un

compromiso cerebral, dado que algunas alteraciones aparecen cuando se inicia el cuadro, siendo indetectables; se considera que las alteraciones cognitivas pueden incrementarse por el uso de ciertos fármacos y la presencia de múltiples episodios psicóticos en un corto tiempo, por esta razón, se debe trabajar precozmente en rehabilitación neurocognitiva y funcionalidad. (Ministerio de Salud de Chile, 2009b)

En relación con el tratamiento, se aborda principalmente a través de intervenciones clínicas, psicosociales y comunitarias. Brevemente, en cuanto a la farmacoterapia actúa a través de cuatro grupos de medicamentos, los antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos. Dado el tenor de esta investigación, no se hace necesario profundizar en psicofarmacología, ya que es un tema que ha sido investigado y cuenta con una vasta evidencia sobre su efectividad, no así las intervenciones psicosociales, las cuales son fundamentales para llevar a cabo el proceso de inclusión laboral.

El equipo de Investigación de Resultados del Paciente con Esquizofrenia (PORT), publicó en el año 2010 (Buchanan et al., 2010) los resultados de las revisiones de intervenciones psicosociales, dando cuenta de cuáles son las más relevantes y las recomendaciones para cada una de éstas. Las revisaremos en los siguientes párrafos.

1. Todo sistema de atención para personas con esquizofrenia debe contar con un programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT por sus siglas en inglés), este se brinda a quienes han tenido múltiples hospitalizaciones o que estén en situación de calle, se comprobó que reduce significativamente las hospitalizaciones entre las personas con esquizofrenia. Se trabaja en equipo multidisciplinario, la carga de los casos es compartida y se entrega provisión directa de servicios.
2. El Empleo con Apoyo (ECA) se ofrece a toda persona con esquizofrenia que desea emplearse. Se considera el desarrollo de puestos de trabajos individualizados, la búsqueda rápida de empleo, la disponibilidad de apoyo continuo para el trabajo, integrados con los servicios de salud mental. Su rol principal es entregar apoyo en la obtención y mantención del trabajo competitivo.

3. El Entrenamiento de Habilidades se ofrece a las personas que presentan dificultades en las habilidades y destrezas necesarias para las actividades de la vida diaria. En estos programas se considera trabajar en el modelamiento de roles, la retroalimentación correctiva y el refuerzo positivo. El entrenamiento en habilidades brindado en entornos clínicos se complementa con estrategias que garanticen una práctica adecuada de las habilidades en los entornos cotidianos de la persona. Es decir, se ofrece capacitación para mejorar las interacciones sociales, desarrollo de la autonomía y potenciar el funcionamiento del sujeto en comunidad.
4. La terapia cognitivo conductual se ofrece a las personas con síntomas psicóticos persistentes, de manera paralela al tratamiento farmacológico. Ayuda a reducir la gravedad de los síntomas. Incluye la identificación de problemas o síntomas específicos y el desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales para el enfrentamiento y reconocimiento de los síntomas.
5. Las Intervenciones de economía de fichas se utilizan como refuerzo positivo para conductas definidas, en un enfoque de tratamiento individualizado. Se llevan a cabo en un entorno seguro brindando a la persona el acceso a servicios básicos, tratamiento farmacológico y toda la gama de intervenciones psicosociales recomendadas.
6. Los Servicios basados en la familia, reducen las tasas de recaída y rehospitalización. Se han encontrado otros beneficios para las personas y sus familias, como una mejor adherencia a fármacos, reducción de los síntomas psiquiátricos y de los niveles de estrés. Las familias tienen menores niveles de carga y angustia y mejores relaciones entre sí. Es fundamental educar a las familias sobre enfermedades, intervención en crisis, brindar apoyo emocional y capacitar sobre cómo abordar los síntomas de la enfermedad y los problemas asociados.
7. Las Intervenciones psicosociales para el alcohol y los trastornos por uso de sustancias, se brindan a las personas con esquizofrenia y un trastorno por consumo de alcohol o drogas. La duración del tratamiento no se ha especificado, pero tanto las intervenciones breves (de 1 a 6), como las intervenciones extendidas (de 10 o más) reducen el consumo de sustancias, mejoran los síntomas y el funcionamiento psiquiátrico.

8. Finalmente, las intervenciones psicosociales para el control del peso se destinan a las personas con sobrepeso (índice de masa corporal 25.0-29.9) u obesas (índice de masa corporal mayor o igual a 30.0), quienes deben recibir una intervención psicosocial de pérdida de peso de al menos 3 meses de duración. También se aborda la autogestión conductual, la cual incluye ámbitos motivacionales, el establecimiento de metas; control de peso regular; autocontrol de los niveles diarios de alimentos y actividades; y modificaciones dietéticas y de actividad física. (Buchanan et al., 2010)

2.4 La Ocupación Humana y su relevancia para PcD

Se entiende por Ocupación Humana el grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas, la cual está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad y es un término esencial de la terapia ocupacional. Para comprender el funcionamiento general de la Ocupación Humana, se debe tener claro que ésta consta de diversos componentes para que pueda llevarse a cabo de manera efectiva. (Melissa Flores, 2015). Uno de los componentes son las áreas ocupacionales, que contempla las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. También son importantes las habilidades de desempeño, relacionadas a las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación; para que éstas se lleven a cabo se requieren patrones de desempeño, tales como hábitos, rutinas y roles. Otro componente relevante es el entorno, contemplando el entorno físico, cultural, social, personal, espiritual, temporal y virtual, es decir, todos los contextos en los cuales suelen relacionarse los individuos.

Es importante destacar que toda actividad tiene demandas, requiriendo de las destrezas descritas anteriormente para ejecutarlas, estas demandas tienen relación con las exigencias sociales, del espacio, del tiempo; por tanto, toda persona necesitará de las funciones y estructuras corporales para llevar a cabo una actividad (Corregidor, 2010) por ende, si se considera que el empleo es un componente del área ocupacional, que requiere de ciertas destrezas y habilidades para su correcta ejecución, es gracias a los patrones de desempeño que puede llevarse a cabo con regularidad en un contexto que facilite su desarrollo.

En la Ciencia de la Ocupación, el acto de realizar cualquier actividad con propósito y significado se transforma en Ocupación Humana; siendo el propósito el motor del proceso, donde existe una anticipación del resultado de la actividad a realizar; en cuanto al significado intervienen diversos factores que van desde lo afectivo hasta lo social y es aquí donde se desarrolla un procesamiento que es personal, complejo e inconsciente. El sentido del hacer a través del tiempo es parte de la identidad de la persona, la cual en el transcurso de la vida puede modificarse, reafirmarse y tomar conciencia. Todos estos factores dan una imagen positiva o negativa de la propia habilidad y aceptación social de la persona. Las Ocupaciones son agentes vitales que ayudan a organizar la vida, entregan significado y crean identidad. Desde esta perspectiva, la recuperación permite a la PcD alcanzar un nivel de funcionalidad y autonomía, accediendo a una mejor calidad de vida. (Morrison, Olivares, & Vidal, 2011)

2.5 Estrategia Nacional de Abordaje de PcD en el Sector Sanitario

En base al documento de Minoletti y Sepúlveda, se describe que en los años 90' nuestro país se encontraba con una oferta de salud mental centrada en cuatro instituciones psiquiátricas, las cuales disponían de 74% del presupuesto de salud mental, se formula entonces el primer Plan Nacional de Salud Mental. Dicho Plan concretaba el desarrollo de la salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS), sumado a una red de servicios de especialidad en toda la red de salud pública. Se favoreció la instalación de centros de salud mental comunitarios y la reinserción social de las PcD Mental. (Minoletti et al., 2018)

En el año 2000 se puso en marcha un segundo Plan Nacional, redefiniendo la Red de Salud Mental Comunitaria, posicionándose en la especialidad ambulatoria en base al modelo de la APS. Se introdujeron los hospitales de día, se instalaron los Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales y se enfatizó en el trabajo de desinstitutionalización mediante hogares y residencias protegidas y programas de rehabilitación psicosocial entre los que destacan los centros de rehabilitación laboral. (Ministerio de Salud de Chile, 2017) Se planteó la transferencia gradual de recursos de los hospitales psiquiátricos a la Red de SM. Se definieron las necesidades presupuestarias y propuso como meta la asignación de 5% del presupuesto de Salud para la SM.

En el año 2017, se lanza el tercer Plan Nacional de SM, el cual se focaliza en la legislación y los derechos humanos, la provisión de servicios, la intersectorialidad y la participación, entre otros. Cabe señalar, que aún funcionan tres de los cuatro hospitales psiquiátricos en sus áreas sanitarias, persistiendo con personas institucionalizadas y coexistiendo con la especialidad ambulatoria en hospitales y en la comunidad, sumado a una insuficiente inclusión de SM en el Modelo de Salud Familiar de APS y una escasa colaboración intersectorial.

En cuanto a las variaciones geográficas en el desarrollo de Servicios de SM, han influido las diferentes capacidades de gestión de recursos a nivel local, la actitud favorable de los diversos gestores de Servicios y Hospitales Psiquiátricos respecto al proceso de transformación del modelo asilar hacia el comunitario (Minoletti et al., 2018)

2.6 Índice Macroeconómico y Empleo PcD

En este escenario descrito, la evolución de los cambios económicos, sociales y políticos, derivados de la situación del mercado laboral, tales como la internacionalización y globalización de los procesos económicos, automatización de los procesos industriales, incremento de la competitividad, disminución del trabajo físico, demanda de un mayor nivel de calificación laboral, entre otros, influyen en que las PcD presenten dificultades para emplearse y para mantener un empleo. A esto, se suma el prejuicio social o estigma, ya que las empresas públicas y privadas, poseen una imagen negativa de las PcD psiquiátrica, consideradas incapaces de ejercer el rol de trabajador productivo en el mercado laboral convencional, situación que se ve reflejada en la economía mundial.

La discapacidad en su amplio espectro está cuantificada dentro del ámbito macroeconómico mundial. El Banco Mundial, estima que el desempleo de las PcD representa una pérdida del Producto Interno Bruto (PIB) que oscila entre el 5% y el 7% en países latinoamericanos; razón por la cual este sector económico, se interesa en potenciar la empleabilidad para las PcD, considerando ofrecer oportunidades de empleo a esta población, facilitando así una mejora en su calidad de vida y poder adquisitivo para sumar así, esfuerzos en torno a la reactivación de las economías.

Para contextualizar y poner en perspectiva el párrafo anterior, América Latina y el Caribe representa el 8% del PIB global y de la población mundial. Las economías de ingreso alto, donde vive el 17% de la población mundial, representa el 49% del PIB mundial. Las economías de ingreso mediano alto y mediano bajo, albergan al 36% y al 40% de la población mundial, contribuyendo con un PIB del 34% y 16%, respectivamente. Las economías de ingreso bajo, donde vive el 8% de la población mundial, la proporción es al 1%. De acuerdo a lo revisado, a nivel global el PIB per cápita promedio para todos los países es de aproximadamente US 16.500 (PIB más alto, Estados Unidos US 58.000 y PIB más bajo, África US3.600). Para la región de América Latina y el Caribe, el PIB per cápita es de US 16.000.

2.7 Antecedentes Relevantes sobre el Financiamiento Salud Mental en Chile

Según el informe de la OMS y del MINSAL, el año 2007 el sector público destinó 2,14% del presupuesto total de salud a salud mental, al año 2012 fue de 2,16%, cifra que estaba muy debajo del 5% propuesto por el Plan Nacional de SM en el año 2010. Comparado con otros países de ingreso alto y medio alto, el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental sitúa a Chile muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como Estados Unidos (6%), Australia (9,6%), Inglaterra (10%), Suecia y Nueva Zelanda (11%) y al promedio mundial (2,8%). A pesar de los esfuerzos de quienes prestan servicios de salud mental, las condiciones de financiamiento son insuficientes para alcanzar los objetivos trazados en materia de promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, al menos desde el sector sanitario. (Vohringer & Errazuriz, 2020)

Para dar cumplimiento con los objetivos sanitarios 2011- 2020, se llevó a cabo la Estrategia Nacional de Salud del año 2011, conocida como “Elige Vivir Sano”. Esta toma conocimiento que las enfermedades mentales empeoran la calidad de vida, aumentan el riesgo de enfermedades físicas y tienen un costo económico muy alto para el país; por tanto, contempló 50 objetivos de salud, de los cuales 4 tienen relación directa con metas de salud mental (disminuir la prevalencia de discapacidad; reducir el consumo y riesgo

asociado al alcohol; disminuir el consumo de drogas ilícitas y por último, disminuir la mortalidad adolescente asociada a suicidios). Esta estrategia buscaba seguir el ejemplo de países como Inglaterra y Australia en cuanto al posicionamiento de la salud mental como una prioridad de política pública.

“La evidencia económica indica que existen intervenciones en trastornos mentales que son eficaces, rentables y accesibles, por esta razón, el contar con un tratamiento adecuado se relaciona con la disminución de días de trabajo perdidos e incapacidad laboral, ya que mejoran los indicadores de salud de esta población. La inversión en salud mental dirigida a la promoción, prevención y detección temprana de trastornos mentales produce un retorno de la inversión inicial en un plazo menor a 5 años”. (Vohringer & Errazuriz, 2020) En este contexto, el desarrollo de Políticas Públicas orientadas a la prevención y promoción de la salud mental ayuda a reducir el estigma asociado a las personas con trastorno mental, mejorando así el entorno social y económico del país. Es evidente que la inversión en inclusión laboral de PcD es un ejemplo que resulta paradigmático de lo aquí señalado.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVO GENERAL

Construir recomendaciones en cuanto a los procesos de inclusión laboral para PcD psiquiátrica compleja de acuerdo con la legalidad vigente en Chile y el mundo, desde la perspectiva de atención en salud mental.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1 Conocer el estado del arte sobre inclusión laboral y discapacidad.
- 2.2 Identificar las estrategias de inclusión laboral para PcD psiquiátrica severa, presentes en la literatura nacional e internacional, planes, programas, políticas públicas, entre otras.
- 2.3 Caracterizar a la población que presenta trastorno psiquiátrico severo, desde una perspectiva social, laboral y económica.
- 2.4 Analizar la información recogida desde la perspectiva de la atención de salud mental.
- 2.5 Formular recomendaciones sobre el proceso de inclusión laboral para PcD psiquiátrica severa.

3 ACTIVIDADES

Objetivo Específico	Actividades
<p>1. Conocer el estado del arte sobre inclusión laboral y discapacidad.</p> <p>2. Identificar las estrategias de inclusión laboral para PcD psiquiátrica severa, presentes en la literatura nacional e internacional, planes, programas, políticas públicas, entre otras.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Desarrollar estrategia de búsqueda de información● Revisar literatura científica y literatura gris.
<p>3. Caracterizar a la población que presenta trastorno psiquiátrico severo, desde una perspectiva social, laboral y económica.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Desarrollar estrategia de búsqueda de información● Revisar literatura científica y literatura gris● Caracterizar muestra de pacientes en base a experiencia laboral de investigador.
<p>4. Analizar la información recogida desde la perspectiva de la atención de salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Compilar información recogida en un documento de síntesis● Contextualizar las características de la muestra a través de la literatura recogida.
<p>5. Formular recomendaciones sobre el proceso de inclusión laboral para PcD psiquiátrica severa.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Esquematizar la propuesta del modelo de inclusión laboral● Generación informe final

V. METODOLOGÍA

1. DISEÑO Y TIPO ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo, donde se utilizaron tres metodologías: revisión documental, caracterización de la muestra por conveniencia y esquematización de las recomendaciones.

2. UNIVERSO Y MUESTRA

Para la revisión documental se consideraron principalmente archivos legislativos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, empleabilidad y discapacidad; se seleccionaron documentos sobre discapacidad psiquiátrica severa, enfatizando en la esquizofrenia y finalmente se revisaron documentos relacionados a empleabilidad y PcD psiquiátrica severa, principalmente en Europa y en menor cantidad en América latina.

En cuanto a la caracterización de la muestra, fue compilada en una base de datos anonimizada que consideró el número total de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia desde el año 2004 al 2020, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río (CASR) en contexto del Programa Ges Primer episodio de esquizofrenia. Se considera que esta muestra podría ser representativa, debido a su N y a que el CASR comparte características comunes con otros centros de salud de la región metropolitana.

En base a la muestra y a la revisión teórica de los modelos de empleabilidad se elaboraron las recomendaciones y se esquematizaron para una mayor comprensión por parte del lector.

3. RECOLECCIÓN Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En cuanto a la revisión documental, se llevó a cabo la búsqueda de publicaciones en revistas científicas, principalmente del sitio web PubMed, como también links de tesis chilenas de la Universidad de Chile, Google académico, la página web de la biblioteca del congreso nacional, banco mundial, OMS, OPS, entre otros. Las palabras claves en

inglés y en español utilizadas fueron: discapacidad psiquiátrica severa, trastorno mental severo, esquizofrenia, empleabilidad, inclusión laboral, empleo con apoyo, *recovery*, ley de inclusión laboral, derechos humanos, salud mental. Además, se revisaron textos impresos de salud mental, Psiquiatría y terapia ocupacional.

Se realizó un análisis de contenido de la literatura y se categorizó en documentos normativos, de salud mental, de empleabilidad y discapacidad psiquiátrica severa; a su vez, los documentos se ordenaron por el continente de origen, separando la literatura proveniente de Europa, América del norte y América latina. Cabe señalar que la mayor evidencia científica se obtuvo de la literatura europea. Se dispuso de 3 meses para la revisión y selección de bibliografía, destacando que una parte de esta búsqueda se refleja en el desarrollo del marco teórico en esta tesis.

Respecto a la caracterización de la muestra de pacientes, se utilizó la base de datos confeccionada por el equipo de profesionales, principalmente con información clínica. Para obtener los datos demográficos de cada uno de los pacientes, se revisó individualmente cada ficha electrónica, se indagó en la información requerida y se completó una tabla *ad hoc*. Luego de esto, se procesó la información y se eliminaron datos sensibles, con el fin de resguardar la identidad de cada uno de los pacientes. Se categorizó según el estado de caso, si éste era activo, si había sido trasladado a otro centro, o si el caso había sido cerrado por algún motivo. Se consideró como universo total el número de pacientes en estado activo, trasladado y cerrado, posteriormente, la investigación se focalizó en los usuarios activos, dado que de ellos se obtuvo la información demográfica completa y actualizada.

Para la esquematización de las recomendaciones, se revisó la totalidad de la información y de acuerdo con la experiencia del investigador principal, se confeccionó un diagrama sobre los procesos de inclusión laboral acorde a la realidad local.

4. PROCESAMIENTO INFORMACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Para la revisión documental, se confeccionó una tabla en el programa Excel. Se ingresaron los datos de cada documento: DOI, autor, área (normativa, salud mental, empleabilidad y discapacidad psiquiátrica). Finalmente, se registró en dicha tabla si el documento fue o no incluido en la investigación.

La caracterización de la muestra de pacientes se trabajó con la muestra anonimizada, se analizaron las variables más relevantes para la investigación, tales como edad, nivel educacional, participación laboral, entre otras.

Para la esquematización de recomendaciones, se utilizaron como insumo los mapas conceptuales desarrollados durante la confección del marco teórico, actividad que facilitó dar con el proceso final.

5. MEDIDAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DEL ESTUDIO

El rigor metodológico y la calidad de la investigación fueron primordiales en este estudio. Se implementó mediante un análisis detallado en todo el proceso de investigación, el cual fue apoyado por el profesor guía.

La consistencia se alcanzó recogiendo y analizando la información de manera exhaustiva, considerando que se revisó cada documento o ficha clínica de manera rigurosa y sistemática, logrando así completar la tabla *ad hoc* con la totalidad de la información requerida. Además de la constante reflexión del investigador principal en cuanto a su experiencia, conocimiento y concepción del tema en investigación.

Los resultados de la investigación pueden ser considerados en otros contextos similares, dado que la inclusión laboral en personas con que presentan un cuadro psiquiátrico complejo está recién emergiendo en Chile y América Latina, y se requiere de mayor conocimiento para su abordaje integral.

6. LIMITACIONES

La revisión documental tuvo limitaciones, entre las que destaca la dificultad en encontrar evidencia de empleabilidad y discapacidad psiquiátrica severa. Dentro de otras causas, las limitaciones idiomáticas fueron importantes: hubo documentos en ruso, polaco, japonés y chino que finalmente no se pudieron traducir, debiendo ser descartados. Junto a ello, la temporalidad de las publicaciones fue definida desde el año 2010 a la actualidad; aun así, se incorporaron revisiones previas a esta fecha, dado a la ya comentada escasez de información actualizada.

Se esperaba encontrar uno o más modelos de inclusión laboral que se ajustaran a las características de la población chilena, o que al menos se asimilara a la realidad local, que fuese replicable, que contara con evidencia científica y que fuese adecuado para PcD psiquiátrica severa. No se encontró ningún modelo replicable, sino más bien, recomendaciones de empleabilidad para PcD que varían según tipo de población, tipo de discapacidad, cultura, economía, entre otros.

Para la caracterización de los pacientes, se confeccionó una muestra por conveniencia, sin una representatividad estadística de una población mayor. Sin embargo, agrega valor que el consolidado de datos sea de usuarios atendidos en el CASR, desde la puesta en marcha del plan Auge en esquizofrenia primer episodio en el año 2004 hasta actualidad. Durante el proceso de la investigación, se estimó validar las recomendaciones a través de un grupo de expertos, pero esto no se llevó a cabo debido a las dificultades generadas por la pandemia del Covid-19 y el posible entrecimiento de los plazos definidos. Para subsanar esto dentro de lo factible, se profundizó en la revisión de la literatura, ampliando la revisión de la literatura gris inicialmente realizada. También se avanzó en una contextualización respecto a la economía mundial y nacional en materia de salud mental, con el fin de contar con mayores elementos de priorización en cuando a las recomendaciones elaboradas.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio utilizó principalmente información científica disponible y discusión de modelos teóricos. La utilización de información de pacientes de un servicio clínico se

hizo a través de datos secundarios anonimizados, y se usaron medidas habituales para imposibilitar la identificación de los pacientes. Además, la información generada se mantuvo a resguardo en un computador especialmente designado para ello. Sumado a esto, se solicitó la autorización al Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente (SSMSO), mediante un documento escrito donde se explicitó el trabajo a desarrollar en esta investigación.

VI. RESULTADOS

En este apartado conoceremos la relación existente entre el marco legal, el marco de salud mental y la inclusión laboral en PcD psiquiátrica compleja. Luego, revisaremos la caracterización de la muestra, la cual está conformada por personas que presentan el diagnóstico de esquizofrenia y que actualmente están en tratamiento en el CASR del SSMSO. Finalmente, se expondrán las recomendaciones originadas en esta investigación en base a la muestra y a la revisión documental.

1. REVISION DOCUMENTAL

1.1 INCLUSIÓN LABORAL Y SU CONTEXTO

En la literatura es posible encontrar conceptos de “inclusión laboral” abordando los términos de empleo, actividad productiva y ocupación. El empleo se entiende como trabajo o actividad productiva que da lugar a una retribución legalmente regulada; actividad productiva, es una actividad organizada que da lugar a la producción de un objeto, bien o servicio, con independencia de que no se comercialice y/o retribuya, o de que la retribución no esté legalmente regulada. Por su parte la ocupación puede ser entendida como una actividad más o menos productiva, pero que no da lugar al empleo en sentido estricto, se diferencia de las actividades de ocio o interacción social sin el componente de producción de objetos o servicios. (López Álvarez, 2003)

La inclusión laboral de las PcD debe darse dentro del marco del empleo formal y en empresas legalmente constituidas, con sus procesos contractuales en el marco estricto de la legislación laboral vigente y en consonancia con los acuerdos internacionales en materia de empleo. En el año 2003 la OIT, definió el concepto de “Trabajo Decente” como “Las aspiraciones que presentan las personas durante su vida laboral; lo que se traduce en la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo; brinde seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias; mejore las perspectivas de desarrollo personal e integración social; y que entregue un espacio de libertad de expresión, donde las personas se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, en un contexto de igualdad de oportunidades” (O’Reilly, 2007)

Cuando hablamos de inclusión, esta frase cobra sentido: “Contratar a una PcD es un acto de equidad, hacerlo en las mismas condiciones contractuales que el resto de los trabajadores, es un acto de igualdad y brindarle las condiciones adecuadas para que pueda ejercer su trabajo de forma competente, es equiparación”, siendo así, siempre se debiese considerar el brindar oportunidades en base a las capacidades de cada persona, sin mirar las diferencias y las dificultades. (Arthur, Reilly, & Fas, 2007)

En base a lo mencionado en el párrafo anterior, las buenas prácticas laborales siempre deben considerar los principios de equidad, igualdad y equiparación ya que son acciones que se implementan como parte de una cultura organizacional de la empresa, y al ser “sistemáticas, eficaces, sostenibles y flexibles”, garantizan un entorno laboral adecuado y seguro en aspectos relacionales y también productivos. (O’Reilly, 2007)

“Las buenas prácticas laborales se focalizan en el bienestar personal y familiar de la PcD, la mejora en la calidad de vida y en identificar formas de discriminación que pudiesen existir al interior del ambiente laboral” (López Álvarez, 2003). Aún no existe claridad sobre cuáles serían los factores predictores de éxito o fracaso de la inclusión laboral en las PcD psiquiátrica debido a la heterogeneidad de poblaciones, programas y metodologías de evaluación, sin embargo, se identifican seis factores relevantes descritos a continuación:

1. Las personas con el diagnóstico de esquizofrenia presentan mayores dificultades asociadas a malos resultados laborales con alteraciones cognitivas, afectan la evaluación funcional y el desarrollo de intervenciones rehabilitadoras y de apoyo al empleo.
2. No existe asociación del éxito o fracaso de los programas de empleo con variables sociodemográficas, influye la historia laboral previa y el menor número y duración de episodios de hospitalización.
3. Existen dificultades al articular la información entre los programas de empleo y los equipos de salud, se valora la adquisición y mantenimiento de algunas habilidades y destrezas laborales, antes del inicio de los programas.
4. En cuanto a las dimensiones subjetivas del empleo, destacan el nivel de realismo en las expectativas de la PcD interesada en el empleo, relacionar el ajuste laboral y el mantenimiento en el empleo con el grado de satisfacción, la adecuación a

experiencias previas, preferencias del usuario y algunos factores estructurales que tienen que ver con la interacción social en el espacio de trabajo.

5. La inexistencia de criterios de exclusión es una de las claves del éxito de los programas de empleo con apoyo.
6. Finalmente, en relación con la sintomatología propia de la esquizofrenia, hay repercusiones positivas en el funcionamiento social, grado de satisfacción, autonomía personal y autoestima, lo que se traduce en una mejoría en la calidad de vida. (López Álvarez, 2003)

1.2 EMPLEO Y DISCAPACIDAD

No existe un consenso sobre el concepto de empleo para PcD, dado que hay múltiples variaciones de estas opciones en cada país, por ende, dependen de factores socioculturales, económicos, del mercado de trabajo, sistema de protección social, entre otros. Es necesario mencionar algunos conceptos que distinguen ciertas formas de trabajo y empleo:

1. Trabajo: es la realización de tareas organizadas que puede dar lugar a algún tipo de remuneración pero que no está cubierto por la legislación de protección de empleo o por los seguros sociales relacionados con los sueldos.
2. Empleo: es el trabajo remunerado que cumple con los requisitos obligatorios de la legislación de protección de empleo y seguro social relacionado con el sueldo y está sujeto al pago de impuestos sobre los ingresos.
3. Trabajo protegido: es aquél en que las PcD llevan a cabo en talleres establecidos para tal propósito. Las personas que trabajan en talleres protegidos conservan sus prestaciones de seguridad social y generalmente, cada semana reciben un pequeño sueldo adicional del proveedor del trabajo. Los trabajadores protegidos no están contratados y no están amparados por la legislación sobre protección del empleo.
4. Empleo protegido: es el empleo en una empresa creada específicamente para PcD y que recibe fondos del Estado.

A continuación, se profundiza en las categorías del empleo que incluyen a PcD. Como se menciona anteriormente, contar con una definición universal es complejo, ya que depende de la cultura, economía y desarrollo de cada país; aun así, de acuerdo con la

literatura revisada, se consensuaron cuatro grandes categorías: Empleo abierto/competitivo; empleo protegido; empleo con apoyo; y empresas sociales. (O'Reilly, 2007)

1.1.1 Empleo Abierto/Competitivo:

La inexistencia de datos adecuados y comparables sobre la situación de las PcD en el mercado de trabajo en muchos países hace difícil la generalización. Sin embargo, es posible, sacar algunas conclusiones temporales sobre la situación actual en el empleo abierto o competitivo, entre las que destaca lo siguiente: las PcD tienen menos probabilidades que las personas sin discapacidad de tener un empleo a tiempo completo; si están trabajando, las PcD tienen más probabilidades de tener empleos a tiempo parcial, mal remunerados, con pocas perspectivas profesionales y malas condiciones de trabajo; la tasa de participación de las PcD en el mercado de trabajo abierto suele ser inferior a la de las demás.

La OMS refiere que la discapacidad mental se asocia al 90% de las tasas de desempleo a nivel mundial. Esto se debe a diversos factores, como el bajo nivel educacional, apoyo personal y técnico inadecuado, reducción fuerza laboral en sector público y privado, que las PcD no trabajen o no mantengan el empleo por temor a perder los beneficios sociales, tales como pensión de discapacidad, subsidio habitacional, entre otros, a esto se le denomina como "La trampa de los beneficios".

Existen dificultades en cuanto a la disparidad de género al ingresar al mercado laboral abierto o convencional. Situación que se acentúa cuando se trata de mujeres con discapacidad, ya que se enfrenta a mayores obstáculos al momento de conseguir un empleo. Un estudio efectuado en EE. UU. refiere que mientras el 30% de los hombres con discapacidad trabaja a tiempo completo, sólo el 12% de las mujeres con discapacidad dispone de un empleo a tiempo completo; se le suma que este grupo percibe sólo el 56% del ingreso total percibido por los hombres en la misma jornada laboral. Las mujeres con discapacidad que trabajan están sujetas a condiciones desiguales de contratación y promoción, de acceso a la formación y readaptación profesional, de acceso al crédito y a

otros recursos productivos, de remuneración por un trabajo de igual valor y segregación profesional, y rara vez participan en la toma de decisiones de índole económica.

Para activar el mercado del trabajo en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la tendencia general es activarlo mediante estrategias para que las PcD cuenten con una mayor independencia fiscal; aplicar la legislación antidiscriminatoria; entregar incentivos por participar en iniciativas educativas, formativas, tecnológicas y laborales; incorporación de las PcD a los servicios de formación y de empleo; aumentar disponibilidad de servicios de apoyo al empleo e implicar a los empleadores; y finalmente, desalentar dependencia de beneficios sociales. (O'Reilly, 2007)

1.1.2 Empleo Protegido:

Es una opción viable para aquellas PcD que no pueden acceder al mercado del empleo competitivo. La OIT recomienda la incorporación de medidas que incluyan “ayuda del gobierno para establecer diversos tipos de empleo protegido, para las PcD sin acceso a empleos no protegidos”. La ONU establece, que, si bien lo óptimo sería que las PcD obtuvieran un trabajo en el mercado laboral abierto, “en el caso de las PcD cuyas necesidades no puedan atenderse en esa forma, cabe la opción de crear pequeñas dependencias con empleos protegidos”. (O'Reilly, 2007)

El concepto de empleo protegido es variable según el país, cultura, recursos económicos, entre otros. La UE refiere que el empleo protegido se debe ofertar a las PcD que no pueden obtener ni mantener un empleo normal, sea subvencionado o no; puede abarcar los talleres protegidos y los centros de trabajo. Es complejo hacer comparaciones respecto a este tema, ya que los talleres protegidos son creados, generalmente por instituciones benéficas, grupos religiosos o grupos de padres interesados, por ende, se acomodan al funcionamiento de cada país. El empleo protegido requiere de un nivel mínimo de discapacidad, siendo lo más común la discapacidad intelectual y psiquiátrica. En la mayoría de los países el índice de las PcD que pasan del empleo protegido al competitivo es entre 1% y 5% debido a la reticencia de los empleadores a contratar, como también a la resistencia por parte de los encargados de los talleres a dejar que sus

trabajadores sean derivados a empleo convencional. Otro punto complejo es que en los talleres existe un bajo nivel de manejo tecnológico, lo que se traduce en la reducción de habilidades, destrezas y competencias específicas por parte de los empleados, no respondiendo a la demanda del mercado laboral. Finalmente, el empleo protegido ha sido criticado por no ofrecer condiciones de trabajo adecuadas y contratos de empleo debidamente regulados.

Aun así, el empleo protegido tiene sus ventajas, ya que permite que las PcD desempeñen una actividad significativa, preparándolas para trabajar en el empleo formal o regulado. Para este tránsito, existen estrategias que deben ser consideradas, tales como contar con centros de trabajo en talleres protegidos o dentro de empresas comunes y organizar el traslado individual o colectivo de los trabajadores desde el taller a la empresa.

Algunos países de la OCDE establecieron talleres protegidos muchos años antes de que comenzara a producirse un cambio en las políticas hacia una mayor inclusión. Las políticas públicas de los Países Bajos, Suecia, Noruega y Finlandia, entre otros países, vinculan el financiamiento de los talleres protegidos a “metas transitorias” que se traduce en el paso de trabajadores con discapacidad a empleo convencional de manera progresiva, alentando a que dichos talleres adopten un enfoque más empresarial. (Pacto de productividad, 2019)

En cuanto al funcionamiento interno de estos talleres protegidos, cuentan con una oferta programática basada en 4 niveles de organización de rehabilitación laboral. El primer nivel es el prelaboral, aquí los dispositivos como talleres o centros ocupacionales asumen funciones específicas relacionadas al proceso de integración laboral (evaluación, adquisición de hábitos y destrezas, entre otras). El segundo nivel es el instructivo, se desarrollan actividades de formación básica, formación profesional, prácticas laborales y orientación en la búsqueda de empleo. (Zondek Andrea, 2015). El tercero es el nivel laboral, en éste se facilitan las oportunidades de manera gradual, como empleo de transición en entornos protegidos, empleo con apoyo y empleo convencional, aquí también se consideran las empresas inclusivas y los equipos de empleo con apoyo. Y finalmente, el cuarto nivel es el de coordinación donde se cuenta con dispositivos de

orientación y de apoyo al empleo, y se gestionan los niveles antes mencionados. El rol de los equipos de salud durante el proceso del empleo con apoyo es mantener la atención global de la persona y hacer el seguimiento individualizado, enfatizando en el modelo comunitario dada la integralidad, el entramado de las redes sociales y el respaldo que éste brinda a la PcD (López Álvarez, 2003)

1.1.3 Empleo con Apoyo:

Se generó en Estados Unidos como alternativa a los programas tradicionales de rehabilitación para PcD. Se define como trabajo remunerado, integrado con los servicios de apoyo permanente para las PcD. Se proporciona de varias formas tales como la colocación individual, los “enclaves”, equipos móviles y disposiciones en pequeñas empresas. Según lo descrito en las revisiones, la opción más usada en Estados Unidos es la de colocación individual, que consiste en incluir a una PcD en puesto de trabajo dentro de una empresa, con el apoyo de un entrenador laboral. Se entiende por enclave un grupo de 6 a 8 personas en etapa de formación dentro de una empresa, donde al finalizar dicho proceso se contrata a los más idóneos. Un equipo móvil es un grupo de 6 a 8 PcD, más los supervisores, que ofrecen un servicio especializado, lo más común son los trabajos en el área de jardinería. En cuanto a las pequeñas empresas, consiste en un servicio manufacturero o una actividad subcontratada con un reducido número de trabajadores con y sin discapacidad.

Uno de los modelos que se utiliza en PcD psiquiátrica es el Modelo de Empleo con Apoyo (EcA). Fue desarrollado en EE. UU, a mediados de los años 80'; los factores claves de este son la búsqueda y mantenimiento de empleos convencionales, la disponibilidad de mecanismos de apoyo individualizados, flexibles y continuados en el tiempo, especialmente los derivados de la interacción cotidiana con los trabajadores y la relativa utilidad de la formación previa. La atención integral de base comunitaria, las políticas de no exclusión y la utilización de especialistas en empleo dentro de los servicios de SM, son los factores que mayor correlación presentan con los indicadores de éxito, en distintos estudios experimentales (Alvarez et al., 2004). En el EcA se enfatiza en el papel múltiple y positivo que juegan los aspectos “normales” del trabajo y especialmente la interacción cotidiana con personas “no enfermas” basada en reglas comunes de funcionamiento. El

equipo de Investigación de Resultados del Paciente con Esquizofrenia (PORT), refiere que, si una persona con una patología psiquiátrica tiene el objetivo de emplearse, se le debe ofrecer un EcA y ayudarlo en la obtención y mantención del empleo, esto ha mostrado una gran eficacia en cuanto a la ayuda para alcanzar empleos competitivos, trabajar más horas y recibir remuneraciones acordes al mercado laboral. (Buchanan et al., 2010)

No existe un modelo de empleo con apoyo ideal, ya que éste puede adquirir diversas formas, según el entorno, cultura, país, etc. Se sabe que es flexible, variable y beneficioso, además requiere colaboración para que la PcD logre una estabilidad laboral; para aplicarlo se usan diversos métodos, tales como la presencia de entrenadores laborales, programas de formación profesional, servicios de acompañamiento individual, apoyo de pares, entre otros.

En países de Asia, el empleo con apoyo fue introducido por organizaciones no gubernamentales (ONG). En China, existe un trabajo conjunto entre el estado y las ONG que administran programas de empleo con apoyo, proporcionan tutores en el lugar de trabajo y asistencia continuada a las PcD colocadas en el mercado laboral abierto y a los empleadores que las contratan. (O'Reilly, 2007)

1.1.4 Empresas Sociales

La economía social se basa en los valores de las actividades económicas con objetivos sociales, desarrollo sostenible, igualdad de oportunidades e inclusión de PcD y de la sociedad civil. La UE la describe como un sistema que abarca actividades comunitarias, voluntarias y sin lucro. (O'Reilly, 2007)

Las empresas sociales son entidades que operan entre el sector público y privado, administradas democráticamente; todos sus miembros cuentan con igualdad de derechos; tienen un régimen de propiedad y distribución de beneficios donde los excedentes se reinvierten en el crecimiento de la empresa y en la mejora de los servicios que ofrecen a sus miembros y a la sociedad. (Verdugo & Jordán de Urrés, 2003)

En la misma línea de las empresas sociales, se encuentran las empresas de la comunidad, los fondos de desarrollo local, las cooperativas, entre otras. Se establecieron en todos los ámbitos de la actividad económica, siendo especialmente importantes en la agricultura, la intermediación financiera, el comercio minorista y la vivienda, etc.

En Finlandia, se definió empresa social como “todo tipo de empresa presente en el mercado abierto que este registrada y que cuente con, al menos, con un 30% de empleados con discapacidad o una combinación de éstos y desempleados de larga duración”.

En Inglaterra, más del 50% de las empresas sociales emplea activamente a PcD en el mercado laboral. Las políticas de dicho gobierno para apoyar a las empresas incluyen la mejora del marco jurídico y normativo que rige la inversión social, la mejora de las oportunidades para los emprendedores sociales a través del establecimiento de un Fondo de Incubadora Social para apoyar la creación de nuevas empresas sociales y un incentivo fiscal a la inversión social, entre otras medidas. En Estados Unidos, las empresas sociales datan de los años 60’.

La Social Enterprise Alliance (SEA), define empresa social como “empresas cuyo propósito principal es el bien común. Emplean métodos y disciplinas empresariales y el poder del mercado para impulsar sus programas sociales, medioambientales y de justicia social”; además la SEA define tres características que debe tener toda empresa social “abordar directamente una necesidad social apremiante y estar al servicio del bien común; realizar una actividad comercial que constituya un importante motor de ingresos; hacer del bien común su principal propósito”. (O’Reilly, 2007)

Como dato histórico, la literatura refiere que, en Italia, el crecimiento de las cooperativas de integración laboral empezó en 1974 cuando los trabajadores con enfermedades mentales se rebelaron contra el trabajo no remunerado y formaron una cooperativa para hacer el mismo trabajo con contrato; este movimiento, llevó al cierre de instituciones psiquiátricas a finales de los setenta. Posteriormente, en los 90’ se introdujo el modelo de empleo para las PcD basado en la cooperación social, ampliando las oportunidades a través de una mayor participación en las empresas sociales; dicho modelo se ha ido perfeccionando hasta la actualidad. (Arthur et al., 2007)

Hoy en día, “la empresa social tiene un considerable potencial de crecimiento, pero requiere contar con apoyo y asesoramiento especializados por parte del estado y de las empresas, proporcionar una adecuada formación a los directivos y el personal e introducir medidas para facilitar el acceso y crear un entorno jurídico y político propicio.” (O’Reilly, 2007)

Las empresas, en el amplio espectro de la palabra, deben contar “con criterios de buenas prácticas laborales. Los principales criterios al interior de una empresa se miden a través de la producción del impacto social positivo, traducido en la contratación de PcD en condiciones de igualdad jurídica y equidad laboral; también cuando se comprueba la participación de los trabajadores con discapacidad en el proceso productivo con la misma injerencia y pertinencia que sus pares” (O’Reilly, 2007). Se recomienda la generación de espacios relacionales que promuevan la contratación de PcD como parte de la cultura empresarial, como también, asegurar la estabilidad de los procesos de inclusión laboral en el largo y mediano plazo, evaluando el proceso constantemente. Sumado a una adecuada gestión de los recursos para asegurar que la inclusión se de en un marco cultural, laboral y jurídico totalmente transparente.(O’Reilly, 2007)

1.3 CONTEXTO DEL EMPLEO EN CHILE

A continuación, se revisa como está la situación de la empleabilidad a nivel nacional en cuanto a estadísticas, además se hace una revisión de las instituciones públicas y privadas que hoy en día son los actores principales en el tema de la inclusión laboral, junto con las PcD y la sociedad civil. Finalmente se ejemplifica con un esquema como sería un proceso de inclusión laboral tipo en nuestro país.

1.3.1 Situación del Empleo en Chile en marzo 2020

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) publicó en marzo 2020 en su Boletín estadístico de Empleo que la variación de los ocupados es de 1,7%, incidida tanto por las mujeres (3,0%) como por los hombres (0,9%). La expansión de los ocupados es influida por actividades profesionales (13,1%) y comercio (2,0%). La principal disminución ocurre en industria manufacturera (-5,0%). Mientras que, por categoría ocupacional, las mayores

incidencias positivas se registran en los trabajadores privados (2,9%) y en los trabajadores públicos (5,4%), en tanto, el personal de servicio doméstico se redujo (-7,8%).

La estimación de la tasa de desocupación global en nuestro país se sitúa en 7,8%, creciendo 0,8 puntos en doce meses como consecuencia del incremento de 2,6% de la fuerza de trabajo, mayor a la registrada por los ocupados (1,7%). Los desocupados o desempleados tienen un alza de 13,9%, influidos por los cesantes (13,4%) y quienes buscan trabajo por primera vez (17,4%). Finalmente, la tasa de participación se sitúa en 63,1%, expandiéndose 0,2 puntos, mientras que la tasa de ocupación alcanzó 58,2%, registrando un retroceso de 0,3 puntos en el período.

1.3.2 Instituciones Públicas, Privadas y Mixtas y su Relación con la Inclusión Laboral

Para el desarrollo de esta investigación, es necesario conocer a cabalidad cuales son los organismos públicos y privados que están involucrados de manera activa con los procesos vigentes de inclusión laboral para todas las PcD. Para esto, en base al documento recientemente publicado por el grupo Pacto Global (Gobierno de Chile, 2020) es que se logra obtener información actualizada sobre estos procesos, los cuales fueron separados de manera didáctica por los tipos de institución involucrada, se describen a continuación:

ORGANISMOS PÚBLICOS DE CARÁCTER NACIONAL: diseñan las políticas y tienen a su cargo la implementación de estrategias que soportan los diferentes aspectos del país, incluyendo los programas de formación para el trabajo y el fortalecimiento de la economía, son claves para el desarrollo de acciones que promuevan y posibiliten la participación de las PcD en el mercado laboral abierto.

SERVICIO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (SENADIS): Servicio público funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, cuyo objetivo es promover el derecho a la igualdad de oportunidades de las PcD, con el fin de obtener su plena inclusión social. Lo hace a través de la coordinación del accionar del Estado, la ejecución de políticas y programas, en el marco de estrategias de desarrollo local inclusivo. SENADIS cuenta con un área de promoción de la inclusión laboral que desarrolla programas, entrega recursos y colabora con iniciativas de otros organismos tanto públicos como privados, en función a considerar

el trabajo como un derecho que debe ser ejercido en igualdad de oportunidades desde el acceso y las condiciones laborales que promuevan entornos abiertos, inclusivos y accesibles para las personas con discapacidad. En este contexto, el servicio cuenta con diversos programas de apoyo. (Ministerio de Desarrollo Social, 2017a)

MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL: es el órgano superior de colaboración del presidente de la República en materia laboral y previsional, cuya principal misión es recoger las necesidades y problemáticas de la ciudadanía, para orientar la creación de políticas, planes y programas que contribuyan a alcanzar sus objetivos y fiscalizar las normas legales. Sus ejes principales son la promoción de políticas públicas orientadas a la creación de empleos de calidad, con un fuerte enfoque en la inclusión, la previsión y la seguridad social, que garanticen los derechos de los trabajadores y que contribuyan al crecimiento del país. (Consejo Nacional y Secretaría Técnica, 2019)

SUBSECRETARÍA DEL TRABAJO: tiene por misión y objetivo principal generar políticas públicas orientadas a promover la creación de empleos de calidad, mejorar los salarios, fortalecer la inclusión laboral, asegurar los derechos de los trabajadores y, en general, favorecer una armonización del trabajo con el descanso y la vida familiar. (Consejo Nacional y Secretaría Técnica, 2019)

DIRECCIÓN DEL TRABAJO: es un Servicio Público dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, su misión es promover y velar por el cumplimiento eficiente de la legislación laboral, previsional y de seguridad y salud en el trabajo; el ejercicio pleno de la libertad sindical, y el diálogo social, favoreciendo relaciones laborales justas, equitativas y modernas. La Dirección del Trabajo lleva a cabo sus funciones a través de las Inspecciones de todo el país, en el ámbito comunal, provincial y regional. Es el órgano del Estado facultado para fiscalizar el cumplimiento de la ley 21.015 en el sector privado.

SERVICIO NACIONAL DE CAPACITACIÓN Y EMPLEO (SENCE): Es un organismo técnico, descentralizado dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Entre sus objetivos destaca mejorar la inserción y permanencia en el mercado laboral de las personas y también mejorar el acceso y movilidad a puestos de trabajo de calidad.

COMISIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES (CHILEVALORA): tiene como propósito el reconocer formalmente las competencias laborales de las personas mediante la certificación, independientemente de la forma en que se hayan adquirido los conocimientos y de si tienen o no un título o grado académico. Busca favorecer las oportunidades de aprendizaje continuo de las personas, su reconocimiento y valorización, mediante procesos de evaluación y certificación, basados en estándares definidos y validados por los sectores productivos. (Bertranou, 2017)

ORGANISMOS SECTORIALES DE COMPETENCIAS LABORALES (OSCL): organismos tripartitos, con representación de los empleadores, trabajadores y el sector público, que trabajan en coordinación y con el propósito de generar consenso respecto de los requerimientos de los sectores productivos. Tiene por objetivo definir y proyectar la participación del sector que representan en el ChileValora. Los OSCL identifican los perfiles ocupacionales prioritarios para un sector, los validan, solicitan su acreditación y velan por la vigencia y actualización de estos. ChileValora tiene como principio la no discriminación, por tanto, la certificación de competencias laborales es un importante aporte para que las PcD puedan demostrar y acreditar sus habilidades y destrezas.

COMISIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ (COMPIN): Es una entidad regulada por el Ministerio de Salud encargada de evaluar, constatar, declarar y certificar el estado de salud de los trabajadores y demás beneficiarios, a objeto de determinar la capacidad de trabajo o posibilidad de recuperación de sus estados patológicos permanentes o transitorios, con el fin que accedan a los beneficios estatutarios, laborales, asistenciales y/o previsionales y para que las autoridades administrativas, las entidades previsionales y los empleadores adopten las medidas correspondientes. El proceso de calificación de la discapacidad a cargo de La COMPIN es relevante para la inclusión laboral de esta población, dado que permite a las empresas tener la certificación que valida el cumplimiento de la Ley 21.015. (Fundación Integra, 2015)

DIRECCIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL (DNSC): es un servicio público descentralizado, participa activamente en el proceso de profesionalización y mejoramiento de la gestión pública, impulsando y asesorando a servicios, organismos y autoridades de gobierno en materia

de gestión estratégica. Tiene como misión contribuir a la modernización del Estado, a través de la implementación de políticas de gestión y desarrollo de personas y altos directivos, para promover un mejor empleo público y un Estado al servicio de los ciudadanos. Respecto a la inclusión laboral de PcD, el Servicio Civil tiene un rol importante en el cumplimiento de las leyes N°20.422 y N°21.015 para las instituciones de la Administración del Estado, donde se establece que las instituciones afectas deberán informar a la Dirección Nacional del Servicio Civil y al SENADIS, sobre los procesos de selección realizados en el año anterior, especificando las provisiones efectuadas conforme a la selección preferente de personas con discapacidad, así como informar las razones fundadas para excusarse ante el cumplimiento del 1% de contratación de PcD. (Fundación Descúbreme, 2018)

MUNICIPALIDAD: es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, le corresponde la administración de una comuna cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna. Constituida por un alcalde y un concejo comunal electos directamente por un periodo de 4 años, renovable. Una de las funciones de la Municipalidad es la promoción del empleo, para esto, existen las unidades de intermediación laboral, las cuales reciben lineamientos técnicos del SENCE y en el territorio constituyen un puente entre la oferta y demanda de la fuerza de trabajo, estableciendo un vínculo entre las personas y los empresarios. (Fundación Descúbreme, 2018)

OFICINAS MUNICIPALES DE INFORMACIÓN LABORAL (OMIL): son la oferta pública para la intermediación laboral de la población en los territorios comunales, siendo un puente que articula oferta y demanda en el ámbito del trabajo, debiendo ofrecer esta alternativa a todos quienes habitan el territorio, independientemente de sus características personales. Existen a lo largo de Chile 345 OMIL. (Fundación Descúbreme, 2018)

ORGANISMOS PRIVADOS DE INTERMEDIACIÓN LABORAL (OPIL): Las agencias de empleo privadas desempeñan un papel importante en el funcionamiento de los mercados de trabajo actuales. Actúan como intermediarios en los mercados de trabajo modernos permitiendo

a los empleadores mayor flexibilidad para aumentar o reducir su fuerza de trabajo, y al mismo tiempo garantizan seguridad a los trabajadores en términos de oportunidades y normas de trabajo, incluyendo remuneración, tiempo de trabajo y formación. En Chile, existe un gran número de agencias privadas de empleo y consultoras que ofrecen servicios de reclutamiento, selección, *Head Hunting*, portales de empleo en línea e intermediación laboral, las cuales se han desempeñado de manera regular ofreciendo estos servicios fundamentalmente a las empresas privadas, para la búsqueda de trabajadores que ocupen sus puestos vacantes. (Gobierno de Chile, 2020)

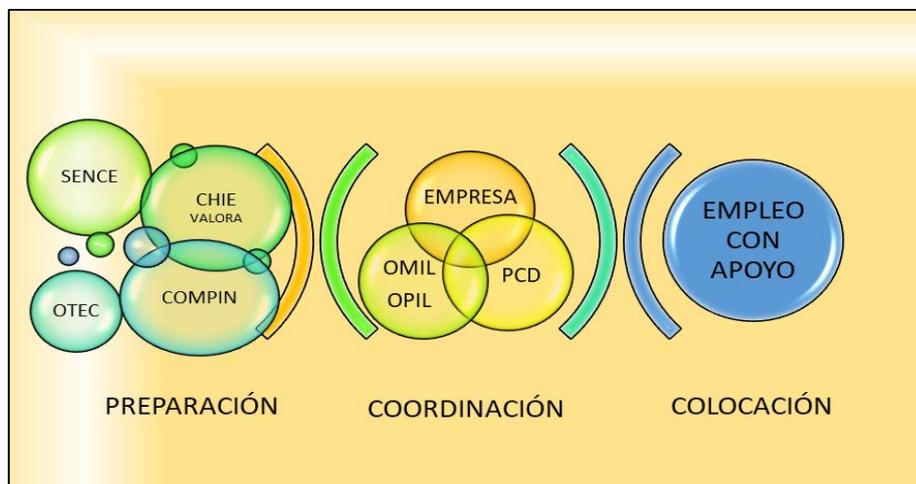
ORGANISMOS TÉCNICOS DE CAPACITACIÓN (OTEC): Los OTEC son instituciones autorizadas por SENCE para brindar servicios de capacitación y para ello, los OTEC requieren contar con certificación y acreditación en la Norma chilena N° 2728, que fija los requisitos mínimos que deben poseer para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad destinado a satisfacer las necesidades de sus clientes. Con esta acreditación, los OTEC pueden ejecutar cursos financiados con dineros de la franquicia tributaria de capacitación, que es el incentivo tributario establecido por la ley N° 19.518 que se otorga a las empresas clasificadas por el Servicio de Impuestos Internos como Contribuyente de Primera Categoría de la Ley de Impuesto a la renta. En el año 2015 se implementó desde el SENCE el Programa +Capaz, cuyo objetivo era dotar a las PcD de calificación técnica y de habilidades laborales necesarias para poder acceder en igualdad de oportunidades al mercado de trabajo. Las capacitaciones para ejecutar eran licitadas por SENCE a Organismos Técnicos de Capacitación (OTEC) y ONGs (Fundaciones) quienes ofrecían planes de formación elaborados por los organismos de capacitación o por SENCE. Hoy en día, se implementó el programa Fórmate para el Trabajo, línea Discapacidad, que impulsa la inclusión de PcD en el mercado laboral mediante un proceso formativo que entrega conocimientos técnicos y competencias transversales relacionadas con distintos oficios, en la búsqueda del desarrollo de habilidades personales para el mundo del trabajo. Es ejecutado con fundaciones, Municipalidades, instituciones de educación superior y los OTEC, quienes imparten los cursos de capacitación a la población objetivo.

EMPRESAS Y GREMIOS EMPRESARIALES: En el panorama actual de las empresas, uno de los elementos más importantes que ha aparecido como un punto de impulso para los

procesos de inclusión laboral de PcD, tiene relación con la obligación del cumplimiento de la ley N°21015. A nivel nacional en 2020, 1894 empresas informaron a la Dirección del Trabajo cumplir con la Ley de Inclusión por contratación directa de trabajadores y/o por medio de medidas alternativas. De ellas, 1441 sólo contrataron trabajadores, 127 sólo cumplieron medidas alternativas y 326 cumplieron la ley a través de la combinación de contratación de trabajadores y medidas alternativas. En cuanto al cumplimiento de la Ley de Inclusión Laboral a través de las medidas alternativas en 2019, la Dirección del Trabajo registra 224 empresas que lo hicieron a través de la contratación de servicios y 267 a través de donaciones (estas donaciones fueron recibidas por 15 fundaciones o proyectos). En el año 2020, se observa una baja de la contratación de servicios (a 161 empresas) y un alza a las donaciones alcanzando 319 empresas que donaron a 24 proyectos o fundaciones. (Gobierno de Chile, 2020)

Como se menciona en párrafos anteriores, los procesos de inclusión laboral son dinámicos y están en constante construcción y deconstrucción, por ende, la aplicación está permanentemente cambiando su forma. Para ejemplificar la relación entre los dispositivos, estos se distribuyeron por función principal y luego se dividieron en 3 fases: preparación (entregar herramientas de preparación laboral a la PcD), coordinación (vínculo con redes, instituciones y empresas) y colocación (proceso de inclusión laboral dentro de empresa formal).

Figura N° 1 Representación Esquemática de la Interacción entre Instituciones Públicas, Privadas y Mixtas durante el Proceso de Empleo con Apoyo



Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica

De acuerdo lo expuesto en la figura N°1, se muestra un ejemplo de cómo interactúan las instituciones público- privadas en contexto de empleo con apoyo para PcD. En la fase de preparación, la PcD debe seguir conductos regulares, tales como, contar con la credencial de discapacidad que entrega el COMPIN, capacitarse en un oficio u ocupación a través cursos ofertados por las OTEC (regulado por SENCE). Posterior a esto, ChileValora certifica las habilidades, capacidades y destrezas de los trabajadores con discapacidad.

En la fase de coordinación, las empresas se contactan con las OMIL y/o OPIL con el fin de “informar” que cuentan con cargos vacantes de empleo con apoyo, de esta manera el especialista en esta área (Terapeuta Ocupacional) efectúa una visita a la empresa y lleva a cabo un completo análisis del puesto laboral, evaluando aspectos como el ambiente físico, ambiente laboral, tipo de trabajo y las tareas a desempeñar, entre otras. También se debe considerar que hoy en día algunas empresas cuentan con departamento de inclusión laboral, sin necesidad de “externalizar” dicho análisis.

La fase de colocación comienza con la “socialización del cargo” a través de diferentes medios como portales web de empleo, difusión a redes de inclusión laboral (incluyendo a instituciones de PcD) entre otros. Las OMIL y OPIL son las encargadas de hacer las entrevistas laborales y así dar con el candidato más idóneo. Una vez que la PcD está en el cargo, son estos organismos los encargados de hacer el seguimiento laboral por el tiempo que se estime conveniente; en algunos casos, también se encargan de los procesos de educación y sensibilización a los equipos de trabajo que tienen contacto directo con las PcD.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Los resultados son en base a la muestra de pacientes ya identificada y se llevó a cabo la caracterización de los pacientes, usando datos demográficos recolectados de los registros clínicos.

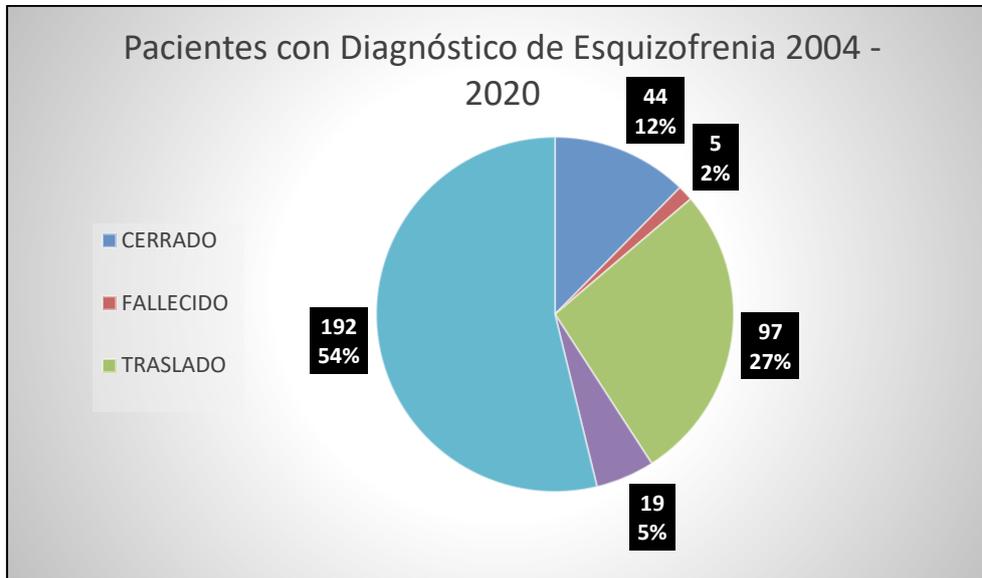
2.1 MUESTRA PACIENTES ESQUIZOFRENIA 2004 - 2020

La población se compone de los pacientes que han sido diagnosticados de esquizofrenia desde el año 2004 a abril 2020, en el contexto de la Ley de Garantías Explicitas en Salud, que han sido tratados en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río (CASR), ubicado en la comuna de Puente Alto, región metropolitana. El CASR pertenece al SSMSO y brinda atención al 10% de la población nacional. Este Servicio recibe a los pacientes que residen en las comunas de Puente Alto, San José de Maipo y Pirque. La forma de derivación es principalmente a través de 3 canales: urgencias psiquiátricas del servicio público, derivaciones de la atención primaria de salud y desde centros de salud mental que corresponda.

Como se observa en el Gráfico N°1, las personas que han sido diagnosticadas de esquizofrenia desde el año 2004 a abril 2020, se distribuyen en 5 tipos de caso: cerrado (deserción, cambio de diagnóstico, rechazo de tratamiento), fallecido, trasladado (cambio de residencia), inasistente (“población flotante”, pacientes que asisten a controles de forma irregular y que con frecuencia se deben rescatar) y activo (pacientes en tratamiento actual).

Gráfico N°1

Número total y porcentaje de Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, según categoría de caso, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

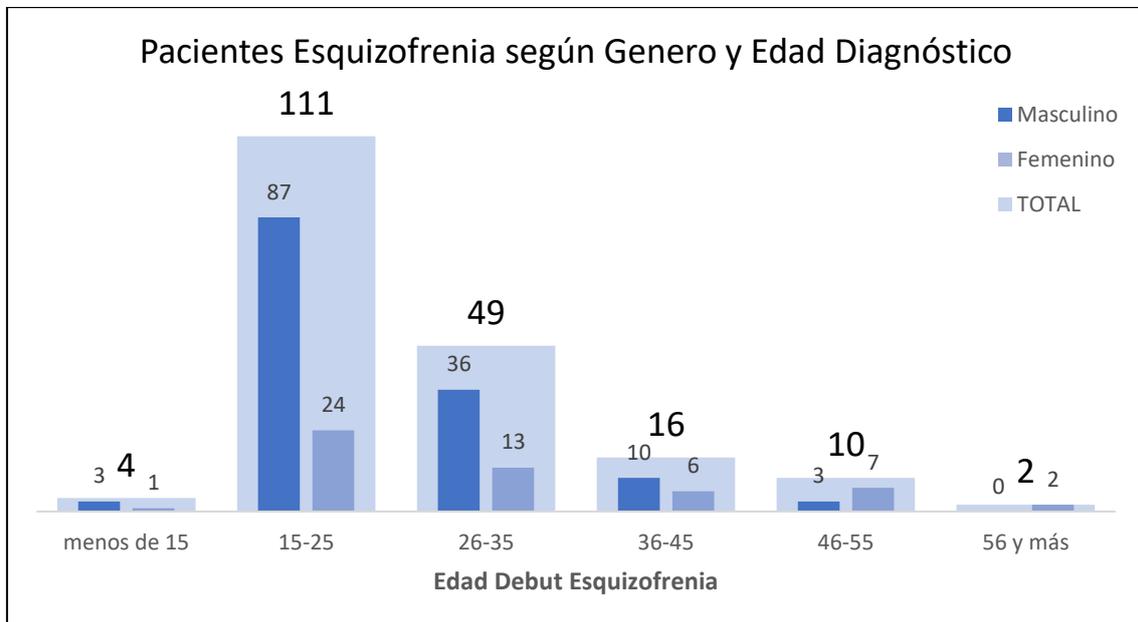
Durante 16 años, se ha intervenido con un total de 357 pacientes diagnosticados de esquizofrenia. De este grupo, a un 44% se le ha cerrado el caso, debido a que abandonó, desertó o rechazó tratamiento, pese a múltiples intentos de rescate, tal como lo indica la guía clínica. Lamentablemente 5 pacientes han fallecido durante estos años; en el 2008 la primera persona en fallecer fue a causa de un accidente automovilístico; luego en el 2018, un paciente falleció de cáncer y el 2019, fallecieron 3 pacientes, uno de ellos a causa de una falla multisistémica; otro joven, a causa de un edema pulmonar y el más reciente, fue un joven que falleció a causa de un suicidio.

En cuanto a los traslados, se refiere a personas que se han cambiado de comuna, pero que a la fecha mantienen tratamiento en otro centro de salud, estos corresponden a 97 pacientes. Los inasistentes, correspondiente a 19 personas, son aquellos pacientes que se les cita y no llegan a control, pero cada cierto tiempo reaparecen para solicitar apoyo con el equipo, hora con médico tratante, entre otras cosas, por ende, es un grupo que podría denominarse “flotante”, con ellos siempre se está trabajando en vinculación con redes, mantener el contacto, visitas domiciliarias, etc., con el fin de conocer su situación y facilitar que reinicien tratamiento lo antes posible.

Los casos activos, corresponden a un 54%, es decir, 192 pacientes que están actualmente en tratamiento farmacológico y psicosocial. De este grupo de “activos”, se desglosan los datos principales de la muestra, destacando que se revisó la ficha clínica de cada uno de los pacientes con el fin de corroborar la información y actualizar con los datos registrados en dicha ficha.

Gráfico N° 2

Número total de Pacientes Activos Diagnosticados de Esquizofrenia, según Género y Edad de Diagnóstico de Esquizofrenia, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

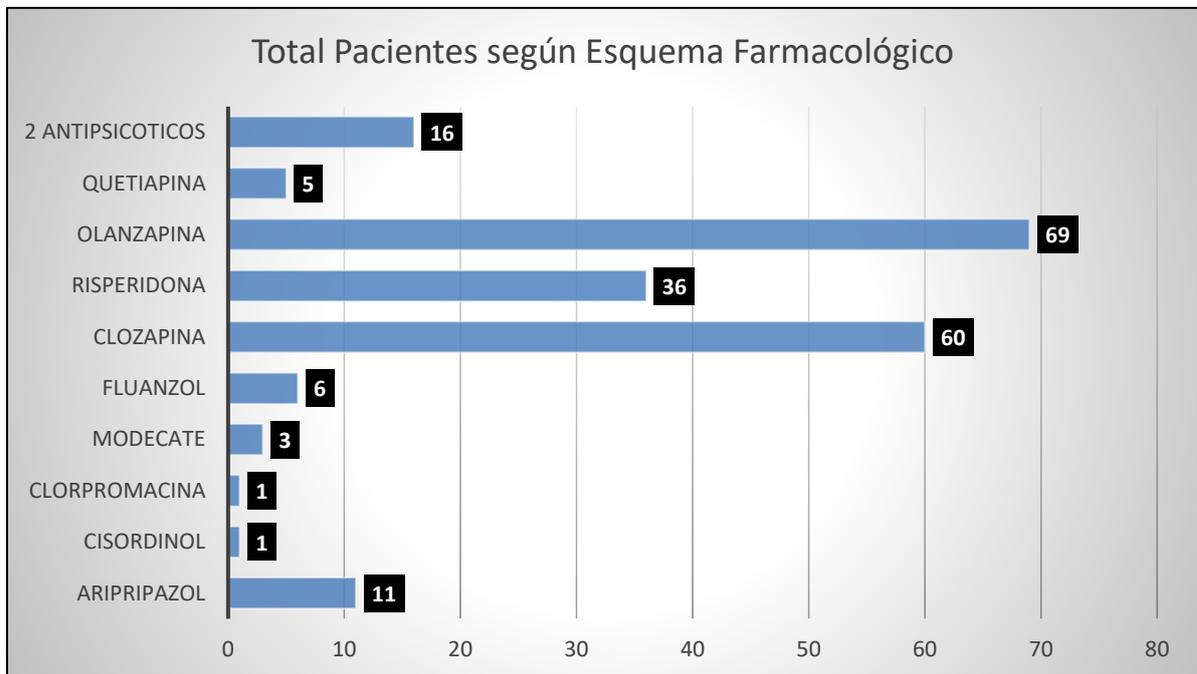


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

El universo de pacientes en estado activo es de 192 (139 género masculino, 53 género femenino) como podemos ver en el Gráfico N°2. De este grupo, 111 debutaron con su esquizofrenia entre los 15 y 25 años, siendo considerable la diferencia entre hombres y mujeres (87 versus 24 respectivamente). El segundo grupo, de 26 a 35 años cuenta con 49 pacientes que debutaron en ese tramo de edad, siendo 36 del género masculino y sólo 13 del género femenino. En cuanto a los otros rangos, 28 personas debutaron posterior a los 35 años, y sólo 4 tuvieron su brote previo a los 15 años.

Gráfico N°3

Número total de Pacientes Activos Diagnosticados de Esquizofrenia, según Esquema Antipsicótico, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

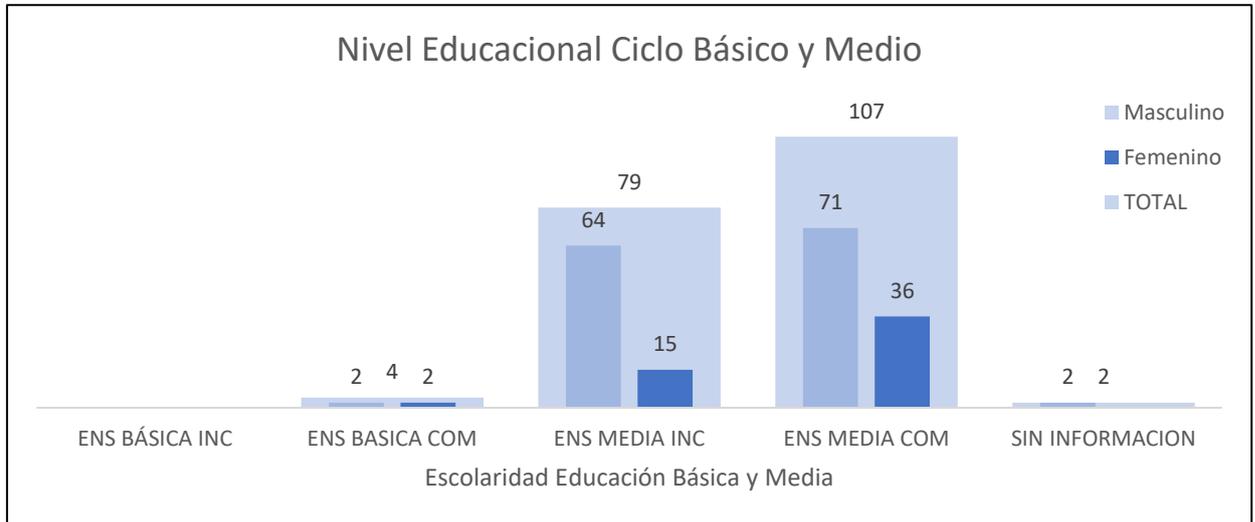


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

El Gráfico N° 3 se refiere a pacientes activos y esquema farmacológico principal, se observa que los antipsicóticos más utilizados en esta población son en primer lugar la olanzapina, y en segundo lugar la clozapina, ambas abordan a casi la totalidad del grupo, con más de 120 pacientes. En tercer lugar, se ubica la risperidona. Se menciona, que, de los 192 pacientes, hay 16 que tienen doble indicación de antipsicóticos.

Gráfico 4

Número total de Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, según Género y Nivel Educativo de Ciclo Básico y Medio, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 2020, Chile.

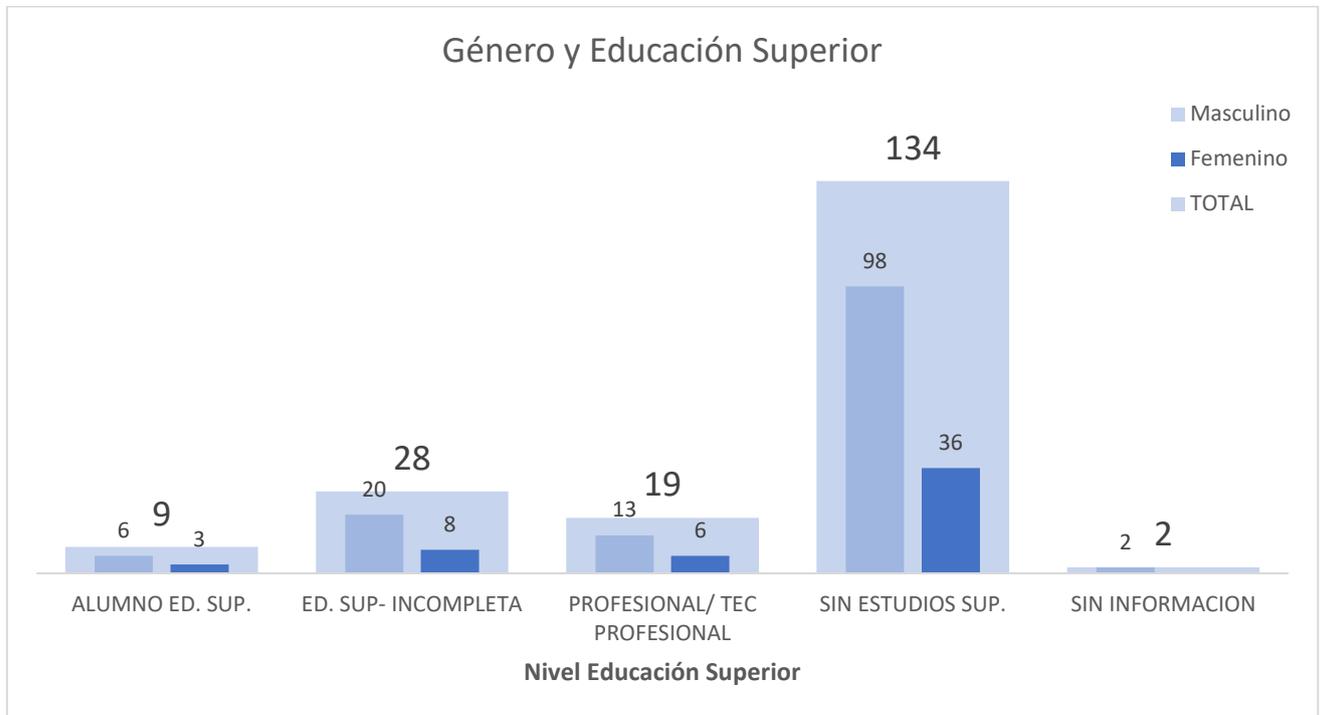


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

De los 192 pacientes, 107 han logrado egresar de la enseñanza media (36 mujeres y 71 hombres) y 79 tienen educación media incompleta, como se comprueba en el Gráfico N°4. Se presume que existiría una relación entre la enseñanza media incompleta y la aparición del cuadro clínico, dado que éste se manifiesta generalmente desde los 15 a 16 años aproximadamente.

Gráfico N° 5

Número total de Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, según Género y Nivel Educativo de estudios superiores, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

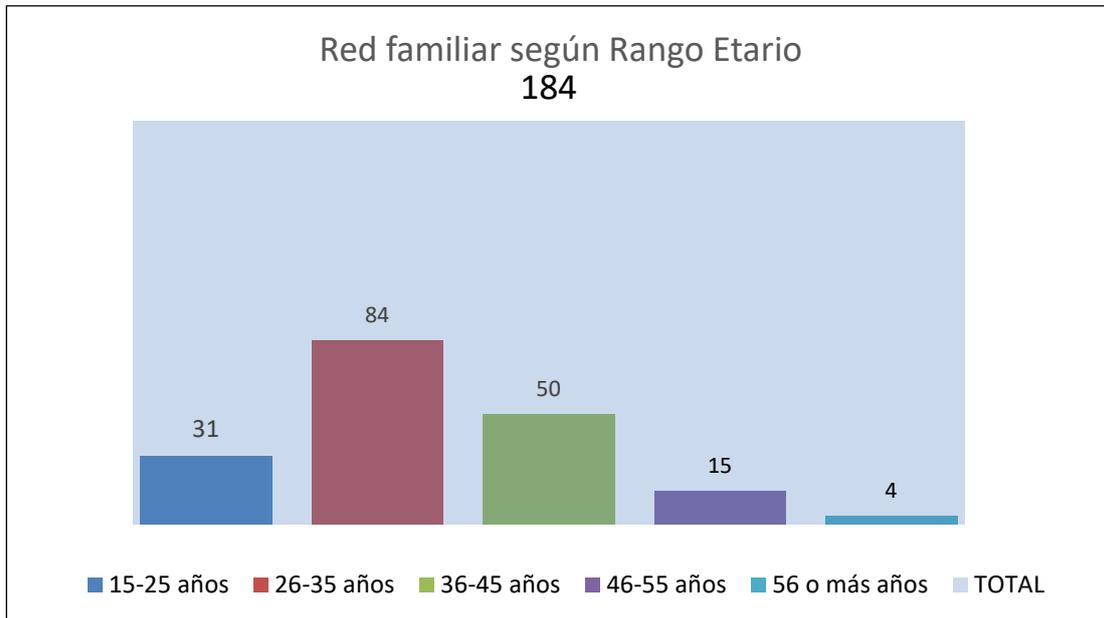


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

Del total de los 192 pacientes, 134 no tienen estudios superiores, de este grupo 98 son del género masculino y 36 del femenino. De los 56 que ingresaron a la educación superior, 28 no han terminado sus estudios, 9 son alumnos regulares y 19 ya son Profesionales / Tec. Profesionales. Esto se encuentra detallado en el Gráfico N°5.

Gráfico N° 6

Red Familiar de Apoyo de Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, según Rango Etario, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

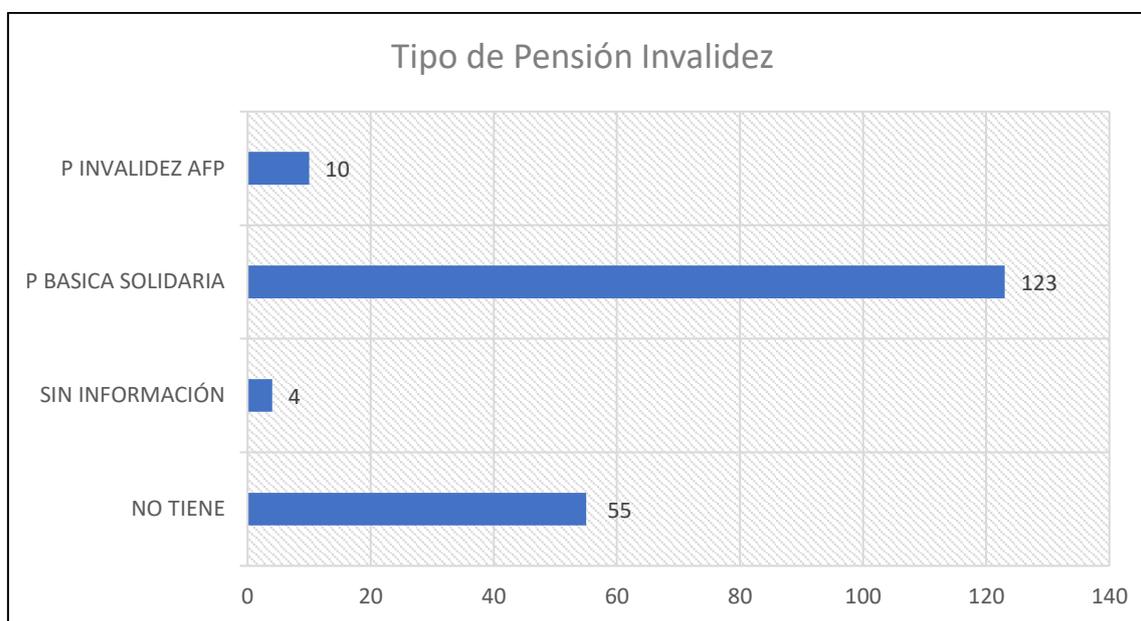


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

En el Gráfico N° 6, podemos constatar que, de los 192 pacientes, 184 viven con sus familias de origen principalmente, siendo el grupo de 26 a 35 años el predominante, luego el de 36 a 45 años. Se observa que 19 pacientes con más de 46 años aún viven con sus familias de origen. La gran mayoría de los pacientes que conforman la muestra, provienen principalmente de hogares monoparentales, donde la figura de jefe de hogar corresponde a las madres. De los 192 pacientes activos, quienes conformaron su propia familia, viven en pareja, tienen hijos y son autónomos económicamente, no superan los 5 pacientes.

Gráfico N° 7

Número total de Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, según tipo de Pensión de Invalidez, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

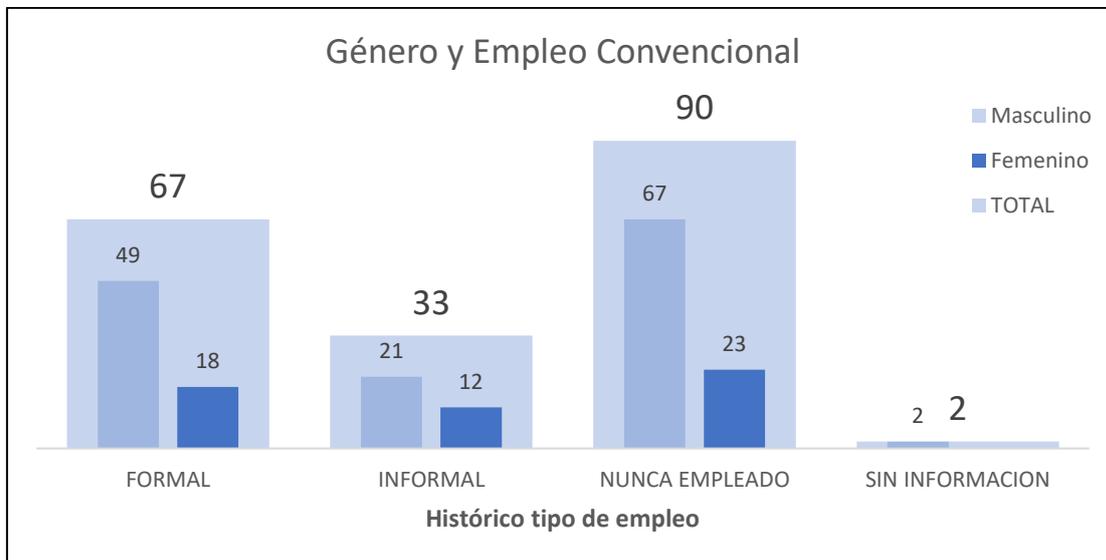


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

La Pensión Básica Solidaria (PBS) de invalidez es un monto de dinero mensual que entrega el estado a las PcD que nunca han trabajado en un empleo convencional. Sobre ello trata el Gráfico N°7. Del total de los 192 pacientes de la muestra, 123 cuentan con PBS de aproximadamente USD 180. En cuanto a la pensión de invalidez entregada por la AFP, sólo 10 pacientes son beneficiados actualmente. Cabe señalar que cuando una PcD obtiene este beneficio, se le puede entregar el dinero en diversos formatos, el primero es una entrega en cuotas mensuales, similares al valor de la PBS; el segundo formato es que se le puede entregar el total del dinero ahorrado en un solo pago; y el tercero, que es el menos frecuente, se le sigue entregando una pensión, aun cuando los fondos se hayan acabado. Es importante indicar que una vez que la PcD haya quedado sin fondos en la AFP, puede tramitar la PBS. En cuanto a las 55 personas que no tienen pensión de invalidez o básica solidaria, se debe a que no la han tramitado; a que les han dado la pensión transitoria y no han solicitado la renovación; o que se les ha rechazado la solicitud de pensión.

Gráfico N° 8

Número total de Pacientes Activos Diagnosticados de Esquizofrenia, según Género y Empleo Convencional, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.

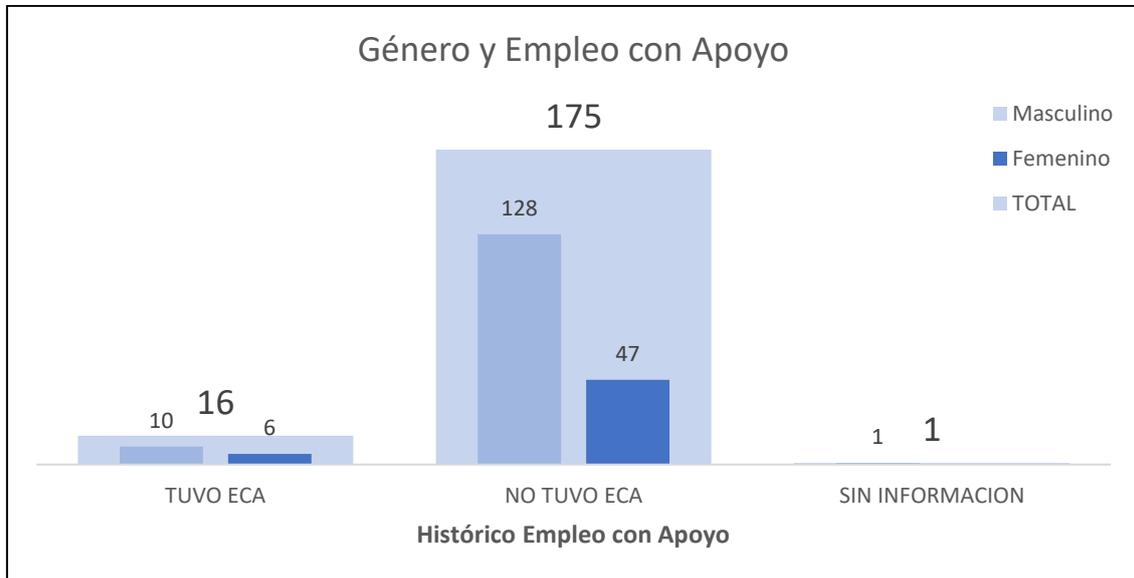


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

Se confeccionaron 4 categorías en cuanto al empleo, para esto se agrupó entre empleo formal (con contrato), empleo informal (sin contrato), aquellos que nunca han trabajado y sólo dos que no se encontró la información en los registros, como se observa en el Gráfico N°7. Es importante destacar que se consideró el dato histórico del empleo, vale decir, se ingresó como trabajo formal e informal todos aquellos empleos que fueron desempeñados al menos una vez en la vida. En este gráfico se evidencian las falencias en estas temáticas.

Gráfico N°9

Número total de pacientes activos diagnosticados de esquizofrenia, según género y Empleo con Apoyo, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio 2004 a 2020, Chile.

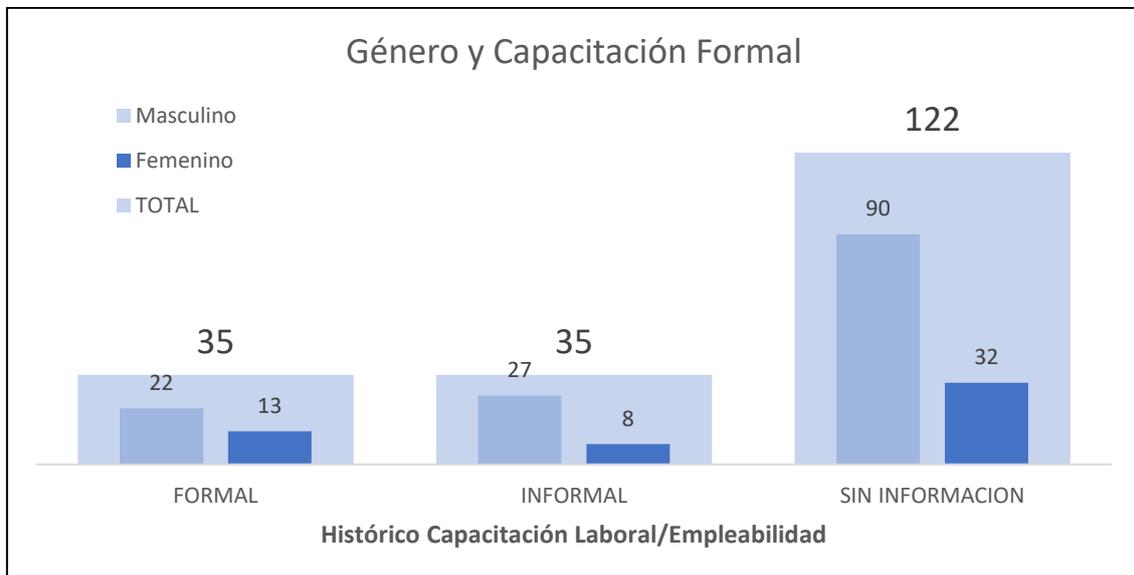


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

En cuanto al empleo con apoyo, el Gráfico N°9 muestra que del universo de los 192, sólo 16 tuvieron ECA, de los cuales 10 eran del género masculino. Lamentablemente 175 pacientes no tuvieron acceso a empleo con apoyo.

Gráfico N°10

Número total de pacientes activos diagnosticados de esquizofrenia, según género y Capacitación Formal, en el Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río 2004 a 2020, Chile.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de pacientes del CASR.

Finalmente, en el Gráfico N°10 se observa que del total de los 192, 35 han recibido capacitación formal, es decir han asistido a cursos y se han formado en oficios. Los 35 restantes han tenido capacitaciones informales, vale decir, hay muchos que son autodidactas y han aprendido oficios a través otros canales.

3. RECOMENDACIONES

A modo didáctico, se entregan recomendaciones en base a 3 niveles que interactúan entre sí. El primero es el de las políticas públicas, luego el de comunidad y por último el de la persona; podemos observarlas en las Tablas N°1, N°2 y N° 3.

Tabla N° 1: Recomendaciones para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto a Políticas Públicas

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los equipos de salud deben conocer los aspectos legales de la empleabilidad	Revisar ámbitos generales de la Convención Internacional de los Derechos Humanos, y también la Ley N° 21.015 de Inclusión Laboral para PcD en Chile.
	Conocer los lineamientos generales de la Convención Internacional, en materia de igualdad y equiparación de derechos.
	Conocer el funcionamiento general de la Ley N° 21.015 en cuanto a su aplicación, beneficios y limitaciones.
	Revisar el Plan Nacional de Salud Mental e identificar los aspectos más relevantes en cuanto a inclusión social y laboral. Enfatizar en el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y también en el Modelo Comunitario.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

Tabla N°2 Recomendaciones Para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto a Redes Intersectoriales

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los Equipos de salud deben conocer las redes del intersector	Identificar y conocer las redes sectoriales públicas y privadas en materia de educación, salud, judiciales, policiales, recreativas y sociales, etc.
	Identificar y conocer las redes de inclusión laboral públicas y privadas, tales como OMIL, SENADIS, OTEC, Municipales, entre otras.
	Conformar un catastro de redes: comunales, de la sociedad civil, centros de capacitación, escuelas de oficios, educacionales, empresas públicas y privadas, de salud, judiciales, del SERNAM, entre otras. Identificar persona de contacto, números telefónicos, dirección física y dirección de correo electrónico.
	Contactarse con las redes e ir conociendo en terreno como funcionan y sus gestores.
	Integrar una red de inclusión laboral regional o del sector, idealmente.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

Tabla N°3 Recomendaciones Para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto al Manejo de Persona con Discapacidad (PcD)

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los equipos de salud deben conocer cómo orientar a PcD que manifiestan interés por trabajar u otra actividad significativa	Contar con espacios participativos de integración social, liderados por personas del equipo y /o agentes comunitarios; dirigidos a PcD, familiares, miembros del equipo y que también pueden ser abiertos a la comunidad.
	Contar con talleres de entrenamiento laboral. Conformar ciclos de 4 o 5 módulos que se vayan repitiendo en el tiempo. Temas principales para tratar: psicoeducación sobre trastorno psiquiátrico complejo,

	<p>introducción al empleo, introducción a contabilidad básica, importancia de las relaciones interpersonales. Cada sesión debe considerar: acogida, desarrollo del tema, discusión grupal, cierre.</p> <p>Trabajar de manera multi o transdisciplinario donde se aborde a la PcD de manera integral, de modo tal, que, si un miembro del equipo recibe inquietudes sobre inclusión laboral, la persona sea orientada y posteriormente derivada al especialista, en este caso el Terapeuta Ocupacional.</p> <p>Definir plan de trabajo conjunto entre la PcD y terapeuta ocupacional. Ofrecer espacios de participación social y/o laboral de acuerdo con los intereses de la persona.</p> <p>Considerar a aquellas PcD que optan por colocación laboral directa sin pasar antes por los talleres ofertados. Independiente del nivel de habilidades y formación con la que ellos cuenten, los equipos los deben apoyar, evitando la generación de juicios de valor en cuanto al posible éxito o fracaso.</p>
Los equipos de trabajo deben trabajar en conjunto con la PcD al abordar la colocación laboral	<p>Supervisar y orientar en el proceso de inscripción en los diversos portales de empleo, subir el CV a dicho portal, buscar empleos disponibles. Postular.</p> <p>En caso de entrevista laboral: Poner en práctica y recordar lo aprendido respecto a lenguaje, corporalidad y presentación personal. En caso de no quedar seleccionado, trabajar la tolerancia a la frustración y apoyar en mantener la búsqueda laboral activa. Si es un empleo bajo la Ley 21.015, coordinado por el terapeuta ocupacional, es posible solicitar al entrevistador un reporte.</p> <p>Seguimiento laboral es ejecutado por la OMIL u OPIL, por tanto, el seguimiento que se mantiene entre la PcD y el equipo de salud se focaliza en aspectos de salud mental, con el fin de identificar descompensaciones y apoyo en la mantención de tratamiento. Pueden emerger otros elementos, por lo tanto, es necesario mantener un contacto regular, según lo vaya requiriendo la PcD.</p>
Los equipos de salud mantienen los canales	<p>Generar de instancias que faciliten la comunicación entre los dispositivos de la red, con el fin de evitar duplicidad de intervenciones.</p>

de comunicación abierto entre los diversos dispositivos que componen la red intersectorial	Acompañar a la PcD durante el proceso de derivación a otras redes, sea a través de un informe, llamado telefónico o acompañamiento físico. Esto le entrega seguridad a la persona y le da soporte al equipo que recibe.
	Considerar que las PcD no pertenecen sólo a un dispositivo, sino que pertenecen a la red. Siendo así, se hace necesaria la coordinación de los diversos actores al momento de trabajar con una PcD.
	Conocer cuáles son las redes de la PcD y considerarlas dentro de los planes de trabajo individual, ya que pudiese haber factores protectores, como también factores de riesgo (ambientales, sociales, familiares, otros) e influir en el proceso positiva o negativamente Conocer las redes es importante, sobre todo considerando que los equipos de salud no hacen colocación laboral, más bien son parte del entramado de la red para que la PcD pueda acceder a un empleo. Evitar que el proceso de inclusión laboral recaiga por completo en el equipo de salud, si esto sucede, se debe revisar que pasos están faltando o con que redes no se están vinculando.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

VII. DISCUSIÓN

Como hemos visto, tanto la revisión de la literatura como la caracterización de una muestra de pacientes, dan algunas luces respecto de los problemas y oportunidades de la inclusión laboral para PcD psiquiátrica en el Chile actual.

1. RESPECTO A LOS HALLAZGOS

1.1 Determinantes Sociales de la Salud y Contexto Local

El modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DD.SS.) de la OMS distingue tres esferas: (1) el determinante estructural dado por la posición social de la persona, los contextos sociales, políticos, económicos y culturales principalmente; (2) el determinante intermedio dado por las exposiciones y vulnerabilidades de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de la persona, trata las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; y (3) el determinante proximal, representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia.

En el caso de la muestra, el determinante estructural está marcado por la vulnerabilidad social, ya que en general pertenecen al 40% de las familias con menores ingresos económicos del país; los jefes de hogar tienen empleos de baja calificación, y casi la totalidad de los pacientes no cuenta con empleo, o en caso de tenerlo, son empleos informales donde los ingresos son inferiores al sueldo mínimo. Por lo tanto, estamos hablando de familias cuyo ingreso económico mensual no supera los USD400; y si a este escenario le sumamos la crisis sanitaria producto de la pandemia, la vulnerabilidad social va en incremento.

Los DD.SS impactan negativamente en esta población, ya que la vulnerabilidad y todo lo que conlleva, sumado a la aparición de cuadros psiquiátricos, van generando un aumento de las dificultades, persistencia de la situación de pobreza y pocas probabilidades de salir de ahí. Además, a esto debemos asociar que las condiciones sociales, sanitarias, educación y salud no son óptimas, lo que se traduce en que acceden menos a educación, sobre todo si es educación superior, tiene altos índices de

enfermedades crónicas, dado principalmente por una alimentación desbalanceada. También las condiciones habitacionales influyen, el hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, como humedad, alcantarillado mal estado, ausencia insumos básicos, tales como agua, agua caliente, electricidad, gas para cocinar y bañarse.

La gran mayoría de nuestros pacientes pertenecen a la comuna de Puente Alto, siendo ésta una de las más grandes del país con un total aproximado de 700.000 habitantes. En la década de los 90', la comuna tuvo un incremento de su población en casi un 90%, debido a las políticas de viviendas sociales que fueron implementadas. En la comuna habitan mayoritariamente personas ligadas a la clase media baja, como también existe una importante presencia de pobreza, ubicados principalmente en los sectores aledaños de la ciudad, por tanto, el tema de los DSS se hace bastante evidente en esta población. Respecto al nivel educacional, nuestros pacientes que han debido desertar de sus estudios siendo aún adolescentes, se han podido reincorporar a los sistemas de educación para adultos, en esto el rol del Municipio ha sido clave, ya que, gracias al trabajo en red, se derivan los casos y se consideran los resguardos necesarios para que completen su etapa educacional de manera exitosa.

Es un hecho que mantenerse en tratamiento no es fácil, ya que cada cierto tiempo afectan las recaídas propias del curso de la enfermedad, sumado a la desesperanza generada por la vulnerabilidad social en la cual la mayoría de nuestros pacientes están insertos. El esfuerzo conjunto entre los equipos de salud, la persona, su familia y las redes de apoyo, es fundamental porque facilita la mantención del tratamiento por el mayor tiempo posible, disminuyendo las probabilidades de recaídas. Es relevante considerar que mantenerse estable del cuadro clínico tiene directa relación con el aumento de probabilidades de inclusión laboral, sea esta convencional, con apoyo o independiente.

1.2 Estigma y Autoestigma

A lo largo de esta investigación se ha evidenciado el poder que tiene el estigma en la PcD psiquiátrica compleja. Este poder podría ser uno de los artífices en generar sentimientos de inferioridad, de culpa por presentar un cuadro psiquiátrico y de baja autoestima al creer no ser poseedor de un desarrollo intelectual, emocional, laboral y familiar óptimo. En nuestra sociedad se ha configurado que las personas con algún trastorno psiquiátrico son diferentes al resto y por ello suelen ser juzgadas o estigmatizadas. Algunos ejemplos que han salido en las conversaciones con nuestros pacientes en los espacios grupales son: “creen que por tener esquizofrenia soy un asesino”, “desde que tengo depresión la gente me dice que tire pa’ arriba que no tengo porque andar bajón”, “me da miedo contar mi diagnóstico, en el trabajo digo que tengo problemas a la tiroides”, “siempre me dicen que no podré estudiar ni tener hijos”.

Es muy importante conocer como nuestra población significa su diagnóstico y cuál es su posición en la sociedad. Contar con espacios de diálogo sobre estigma y autoestigma permite acercar las realidades subjetivas de quienes presentan cuadros psiquiátricos con sus redes de apoyo y así generar la construcción de nuevas realidades en cuanto a las destrezas, habilidades y capacidades. Desde la perspectiva profesional de la investigadora principal, este ha sido uno de los puntos más complejos cuando se inicia la carrera del empleo, porque los pacientes no creen en ellos mismos, desisten de los procesos por temor a ser juzgados o por temor a no presentar un buen desempeño, algunos prefieren replegarse en sus hogares y no enfrentarse al mundo laboral, ya que se han configurado en el rol de enfermos. Otros, en cambio, lo han intentado, pero han fracasado.

Por otro lado, no se debe olvidar la importancia que los equipos de salud estén constantemente revisando su dialéctica en cuanto a la forma, porque muchas veces, sin querer hacerlo los equipos terminan juzgando o estigmatizando a sus propios pacientes, y cuando esto se normaliza se deja de ver a la persona como sujeto de derecho. Un ejemplo común de esto es cuando los equipos hablan de “ya, pero si Juan ya está muy loco, no le podemos pedir nada más”, “No sé para qué me desgasto con él, si nunca va a poder trabajar”. También es necesario estar en constante revisión con la transferencia y contratransferencia en la relación vincular, ya que muchas veces los equipos o algún

miembro del equipo se ve sobrecargado con una situación puntual y pudiese llegar a maltratar a un paciente. Es necesario conversar de los casos, abordarlos de forma integral en equipo y contar con gestores de caso que vayan rotando, disminuyendo así las posibilidades de estigmatizar a nuestros pacientes, prestar el mejor servicio de atención posible y ser compasivos en el trato y vínculo con el otro.

1.3 Determinantes Sociales de la Salud y Empleabilidad

Como se menciona en puntos anteriores, los DD.SS. influyen directamente en la empleabilidad de este grupo de usuarios. Los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, dependiendo de la edad de debut del brote psicótico tienden a perder algunas habilidades, entre ellas, las habilidades sociales, lo cual podría deberse a factores personales, sociales, y/o de su entorno. Es muy distinto el desarrollo de estas habilidades en una persona que inició su cuadro clínico en la adolescencia a otro que fue en la adultez temprana, ya que las experiencias de vida permiten un desarrollo cognitivo y social muy diverso. Si un usuario terminó su enseñanza media, tuvo parejas, estudio en la educación superior y luego inició el cuadro clínico, va a tener mayores probabilidades de estabilizarse, porque las condiciones en que se dieron los DD.SS. fueron diferentes. Pero si tenemos una persona que se está iniciando en la adolescencia y aparece el brote psicótico, no alcanza a terminar su enseñanza media, ni a tener parejas, ni a compartir con sus pares, va a ser mucho más complejo que se adapte al ambiente, ya que posiblemente lo desconocido le genere estrés y eso se traduzca en ir más lento que el resto en cuanto al desarrollo vital.

El tema de la empleabilidad depende de múltiples factores, que van desde la escolarización, los estudios superiores, las destrezas y factores personales, hasta el apoyo por parte de las redes cercanas y la mantención del tratamiento. Este último resulta vital, ya que el rol que cumplen los fármacos es principalmente facilitar la estabilidad del cuadro clínico, impactando positivamente en los pacientes debido a la reducción de síntomas secundarios.

1.4 ¿Empleo Convencional o con Apoyo?

Como se revisó, nuestro país tiene una tasa actual de desempleo que bordea el 9% para la población general, por lo tanto, las alternativas laborales convencional o con apoyo para PcD se reducen considerablemente, contemplando que la ley indica que se destinarán cargos a PcD al 1% del total de trabajadores de una empresa; lo que no indica la Ley es el tipo de discapacidad a contratar por lo tanto, las empresas no están en el deber de contratar a PcD psiquiátrica.

El acceso al mercado laboral convencional es complejo, una de las razones se relaciona con los filtros de ingreso que generalmente son test o entrevistas psicológicas, donde se hace difícil ocultar el diagnóstico de esquizofrenia. Si la persona logra pasar estos filtros y es contratada para el empleo, se pueden poner en peligro las habilidades y destrezas personales ya que si el estrés “juega una mala pasada” se podría gatillar una descompensación del cuadro clínico. Se debe considerar que cuando una PcD psiquiátrica compleja se desempeña en un empleo convencional, generalmente oculta el diagnóstico por temor al estigma y a ser discriminados o maltratados. Al menos así se ha visto en la muestra de esta investigación. Distinta es la situación cuando se trabaja en empresas familiares y la PcD es contratada como empleado dentro de un contexto de confianza y apoyo. Muchas veces, este tipo de empleo va en la misma línea del empleo con apoyo, pero sin pasar por los equipos intermedios de capacitación, seguimiento, etc., sino que la familia hace el rol de entrenador laboral. En nuestra muestra, algunos de los pacientes han tenido experiencias similares en negocios familiares que han resultado ser bastante exitosas en cuanto a permanencia laboral, mantención del tratamiento y vínculos relacionales.

El empleo con apoyo en las PcD psiquiátrica es algo incipiente en nuestro país. Hasta hace pocos años existía el concepto que la PcD no podía trabajar, ya que estaba inhabilitada para hacerlo, y si además contaba con una PBS, tenía prohibición de emplearse de manera formal. Desde que se reformó la ley 20.422 esta situación cambió, ya que se modificaron algunos artículos permitiendo que la PcD pudiese trabajar y recibir la pensión, salvo que el sueldo fuese el equivalente a 2 sueldos mínimos, ya que, en este caso, la PBS se eliminaba inmediatamente, situación que se mantiene a la fecha.

Hoy en día, con la puesta en marcha de la ley 21.015 el tema del empleo con apoyo está siendo cada vez más conocido y como además es un deber para las empresas públicas y privadas, resulta más expedito el proceso de inclusión. En caso de que las empresas no puedan cumplir con esta normativa, existen medidas, tales como la contratación de servicios externos que cuenten con trabajadores con discapacidad, o en su defecto, multas traducidas en donaciones a instituciones de capacitación laboral.

Ambos tipos de empleo, convencional y con apoyo, son de difícil acceso y mantención para las PcD psiquiátrica severa, debido nuevamente al estigma, ya que entre escoger a una PcD física o sensorial, han primado este tipo de discapacidades antes que la psiquiátrica.

Desde hace más de 30 años que en Chile han existido instituciones que capacitan en oficios a PcD. A *Grosso modo*, estas instituciones entregaban servicios de capacitación a PcD, orientado a sólo un tipo de discapacidad, por tanto, era normal encontrar instituciones que capacitaban en oficios a PcD sensorial y otras instituciones destinadas capacitar a PcD intelectual o psiquiátrica. Otras instituciones han seguido ofertando capacitación laboral, teniendo una amplia gama de cursos, en áreas de aseo, programación, administración, entre otros; y, gracias a la Ley 21.015, han enfatizado en la colocación laboral en empresas, bajo el concepto del empleo con apoyo. Son los profesionales de estas instituciones los encargados de hacer el seguimiento laboral de las PcD en el puesto de trabajo.

En cuanto a los servicios de colocación laboral y acceso al EcA, los pacientes de nuestra muestra que han logrado completar los procesos de inclusión laboral, se han mantenido en los trabajos y han generado grandes cambios en cuanto a su autoestima ya que según ellos han manifestado, sentirse valorados y bien evaluados en su desempeño de roles. Quienes han logrado este proceso no superan las 10 personas, pero se mantiene la esperanza que la forma en que se está abordando la inclusión laboral puede ser la correcta y efectiva para este grupo. Existen distintas tendencias y formas de inclusión laboral, las cuales tienen estrecha relación con la cultura, economía, historia y sociedad del país. Se considera importante contar con ciertos resguardos cuando se trata de una

persona con un trastorno psiquiátrico severo, ya que existen factores que pueden propiciar descompensaciones, tales como situaciones de estrés, sobrecarga laboral, trabajo con sistema de turnos, alterando el ciclo del sueño y los horarios de ingesta farmacológica.

2. RESPECTO A LAS PROPUESTAS

2.1 Como Mejorar las Bases de Acceso a la Inclusión Laboral

Esta oportunidad de investigación en salud mental y empleo permite conocer el estado del arte e innovar en posibles formas de hacer inclusión laboral. Algo que queda en evidencia es que no existen modelos de inclusión laboral universales, ya que cada país tiene sus características, por lo tanto, solo es posible tener ciertos indicadores universales para aplicarlos a la realidad nacional y local, ya que todo dependerá de los sujetos que construyan el modelo en un momento y espacio de tiempo determinado. Es complejo mencionar esto, ya que al inicio de la investigación se esperaba encontrar un modelo de inclusión laboral que se ajustara a nuestra realidad, pero no fue así, ya que la construcción de estos espacios y procesos tiene relación con nuestra identidad como comunidad y sociedad.

Como se ha revisado a lo largo de la investigación, se requiere contar con bases generales para mejorar el acceso al trabajo y esto dependerá de la PcD, del equipo, las redes sectoriales, de las políticas públicas, entre otros. Puede haber diversas propuestas para mejorar la inclusión laboral, por esto, antes de discutir cuales son, revisaremos las bases donde éstas se asentarán y así ajustarse a un proceso lo más adecuado posible para la muestra.

Figura N° 2 Bases Estructurales para un Adecuado Proceso de Inclusión Laboral



Fuente: Elaboración Propia en base a bibliografía y muestra.

De manera esquemática, podemos observar la Figura N°2, es necesario que en nuestro país se generen cambios estructurales y que el modelo económico beneficie a toda la población, enfatizando en aquellos más vulnerables en términos de equidad, justicia social y no discriminación, cambios que se traducen en mejorar las condiciones socioeconómicas de cada persona.

Se propone que como sociedad se tenga un rol más activo en cuanto a la salud mental, ya que, al estar más sensibilizados, facilita la disminución de estigma y discriminación, lo que se traduce en posibles oportunidades de acceso al mundo laboral convencional o con apoyo.

Las redes del intersector cumplen un rol fundamental en cuanto a la PcD y su proceso de inclusión, ya que los dispositivos como hospitales, APS, Municipios, entre otros, actúan como soporte del sujeto en cuanto a lo clínico y social, y como “acople” en cuanto a redes de inclusión laboral. Es importante destacar que, en el caso de la muestra, en la comuna sólo existe una empresa social, la cual cuenta con entrenamiento laboral y

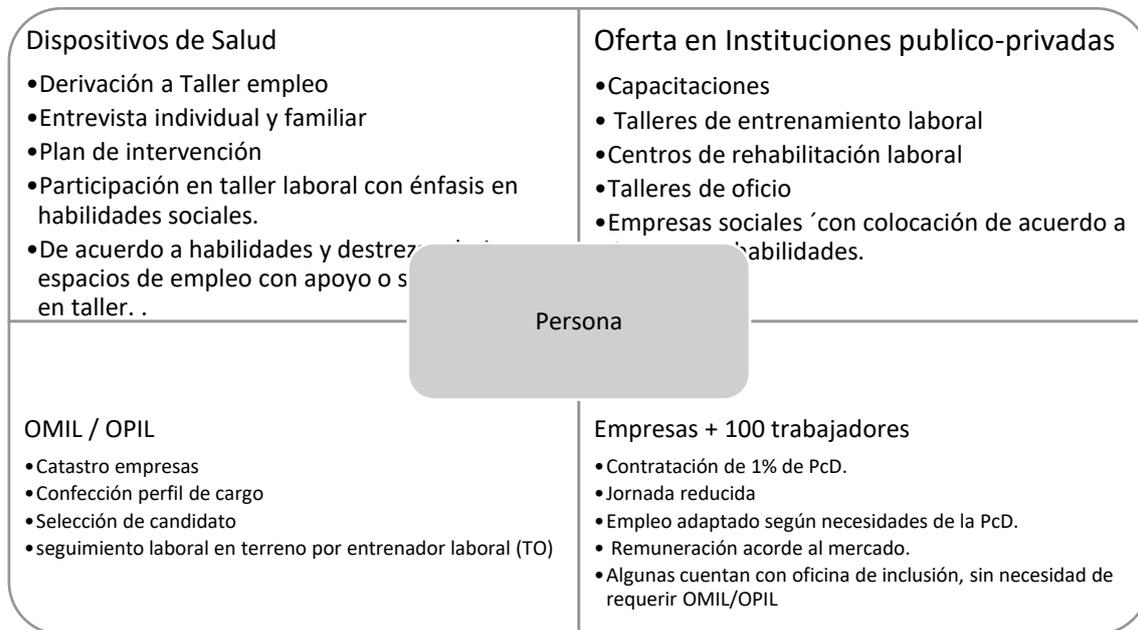
empleo con apoyo. Sumado a esto, el Municipio regularmente está ofertando cursos y capacitaciones para toda la comuna, donde se pueden beneficiar las PcD; además cuentan con una oficina de inclusión laboral. El Servicio de Psiquiatría ha dispuesto espacios comunitarios dentro del centro asistencial con el fin de apoyar a las PcD psiquiátrica compleja en la orientación, derivación y colocación laboral. Existe en la región metropolitana una red de inclusión laboral conformada por actores, públicos y privados, ésta ha facilitado visibilizar la necesidad de inclusión, como también la elaboración y generación de flujogramas, protocolos, manuales.

Para que la PcD psiquiátrica compleja lleve a cabo un proceso de inclusión efectivo y permanente en el tiempo, requiere desarrollar y potenciar sus habilidades y destrezas sociales, sobre todo con sus pares, siendo éste considerado un punto de partida en el ámbito relacional dado que estas habilidades se ven afectadas por el cuadro clínico en la mayoría de los sujetos con trastorno psiquiátrico complejo.

Una manera sencilla de ejemplificar el proceso actual de inclusión laboral es haciendo referencia al trabajo que se ha llevado a cabo con la muestra y que tiene estrecha relación a las necesidades de esta población y su realidad local. Entendiendo que cada dispositivo o institución tiene sus particularidades, es posible que ciertos procesos puedan ser replicados.

Figura N°3

Persona con discapacidad Psiquiátrica Compleja y su Proceso Laboral Inclusivo



Fuente: Elaboración Propia en base a bibliografía y muestra.

La figura N°3 pretende ordenar las funciones que tiene cada organismo en cuanto a la oferta laboral. La persona se ubica al centro del esquema porque es ella quien toma la decisión de ver cuál será su punto inicial. Puede ocurrir que opte por trabajar de manera independiente, generando ingresos acordes al mercado y no requiera de procesos inclusivos. Lamentablemente estos casos son los menos, pero de igual forma suceden. En general las personas con el diagnóstico de esquizofrenia tienen la tendencia a perder o disminuir las habilidades sociales, por esta razón se les ofrece espacios grupales de inclusión social, donde se van trabajando los aspectos pesquisados en la entrevista inicial y durante el transcurso de las sesiones.

Generalmente se les brinda apoyo en la confección del currículum y en el desarrollo de habilidades para desempeñarse en una entrevista de trabajo (contemplando cómo vestirse, como hablar de manera formal, como mirar, dar pausas en el diálogo, etc.). Una vez que el usuario ya se siente preparado, comienza la búsqueda de empleo, sea con o sin apoyo, eso dependerá de los intereses y motivaciones intrínsecas de éste. Dicha búsqueda laboral puede ser a través portales de empleos, de las OMIL, de las consultoras, etc. Frecuentemente es el terapeuta ocupacional quien apoya en el

contacto con las redes laborales inclusivas, con el fin de brindar soporte al usuario y también para mantener el canal de comunicación cuando la colocación es efectiva; el rol del terapeuta ocupacional clínico es de seguimiento y colaboración en la prevención de recaídas y mantención del tratamiento. Por esto, siempre se debe mantener el contacto permanente entre el usuario, el entrenador laboral, equipo de salud y familia.

Respecto a las propuestas, la familia y las redes de apoyo cumplen un rol fundamental en estos procesos, siendo uno de los factores protectores más determinantes. Es relevante que la familia conozca sobre el cuadro psiquiátrico complejo que afecta a la persona, que se eduque en el abordaje de éste y sepa la importancia del tratamiento integral. El confiar en la persona y facilitar su autonomía es algo fundamental, ya que estos serán los cimientos para el desempeño en las diversas áreas, incluyendo, el empleo. En muchos casos, las familias sobreprotegen a la persona afectada, quien paradójicamente termina desarrollando pocas o nulas estrategias de afrontamiento.

Es de vital importancia que los equipos apoyen a la persona y su familia desde los inicios del cuadro clínico, ya que esto tiene un impacto positivo en el desarrollo de la persona afectada. Es favorable contar con canales de comunicación fluidos que permitan detectar precozmente posibles descompensaciones del cuadro y de esta forma intervenir oportunamente, tratando de evitar oportunamente las derivaciones a unidades de hospitalización cerrada de salud mental.

Cuando se entrega apoyo y se reconocen las habilidades y destrezas de cada sujeto, por parte de sus redes de apoyo, la PcD desarrolla la confianza en sí mismo, lo que se traduce en un mejor desempeño global, que incluye los procesos laborales.

Nos hemos encontrado con familias que a causa de los procesos vividos tienden a sobreproteger a sus hijos, situación comprendida desde la complejidad del cuadro asociado a un posible duelo producto de la misma situación. Es tan importante contar con espacios abiertos de dialogo donde se aborden temáticas de salud mental o vinculadas a ésta, y se generen aprendizajes en base a la co-construcción entre los equipos de salud, familias, redes comunitarias y PcD.

En los anexos se entrega un documento con las recomendaciones confeccionadas en base a lo investigado, en un formato amigable, destinado a trabajadores de la salud mental.

VIII. CONCLUSIONES

La psiquiatría a nivel mundial ha ido cambiando con el paso de la historia, y eso se ha visto reflejado en nuestro país. Uno de los cambios más significativos que se destaca fue el paso del sistema asilar al comunitario, ya que impactó directamente en el sujeto configurado como enfermo hacia el sujeto de derecho. Esto se menciona porque en un sistema asilar hubiese sido impensado que una persona con el diagnóstico de esquizofrenia estuviese desarrollando habilidades para desempeñarse en el mundo del trabajo en igualdad de condiciones salariales y de derechos laborales.

Al revisar la literatura sobre inclusión laboral para PcD psiquiátrica se logran evidenciar una serie de dificultades que están relacionadas con la cultura de cada país y al cómo se significa a la persona con patología psiquiátrica, como también con aspectos relacionados con los niveles sociales basados en los DD.SS., entre otros.

Si bien no se logró dar con un modelo universal, como podía esperarse, se identificaron aspectos transversales de la empleabilidad. Uno de éstos tiene relación a la persona y el otro a las empresas. Cuando la PcD se inserta en el mundo laboral, mejora su condición socioeconómica, su autoestima se eleva y aumenta la confianza en si mismo, cambia su configuración de sujeto que va desde aquella persona que padece una patología hacia aquella persona que tiene un rol laboral activo. Además, se ven favorecidas las relaciones interpersonales, pudiendo incluso generar vínculos afectivos significativos. En cuanto a las empresas, éstas mejoran sus ambientes laborales, logran humanizar el trato hacia quienes presentan cuadros psiquiátricos, haciendo frente al estigma.

Se evidenció lo complejo que es trabajar en inclusión laboral, y lo importante que es generar instancias intermedias que “nivelen la cancha”, es decir, apoyar a la PcD psiquiátrica compleja a desarrollar habilidades y destrezas que le brinden la confianza suficiente para desenvolverse en el mundo laboral de manera efectiva y sin altos niveles de estrés.

Con la implementación de la Ley 21.015 se espera seguir trabajando por la inclusión laboral de PcD desde la atención de salud mental, especialmente en aquellas personas con cuadros psiquiátricos, esta vez generando puentes con el mundo del empresariado y eliminando poco a poco el estigma hacia estos grupos tan vulnerables.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandra, J., & Jácome, N. (2015). FACULTAD DE ECONOMÍA Disertación previa a la obtención del título de Economista Evaluación de las políticas públicas para la inserción laboral de las personas con discapacidad en el Ecuador para el período 2000-2012 Resumen.
- Alvarez, L., Cuetos, L., Jiménez, A., Severo, M., Propuestas, A., En, B., & Información, L. A. (2004). Actividad Productiva y empleo de Personas con trastorno mental severo., (31), 31-65.
- Arthur, E., Reilly, O., & Fas, G. De. (2007). *El derecho al trabajo decente de las personas con discapacidades. OIT.Ginebra.*
- Bertranou, F. (2017). *Desafíos de la productividad y el mundo laboral. OIT Chile.*
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., ... Keller, W. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71-93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2018). Guía sobre discapacidades, 1-73.
- Consejo Nacional y Secretaría Técnica. (2019). Informe Nacional Voluntario Chile, Agenda 2030 para el desarrollo, 1-258.
- Corregidor, A. I. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología Bases conceptuales y aplicaciones prácticas.*
- Fundación Descúbreme. (2018). Preguntas y Orientaciones para la Implementación de la Ley de Inclusión Laboral, 1-35.
- Fundación Integra. (2015). Implementación sistema SAP.
- Gobierno de Chile. (1998). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - www.leychile.cl - documento generado el 27-Feb-2017.
- Gobierno de Chile. (2006). Normativa vigente para niños y niñas.
- Gobierno de Chile. (2017a). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - www.leychile.cl - documento generado el 27-Feb-2017, 2017.
- Gobierno de Chile. (2017b). ORD. N°4137/101 - Normativa laboral. Dirección del Trabajo. Gobierno de Chile.
- Gobierno de Chile. (2020). Un acercamiento al panorama actual de la inclusión laboral en Chile, 1-160.
- Gobierno de Navarra. (2019). Plan de Discapacidad de Navarra 2019-2022, 0-105.
- López Álvarez, M. (2003). El Acceso Al Empleo De Personas Con Trastorno Mental Severo Como Proceso Intersectorial: una visión desde Andalucía.

- López Menéndez, L. Á. (2008). Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo . Revisión de estudios y análisis de evidencias . Variability of employment predictors for persons. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 245–268.
- Melissa Flores. (2015). Ocupacion e identidad social en personas en situación de calle. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15, 1–16.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016). Resultados Generales para la Población Adulta Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad Un nuevo enfoque para la inclusión.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017a). *Informe de Desarrollo Social 2017 (informe en proceso de edición)*.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017b). Ley 21.015 - Incentiva la inclusion de personas con discapacidad al mundo laboral. *Biblioteca Del Congreso Nacional*, 17–20.
- Ministerio de Planificación. (2010). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - www.leychile.cl - documento generado el 21-Abr-2014. *Ley 20.422: Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas Con Discapacidad*.
- Ministerio de Salud de Chile: Subsecretaria de Salud. (2009). Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de Esquizofrenia. *Guías Clínicas MINSAL*, 1–99.
- Ministerio de Salud de Chile. (1996). LEY-19451 MINISTERIO DE SALUD - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional.
- Ministerio de Salud de Chile. (2009a). Guía Clínica para el Tratamiento de personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia.
- Ministerio de Salud de Chile. (2009b). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guías de práctica clínica en el SNS / Ministerio de Sanidad y Política Social ; 2007-05*.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan nacional de salud mental 2017-2025.
- Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrarrázabal, M., Díaz, R., & Hernández, V. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile, 1–7.
- Morrison, R., Olivares, D., & Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102–119. <https://doi.org/10.5354/0717-5346.2011.17785>
- Nieto, D. (1975). *Historia De La Psiquiatria. Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana* (Vol. 16). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- O'Reilly, A. (2007). *El derecho al trabajo decente de las personas con discapacidades* Arthur O'Reilly.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2013). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile, 1-19.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Informa WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental en Chile. *World Health*, 61.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización Mundial de La Salud*, 54. [https://doi.org/978 92 4 350602 9](https://doi.org/9789243506029)
- Pacto de productividad. (2019). Modelo de inclusión laboral de Personas con discapacidad.
- Presidencia del Gobierno de Aragón. (2019). Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón. Disposiciones Generales, 9409-9443.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2013). Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, 47.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2016). *II Estudio Nacional de la Discapacidad*.
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2017). Discapacidad y trabajo: Contexto para la nueva Ley N° 21.015 de Inclusión Laboral en Chile. *Departamento de Estudios SENADIS*, 32.
- Ú.T., D. S. (2017). Borrador Plan Nacional de Salud Mental 2017, 1(1), 35.
- Verdugo, M., & Jordán de Urríes, B. (2003). Empleo con apoyo y salud mental. *Cornell University ILR School(Revista Digital)*, (November).
- Vohringer, P., & Errazuriz, P. (2020). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente, 1179-1186.
- Zondek Andrea. (2015). Manual para una Inclusión Laboral Efectiva de Personas con Discapacidad, 28-30.

X. ANEXOS

Anexo N°1 Recomendaciones para la Atención de Salud Mental en Personas con Discapacidad Psiquiátrica Compleja



"El Perro Estrella", Autor: Hernán A. Paravic

"Recomendaciones para la Atención de Salud Mental en Personas con Discapacidad Psiquiátrica Compleja"

Inclusión Laboral en la Ley 21.015

ES IMPORTANTE CONOCER QUE...

En Chile, la mayoría de las PcD psiquiátrica compleja no trabaja porque las oportunidades laborales para este grupo en específico son menores o nulas en comparación a personas con otro tipo de discapacidad, a esto se le suma la falta de preparación y el temor a la estigmatización.

Esta realidad no va a ser modificada en el corto o mediano plazo, pero sí se pueden ir abordando en el tiempo una serie de acciones que equiparen las oportunidades de inclusión laboral. Estos procesos son dinámicos, por lo tanto, en el camino se irán sumando otro tipo de abordajes, elementos y condiciones que permitirán que este el ciclo laboral se vaya robusteciendo a medida que el tiempo transcurre.

Las recomendaciones descritas en este documento se basan en la revisión de literatura europea, americana y centroamericana. En estas se describen modelos que podrían ser ajustados a nuestra realidad, pero que no responden a todas las características de la población, ni tampoco al sistema económico de nuestro país. Las recomendaciones comprendidas en este documento son en base al análisis de la revisión de literatura, aplicado a una muestra significativa conformada por la caracterización de PcD psiquiátrica compleja.

PARA LA CONSTRUCCIÓN DE ESTAS RECOMENDACIONES...

Se llevó a cabo un análisis de literatura que incluyó inclusión laboral, trastorno psiquiátrico complejo y legalidad nacional e internacional. De dicho análisis se extrajeron gran parte de los insumos para conformar las recomendaciones, las cuales fueron complementadas con las características de la muestra significativa. El objetivo es la generación de recomendaciones que puedan ser usadas a nivel nacional y que sirvan principalmente para brindar oportunidades laborales a este grupo, romper con el estigma y destacar la importancia y el rol de las redes comunitarias en estos ámbitos.

De acuerdo con lo revisado en la literatura, la legalidad, el empleo y la discapacidad psiquiátrica tiene estrecha relación con políticas públicas, las redes intersectoriales y la persona.

Para construir estas recomendaciones se trabajó en estos niveles, permitiendo describir y conocer las acciones que deben llevar a cabo los equipos de salud cuando de inclusión laboral y PcD psiquiátrica se trata.

Tabla N° 1: Recomendaciones para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto a Políticas Públicas

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los equipos de salud deben conocer los aspectos legales de la empleabilidad	Revisar ámbitos generales de la Convención Internacional de los Derechos Humanos, y también la Ley N° 21.015 de Inclusión Laboral para PcD en Chile.
	Conocer los lineamientos generales de la Convención Internacional, en materia de igualdad y equiparación de derechos.
	Conocer el funcionamiento general de la Ley N° 21.015 en cuanto a su aplicación, beneficios y limitaciones.
	Revisar el Plan Nacional de Salud Mental e identificar los aspectos más relevantes en cuanto a inclusión social y laboral. Enfatizar en el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y también en el Modelo Comunitario.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

Tabla N°2 Recomendaciones Para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto a Redes Intersectoriales

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los Equipos de salud deben conocer las redes del intersector	Identificar y conocer las redes sectoriales públicas y privadas en materia de educación, salud, judiciales, policiales, recreativas y sociales, etc.
	Identificar y conocer las redes de inclusión laboral públicas y privadas, tales como OMIL, SENADIS, OTEC, Municipales, entre otras.
	Conformar un catastro de redes: comunales, de la sociedad civil, centros de capacitación, escuelas de oficios, educacionales, empresas públicas y privadas,

	de salud, judiciales, del SERNAM, entre otras. Identificar persona de contacto, números telefónicos, dirección física y dirección de correo electrónico.
	Contactarse con las redes e ir conociendo en terreno como funcionan y sus gestores.
	Integrar una red de inclusión laboral regional o del sector, idealmente.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

Tabla N°3 Recomendaciones Para los Equipos de Salud Mental sobre la Implementación de la Ley 21.015 de Inclusión Laboral Respecto al Manejo de Persona con Discapacidad (PcD)

RECOMENDACIONES PRINCIPALES	DETALLE
Los equipos de salud deben conocer cómo orientar a PcD que manifiestan interés por trabajar u otra actividad significativa	Contar con espacios participativos de integración social, liderados por personas del equipo y /o agentes comunitarios; dirigidos a PcD, familiares, miembros del equipo y que también pueden ser abiertos a la comunidad.
	Contar con talleres de entrenamiento laboral. Conformar ciclos de 4 o 5 módulos que se vayan repitiendo en el tiempo. Temas principales para tratar: psicoeducación sobre trastorno psiquiátrico complejo, introducción al empleo, introducción a contabilidad básica, importancia de las relaciones interpersonales. Cada sesión debe considerar: acogida, desarrollo del tema, discusión grupal, cierre.
	Trabajar de manera multi o transdisciplinario donde se aborde a la PcD de manera integral, de modo tal, que, si un miembro del equipo recibe inquietudes sobre inclusión laboral, la persona sea orientada y posteriormente derivada al especialista, en este caso el Terapeuta Ocupacional.

	<p>Definir plan de trabajo conjunto entre la PcD y terapeuta ocupacional. Ofrecer espacios de participación social y/o laboral de acuerdo con los intereses de la persona.</p>
	<p>Considerar a aquellas PcD que optan por colocación laboral directa sin pasar antes por los talleres ofertados. Independiente del nivel de habilidades y formación con la que ellos cuenten, los equipos los deben apoyar, evitando la generación de juicios de valor en cuanto al posible éxito o fracaso.</p>
<p>Los equipos de trabajo deben trabajar en conjunto con la PcD al abordar la colocación laboral</p>	<p>Supervisar y orientar en el proceso de inscripción en los diversos portales de empleo, subir el CV a dicho portal, buscar empleos disponibles. Postular.</p>
	<p>En caso de entrevista laboral: Poner en práctica y recordar lo aprendido respecto a lenguaje, corporalidad y presentación personal. En caso de no quedar seleccionado, trabajar la tolerancia a la frustración y apoyar en mantener la búsqueda laboral activa. Si es un empleo bajo la Ley 21.015, coordinado por el terapeuta ocupacional, es posible solicitar al entrevistador un reporte.</p>
	<p>Seguimiento laboral es ejecutado por la OMIL u OPIL, por tanto, el seguimiento que se mantiene entre la PcD y el equipo de salud se focaliza en aspectos de salud mental, con el fin de identificar descompensaciones y apoyo en la mantención de tratamiento. Pueden emerger otros elementos, por lo tanto, es necesario mantener un contacto regular, según lo vaya requiriendo la PcD.</p>
<p>Los equipos de salud mantienen los canales de comunicación abierto entre los</p>	<p>Generar de instancias que faciliten la comunicación entre los dispositivos de la red, con el fin de evitar duplicidad de intervenciones.</p>
	<p>Acompañar a la PcD durante el proceso de derivación a otras redes, sea a través de un informe, llamado telefónico o acompañamiento físico. Esto le entrega</p>

diversos dispositivos que componen la red intersectorial	seguridad a la persona y le da soporte al equipo que recibe.
	Considerar que las PcD no pertenecen sólo a un dispositivo, sino que pertenecen a la red. Siendo así, se hace necesaria la coordinación de los diversos actores al momento de trabajar con una PcD.
	Conocer cuáles son las redes de la PcD y considerarlas dentro de los planes de trabajo individual, ya que pudiese haber factores protectores, como también factores de riesgo (ambientales, sociales, familiares, otros) e influir en el proceso positiva o negativamente
	Conocer las redes es importante, sobre todo considerando que los equipos de salud no hacen colocación laboral, más bien son parte del entramado de la red para que la PcD pueda acceder a un empleo.
	Evitar que el proceso de inclusión laboral recaiga por completo en el equipo de salud, si esto sucede, se debe revisar que pasos están faltando o con que redes no se están vinculando.

Fuente: Elaboración propia en base a literatura y muestra.

PARA TERMINAR...

El tema del empleo no le corresponde a un sector en específico, sino más bien debe ser ejecutado de manera circular entre los dispositivos de las redes del intersector, de modo tal, que en caso de que la persona presente alguna recaída, pueda retomar el ciclo de la inclusión en el hito que estime necesario, o en su defecto, las redes se puedan articular en pos de un abordaje integral que facilite los procesos clínicos.

Lo fundamental a destacar acá, es el conocimiento de las redes del intersector y el amparo en las bases legales. No se puede pretender conocer a cabalidad las temáticas de inclusión laboral, ya que hay una serie de factores que varían según las características propias de cada grupo o población. Se espera que estas recomendaciones sean de ayuda para quienes están en búsqueda de entregar herramientas sencillas y humanizadas a las PcD psiquiátrica compleja.

Elaborado por TO Tatiana Paravic, septiembre 2020