

VNIVERSITAT E VALÈNCIA

FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA,
CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN, TOXICOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL.

Programa de Doctorado 3139, Medicina

Línea de investigación: Medicina Preventiva y Salud Pública, Higiene y Sanidad.



**“Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en
personas con trastornos mentales graves en España, Ecuador e Italia”**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Gabriela Andrea Llanos Román

Licenciada en Psicología

Dirigida por:

Dra. Carmen Saiz Sánchez

Valencia, marzo 2019



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA (U·V)
Facultat de Medicina i Odontologia

Carmen Saiz Sánchez, Doctora en Medicina y Profesora titular de la Universidad de Valencia del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal y directora de esta tesis

CERTIFICA:

Que **Gabriela Andrea Llanos Román**, Licenciada en Psicología por la Universidad de Chile, ha realizado bajo mi dirección el presente trabajo de investigación, titulado “**Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en personas con trastornos mentales graves en España, Ecuador e Italia**”, el cual posee la suficiente calidad científica para ser presentado para la obtención del Grado de Doctora por la Universidad de Valencia.

Y para que así conste, y a los efectos oportunos, se expide el presente certificado en Valencia a 23 de febrero de 2019

Fdo. Dra. Carmen Saiz Sánchez

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que estuvieron en mi camino de vida y que aportaron para que esté en este momento:

A mi madre y a mi padre, por enseñarme la importancia de la salud. A mi hermana, por estar con amor en mi vida.

A mi familia, especialmente a mi tía Patricia Román, por la visión de la equidad, importancia del trabajo y por su valioso apoyo en mi proceso formativo.

A mi pareja, por el apoyo y amor que me permitió llegar hasta aquí.

A mis compañeros del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, principalmente Aimeé DuBois, por enseñarme este camino de la salud mental.

A mi tutora Carmen Saiz, por su apoyo incondicional, amabilidad y profesionalismo.

A todos los centros y entidades participantes en esta investigación, y sobre todo a aquellas personas a quienes un trastorno mental grave a llegado a su vida, para que sigan luchando por una vida más digna y justa.

“No se puede trabajar sin rehabilitación y no hay rehabilitación sin trabajo” (Mola, 2013).

RESUMEN

La salud mental es el bienestar biopsicosocial de las personas y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en los últimos años se ha visto un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales graves y discapacidad a nivel mundial, por lo que se convierte en un tema relevante de Salud Pública. Desde la promoción de la salud se recomienda tener un estilo de vida saludable y mejorar los determinantes que la condicionan para prevenir los problemas de salud mental. Un factor relevante es el trabajo, puesto que el desempleo es un factor generador de estrés, carencia de recursos y riesgo de mala salud, lo cual aumenta en el caso de sujetos con grave sufrimiento mental, pues tienen menos oportunidades laborales.

El objetivo de este estudio es analizar y comparar cualitativamente la inclusión en el trabajo de personas con trastornos mentales graves, y desarrollar un modelo que explique el fenómeno de la inserción laboral desde la perspectiva de la Salud Pública en Valencia Ecuador e Italia. La metodología es de enfoque descriptivo y transversal con diseño del proceso en el uso de la Teoría Fundamentada, mediante entrevistas semiestructuradas a usuarios, familiares, profesionales y directivos de salud, junto a un meta-análisis de documentos en Italia, recursos a los cuales se les aplicó tres etapas de codificación abierta, axial y selectiva.

Los resultados señalan como principales categorías generadas en el estudio los ámbitos: Laboral, Sanitario, Social, Familiar, Personal y Organización de salud mental. Se llegó a dos modelos teóricos resultantes, el primero describe el punto de vista de los usuarios, en el cual destacan como pilares de su rehabilitación: el empleo, la familia, la socialización y la atención sanitaria, considerando la transversalidad de la red de servicios de salud mental. El segundo modelo es desde la visión de la Salud Pública y sus determinantes, que confluyen como facilidades: la independencia personal, el apoyo familiar y del entorno social, contar con servicios de rehabilitación comunitarios, oportunidades de formación profesional y empleo, y legislación y políticas inclusivas. Mientras que las barreras son el estigma personal, social y laboral, la dependencia familiar, los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios de las medicaciones utilizadas, la exclusión laboral, limitadas opciones de vivienda, escasos servicios socio-sanitarios y políticas públicas insuficientes.

Se concluye por género que presentan similitudes en oportunidades de trabajo de baja cualificación y que cumplen los estereotipos clásicos en cuanto a las actividades laborales desempeñadas. Por países, Italia para una adecuada inclusión laboral del colectivo precisa seguir manteniendo el modelo de salud mental comunitario, que este sea equitativo en todas las regiones, y continuar con el trabajo de las cooperativas sociales. En Valencia fortalecer las Unidades de Salud Mental y viviendas tuteladas, mejorar las políticas públicas de inserción laboral con mayores condiciones y adaptaciones en el empleo normalizado, así como aumentar los Centros Especiales de Empleo y las cooperativas de trabajo. Por último, en Ecuador se requiere contar con una ley de salud mental reguladora, implementar los centros especializados de salud mental en la comunidad, las unidades de acogida, mejorar las subvenciones básicas e invertir en el desarrollo de cooperativas sociales de trabajo.

Palabra claves: trastornos mentales graves, inclusión laboral, promoción de la salud, salud pública.

ABSTRACT:

Mental health is the biopsychosocial wellbeing of people and not just the absence of disease. However, in recent years there has been an increase in the prevalence of serious mental disorders and disability at the global level, so it becomes a relevant Public Health issue. Since health promotion is recommended to have a healthy lifestyle and improve the determinants to prevent mental health problems. An important factor is work, because the lack of employment is a factor causing stress and risk of ill health, and this increases in people with serious mental illness, because they have few job opportunities.

The aim of this study is to analyse and compare qualitatively the laboral inclusion of persons with serious mental disorders and develop a model that explains the phenomenon of labour insertion from the Public Health perspective in Valencia, Ecuador and Italy. The methodology is descriptive and transversal through the Grounded Theory. This was done through semi-structured interviews with users, family members, professionals and directors of mental health centers, and a search of meta-analysis of resources on the subject was carried out in Italy, which were coded in three stages (open, axial and selective).

The results indicate as main categories in the study the fields of: Work, Health, Social, Family, Personal and Structure of mental health. Two resulting theoretical models were reached, the first describes the point of view of the users, in which the pillars of the rehabilitation is the employment, the family, the socialization and the health, considering as transversal the network of mental health services. The second model is based on Public Health vision and the social determinants of health, whose facilitators are: personal independence, family and social support, community mental health services, training and employment opportunities, laws and inclusive policies. The barriers are personal, social and work stigma, family dependence, the symptoms of mental illness, the side effects of medication, labor exclusion, the low housing option, the few social and health services and public policies insufficient.

It is concluded for the gender that there are similar job opportunities with low qualification and classic stereotypes of work activities. For countries, Italy requires that the community model in mental health be maintained, and be the same in all regions and social cooperatives continue. In Valencia, empower Mental Health Units and improve public policies for inclusion with better conditions and adaptations in normal work, also in Special Work Centers and work cooperatives. Finally, in Ecuador it is necessary to have a mental health law, implement specialized mental health centers in the community, have housing, improve subsidies and invest in social work cooperatives.

Keyword: serious mental disorders, labor inclusion, health promotion, public health.

INDICE

RESUMEN	5
INDICE DE ABREVIATURAS	11
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE TABLAS.....	15
I. MARCO INTRODUCTORIO	21
1. INTRODUCCIÓN	22
1.1. JUSTIFICACIÓN	25
2.MARCO CONCEPTUAL	26
2.1 SALUD MENTAL	26
2.1.1 Definición de trastorno mental grave (TMG)	27
2.1.2 Epidemiología de los trastornos mentales	34
2.1.2.1 En América Latina	35
2.1.2.2. En Europa	38
2.1.3 Normativas y legislación en salud mental	41
2.1.4 Psiquiatría y Antipsiquiatría	43
2.1.4.1 Institucionalización psiquiátrica	46
2.14.2. Desinstitucionalización	48
2.1.5 Exclusión y estigmatización	49
2.1.5.1 Estigma y empoderamiento	53
2.1.6 Abordajes en salud mental de los TMG	54
2.1.6.1 Teorías psicológicas	54
2.1.6.2 Terapias para los TMG	59
2.2 SALUD PUBLICA	61
2.2.1 Promoción de la salud	61
2.2.2 Promoción de la salud mental	62
2.2.3 Determinantes de la salud	63
2.2.4 Determinantes de la salud mental	64
2.2.5 Modelo de salud mental comunitario	66
2.2.5.1 Modelo de salud mental comunitario en Ecuador	68
2.2.5.2 Modelo de salud mental comunitario en España	74
2.2.5.2.1 En la Comunidad Valenciana	78
2.2.5.3 Modelo de salud mental comunitario en Italia	85
2.3 DISCAPACIDAD	91
2.3.1 Caracterización de la discapacidad	92
2.3.2 Normativa Internacional sobre discapacidad	94
2.3.3 Discapacidad en Ecuador	96
2.3.4 Discapacidad en España	98
2.3.4.1 En la Comunidad Valenciana	102
2.3.5 Discapacidad en Italia	103
2.4 ÁMBITO LABORAL	106

2.4.1 Datos sobre discapacidad y trabajo	106
2.4.2 Normativa internacional sobre discapacidad y trabajo	108
2.4.3 Salud mental y trabajo	108
2.4.3.1 Barreras para la inclusión laboral del TMG	111
2.4.3.2 El proceso de inclusión laboral del TMG	112
2.4.4 Promoción de la salud mental en el trabajo	115
2.4.5 Legislación sobre inclusión laboral del TMG en los países de estudio	117
2.4.6 Satisfacción laboral	121
II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	125
2.1 HIPÓTESIS	126
2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	127
III. MATERIAL Y MÉTODO	129
3.1 PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN	130
3.2. ENFOQUE Y METODOLOGÍA CUALITATIVA	130
3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	132
3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	133
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA CUALITATIVA	134
3.5.1 Tipos de muestra cualitativa	135
3.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	138
3.7 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS CUALITATIVOS	140
3.8 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	144
3.9 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS	146
3.9.1 Proceso de analisis en la Teoría Fundamentalada	148
3.9.2 Programa computacional para el análisis de datos cualitativo.....	150
3.10 CONFIABILIDAD EN LA METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	151
3.10.1 Validez interna y externa.....	151
3.10.2 Consideraciones éticas y consentimiento informado	152
IV. RESULTADOS	153
4.1. RESULTADOS ECUADOR.....	154
4.1.1 Categoría Laboral - Ecuador.....	158
4.1.2 Categoría Sanidad - Ecuador.....	167
4.1.3 Categoría Estructura - Ecuador	173
4.1.4 Categoría Personal - Ecuador.....	179
4.1.5 Categoría Familiar - Ecuador	182
4.1.6 Categoría Social - Ecuador	185
4.2. RESULTADOS VALENCIA.....	187
4.2.1 Categoría Laboral - Valencia	191
4.2.2 Categoría Sanidad - Valencia	201
4.2.3 Categoría Estructura - Valencia	207
4.2.4 Categoría Personal - Valencia	219
4.2.5 Categoría Familiar - Valencia	222
4.2.6 Categoría Social - Valencia	225

4.3. RESULTADOS ITALIA	228
4.3.1 Categoría Laboral - Italia	232
4.3.2 Categoría Sanidad - Italia	237
4.3.3 Categoría Estructura - Italia	240
4.3.4 Categoría Personal - Italia	247
4.3.5 Categoría Familiar - Italia	249
4.3.6 Categoría Social - Italia	250
4.4. ANALISIS COMPARATIVO ENTRE PAÍSES	253
4.4.1 Comparación de datos generales	253
4.4.2. Comparación de Subcategorías en el análisis narrativo	258
4.4.2.1 Comparación Categoría Laboral	258
4.4.2.2 Comparación Categoría Sanidad	253
4.4.2.3 Comparación Categoría Estructura	253
4.4.2.4 Comparación Categoría Personal	253
4.4.2.5 Comparación Categoría Familiar	253
4.4.2.6 Comparación Categoría Social	270
4.5 MODELO TEÓRICO SOBRE LA INCLUSIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	272
4.5.1 MODELO RESULTANTE 1: Inclusión socio-laboral en primera persona	272
4.5.2 MODELO RESULTANTE 2: Inclusión laboral desde la perspectiva de la Salud Pública y los determinantes de la salud	274
V. DISCUSIÓN	277
5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA	278
5.1.1 Metodología y muestra	278
5.1.2 Género y trabajo	278
5.1.3 Características sociodemográficas	278
5.2 SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN ECUADOR	286
5.2.1 Estrutura de Salud Pública y Modelo de salud mental en Ecuador	286
5.2.2 Inclusión laboral del TMG en Ecuador	293
5.3 SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN VALENCIA	294
5.3.1 Estrutura de Salud Pública y Modelo de salud mental en Valencia	294
5.3.2 Inclusión laboral del TMG en Valencia	302
5.4 SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN ITALIA	305
5.4.1 Estrutura de Salud Pública y Modelo de salud mental en Italia	305
5.4.2 Inclusión laboral del TMG en Italia	309
5.5 COMPARACIÓN DE LOS MODELO DE SALUD MENTAL Y PROPUESTAS	310
5.5.1 Comparación de Salud Pública y Modelo de salud mental	310
5.5.2 Comparación de la inclusión laboral de personas con TMG	315
5.5.3 Propuestas y recomendaciones	318
5.5.3.1 Sugerencias generales	318
5.5.3.2 Sugerencias de implementación en Ecuador	321
5.5.3.3 Sugerencias de implementación en Valencia	323

5.5.3.4 Sugerencias de implementación en Italia	328
5.6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	329
VI. CONCLUSIONES	331
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	337
VIII. ANEXOS	383

INDICE DE ABREVIATURAS

AROPE	At Risk Of Poverty and/or Exclusion
ASIEM	Asociación para la Salud Integral del Enfermo Mental
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad
CAQDAS	Computer Assisted Qualitative Data Analysis
CCAA	Comunidades Autónomas
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEE	Centro Especial de Empleo
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos de Salud Mental
CREAP	Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave
CRIS	Centro de Rehabilitación Integral
CSM	Centro de Salud Mental
CV	Comunidad Valenciana
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
FEAFES	Confederación de Salud Mental de España
mhGAP	Mental Health Global Action Plan
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
TMG	Trastorno Mental Grave
UE	Unión Europea

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. ÁREAS DE LA VIDA AFECTADAS POR LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVE. FUENTE: NECESIDADES DE APOYO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE. ELABORACIÓN PROPIA. (CRUZ, 2010).....	33
FIGURA 2. MAPA DE AMÉRICA DEL SUR Y ECUADOR.	38
FIGURA 3. MAPA DE EUROPA: ESPAÑA E ITALIA.....	41
FIGURA 4. PRIMERAS TERAPIAS PARA LOS TRASTORNOS MENTALES. FUENTE: MUSEO DE PSIQUIATRÍA DR. GUISLAIN. BÉLGICA.	47
FIGURA 5. BARRERAS ASOCIADAS AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN. FUENTE: REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: COMPONENTE SOCIAL. ELABORACIÓN PROPIA (OMS, 2012E).	52
FIGURA 6. EMPODERAMIENTO EN SALUD MENTAL. FUENTE: USER EMPOWERMENT IN MENTAL HEALTH. ELABORACIÓN PROPIA (OMS, 2010B).....	53
FIGURA 7. ESQUEMA DE LAS TEORÍA PSICODINÁMICA	54
FIGURA 8. ESQUEMA DE LA TEORÍA CONDUCTUAL	56
FIGURA 9. ESQUEMA DE LAS TEORÍAS COGNITIVAS	57
FIGURA 10. ESQUEMA DE LA TEORÍA HUMANISTA.....	58
FIGURA 11. DETERMINANTES DE LA SALUD (OPS, 2011).	63
FIGURA 12. MARCO DE ANÁLISIS PARA COMPRENDER LOS DETERMINANTES DE LA SALUD (OMS, 2010C)....	64
FIGURA 13. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL (OPS, 2009). ELABORACIÓN PROPIA.....	64
FIGURA 14. PIRÁMIDE DE LA COMBINACIÓN ÓPTIMA DE LOS SERVICIOS (OMS/WONCA) (OPS, 2009).....	67
FIGURA 15. PIRÁMIDE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MSP, 2017).....	72
FIGURA 16. SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN VALENCIA. (GVA, 2018A).....	83
FIGURA 17. PARADIGMAS DE LA DISCAPACIDAD (DÍAZ VELÁZQUEZ, 2017)	91
FIGURA 18. TIPO DE DISCAPACIDAD EN ECUADOR (CONADIS, 2018).....	97
FIGURA 19. INCLUSIÓN LABORAL SEGÚN TIPOS DE DISCAPACIDAD EN ECUADOR (CONADIS, 2018).	97
FIGURA 20. RAZONES DE LA INACTIVIDAD LABORAL ENTRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA (ODISMET, 2017).	100
FIGURA 21. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA (HERNÁNDEZ, ET AL, 2007).	132
FIGURA 22. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA (HERNÁNDEZ, ET AL, 2007).	133
FIGURA 23. CANTIDAD DE MUESTRA ENTREVISTADA EN EL ESTUDIO	139
FIGURA 24. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVO	144
FIGURA 25. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO (HERNÁNDEZ, ET AL, 2007). .	147
FIGURA 26. ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN LA TEORÍA FUNDAMENTADA (HERNÁNDEZ, ET AL, 2007).....	148
FIGURA 27. PORCENTAJE DE TIPOS DE MUESTRA DE ECUADOR	154
FIGURA 28. PESO DE LAS CATEGORÍAS EN ECUADOR: GENERAL Y USUARIOS/AS	155
FIGURA 29. PESO DE LOS PRINCIPALES CONTENIDOS EN ECUADOR	156
FIGURA 30. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA LABORAL - ECUADOR.....	159
FIGURA 31. PORCENTAJE DE USUARIOS QUE TRABAJAN EN ECUADOR	159
FIGURA 32. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA SANIDAD - ECUADOR	168
FIGURA 33. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL - ECUADOR.....	174
FIGURA 34. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA PERSONAL ECUADOR.	179
FIGURA 35. PORCENTAJE DE CONTENIDOS CATEGORÍA FAMILIAR - ECUADOR	182
FIGURA 36. PORCENTAJE DE TIPOS DE MUESTRA DE VALENCIA	187
FIGURA 37. PESO DE LAS CATEGORÍAS EN VALENCIA: GENERAL Y USUARIOS/AS	188
FIGURA 38. PESO DE LOS PRINCIPALES CONTENIDOS EN VALENCIA	188
FIGURA 39. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA LABORAL - VALENCIA.....	192
FIGURA 40. PORCENTAJE DE USUARIOS/AS QUE TRABAJAN EN VALENCIA	192
FIGURA 41. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA SANIDAD - VALENCIA	201
FIGURA 42. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL - VALENCIA.....	208
FIGURA 43 PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA PERSONAL - VALENCIA	219
FIGURA 44. PORCENTAJE DE CONTENIDOS CATEGORÍA FAMILIAR - VALENCIA	223
FIGURA 45. PORCENTAJE DE TIPOS DE MUESTRA - ITALIA.....	229

FIGURA 46. PESO DE LAS CATEGORÍAS - ITALIA.....	229
FIGURA 47. PESO DE LOS PRINCIPALES CONTENIDOS EN ITALIA	230
FIGURA 48. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA LABORAL - ITALIA	233
FIGURA 49. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA SANIDAD – ITALIA.....	238
FIGURA 50. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN SALUD MENTAL– ITALIA.....	241
FIGURA 51. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA PERSONAL– ITALIA	248
FIGURA 52. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA FAMILIAR– ITALIA	249
FIGURA 53. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE LA CATEGORÍA SOCIAL– ITALIA	251
FIGURA 54. DIFERENCIA DE CATEGORIAS ENTRE VALENCIA, ECUADOR E ITALIA	254
FIGURA 55. DIFERENCIAS DE CATEGORIAS SEGÚN USUARIOS ENTRE VALENCIA Y ECUADOR	255
FIGURA 56. DIFERENCIAS DE CATEGORIAS SEGÚN USUARIOS ENTRE VALENCIA Y ECUADOR	256
FIGURA 57. PROPORCIÓN ENTRE GÉNERO Y EMPLEO EN VALENCIA Y ECUADOR.....	257
FIGURA 58. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA INCLUSIÓN LABORAL EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	259
FIGURA 59. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA EXCLUSIÓN LABORAL EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	259
FIGURA 60. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	260
FIGURA 61. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA HOSPITALIZACIÓN EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	261
FIGURA 62. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA SÍNTOMAS EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	262
FIGURA 63. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA SÍNTOMAS EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	262
FIGURA 64. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA DIFICULTADES EN LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	263
FIGURA 65. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA FUNCIONAMIENTO DEL MODELO COMUNITARIO EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	264
FIGURA 66. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	265
FIGURA 67. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA FACILIDADES DE LA RED EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	266
FIGURA 68. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA AUTONOMÍA EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	266
FIGURA 69. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA RELACIONES ÍNTIMAS EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	267
FIGURA 70. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA EDUCACIÓN EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	268
FIGURA 71. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA EDUCACIÓN EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	268
FIGURA 72. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA APOYO FAMILIAR EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	269
FIGURA 73. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA SOBREPROTECCIÓN FAMILIAR EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	269
FIGURA 74. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA AISLAMIENTO FAMILIAR EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA..	270
FIGURA 75. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA OCIO Y RECREACIÓN EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	270
FIGURA 76. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA VIVIENDA EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	271
FIGURA 77. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA RELACIONES DE AMISTAD EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	271
FIGURA 78. COMPARACIÓN SUBCATEGORÍA AYUDAS ECONÓMICAS EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA.....	271
FIGURA 79. MODELO 1: INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL EN PRIMERA PERSONA.....	273
FIGURA 80. MODELO 2: INCLUSIÓN LABORAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA Y LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.	275

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS COMO TRASTORNOS MENTALES GRAVES.....	31
TABLA 2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA TRASTORNOS MENTALES GRAVES	60
TABLA 3. ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL	62
TABLA 4. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	65
TABLA 5. BENEFICIOS DEL MODELO COMUNITARIO.....	67
TABLA 6. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN ECUADOR.....	73
TABLA 7. BARRERAS Y RECOMENDACIONES PARA LA INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	93
TABLA 8. PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN EDAD ACTIVA EN ESPAÑA.....	99
TABLA 9. CARACTERÍSTICAS ESTRESANTES DEL TRABAJO (FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL)	110
TABLA 10. DIFICULTADES PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	113
TABLA 11. PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN LABORAL	113
TABLA 12. TIPOS DE EMPLEO ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	114
TABLA 13. ESTRATEGIAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	115
TABLA 14. MEDIDAS COLECTIVAS PARA PREVENIR EL ESTRÉS EN EL TRABAJO.....	116
TABLA 15. TIPOS DE APOYO EN EL TRABAJO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	117
TABLA 16. FUNCIONES POSITIVAS DEL TRABAJO	122
TABLA 17. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO.....	136
TABLA 18. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	137
TABLA 19. CANTIDAD DE MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	139
TABLA 20. CANTIDAD DE RECURSOS DE META-ANÁLISIS DEL ESTUDIO.....	140
TABLA 21. ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	142
TABLA 22. MUESTRA POR TIPO Y SEXO EN ECUADOR.....	154
TABLA 23. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS, SUB-CATEGORÍAS Y CONTENIDOS TOTALES – ECUADOR	156
TABLA 24. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ECUADOR	158
TABLA 25. PORCENTAJE DE USUARIOS QUE TRABAJAN POR SEXO EN ECUADOR.....	160
TABLA 26. PROPORCIÓN ABSOLUTA DE USUARIOS/AS QUE TRABAJAN POR SEXO EN ECUADOR	160
TABLA 27. SUBCATEGORÍA INCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - ECUADOR	161
TABLA 28. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FLEXIBILIDAD LABORAL - ECUADOR	161
TABLA 29. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HORARIO - ECUADOR.....	162
TABLA 30. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: TIPO DE TRABAJO - ECUADOR.....	162
TABLA 31. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: TAREAS - ECUADOR.....	162
TABLA 32. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DINERO - ECUADOR.....	162
TABLA 33. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: COOPERATIVA DE TRABAJO HUERTOMANÍAS - ECUADOR.....	163
TABLA 34. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN - ECUADOR	163
TABLA 35. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SEGUIMIENTO A USUARIOS/AS - ECUADOR	163
TABLA 36. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: RELACIONES CON COMPAÑEROS DE TRABAJO - ECUADOR.....	164
TABLA 37. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CLIMA LABORAL POSITIVO - ECUADOR	164
TABLA 38. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SATISFACCIÓN LABORAL - ECUADOR	164
TABLA 39. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DERECHO AL TRABAJO - ECUADOR.....	165
TABLA 40. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: EL TRABAJO COMO TERAPIA - ECUADOR.....	165
TABLA 41. SUBCATEGORÍA EXCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - ECUADOR.....	166
TABLA 42. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FALTA DE OPORTUNIDADES LABORALES - ECUADOR	166
TABLA 43. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: AUTO-ESTIGMA - ECUADOR.....	166
TABLA 44. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: NO MANEJO DE SÍNTOMAS - ECUADOR	166
TABLA 45. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DISCRIMINACIÓN LABORAL - ECUADOR	167
TABLA 46. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SANIDAD: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO ECUADOR	167
TABLA 47. SUBCATEGORÍA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL Y CONTENIDOS - ECUADOR	168
TABLA 48. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO ESTABLECIMIENTO PÚBLICO - ECUADOR.....	169
TABLA 49. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO ESTABLECIMIENTO PRIVADO - ECUADOR	169
TABLA 50. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PSICÓLOGOS/AS - ECUADOR.....	169

TABLA 51. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PSIQUIATRAS - ECUADOR	169
TABLA 52. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS - ECUADOR	170
TABLA 53. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: OTRAS PROFESIONES - ECUADOR	170
TABLA 54. SUBCATEGORÍA HOSPITALIZACIÓN Y CONTENIDOS - ECUADOR	170
TABLA 55. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INTERNACIÓN EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN AGUDOS - ECUADOR	170
TABLA 56. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INTERNACIÓN EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN RESIDENCIA - ECUADOR ..	171
TABLA 57. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITAL GENERAL - ECUADOR	171
TABLA 58. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO - ECUADOR	171
TABLA 59. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITALIZACIÓN POR DESCOMPENSACIÓN - ECUADOR	171
TABLA 60. SUBCATEGORÍA SÍNTOMAS Y CONTENIDOS - ECUADOR	171
TABLA 61. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SÍNTOMAS DEPRESIVOS - ECUADOR	172
TABLA 62. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SÍNTOMAS PSICÓTICOS - ECUADOR	172
TABLA 63. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES - ECUADOR	172
TABLA 64. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS - ECUADOR	172
TABLA 65. SUBCATEGORÍA MEDICACIÓN Y CONTENIDOS - ECUADOR	173
TABLA 66. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: MEDICACIÓN ADECUADA - ECUADOR	173
TABLA 67. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES - ECUADOR	173
TABLA 68. PORCENTAJE DE CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO ECUADOR.....	174
TABLA 69. SUBCATEGORÍA DIFICULTADES Y CONTENIDOS - ECUADOR	174
TABLA 70. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ESTIGMA - ECUADOR	175
TABLA 71. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INEXACTITUD DE POLÍTICAS PÚBLICAS - ECUADOR	175
TABLA 72. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INEXACTITUD DE LEYES LABORALES - ECUADOR	175
TABLA 73. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ESCASA RED SOCIO-SANITARIA - ECUADOR	176
TABLA 74. SUBCATEGORÍA FUNCIONAMIENTO DEL MODELO COMUNITARIO Y CONTENIDOS - ECUADOR	176
TABLA 75. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - ECUADOR	176
TABLA 76. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL GENERAL - ECUADOR	177
TABLA 77. SUBCATEGORÍA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y CONTENIDOS - ECUADOR	177
TABLA 78. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: REHABILITACIÓN EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - ECUADOR	177
TABLA 79. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: REHABILITACIÓN EN CENTRO ESPECIALIZADO - ECUADOR	177
TABLA 80. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: REHABILITACIÓN EN HOSPITAL GENERAL - ECUADOR	178
TABLA 81. SUBCATEGORÍA FACILIDADES Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR	178
TABLA 82. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FACILIDADES MODELO DE SALUD MENTAL - ECUADOR	178
TABLA 83. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FACILIDADES LEY DE INCLUSIÓN LABORAL - ECUADOR	178
TABLA 84. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA PERSONAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ECUADOR	179
TABLA 85. SUBCATEGORÍA AUTONOMÍA Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR	179
TABLA 86. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INDEPENDENCIA - ECUADOR	180
TABLA 87. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: RESPONSABILIDAD Y DECISIONES - ECUADOR	180
TABLA 88. SUBCATEGORÍA RELACIONES ÍNTIMAS Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR.	180
TABLA 89. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: BUENA CONVIVENCIA Y AYUDAR A OTROS - ECUADOR	180
TABLA 90. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PAREJA SENTIMENTAL - ECUADOR	181
TABLA 91. SUBCATEGORÍA EDUCACIÓN Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR	181
TABLA 92. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EDUCACIÓN CON POCO ACCESO - ECUADOR	181
TABLA 93. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN - ECUADOR	181
TABLA 94. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EDUCACIÓN POSITIVA - ECUADOR	181
TABLA 95. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PROYECTO VITAL POSITIVO - ECUADOR	182
TABLA 96. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA FAMILIAR: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO ECUADOR.....	182
TABLA 97. SUBCATEGORÍA APOYO FAMILIAR Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR.....	183
TABLA 98. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: UNIÓN FAMILIAR - ECUADOR	183
TABLA 99. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CUIDADOS Y COMPRESIÓN FAMILIAR - ECUADOR	183
TABLA 100. SUBCATEGORÍA SOBREPOTECCIÓN FAMILIAR Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR	183
TABLA 101. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DEPENDENCIA FAMILIAR - ECUADOR	183
TABLA 102. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FALTA DE CONFIANZA FAMILIAR - ECUADOR	184
TABLA 103. SUBCATEGORÍA AISLAMIENTO FAMILIAR Y SUS CONTENIDOS - ECUADOR	184

TABLA 104. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RECHAZO FAMILIAR - ECUADOR	184
TABLA 105. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO MIEDO FAMILIAR - ECUADOR	184
TABLA 106. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SOCIAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ECUADOR	185
TABLA 107. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE CATEGORÍA SOCIAL EN ECUADOR	185
TABLA 108. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO DEPORTE Y ENTRETENIMIENTO - ECUADOR	185
TABLA 109. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO VIVIENDA DEPENDIENTE Y ASISTIDA - ECUADOR	186
TABLA 110. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RELACIONES DE AMISTAD - ECUADOR.....	186
TABLA 111. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO BONOS Y PENSIONES - ECUADOR.....	186
TABLA 112. MUESTRA POR TIPO Y SEXO EN VALENCIA	187
TABLA 113. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS, SUB-CATEGORÍAS Y CONTENIDOS TOTALES - VALENCIA	189
TABLA 114. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA	191
TABLA 115. PORCENTAJE DE USUARIOS/AS QUE TRABAJAN POR SEXO EN VALENCIA	192
TABLA 116. PROPORCIÓN ABSOLUTA DE USUARIOS/AS QUE TRABAJAN POR SEXO EN VALENCIA	193
TABLA 117. SUBCATEGORÍA INCLUSIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	193
TABLA 118. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FLEXIBILIDAD LABORAL - VALENCIA.....	194
TABLA 119. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HORARIO - VALENCIA.....	194
TABLA 120. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: TIPO DE TRABAJO - VALENCIA.....	194
TABLA 121. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: TAREAS - VALENCIA.....	195
TABLA 122. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DINERO - VALENCIA.....	195
TABLA 123. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN - VALENCIA	196
TABLA 124. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SEGUIMIENTO A USUARIOS/AS - VALENCIA	196
TABLA 125. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: RELACIONES CON COMPAÑEROS DE TRABAJO - VALENCIA	197
TABLA 126. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CLIMA LABORAL POSITIVO - VALENCIA	197
TABLA 127. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SATISFACCIÓN LABORAL - VALENCIA	197
TABLA 128. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DERECHO AL TRABAJO - VALENCIA.....	198
TABLA 129. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: EL TRABAJO COMO TERAPIA - VALENCIA.....	198
TABLA 130. SUBCATEGORÍA EXCLUSIÓN LABORAL Y CONTENIDOS - VALENCIA.....	199
TABLA 131. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FALTA DE OPORTUNIDADES LABORALES -VALENCIA	199
TABLA 132. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: AUTO-ESTIGMA - VALENCIA.....	199
TABLA 133. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: NO MANEJO DE SÍNTOMAS - VALENCIA	200
TABLA 134. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DISCRIMINACIÓN LABORAL - VALENCIA	200
TABLA 135. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SANIDAD: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA	201
TABLA 136. SUBCATEGORÍA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL Y CONTENIDOS - VALENCIA	202
TABLA 137. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO TIPO DE ESTABLECIMIENTO PÚBLICO - VALENCIA	202
TABLA 138. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO TIPO DE ESTABLECIMIENTO PRIVADO - VALENCIA.....	202
TABLA 139. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PSICÓLOGOS/AS - VALENCIA.....	202
TABLA 140. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PSIQUIATRAS - VALENCIA.....	202
TABLA 141. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS - VALENCIA	203
TABLA 142. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: OTRAS PROFESIONES - VALENCIA	203
TABLA 143. SUBCATEGORÍA HOSPITALIZACIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	203
TABLA 144. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INTERNACIÓN EN HOSPITAL DE MEDIANA ESTANCIA - VALENCIA	204
TABLA 145. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INTERNACIÓN EN HOSPITAL LARGA ESTANCIA VALENCIA.....	204
TABLA 146. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITAL GENERAL - VALENCIA.....	204
TABLA 147. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO - VALENCIA	204
TABLA 148. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITALIZACIÓN POR DESCOMPENSACIÓN AGUDA - VALENCIA	205
TABLA 149. SUBCATEGORÍA SÍNTOMAS Y CONTENIDOS - VALENCIA	205
TABLA 150. TABLA. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SÍNTOMAS DEPRESIVOS - VALENCIA	205
TABLA 151. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: SÍNTOMAS PSICÓTICOS - VALENCIA.....	205
TABLA 152. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES - VALENCIA.....	206
TABLA 153. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS - VALENCIA	206
TABLA 154. SUBCATEGORÍA MEDICACIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	206
TABLA 155. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: MEDICACIÓN ADECUADA - VALENCIA	206

TABLA 156. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: EFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES - VALENCIA	206
TABLA 157. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA	207
TABLA 158. SUBCATEGORÍA DIFICULTADES Y CONTENIDOS - VALENCIA	208
TABLA 159. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ESTIGMA - VALENCIA	208
TABLA 160. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INEXACTITUD DE POLÍTICAS PÚBLICAS - VALENCIA	209
TABLA 161. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INEXACTITUD DE POLÍTICAS PÚBLICAS POR PENSIONES - VALENCIA.....	209
TABLA 162. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INEXACTITUD DE LEYES LABORALES - VALENCIA.....	210
TABLA 163. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ESCASA RED SOCIO-SANITARIA - VALENCIA	210
TABLA 164. SUBCATEGORÍA FUNCIONAMIENTO DEL MODELO COMUNITARIO Y CONTENIDOS – VALENCIA.....	211
TABLA 165. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO DEL AYUNTAMIENTO - VALENCIA.....	211
TABLA 166. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO DE LA FEDERACIÓN DE SALUD MENTAL - VALENCIA	211
TABLA 167. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO DE MEDICINA LABORAL -VALENCIA	212
TABLA 168. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA - VALENCIA	212
TABLA 169. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FUNCIONAMIENTO DE LA RED SOCIO-SANITARIA - VALENCIA	213
TABLA 170. SUBCATEGORÍA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	213
TABLA 171. SUBCATEGORÍA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y CONTENIDOS - VALENCIA	214
TABLA 172. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: HOSPITAL GENERAL - VALENCIA.....	214
TABLA 173. TABLA. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: UNIDAD SALUD MENTAL - VALENCIA.	215
TABLA 174. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CENTRO ESPECIALIZADO BIOPSIOSOCIAL MUSEO – VALENCIA.....	215
TABLA 175. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL CRIS - VALENCIA.....	215
TABLA 176. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ONG ASIEM - VALENCIA.....	216
TABLA 177. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: ONG AMBIT - VALENCIA	216
TABLA 178. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CENTRO ESTATAL CREAP - VALENCIA.....	217
TABLA 179. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: AGENCIA COLOCACIÓN LABORAL BONAGENT -VALENCIA	217
TABLA 180. SUBCATEGORÍA FACILIDADES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA.....	217
TABLA 181. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FACILIDADES MODELO DE SALUD MENTAL - VALENCIA.....	218
TABLA 182. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FACILIDADES LEY DE INCLUSIÓN LABORAL - VALENCIA	218
TABLA 183. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA PERSONAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA.....	219
TABLA 184. SUBCATEGORÍA AUTONOMÍA Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	219
TABLA 185. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: INDEPENDENCIA -VALENCIA.....	220
TABLA 186. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: RESPONSABILIDAD Y DECISIONES - VALENCIA.....	220
TABLA 187. SUBCATEGORÍA RELACIONES ÍNTIMAS Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	220
TABLA 188. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: BUENA CONVIVENCIA Y AYUDAR A OTROS - VALENCIA.....	220
TABLA 189. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PAREJA SENTIMENTAL - VALENCIA	221
TABLA 190. SUBCATEGORÍA EDUCACIÓN Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	221
TABLA 191. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EDUCACIÓN CON POCO ACCESO -VALENCIA	221
TABLA 192. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN - VALENCIA	221
TABLA 193. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EDUCACIÓN POSITIVA - VALENCIA	222
TABLA 194. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PROYECTO VITAL POSITIVO - VALENCIA	222
TABLA 195. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA FAMILIAR: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA.....	222
TABLA 196. SUBCATEGORÍA APOYO Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	223
TABLA 197. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: UNIÓN FAMILIAR - VALENCIA	223
TABLA 198. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: CUIDADOS Y COMPRESIÓN FAMILIAR - VALENCIA.....	223
TABLA 199. SUBCATEGORÍA SOBREPOTECCIÓN FAMILIAR Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	224
TABLA 200. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: DEPENDENCIA FAMILIAR - VALENCIA	224
TABLA 201. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO: FALTA DE CONFIANZA FAMILIAR - VALENCIA.....	224
TABLA 202. SUBCATEGORÍA AISLAMIENTO Y SUS CONTENIDOS - VALENCIA	224
TABLA 203. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RECHAZO FAMILIAR - VALENCIA	225
TABLA 204. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO MIEDO FAMILIAR - VALENCIA.....	225
TABLA 205. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SOCIAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - VALENCIA	225
TABLA 206. PORCENTAJE DE CONTENIDOS DE CATEGORÍA SOCIAL - VALENCIA	226
TABLA 207. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO DEPORTE Y ENTRETENIMIENTO - VALENCIA	226

TABLA 208. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO VIVIENDA INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE Y ASISTIDA - VALENCIA.....	226
TABLA 209. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RELACIONES DE AMISTAD - VALENCIA.....	227
TABLA 210. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO BONOS Y PENSIONES - VALENCIA	227
TABLA 211. CANTIDAD DE RECURSOS DE META-ANÁLISIS DEL ESTUDIO	228
TABLA 212. MUESTRA POR TIPO DE PUBLICACIÓN – ITALIA.....	229
TABLA 213. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS, SUB-CATEGORÍAS Y CONTENIDOS TOTALES – ITALIA ..	230
TABLA 214. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA LABORAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA	232
TABLA 215. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CONDICIONES LABORALES - ITALIA.....	233
TABLA 216. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO TIPOS DE TRABAJO - ITALIA	234
TABLA 217. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN - ITALIA	234
TABLA 218. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO SEGUIMIENTO - ITALIA	234
TABLA 219. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CLIMA LABORAL POSITIVO - ITALIA.....	235
TABLA 220. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO SATISFACCIÓN LABORAL - ITALIA	235
TABLA 221. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO DERECHO AL TRABAJO - ITALIA	236
TABLA 222. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EL TRABAJO COMO TERAPIA - ITALIA	236
TABLA 223. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO EXCLUSIÓN LABORAL - ITALIA	237
TABLA 224. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SANIDAD: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA	237
TABLA 225. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA - ITALIA	238
TABLA 226. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO OTRAS PROFESIONES - ITALIA	239
TABLA 227. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO HOSPITAL GENERAL - ITALIA	239
TABLA 228. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO HOSPITAL GENERAL - ITALIA	240
TABLA 229. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO MEDICACIÓN ADECUADA - ITALIA	240
TABLA 230. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE SALUD MENTAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA	240
TABLA 231. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO ESTIGMA - ITALIA.....	241
TABLA 232. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO INEXACTITUD DE POLÍTICAS PÚBLICAS - ITALIA	242
TABLA 233. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO ESCASA RED SOCIO-SANITARIA - ITALIA	242
TABLA 234. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO FUNCIONAMIENTO GENERAL - ITALIA	243
TABLA 235. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RED SOCIO-SANITARIA - ITALIA.....	244
TABLA 236. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO HOSPITAL GENERAL - ITALIA	245
TABLA 237. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CENTRO DE SALUD MENTAL - ITALIA.....	245
TABLA 238. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA- ITALIA.....	246
TABLA 239. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CLÍNICA PSIQUIÁTRICA UNIVERSITARIA- ITALIA.....	246
TABLA 240. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO LEY DE INCLUSIÓN LABORAL - ITALIA.....	247
TABLA 241. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA PERSONAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA	247
TABLA 242. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO INDEPENDENCIA - ITALIA	248
TABLA 243. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RESPONSABILIDAD Y DECISIONES - ITALIA	248
TABLA 244. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO INTERÉS Y ACCESO EDUCATIVO- ITALIA	249
TABLA 245. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA FAMILIAR: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA.....	249
TABLA 246. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO UNIÓN FAMILIAR - ITALIA	250
TABLA 247. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO CUIDADOS FAMILIARES- ITALIA	250
TABLA 248. PORCENTAJE DE LA CATEGORÍA SOCIAL: SUBCATEGORÍAS Y CONTENIDO - ITALIA.....	250
TABLA 249. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO DEPORTE Y ENTRETENCIÓN - ITALIA	251
TABLA 250. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO VIVIENDA INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE Y ASISTIDA - ITALIA	252
TABLA 251. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO RELACIONES DE AMISTAD - ITALIA	252
TABLA 252. FRASES QUE REPRESENTAN EL CONTENIDO AYUDAS ECONÓMICAS - ITALIA	252
TABLA 253. MUESTRA POR TIPO Y SEXO EN ECUADOR Y VALENCIA (%).....	253
TABLA 254. EDAD DE LA MUESTRA EN ECUADOR Y VALENCIA	253
TABLA 255. DIFERENCIA DE CATEGORÍAS EN VALENCIA, ECUADOR E ITALIA.....	254
TABLA 256. DIFERENCIA DE CATEGORÍAS POR USUARIOS EN ECUADOR Y VALENCIA	255
TABLA 257. PRINCIPALES SUB-CATEGORÍAS EN ECUADOR, VALENCIA E ITALIA	255
TABLA 258. COMPARACIÓN ENTRE USUARIOS Y EMPLEO - ECUADOR Y VALENCIA	256
TABLA 259. COMPARACIÓN ENTRE USUARIOS Y EMPLEO POR GÉNERO - ECUADOR Y VALENCIA	257

TABLA 260. PROPORCIÓN DE GÉNERO Y EMPLEO - ECUADOR Y VALENCIA.....	257
TABLA 261. COMPARACIÓN POR GÉNERO DE TIPOS DE EMPLEO - ECUADOR Y VALENCIA	258
TABLA 262. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 1. INCLUSIÓN LABORAL.....	258
TABLA 263. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 2. EXCLUSIÓN LABORAL	259
TABLA 264. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 3. PROFESIONALES DE SALUD MENTAL.....	260
TABLA 265. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 4. HOSPITALIZACIÓN.....	261
TABLA 266. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 5. SÍNTOMAS	261
TABLA 267. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 6. MEDICACIÓN	262
TABLA 268. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 7. DIFICULTADES	263
TABLA 269. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 8. FUNCIONAMIENTO DEL MODELO COMUNITARIO	264
TABLA 270. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 9. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	265
TABLA 271. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 10. FACILIDADES	265
TABLA 272. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 11. AUTONOMÍA	266
TABLA 273. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 12. RELACIONES ÍNTIMAS	267
TABLA 274. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 13. EDUCACIÓN	267
TABLA 275. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 14. PROYECTO VITAL	268
TABLA 276. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 15. APOYO	268
TABLA 277. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 16. SOBREPOTECCIÓN	269
TABLA 278. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 17. AISLAMIENTO	269
TABLA 279. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 19. OCIO Y RECREACIÓN	270
TABLA 280. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 19. VIVIENDA	270
TABLA 281. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 20. RELACIONES DE AMISTAD.....	271
TABLA 282. COMPARACIÓN DEL CONTENIDO EN LA SUB-CATEGORÍA 21. AYUDAS ECONÓMICAS	271
TABLA 283. COMPARACIÓN DE SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL ENTRE LOS PAÍSES DE ESTUDIO	311

I. MARCO INTRODUTORIO

1. INTRODUCCIÓN

Desde un concepto positivo, la *salud mental* se entiende no solo como la ausencia de una enfermedad o trastorno, sino que se relaciona con el bienestar que deberían tener todas las personas en su cotidianidad, tanto en su individualidad como parte de la sociedad (OMS, 2004).

Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado que los *trastornos mentales* son un problema de salud en todas las regiones del mundo con un aumento en su incidencia y prevalencia, en consecuencia, se presenta como una problemática de salud pública que se debe enfrentar. La estigmatización y las violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos agravan el problema, acrecentando su vulnerabilidad y dificultando su atención y rehabilitación (OMS, 2004b, 2015d).

En términos operacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, y se calcula que un 25% de la población mundial sufrirá en algún momento de su vida un problema de salud mental, prediciendo que para el 2020 representarían el 15% de la carga total de enfermedad expresado en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (OMS, 2010, 2013, 2004b, OPS, 2009).

En efecto, el número de personas con *discapacidad* se ha elevado a un 15% para el 2010, situación que responde a diversos factores, entre estos el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles incluidos los Trastornos Mentales Graves (TMG). La información disponible arroja que 190 millones de personas tienen una discapacidad importante como la depresión grave y prevé que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2011).

Según estimaciones de la OMS, 350 millones (M) de personas en el mundo padecen de depresión, 60M presentan trastorno bipolar, 21M sufren esquizofrenia, y 47,5M presentan diversos tipos de demencia. Es importante señalar que los problemas de salud mental graves se caracterizan por dificultades en el curso del pensamiento y percepciones, en el manejo de las emociones e impulsos, y perturban la relación con las personas y el entorno (OMS, 2016).

De esta forma, la *depresión* se convierte en la principal causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad, y se prevé que será una pandemia para el año 2020 (OMS, 2015, 2013; LANCET, 2018).

Igualmente, se calcula que el número de personas con problemas mentales aumentarán con el envejecimiento de la población y por la gran cantidad de conflictos sociales que se observan en el mundo, lo cual implica una gran carga para la sociedad a nivel familiar, económico y de derechos humanos (OMS, 2004, 2015d).

Llama la atención que a pesar de la prevalencia y la carga que representan los trastornos mentales, una gran cantidad de personas en el mundo con este diagnóstico no reciben tratamiento adecuado, observándose una discriminación en su atención, no solo a nivel social sino también sanitario. Se estima que entre un 35-50% de las personas con estos trastornos no reciben atención en países desarrollados situación que se agrava en los países de bajos ingresos alcanzando entre 75-85%. Esto provoca que sean los individuos y las familias quienes deban afrontar solos los problemas de salud mental, lo que conlleva ofrecer apoyo emocional, instrumental y económico (LANCET, 2018; OMS, 2016b, 2013).

Un elemento que disuade a las personas de buscar ayuda en los servicios de salud es el *estigma* asociado a los trastornos mentales, situación que dificulta su recuperación e integración a la sociedad. Asimismo, se encuentran asociados a estereotipos negativos como temor, incomodidad y rechazo principalmente por la falta información. Es por esto que surge la necesidad urgente de aumentar la sensibilidad de la comunidad, superar el tabú existente en muchas sociedades para reconocerlos abiertamente y mejorar las estrategias de prevención (OMS, 2015a, 2014, 2013, 2004, LANCET, 2018).

Frente a este agravante y con la finalidad de proveer una estrategia coherente para disminuir la carga de los trastornos mentales, se propone un *Modelo de salud mental comunitario* para los servicios de atención, haciéndolos más accesibles para las personas con una discapacidad mental grave y con mayor respeto de los derechos humanos; con un enfoque psicosocial hacia la *desinstitucionalización*, con la finalidad de prevenir situaciones de exclusión, estigmatización y cronificación (OMS 2016b, 2014, 2007).

Un elemento importante de este Modelo es la *promoción de la salud*, la cual permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, con el objetivo de proteger y elevar la calidad de vida, así como de modificar los determinantes estructurales de la salud, mediante tres componentes esenciales: el Gobierno mediante políticas y leyes; la educación sanitaria sobre información para elegir opciones saludables; y el liderazgo y compromiso para crear condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud (OMS, 2016d, 2012; OPS, 2009).

Más específicamente, la *promoción de la salud mental* introduce acciones que apoyan a la ciudadanía para que adopten estilos de vida saludables, y para que se creen condiciones de vida y ambientes que fomenten la salud mental. En razón de ello, sus actividades son principalmente sociopolíticas, como reducir el desempleo, mejorar la educación y el acceso a la vivienda, disminuir las diversas formas de discriminación, y trabajar intersectorialmente con los agentes de la comunidad y los profesionales de salud (OPS, 2009; OMS, 2004b).

Para ello se requiere también de *políticas y programas* orientados a cambiar las condiciones de vida de individuos con problemas de salud mental, ya que es la forma de incidir en los determinantes esenciales de la salud mental, como es mejorar la redistribución económica y la conectividad social. Asimismo, se recomienda desde la promoción de la salud mental que se realicen *intervenciones sociales y de salud pública* conjuntamente, en el marco de un enfoque multisectorial y multidisciplinario, con la finalidad de posibilitar la sostenibilidad y efectividad de dichas acciones (OMS, 2004b).

En este sentido, los organismos mundiales han realizado una serie de declaraciones, *documentos y manuales* para orientar el accionar de los Estados en temas de salud mental y discapacidad, donde se recomienda desarrollar algunas temáticas al respecto como son los derechos de las personas con problemas de salud mental, el empoderamiento para superar las barreras de salud y sociales, y el apoyo social que implica el fortalecimiento de las comunidades (OMS, 2004b).

Desde la promoción la salud mental, uno de los aspectos relevantes a abordar en los TMG es la *inclusión laboral* de este grupo, pues por su misma problemática se han visto excluidos de los trabajos formales, ya sea por discriminación o falta de flexibilidad del

mismo puesto de empleo. El trabajo es un derecho fundamental, y desde este punto de vista se entiende que las personas con problemas de salud mental grave lo puedan ejercer como cualquier miembro de la sociedad (PE, 2017, OMS, 2010^a, Pieró et al., 2007, et al., 1996).

En este contexto, se considera importante conocer la experiencia de inserción laboral de personas con TMG desde el enfoque de la promoción de la salud percibida por los sujetos que está insertos en la problemática, como son los mismos usuarios, familiares, profesionales de salud y directivos de las instituciones con las que se relacionan, en diferentes contextos y procesos de aplicación del enfoque comunitario en salud mental.

1.1. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se *centra en las personas con trastornos mentales graves* por considerar que son uno de los colectivos con discapacidad que mayores dificultades y barreras enfrentan en el acceso al mundo del trabajo y sitúa su objetivo en el análisis de su inserción laboral en tres países, dos europeos y uno latinoamericano (Italia, España y Ecuador) desde un *enfoque integral de promoción de la salud*, que es considerado relevante para lograr una mayor equidad en salud.

El grado de dificultades para la inserción laboral de las personas con discapacidad mental varía entre países, acorde al mayor o menor tiempo de inserción de políticas inclusivas en las normativas pertinentes y al mayor o menor tiempo de implementación de un modelo de salud mental adecuado, por lo que se plantea realizar este estudio considerando diversas realidades.

En España, el estudio circunscribe a la ciudad de *Valencia* que cuenta con información epidemiológica y con instituciones relacionadas con la inclusión laboral de personas con TMG (GVA, 2017) dentro de un modelo comunitario de salud mental que se viene implementándose desde hace 30 años, aunque la reforma psiquiátrica se dio en los años 80. Por su parte, la experiencia *italiana* es reconocida a nivel mundial por ser pionera en transformar de forma radical las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría (MSP, 2014) y valora la creación de cooperativas sociales de trabajo. En el caso de *Ecuador* la implementación del Modelo y Plan de Atención en Salud Mental comienza en el año 2014 como un proceso para superar los modelos curativo y clínico biológico; y el

estudio se orienta hacia las ciudades de *Quito* y *Guayaquil* que son las que tienen una mayor población.

Con todo, es importante consignar que la inclusión laboral de las personas con problemas de salud mental grave ha aumentado desde la implementación de un modelo adecuado de salud mental en diversos países. Por eso resulta importante determinar que políticas públicas de inclusión social y que factores o dimensiones institucionales, han sido, especialmente determinantes para lograr dichos avances.

La salud y el trabajo son *derechos humanos fundamentales* amparados en instrumentos internacionales que los países firmantes están obligados a respetar, proteger y cumplir, como es la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo* de las Naciones Unidas (CDPD) (2006) y otros instrumentos relacionados con los derechos humanos. La CDPD reafirma la necesidad de garantizar la participación en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida (ONU, 2008; Parra-Dussan, 2010; OMS, 2011).

Existen también acuerdos internacionales que se han formulado específicamente como los *Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental* de las Naciones Unidas (Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991) que establece, entre otros, que estas personas tienen derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales sin discriminación por motivo de enfermedad mental (ONU, 1991).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que la legislación sobre discapacidad y las políticas no son homogéneas, existiendo grandes divergencias en la definición de discapacidad, no sólo entre países sino también entre programas y ministerios dentro de un mismo país, por tanto, la información de que se dispone acerca de su situación laboral es incompleta (O'Reilly-OIT, 2007).

El presente estudio se encuadra dentro de otras líneas de investigación y acciones fundamentadas y promovidas por importantes organismos e instituciones como la OMS. Asimismo, considera las líneas de investigación y acciones de organizaciones de profesionales de la salud mental como la *Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos*

de la práctica de la Psiquiatría (1996) y su revisión (2002) de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 2002).

Asimismo, en el proceso de esta investigación se ha considerado incorporar **enfoques transversales** (Hernández et al., 2007) que proporcionan coherencia a la investigación sobre la inclusión laboral de personas con trastornos severos y dirige el foco del estudio, como son: a) Enfoque de derechos que promueve la no discriminación, b) Enfoque intercultural que permite que toda actividad sea validada y aceptada por los usuarios/as, c) Enfoque participativo que precisa a la participación para el reconocimiento social y valoración en la comunidad, d) Enfoque territorial que concibe a la comunidad en sus áreas económica, social y cultural, e) Enfoque de género que remite a la justicia en el tratamiento de hombres y mujeres, según sus necesidades respectivas y situaciones de desventaja.

La preocupación por el mejoramiento de los sistemas de salud, el estudio de casos y la investigación alrededor del mundo provee una convincente evidencia de eficacia para los trabajos de promoción de la salud, enfoque principal que guía el presente estudio. Ahora bien, debe tenerse en cuenta que **la investigación en salud basada en la evidencia** es relativamente reciente en la salud pública, su aplicación se ha orientado principalmente a la medicina clínica con la finalidad de decidir el o los procedimientos más adecuados. A diferencia de la medicina clínica, en salud pública se relacionan solo dos tipos de evidencia (A y B) y se reconoce que la evidencia puede ser limitada para muchas intervenciones. En este sentido, cuando se realiza una investigación en el ámbito de la promoción de la salud se suele encontrar con evidencia tipo B, es decir, se sabe lo que funciona, se sabe por qué funciona, pero la evidencia es limitada porque en ella intervienen factores subjetivos, en razón de ello, acumular conocimientos sobre las mejores prácticas, es un esfuerzo que los salubristas deben realizar para que las acciones se sustenten en la mejor metodología científica (Hernández, 2003).

Todo lo expuesto nos sugiere que la presente propuesta de **realizar una investigación desde la promoción de la salud sobre la inclusión laboral de personas con trastornos mentales graves en tres países**, con contextos socioculturales bastante diferentes

entre sí, que incorpore una evaluación de los resultados de la implementación del Modelo Comunitario de Salud Mental en distintos sistemas y programas de salud es significativo.

Finalmente, es importante indicar que la factibilidad del estudio está dada en razón de que la investigadora es Doctoranda del Programa de Doctorado en Medicina en la ciudad de Valencia, España, por lo cual cuenta con el respaldo de la Universidad de Valencia, institución que ha validado el Estudio a través del Comité de Ética.

2.MARCO CONCEPTUAL

2.1 SALUD MENTAL

La importancia de la salud es indiscutible, y así lo explicita la OMS al definirla como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”; y al conceptualizar a la salud mental como “*un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad*” (OMS, 2013).

Un primer aspecto que interesa destacar del concepto de salud mental es que, desde un *abordaje integral* no es posible separar la salud mental de la salud en general; el cual demanda la confluencia de varias disciplinas y profesionales para su abordaje, donde adquiere relevancia la *perspectiva biopsicosocial*, se trata entonces de una intervención holística: sanitaria y social.

Un segundo aspecto de interés es la descripción en positivo del concepto que hace la OMS al situar a la salud mental como la base del bienestar y funcionamiento efectivo de un sujeto y su contexto. Esta mirada, induce a centrar el objetivo de la salud en el *individuo en su comunidad* y la salud mental como fundamental para los individuos, familias y comunidades (OMS, 2004b); la realidad es lo que pensamos a partir de las vivencias, de nuestra doble condición de seres individuales y sociales (Heidegger, 1926).

Otro aspecto que interesa acentuar de esta construcción conceptual es referente al *estado de bienestar* que es el grado de calidad y frecuencia de experiencias vitales satisfactorias que le permiten al individuo (ser biopsicosocial) mantener un balance dinámico en continuo movimiento, consigo mismo y con su comunidad. Estas experiencias

satisfactorias se encuentran, a su vez, determinadas por la interacción de múltiples factores socioeconómicos y ambientales que las incrementan, las preservan o las deterioran, pero, a la par, dependen en cierta medida de acciones propias del individuo para adaptarse al contexto y sus cambios (Fierro, 2000).

En el contexto de los esfuerzos internacionales y nacionales por implementar políticas, acciones e intervenciones concernientes a la promoción de la salud mental, es esencial satisfacer las necesidades de las personas, y sobre todo de aquellos que tienen algún problema crónico.

La OMS ha definido como sistema de salud mental “*al conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales*” (OMS, 2011).

Existen dos grandes organismos en materia de salud mental, la OMS y la APA, cuyo objeto es mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, así como ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con criterios uniformes. Los dos organismos proporcionan sistemas de clasificación internacionales, con validez legal y científica reconocida.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, abreviado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), es una herramienta de clasificación de los trastornos mentales que proporciona la APA. La edición vigente es la quinta y es conocida como **DSM-V** y describe diversos problemas de salud mental (APA, 2013).

La OMS formula y propone la herramienta *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental*, abreviado CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Su última revisión es la décima, conocida como **CIE 10**, que incluye enfermedades mentales y del comportamiento (OMS, 1992).

2.1.1. Definición de trastorno mental grave (TMG)

El término trastorno se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se

acompañan de malestar o interfieren con las actividades del individuo.

Los TMG (MSP, 2014, EHLABE, 2011) son todos los problemas de salud mental que contemplan tres dimensiones:

1. **Diagnóstico:** diagnóstico clínico correspondiente a los códigos de CIE 10 de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes de forma continua (F20.X), Trastorno esquizotípico de la personalidad (F21), Trastorno de ideas delirantes (F22), Trastorno de ideas delirantes inducida (F24), Trastorno esquizoafectivo (F25), Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28), Psicosis no orgánica sin especificación (F29), Trastorno bipolar continuo (F31.X), Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), Trastorno depresivo recurrente (F33), y Trastorno obsesivo-compulsivo (F42).
2. **Tiempo:** duración de al menos 2 años o en los últimos 6 meses un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento, con abandono de roles sociales y riesgo de cronificación (aunque remitan los síntomas).
3. **Funcionalidad:** nivel de discapacidad a la presencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global de la persona a nivel social, familiar y laboral.

Según el DSM-IV, la enfermedad mental severa es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (APA, 2013).

Desde el CIE 10, el término trastorno no es preciso, pero se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables clínicamente, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo (CIE 10, 1994)

Según el CIE 10 los diagnósticos que se consideran como TMG son los que se describen a continuación (CIE 10, 1994):

Tabla 1. Diagnósticos considerados como Trastornos Mentales Graves

<i>Diagnóstico</i>	CIE-10
<i>Esquizofrenia</i>	F20.X
<i>Trastorno esquizotípico</i>	F21
<i>Trastorno de ideas delirantes inducida</i>	F24
<i>Trastorno esquizoafectivo</i>	F25
<i>Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco</i>	F25.0
<i>Otros trastornos psicóticos no orgánicos</i>	F28
<i>Trastorno bipolar continuo</i>	F31.X
<i>Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos</i>	F32.3
<i>Trastorno depresivo recurrente</i>	F33
<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	F42

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP, 2014). Elaboración Propia

- **Esquizofrenia (F20.X)**

Se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conserva la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Se ven comprometidas las funciones esenciales que dan la vivencia de la individualidad, singularidad y dominio de sí mismo.

- **Trastorno esquizotípico (F21)**

Se caracteriza por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia. Tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad.

- **Trastorno de ideas delirantes inducida (F24)**

Trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa.

- **Trastorno esquizoafectivo (F25)**

Trastornos episódicos con síntomas afectivos y esquizofrénicos destacados, y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, de forma casi simultánea. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) y con los esquizofrénicos típicos.

- **Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (F25.0)**

Los síntomas esquizofrénicos y maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución.

- **Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28)**

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia o para los tipos psicóticos, del humor (afectivos) y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para ideas delirantes persistentes.

- **Trastorno bipolar continuo (F31.X)**

Se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) donde el estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados. En ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo, un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

Satisface las pautas establecidas en la depresión y están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que se siente responsable.

- **Trastorno depresivo recurrente (F33)**

Se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)**

La característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes que irrumpen en la actividad mental del individuo de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o porque son carentes de sentido), aunque son percibidos como pensamientos propios, suelen intentar resistirse a ellos a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. No son

por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas, pero tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable.

Estos trastornos tienen la gravedad suficiente para afectar varias áreas en la vida de las personas (Cruz, 2010), las que se describen a continuación:

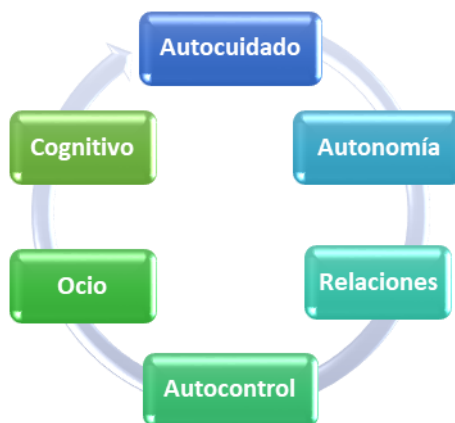


FIGURA 1. Áreas de la vida afectadas por los trastornos mentales grave.

Fuente: Necesidades de apoyo para la enfermedad mental grave (Cruz, 2010). Elaboración propia

- **Autocuidado:** es la falta o la poca conciencia de cuidados personales como la higiene, deficiente manejo de su entorno, y hábitos de vida no saludables (fumar, alimentación, ejercicio).

- **Autonomía:** es la falta de capacidad de manejar los diversos ámbitos de la vida de forma independiente, como un deficiente manejo del dinero, en los medios de transportes, uso del ocio y tiempo libre, dependencia económica y desempeño laboral.

- **Autocontrol:** es la dificultad en el manejo y control de las propias emociones e impulsos, como baja capacidad de manejo de situaciones de estrés o falta de competencias personales.

- **Relaciones interpersonales:** se observa una disminución de la red social, un inadecuado manejo de situaciones sociales, y un déficit en las habilidades sociales.

- **Ocio y tiempo libre:** es frecuente el aislamiento, la incapacidad de manejar el ocio o de disfrutar, y una baja motivación e interés.

- **Funcionamiento cognitivo:** se aprecia dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

2.1.2. Epidemiología de los trastornos mentales:

Se estima que en el mundo hay 450 millones (M) de personas afectadas por trastornos mentales, la lista la encabeza la depresión con 150 M, el consumo de alcohol o drogas (90 M), epilepsia (38 M) y esquizofrenia con 25 M. Aproximadamente un millón de personas se suicidan cada año en el mundo (OMS, 2015b).

Dado que la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento, la Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2013 hace un llamado de atención para que todos los países se replanteen su visión de la salud mental y la traten con la urgencia que se merece, y recomienda una respuesta integral y coordinada en cada país con respecto a la salud mental para lo cual se requiere alianzas al interior del sector público (salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros) y con el sector privado (OMS, 2015).

Consciente de la gravedad y de las dificultades que existen en el ámbito de la salud mental, la OMS diseña el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 que apunta a presentar resultados positivos en los próximos años fundamentada en seis principios básicos (OMS, 2013):

- 1.cobertura sanitaria universal,
- 2.derechos humanos,
- 3.práctica basada en evidencias,
- 4.enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital,
- 5.enfoque multisectorial y
- 6.emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Uno de los objetivos del Plan es la realización de estrategias de promoción y prevención de la salud mental y dentro de las acciones de atención integral y recuperación. Una de las estrategias en la salud mental más concreta y útil es fomentar los programas de inserción o reinserción laboral para las personas afectadas por trastornos mentales (OMS, 2013, MSCE, 2007).

Además, se han elaborado documentos de apoyo a los países miembros de la OMS, como el Programa de Acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP), que

proporciona apoyo técnico a profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental, dejando de lado el enfoque hospitalocéntrico (OMS, 2013).

2.1.2.1 En América Latina

En Latinoamérica la carga de los *trastornos neuropsiquiátricos* es relativamente alta representando el 22,2% del total de los AVAD, siendo el trastorno depresivo unipolar (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%) los que presentan mayor prevalencia. Sin embargo, las necesidades distan de reflejarse en demandas satisfechas, los porcentajes de brechas de tratamiento, que es el porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento alguno, fluctúan entre un 37,4 y 71,4% (OPS, 2013).

Entre los años 2008 y 2010 (OMS, 2012a), las cinco primeras causas asociadas con la salud mental fueron:

- i) la depresión, que aumentó de 108 a 113 casos por cada 100.000 habitantes,
- ii) la ansiedad de 66 a 99
- iii) la epilepsia de 47,8 a 63,2
- iv) el retardo mental de 25,2 a 37

A pesar del panorama descrito, en la mayoría de países de la región, los sistemas de salud mental siguen siendo *inadecuados* para lograr una gobernanza apropiada y eficaz que responda a las necesidades de la población (OPS, 2013). Por ejemplo, considerando los ocho países de Suramérica (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay) que aplicaron el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de IESM-OMS¹, que tiene como objetivo la recolección sistemática de información sobre el estado de los programas y servicios de salud mental, en el año 2010, solo Brasil (año 2001) y Argentina (año 2010) contaban con una legislación dedicada exclusivamente a la salud mental considerado un instrumento clave para mejorar la atención de salud mental en los países y para sustentar el contenido de las políticas públicas en materia de salud mental,

¹ Las áreas que cubre el IESM-Organización Mundial de la Salud se derivan de las 10 Recomendaciones para mejorar la atención en salud mental (Informe Mundial del 2001) y agrupadas para su evaluación en 6 secciones, a saber: 1. Política y marco legislativo; 2. Servicios de salud mental; 3. Salud mental en la atención primaria; 4. Recursos humanos; 5. Educación sanitaria y vínculos con otros sectores; y 6. Monitoreo y evaluación.

pero estos mismos países no contaban con una política de salud mental y un plan nacional de salud mental como documentos separados (OMS, 2011a).

Respecto de las *disposiciones legales*, todos los países de la región carecen de disposiciones que faciliten el acceso a un empleo y a la vivienda, y que aseguren la no discriminación en el ámbito laboral para las personas con TMG, ya que solo el 50% de los países cuenta con disposiciones para el ámbito laboral y protección contra la discriminación laboral, y solo el 12,5% de países con respecto al acceso a la vivienda (OPS, 2013).

Por otra parte, es conocido que sin *financiación* adecuada las políticas, los planes y los programas de salud mental que se derivan no son posible de implementar, por consiguiente, la viabilidad de las acciones, no son realizadas o se realizan parcialmente. La proporción asignada a salud mental en los países de la región refleja claramente la baja prioridad que los gobiernos concede a la salud mental de la población pues dicho porcentaje oscila entre 1% al 5%, (con la excepción de Uruguay, 7%). También, la asignación a salud mental se encuentra afectada por la asimetría en la asignación del presupuesto, todavía entre el 50 y 80% del presupuesto en salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos (OPS, 2013). Como ejemplo de esta asimetría, el caso de Uruguay que en el 2006 destinaba el 7% del presupuesto total de salud a salud mental, pero la proporción asignada a los hospitales mentales llegaba al 98% (OMS, 2011a).

Sobre la organización de los *servicios de salud mental*, este se centra en el Ministerio de Salud que es el órgano rector encargado de las acciones de salud mental con respecto a programación, ejecución, monitorio y evaluación a través de una instancia coordinadora, sin embargo, su estructura, funciones y responsabilidades varían de acuerdo a las características del país, los recursos disponibles y la importancia que se le otorgue (OPS, 2013).

En la mayoría de los países de la región los *hospitales psiquiátricos* siguen siendo el eje de la atención y concentrando la mayor cantidad de recursos destinados a salud mental, mientras que los servicios a nivel comunitario son limitados y no tienen el nivel resolutivo que se requiere. Un caso aparte es Brasil, que emprende en los años 1990 una reforma psiquiátrica que progresivamente re-direccionó los recursos y se creó la Ley Nacional de Salud Mental en el 2001, donde se instituyeron las Redes de Atención en Salud

Mental en el 2011 cuyas bases son los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que son servicios substitutivos al hospital psiquiátrico (Giovanella, 2013).

Otra consideración relacionada con los *hospitales psiquiátricos* es que la *tasa de camas* disponibles es de 16,4 (por 100.000 habitantes); se observa una reducción porcentual de las camas en Argentina (2%) y Brasil (31%). La tasa de personas atendidas es de 70,7, de los cuales el mayor porcentaje es para pacientes con esquizofrenia (38%), y el promedio de días de estadía es de 92 días, sin embargo, existe un promedio de 30% de las personas que han estado internadas por más de 10 años (OPS, 2013).

Si bien, todos los países de América del Sur cuentan con *atención ambulatoria*, siendo esta tasa de 1,6, no obstante, solo el 61% de los hospitales psiquiátricos están organizados dentro de una red de atención ambulatoria. Las atenciones de psiquiatría en el hospital general cuentan con una tasa de 2,5 camas, y el tiempo de estadía es máximo de 40 días, con un promedio de 14 días, y se cuenta con al menos un medicamento psicotrópico. El seguimiento en la comunidad se realiza en el 37% de los casos, por lo tanto, el grado de descentralización es todavía limitado (OPS, 2013).

En lo concerniente a la integración de la salud mental en la *atención primaria*, se observa que en los países suramericanos ésta es limitada, situación que implica una reducida capacidad resolutive y en consecuencia dificultades en la atención comunitaria y en red (Giovanella, 2013; OPS, 2015).

Respecto de la capacidad de compra de *medicamentos* antipsicóticos, entre el 8 y 11% del salario mínimo se usa para adquirir estos fármacos y solo el 45% de los países tiene una cobertura total por parte de la seguridad social (OPS, 2013).

Respecto de la distribución por *género*, el 53% de las personas atendidas en estos dispositivos de atención ambulatoria son mujeres (OPS, 2013).

En lo referente a los *profesionales de salud mental*, el 31% trabaja en el sector público, el 51% en ONG's y sector privado, y el 27% en ambos. Asimismo, los psiquiatras se encuentran concentrados en las grandes ciudades y capitales, de estos, el 44,7% trabajan en servicios ambulatorios, el 43,8% en hospitales psiquiátricos y solo el 11% en hospitales generales. Del resto de profesionales, son los psicólogos los que presentan una mayor tasa,

de productividad. Los trastornos psíquicos constituyen una de las principales causas de jubilación anticipada y de recepción de pensiones por discapacidad (CdE, 2005).

De acuerdo a las diferentes *condiciones socioeconómicas* de los países europeos y al interior de cada uno de ellos, existen grandes variaciones en las frecuencias de los diversos trastornos, así como en la provisión de recursos para la atención a salud mental. No obstante, datos de la OMS, estiman que más del 27% de la población adulta de Europa (entre 18 y 65 años) ha experimentado al menos un trastorno mental en el último año (83 millones de personas) (OMS, 2018).

La información desagregada por *género* revela que las tasas de trastornos mentales son más altas para las mujeres (33,2 por 100.000 habitantes) respecto a las de los hombres (21,7), exceptuando las tasas de consumo de sustancias y trastornos psicóticos que se presentan similares (OMS, 2018).

Esta realidad conlleva a que los *trastornos neuropsiquiátricos* (15,2%) sean la tercera causa de AVAD. Entre las quince causas principales de AVAD, los trastornos depresivos (3,8%) representan la tercera causa (OMS, 2014a) (Wittchen et al, 2005). Además, contribuyen en gran medida a las enfermedades crónicas y representan el 36,1% de los atribuibles a todas las causas (OMS, 2014a).

Una investigación llevada a cabo por el Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología que involucró a 514 millones de personas de todos los grupos de edad, evidencia que el 38% de la población (unos 164 millones de personas) sobrelleva algún trastorno de salud mental siendo los problemas más comunes la ansiedad (14%), el insomnio (7%) y la depresión grave (6,9%). También se señala que los episodios depresivos en las mujeres se han duplicado desde los años 70 y que la mayoría de los casos sucede en los años reproductivos de la mujer, como un factor probable de esta situación se argumenta el cambio en los patrones sociales (la doble responsabilidad de cuidar a la familia y mantener un empleo) (ECNP, 2011).

Existen otras iniciativas europeas que proporcionan información sobre salud mental en colectivos específicos, por ejemplo, una publicación del 2018 sobre la asociación entre la edad y el curso del *trastorno depresivo mayor*, evidencia que las personas de edad

avanzada podrían tener un peor curso que las personas más jóvenes o de mediana edad (Schaalxs et al., 2018).

Un ejemplo de las variaciones, entre y dentro de los países, en las frecuencias de los diversos trastornos se puede apreciar en las tasas de *suicidios*, que va de una tasa de 3,6 en Grecia, a una tasa de 44 en Lituania (la más alta del mundo) (CdE, 2005). El suicidio representa el 17,6% de todas las muertes entre adultos jóvenes de 15 a 29 años en países de altos ingresos, siendo la segunda causa de muerte después de los accidentes de tráfico. Sumado a lo anterior, el 90% de los suicidios se pueden atribuir a enfermedades mentales, pese a lo alarmante de la problemática solo 13 países de la UE han implementado una estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS, 2018).

Respecto de los *servicios de salud mental*, la tasa combinada de camas psiquiátricas tiene una tasa media de 72 en unidades hospitalarias psiquiátricas comunitarias, unidades en hospitales generales y hospitales psiquiátricos, aunque se presentan variaciones entre los países.

Relacionado con los *profesionales de salud mental*, la tasa media de psiquiatras es 9; y en la mayor parte de los países de la UE los médicos familiares atienden los TMG, no obstante, en la generalidad de los países se espera que los especialistas brinden tratamiento (OMS, 2018).

Dada la importancia de la salud mental a nivel mundial, la OMS publica el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013–2020 (OMS, 2015c), cuyos objetivos a alcanzar son:

- 1) todos tienen la misma oportunidad de alcanzar el bienestar mental a lo largo de su vida, particularmente a los más vulnerables o en situación de riesgo;
- 2) los derechos humanos son plenamente valorados, respetados y promovidos;
- 3) los servicios de salud mental son accesibles, competentes, asequibles, y están disponibles en comunidad según la necesidad;
- 4) derecho a un trato respetuoso, seguro y efectivo;
- 5) los sistemas de salud proporcionan una buena atención de salud física y mental para todos;

6) los sistemas de salud mental funcionan en asociación bien coordinada con otros sectores;

7) la gobernanza y la entrega de la salud mental se basan en buena información y conocimiento.

El Plan 2013-2020 especifica que la Región Europea que las asimetrías son significativas dentro y entre países (hay una variación de 100 veces en el PIB per cápita entre los países). También expone que las personas más pobres presentan más riesgo de tener problemas de salud mental, esto asociado a la estigmatización y la discriminación social y en los servicios de salud, situación que empeora su bienestar mental, por tanto, la salud mental es consecuencia y causa de desigualdades (OMS, 2015c).



FIGURA 3. Mapa de Europa: Valencia e Italia

2.1.3. Normativas y legislación en salud mental

A nivel internacional, se cuentan con varios documentos relativos a los derechos, la salud mental y las personas con TMG, los que se describen a continuación:

- **Declaración universal de los derechos humanos de las Naciones Unidas** (ONU, 1948). Marca un hito en la historia donde se establece, por primera vez, que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y deberes.
- **Declaración Alma-Ata** (OPS, 1978). Conferencia internacional sobre atención primaria en salud como elemento transversal para todas las personas, pero con la existencia de desigualdades inaceptables entre los países.

- **Declaración de Hawái** (WPA, 1983). Se recogen los requisitos éticos mínimos en psiquiatría, basada en una ética del deber, insta al psiquiatra a servir a los mejores intereses del paciente, ofrecer el mejor tratamiento disponible.
- **Carta de Ottawa para la promoción de la salud** (OMS, 1986). Es la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, donde se definió líneas estratégicas como la elaboración de políticas públicas saludables.
- **Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales** (WFMH, 1989). Existen derechos en términos de diagnóstico, tratamiento, no discriminación, confidencialidad, educación y trabajo.
- **Declaración de Caracas** (OPS, 1990). Define las bases de la reforma a la salud mental en América Latina, y expone la necesidad de cambiar la atención psiquiátrica para que sea descentralizada, participativa, integral e integrada.
- **Principios de las Personas con Trastornos Mentales** (ONU, 1991). Define los estándares de atención en la comunidad, para poder vivir y trabajar allí mismo; y la confidencial y consentimiento, y los criterios de involuntariedad.
- **Recomendación 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos** (CdE, 1994). Establece medidas legales que garanticen los derechos los pacientes, en tratamiento como lobotomías y la terapia electro-convulsiva, y un código de ética.
- **Ley sobre Cuidados de Salud Mental: Diez Principios Básicos** (OMS, 1996). Contiene un análisis comparativo de leyes nacionales sobre salud mental con sugerencias de acciones para promover su aplicación.
- **Convenio de derechos humanos y biomedicina o Convenio de Asturias** (CdE, 1997). Es un instrumento jurídicamente vinculante, que relaciona la bioética con la defensa y promoción de los derechos humanos en la biomedicina.
- **Declaración de Madrid** (ONU, 1996). Revisa las normas éticas de comportamiento de los psiquiatras, basadas en la ética, respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad, y habla sobre la eutanasia.
- **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de La Salud en el Siglo XXI** (OMS, 1997). Reconoce la importancia de las inversiones y de la acción en la promoción de la salud sobre los factores determinantes de la salud.

- **Libro blanco de protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen de trastorno mental del comité de bioética** (CdE, 2000 en GVA, 2018a). Aborda las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario y el control de abusos de la psiquiatría.
- **Resolución sobre la promoción de la salud mental** (CdE, 2000). Se invita a incluir en las políticas sanitarias a la prevención y promoción de la salud mental, como parte integrante de la estrategia comunitaria de salud pública.
- **Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión** (CdE, 2002). Reconoce la importancia de fomentar la salud mental, en relación a los determinantes del estrés y la depresión.
- **Programa mundial de acción en salud mental** (OMS, 2002). Se plantea la brecha que existe entre la atención sanitaria en general con respecto a la atención sanitaria a la salud mental, centrado en disminuir la brecha y mejorar la atención.
- **Conclusiones de la conferencia europea sobre la enfermedad mental y la estigmatización** (CdE, 2003). La importancia de combatir la estigmatización y la discriminación y fomentar una actuación eficaz en las políticas.
- **Recomendación relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental** (CdE, 2004, en GVA, 2018a). Recomendaciones para elaborar un instrumento que mida el grado de cumplimiento de las normas y políticas en salud mental (GVA, 2018a).
- **Declaración de Helsinki y plan de acción europeo para la salud mental** (OMS, 2005). Se reconoce a la salud mental como aspecto fundamental en una buena calidad de vida, y establece la urgencia de afrontar los retos actuales.
- **Libro verde sobre la salud mental 2005: mejorar la salud mental de la población** (CdE, 2005). Trata de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de las enfermedades mentales y promover el bienestar.
- **Recomendación sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales** (CdE, 2009). Reitera el evitar la discriminación abusiva de las personas con historial de un trastorno mental, las sometidas a un tratamiento psiquiátrico o diagnosticadas.

2.1.4 Psiquiatría y Antipsiquiatría

Desarrollo histórico

Las personas que padecen trastornos mentales han existido siempre y las sociedades han creado en todas las épocas diversas estrategias para abordar la problemática. La psiquiatría y la psicología son las principales ciencias que estudian los problemas de salud mental, las cuales han tenido un cambio en los últimos 50 años, por lo cual es relevante realizar un pequeño recorrido histórico hasta llegar a las reformas más actuales (Novella, 2008).

Uno de los primeros escritos sobre la salud mental se encuentra en los tratados que forman el *Corpus Hippocraticum* (alrededor de 60 obras que constituyen el texto médico más amplio y antiguo que haya sobrevivido desde la remota antigüedad), atribuido al griego Hipócrates (460 y 370 A.C.), quien describe la *teoría de los humores corporales* fue el punto de vista más común del conocimiento médico hasta la llegada de la medicina moderna en el siglo XIX. En esta teoría se plantea que el temperamento de las personas está determinado por la producción de cuatro fluidos corporales, indicativos del estado de salud y explicativos de sus comportamientos y reacciones (Finkielman, 2011).

De la teoría de los humores se deriva una de las *teorías de los temperamentos* que clasifica a las personas en: a) coléricas, afectadas por la bilis amarilla y relacionadas con el elemento fuego, b) sanguíneas, su temperamento cambia con el volumen de sangre, c) melancólicas, en este caso la abundancia de bilis negra da paso a la melancolía y, d) flemáticas, el exceso de flema es lo que controla el temperamento (Finkielman, 2011).

En el *contexto europeo*, el encuentro de diferentes culturas permitió una enseñanza médica, como la Escuela de Salerno en Italia (850-1300), donde la tradición de Hipócrates y Galeno fue enriquecida por textos árabes (Rocha, 2005). Durante la Edad Media, el cristianismo como religión oficial impulsó una *visión de la locura como castigo divino* ante el pecado, prohibiendo una serie de ritos y tradiciones profundamente enraizadas en las culturas populares (Rocha, 2005).

En este contexto, la fundación de los primeros hospitales para enfermos mentales estuvo motivada por los valores de la caridad y de la misericordia, tal es el caso del Hospital de los Inocentes, Locos y Orates (Valencia, España) fundado en 1410, considerado

el primer asilo para acoger a las personas *pobres, inocentes y furiosas* que deambulaban por las calles *haciendo locuras* para que no sufrieran daños de otras personas y se defendiera el orden público (López-Ibor, 2008). Además, es interesante destacar que realizaban actividades de colaboración dentro del hospital como son las tareas de hilado, limpieza y quehaceres domésticos, lo cual estaba acorde al nuevo valor otorgado al trabajo a partir del siglo 16 (Novella, 2008); posteriormente el hospital acogió a toda clase de marginados (López-Ibor, 2008).

No obstante, entre los siglos XV y XVIII la terapéutica de la locura era muy diversa pues había curanderos y hechiceros recurría a las hierbas medicinales, la iglesia a los exorcismos para alejar al demonio, y los médicos diplomados a dietas rigurosas y duchas de agua fría (Sacristán, 2009).

La obra de René Descartes (1596-1650) aporta a la ciencia moderna y a la medicina un concepto trascendental para el desarrollo de ambas: *el método cartesiano* para llegar a la verdad con base en la duda metódica, el análisis, la síntesis y la comprobación. **El racionalismo** abre una nueva postura frente a la realidad, su raíz es la búsqueda de la certeza en la adquisición del conocimiento (Rocha, 2005). Finalmente, en el siglo XIX, la construcción racionalista se consolida y se perfecciona y es en este contexto, en que se produce el *triunfo de la especialidad médica sobre la religión* en lo referente a la atención psiquiátrica (Bravo Lira, 2009).

Según los datos aportados, el *gran encierro de los locos* acontece, a partir de la segunda mitad del siglo XVII, producto de una ley civil que condenaba sobre todo la inactividad de las personas, en ningún caso por prescripción médica. Con la reclusión el loco será comparado con el criminal, con quien comparte un espacio, un tratamiento y una supuesta reintegración social. Dada esta comparación, a partir de ese momento tres calificativos se vincularán: *criminal-alienado-culpable* (Forner, 2013).

Entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, a hombres y mujeres considerados improductivos e inadaptables a la sociedad moderna se les comenzó a llamar *alienados mentales* (Duffau, 2015). En consecuencia, surgieron los primeros *alienistas*, quienes idearon el *tratamiento moral* sustentado en una cura de aislamiento, donde el médico establecía un diálogo con el resto de razón subsistente en el paciente para reconducir su

voluntad y sirvió para legitimar a esta naciente psiquiatría como el conocimiento experto en la enfermedad mental (Sacristán, 2009). Cabe señalar que, en esos momentos, el asilo se consideraba como un símbolo de la sociedad más desarrollada que no dejaba a los enfermos o dependientes en las calles maltratados o ignorados (Novella, 2017).

Por otro lado, en Latinoamérica se sigue utilizando la *medicina indígena y la psiquiatría popular*, con el curandero como figura de sobresaliente impacto socio-cultural e histórico, de modo que la influencia racionalista no ha logrado abolir otras formas de percibir la vida, donde un alto porcentaje de la población sigue curándose de acuerdo con patrones que no son de la medicina occidental (Viesca, 2006).

2.1.4.1 Institucionalización psiquiátrica

En el siglo XIX, se configura la época de asistencia psiquiátrica institucionalizada y nace *el manicomio* como un espacio esencialmente terapéutico donde el confinamiento posibilitaría comprender la naturaleza de una enfermedad tan escurridiza como la locura (Shorter, 2007); sin embargo, lo social fue completamente olvidado en la práctica médica (Sacristán, 2009). Surgió aparentemente motivado por nobles deseos, pero resultó ser una estrategia cuyo objetivo es la disciplina que busca someter a los *desviados* y donde se realizaron controvertidos experimentos con seres humanos (Díaz, 2006).

De esta forma, los *peritajes médicos* se convierten en un espacio judicial, donde se acusa, juzga y condena gracias a un experto, decisivo en los internamientos involuntarios que surgieron en Francia y se extendieron a Europa y América, y da origen al mito del enfermo mental peligroso (Maya, 2015).

Es en los discursos biológicos del XIX sobre la degeneración surge **el racismo** donde el Estado ocupa un rol de protector de la integridad social amenazada por los “desviados” que de forma accidental produce la sociedad (Díaz, 2006). Métodos como la *frenología*, desarrollada por el alemán Franz Gall (1758-1828) que plantea la posibilidad de determinar el carácter y tendencias criminales de una persona a través de investigaciones antropométricas que relacionen la forma del cráneo (Spóta, 2014).

Francis Galton (1822-1911) avanzó en esta pseudociencia arguyendo que dichas condiciones eran hereditarias. y que por el bien de la humanidad de debe promover **la**

eugenesia y la no procreación de personas con locura, demencias, epilepsia y retardo mental (Chico, 2016).

Estados Unidos fue el primer país donde el ejercicio del poder médico se acciona en toda la población mediante la imposición de la ley de la eugenesia entre 1907 a 1967 (Estado de Indiana), esterilizando sin su consentimiento a miles de personas etiquetadas como *débiles mentales* (Pérez, 2012).



FIGURA 4. Primeras terapias para los trastornos mentales.

Fuente: Museo de psiquiatría Dr. Guislain. Bélgica.

Las *terapias de choque* estuvieron vigentes desde la década de 1930, entre ellas la lobotomía propuesta por Egas Moniz (1874-1955) psiquiatra y neurocirujano portugués, método irreversible que consistía en realizar varias perforaciones en ambos lados de la cabeza para producir daño en el tejido cerebral por lo que se le otorgó el Premio Nobel de Medicina en 1949 (Buzzi, 2010). Este método fue modificado por Walter Freeman (1895-1972) mediante la *lobotomía transorbital* para cortar las conexiones nerviosas del lóbulo frontal del cerebro a pacientes con problemas severos e intratables (Balcells, 2014). Otra técnica es el *electroshock* el cual crea convulsiones utilizando la electricidad, y provocaba graves daños físicos al ser aplicado sin anestesia (Pérez, 2012).

Las últimas técnicas introducidas para la atención psiquiátrica son los *psicofármacos* desde 1950, siendo el asilo un contexto adecuado para probar todo tipo de tratamientos somáticos para mitigar las manifestaciones disruptivas de la enfermedad, lo que en un comienzo muchas veces era solo la acción sedativa, en la actualidad se siguen investigando y mejorando (Novella, 2008).

2.1.4.2 Desinstitucionalización

Después de la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra y Estados Unidos la profunda crisis del asilo como institución terapéutica colocó en primer plano el debate sobre las alternativas a la atención institucional, estimulado por la creciente influencia de las teorías psicoanalíticas del neurólogo austriaco Sigmund Freud, que conceden un mayor protagonismo a los síntomas del enfermo como medio terapéutico (Cazzaniga, et al., 2015).

Aunque el término *antipsiquiatría* fue creado por David Cooper (1931-1986), psiquiatra sudafricano, actualmente sirve para designar un movimiento político de impugnación radical de este saber entre los años 1955 y 1975 (Vásquez, 2011). En este contexto, la expresión adquirió un sentido positivo de crítica y transformación de la institución asilar. Entre los problemas que se indicaban era la utilización de la “enfermedad mental” para patologizar la heterogeneidad humana, el mal diagnóstico y la estigmatización hacia la salud mental (Pérez, 2012).

La antipsiquiatría estuvo enriquecida por valiosos aportes teóricos-prácticos. En Gran Bretaña, con Ronald Laing (1927-1989), inspirado por la filosofía *existencialista* de Sartre y el mismo David Cooper, se desarrollaron *comunidades terapéuticas* que son espacios para acompañar y acoger la existencia particular del sujeto y su crisis subjetiva. En Estados Unidos, Thomas Szasz (1920-2012) y su denuncia del “mito” de la enfermedad mental se plantea una antipsiquiatría centrada en el respeto de los *derechos civiles*. Michel Foucault (1926-1984) publica su célebre *Historia de la locura*, con gran influencia hasta el día de hoy, pues la práctica francesa se orientó a la participación de los internos en la toma de decisiones evitando el recurso a las terapias agresivas (Vásquez, 2011).

Foucault (1984) argumenta la existencia de una relación entre el enfermo y la sociedad que es *dialéctica*, tanto en la génesis de la misma como en su curación, de esta forma cuando el enfermo no se sienta alineado podrá volver a la sanidad, por lo que se entiende a la enfermedad como consecuencia de las contradicciones sociales (Foucault, 1984).

Desde una perspectiva de cambio social, el movimiento italiano liderado por el psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) estableció una estrategia de lucha militante

centrada en la transformación de las relaciones de poder al interior del manicomio (Cea Madrid, et al, 2016). Se centra en una psiquiatría democrática, social y comunitaria, que cambia la orientación de la enfermedad hacia el sujeto, provocando en la sociedad un nuevo modo de percibir la locura mediante el *cierre de los manicomios* (Evaristo, 2011). Esto fue una reacción en cadena en los países de occidente donde se discutió un nuevo sistema de salud y fue el punto de partida para un nuevo paradigma psiquiátrico (Novella, 2017).

En los años setenta, adquiere protagonismo las luchas de emancipación que comenzaron a llevar adelante los mismos *locos* en rechazo radical a las prácticas de la psiquiatría dominante, que van conformando los *movimientos de familiares y usuarios*, bajo el principio de la ayuda mutua y la toma conciencia de sus derechos ciudadanos. Estos movimientos junto a la crítica existente a la farmacoterapia mercantil son los pilares de la nueva lógica antipsiquiatría motivado por la humanización del modelo médico (Pérez, 2012).

Desde los años 80 se observa un cambio profundo en la asistencia y en las políticas de salud mental, en el cual se supera el viejo modelo de asistencial por el de la atención comunitaria a nivel mundial (Novella, 2008). Actualmente, la OMS define la *desinstitucionalización* como un proceso en el que las personas que sufren un trastorno mental no se encuentren confinadas en hospitales psiquiátricos, sino que se les proporcione una atención digna e integrada para prevenir situaciones de exclusión, discriminación y cronificación (OMS, 2014).

2.1.5 Exclusión y estigmatización

La evidencia sugiere que, pese a la mayor visibilidad de la salud mental en la agenda pública de los países, de los cambios significativos en su abordaje, sigue habiendo una profunda desigualdad que se materializa en rechazo y estigmatización.

El fenómeno social más distintivo es la *vulnerabilidad social*, conceptualizada como un aumento de la indefensión e inseguridad en personas de ingresos medios y bajos, las que experimentan una marcada exposición a riesgos (CEPAL, 2011). Los *factores de riesgos objetivos* son la precarización laboral, el desigual acceso a salud, educación y seguridad social, y el debilitamiento de las organizaciones sociales frente a los grupos

empresariales. Mientras que los *factores de riesgos subjetivos* serían el menor rol de Estado en su función protectora, los cambios en la familia y en las relaciones sociales y la predominancia de valores que fomentan el esfuerzo individual por sobre los valores colectivos (CEPAL, 2011; Castel, 1997). Desde esta mirada, las personas con TMG constituyen una categoría vulnerable ya que una importante desigualdad que les afecta es su difícil acceso al mundo del trabajo.

Erving Goffman (1922-1982) plantea el concepto de *estigma* que refleja la desvalorización social dada por la contradicción entre las características que debería tener una persona según las normas culturales y las características que presenta realmente; se trata entonces de un juicio social que puede variar con el tiempo y entre culturas (Goffman, 1963). El *auto-estigma* es el proceso mediante el cual una persona crea una imagen estigmatizada de sí mismo como resultado de un proceso de internalización y acepta para sí las nociones de las actitudes negativas que ha recibido, lo que conllevan a una desvalorización de su autoestima y autoeficacia (Corrigan & Watson, 2002).

A *nivel individual* cada persona define su identidad, la cual cambia cuando el estigma es interiorizado, agravado por el silencio y el aislamiento, al no desarrollar la capacidad de tomar decisiones se vuelven dependientes de las relaciones con sus familiares y de las instituciones (OMS, 2010b); de ahí que *haya miedo al diagnóstico* (Vicente, et al., 2005).

En el desarrollo del estigma, desde los modelos psicosociales se plantea que este se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: 1. los *estereotipos* representan las creencias compartidas sobre lo que caracteriza o diferencia a un determinado grupo de personas, 2. los *prejuicios* son las actitudes y valoraciones basada en una suposición estereotipada, con una carga afectiva positiva (favorable) o negativa (desfavorable), 3. la *discriminación* son las conductas y prácticas sociales de antipatía a diversos grupos (Pratt, 1971; Ottati, et al., 2005; ONU, 1991).

Específicamente dentro del colectivo de personas con discapacidad, *la discriminación tiene mayor incidencia en las personas con trastornos mentales*, sus familias y entorno (Basaglia, 1978), debido a los efectos de la propia patología y el estigma ante las enfermedades mentales. Los datos de diversos estudios indican que más del 50% de

las personas se han sentido rechazados por este tipo de enfermedad, lo que limita su red social y su dificultad en el acceso a servicios de apoyo y ayuda (Muñoz et al, 2011; Guillén & Muñoz, 2011; Tewenge et al, 2003).

Un estigma frecuente es la asociación entre hechos violentos e incurabilidad, por lo que la **peligrosidad** forma parte del prejuicio social. La evidencia de numerosas investigaciones determina que un alto porcentaje consideran a las personas con esquizofrenia como peligrosas (43%), encontrándose la mayor carga de estigma en la comunidad y entorno laboral. Adicionalmente, cabe señalar que los datos confirman que las personas con TMG no son más peligrosas que las personas consideradas “normales” y que la mayoría de personas con trastornos mentales graves nunca comenten actos violentos (Runte, 2005). El riesgo de que una persona con una enfermedad mental grave sea agresiva puede darse cuando está cursando por una crisis con síntomas psicóticos paranoides (sentimiento de que su vida está amenazada) y cuando hay una patología dual con uso de alcohol y otras drogas (Runte, 2005; Fazel, et al., 2009; Fazel, et al., 2009a; Costa, et. al., 2018).

Lohr y Flynn (1992) afirman que el estigma asociado a un TMG es la principal causa del prolongamiento en las **internaciones** (Runte, 2005). Esto concuerda con otras investigaciones en las cuales la mayoría de los entrevistados (70%) cree que las personas que sufren esquizofrenia son imprevisibles, de difícil comunicación y capaces de autoagresión (Crisp et al, 2000 en Runte, 2005).

Las enfermedades mentales son el problema de salud mental **más estigmatizante y estigmatizado**, y se encuentra en casi todos los sectores de la sociedad, sin embargo, el hecho de estar en contacto con personas con este tipo de enfermedades estimula una actitud más favorable (OPS, 2009). El estigma también se visibiliza la organización de los servicios de salud se observa cuando los profesionales piensan que solo ellos o los familiares pueden tomar decisiones acertadas acerca del usuario, cayendo en el paternalismo (OMS, 2010b; Costa, et al., 2018).

Se ha documentado en diferentes investigaciones que el estigma tiene **efectos duraderos** en el bienestar de las personas con TMG, aun cuando los síntomas y funcionamiento social mejoren, y se asocia con síntomas depresivos- ansiosos, aislamiento

psicológico y baja satisfacción vital (Link et al 1997, Markowitz 1998, Wright et al 2000, Perlick et al 2001, Ertugrul 2004, en Muñoz, et al., 2011; Costa, et al., 2018).



FIGURA 5. Barreras asociadas al estigma y la discriminación.

Fuente: Rehabilitación Basada en la Comunidad: Componente social (OMS, 2012d). Elaboración propia.

Esto afecta a su participación social con diversas *barreras* (OMS, 2012d) que pueden tener las personas asociado al estigma y la discriminación, entre estas se encuentran:

- Las personas podrían tener *baja autoestima* y pensar que no merecen o tienen la habilidad para participar en actividades y eventos.
- Los miembros de la familia pueden sentir *vergüenza*, así que no motivan o permiten la participación.
- Los miembros de la comunidad podrían tener pensamientos irracionales y *creencias* acerca de la discapacidad.

A nivel del acto discriminatorio, es frecuente que las personas con enfermedad mental presenten *bajo acceso a un trabajo*. Algunos estudios al respecto muestran que un 33% de los entrevistados indicó haber sido rechazado de un puesto ante el cual estaba cualificado cuando indicó que padecía un trastorno mental, incluso son desestimados en trabajo como voluntarios o les disminuyeron en su categoría si ya se encontraban trabajando (Wahl, 1999 en Runte, 2005).

La importancia de la *comunicación* es cada vez mayor en un mundo globalizado, por tanto, los medios tienen impacto sobre la opinión de la población, especialmente los periódicos y la televisión. En un estudio en el cual se analizaron los diálogos de programas de *televisión* con grandes audiencias, se encontró que las personas peores valoradas son los que tienen una enfermedad mental, encasillados como temidos, rechazados, causantes de vergüenza y castigados (Rovner 1993 en Runte, 2005). Asimismo, en la *prensa escrita* una

investigación encontró que las noticias relacionadas con enfermedad mental se encuentran en la sección de sucesos, estableciendo una relación entre hechos delictivos (crimen y asesinato) y patologías mentales; y que cuando se indicaba algo positivo, en el 25% de las noticias se destacaba la minusvalía (Iasam 1987 en Runte, 2005).

Ante esta realidad, se postula como punto sustancial el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental como estrategia que les permite participar activamente en disminuir el estigma y defender sus derechos (OMS, 2010b).

2.1.5.1. Estigma y empoderamiento

El *empoderamiento* entendido como un proceso de acceso a los recursos y desarrollo de las capacidades para participar activamente en definir la vida propia y la de su comunidad en los ámbitos económicos, sociales y políticos (CE, 1998), tiene su origen en las estrategias de la educación popular, desarrolladas por el brasileño Paulo Freire (1921-1997) en los años sesenta, quien sostiene que las personas empoderadas se convierten en "*sujetos*" de sus propias vidas y desarrollan una "*conciencia crítica*", es decir, comprenden su entorno social y actúan en él.



FIGURA 6. Empoderamiento en salud mental.

Fuente: User empowerment in mental health (OMS, 2010b). Elaboración propia.

Se comprende la *importancia* del empoderamiento de las personas con problemas de salud mental grave, de manera individual, pues incrementan sus niveles de confianza para responder a sus propias necesidades, pero, esencialmente como colectivo para asumir un papel de liderazgo, con el fin de participar en las mismas condiciones en todas las esferas sociales y, particularmente, en la toma de decisiones que les afectan: promover su

propia salud, interactuar de forma eficaz y de forma activa con los servicios de salud; y, en la gestión de su enfermedad (OMS, 2016c, OPS, 2009).

Este empoderamiento debe realizarse *conjuntamente en la sociedad* para modificar su entorno político y social y mejorar sus condiciones de vida, por tanto, son necesarias la aplicación de políticas y programas que contribuyan a su inclusión en la comunidad, y a generar redes de apoyo y asesoría (OMS, 2010b).

2.1.6. Abordajes en salud mental de los trastornos mentales graves

La forma en que se tratan los problemas de salud mental graves se basa en el modelo desde el cual se entiende la patología mental, actualmente se utiliza mayormente un enfoque biopsicosocial desde diversas teorías terapéuticas.

2.1.6.1. Teorías psicológicas

Teoría Psicoanalítica

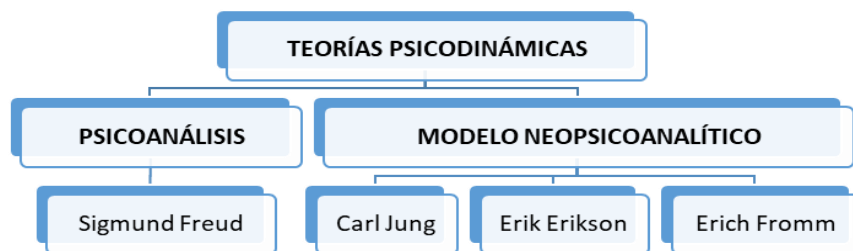


FIGURA 7. Esquema de las Teoría Psicodinámica

El psicoanálisis es una teoría explicativa que nace alrededor de 1890 con Sigmund Freud (1856-1939), en ella se describen los mecanismos, procesos y fenómenos de la vida psíquica en las personas (IPA, 2018). Los conceptos emanados del psicoanálisis se han aplicado extensamente en la práctica psiquiátrica, siendo parte fundamental de la aproximación a los trastornos mentales (Seelbach, 2013).

La estructura de la psiquis (IPA, 2018) se encuentra conformada por:

- El *ello*: es la satisfacción de los deseos e impulsos básicos a los que Freud denomina pulsiones.
- El *súper yo*: es una característica de la psiquis que involucra a todas las normativas sociales.

- El **yo**: es el proceso de elección y filtro que rige la conciencia y ejerce la represión sobre los contenidos que considere necesarios, y media entre el deseo (ello) y el deber ser (súper yo).

Una premisa fundamental (Freud, 1910) es que el cambio de una persona se da con el *desarrollo psicosexual*, que es la evolución de la expresión del deseo y los miedos, y se va formando de acuerdo a las experiencias de vida del sujeto:

1. En la **etapa oral** el niño busca el goce y su instrumento de placer es la boca, por lo que las frustraciones se relacionan con la madre, y puede desencadenar enfermedades como la neurosis de abandono o la esquizofrenia.

2. En el **estadio sádico anal** se desenvuelve el lado agresivo defensivo y es el momento en el que se establecen los límites y normas sociales, por lo que la patología que se asocian son síndromes obsesivos.

3. La **etapa genital** se relaciona con las primeras actividades eróticas con el propio cuerpo y se desarrolla la afectividad, y se puede desencadenar el síndrome histérico y la angustia fóbica. Aquí se da el **complejo de Edipo** en el niño, ya que hay una ambivalencia de sentimientos por los celos a la madre.

Además, Freud aborda la relación entre el individuo y la cultura, conceptualizándola como la regulación de la vida en común, pero, que restringe las posibilidades de satisfacción de los individuos, limitando su libertad, pero a cambio obtiene la seguridad de vivir en grupo y de esta manera se controla también la agresividad. Sin embargo, sostiene que la excesiva represión de la cultura conlleva una mayor neurosis y patologías (Freud, 1929).

La teoría psicoanalítica tiene una gran cantidad de autores que la sigue desarrollando como Carl G. Jung (1875-1961), Alfred Adler (1870-1937), Erich Fromm (1900-1980), Erik Erikson (1902-1994), entre otros (Seelbach, 2013).

Teoría Conductual

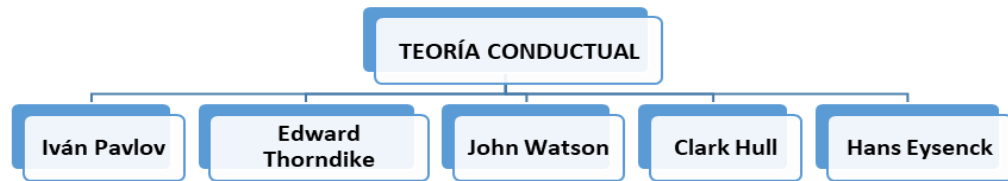


FIGURA 8. Esquema de la Teoría Conductual

Algunos de sus exponentes con mayor reconocimiento son Pavlov (1897) conocido por sus estudios sobre el condicionamiento clásico que es la asociación entre la fisiología (por ejemplo, salivar) y los reflejos condicionados. Thorndike con su trabajo sobre el aprendizaje fruto de sus experimentos con animales mediante el modelo de ensayo y error. Otro exponente es John Watson a quien se le considera responsable de la consolidación de la utilización del método científico en psicología. Por su parte Hull elaboró una teoría hipotético-deductiva para predecir la conducta, explicando la fuerza del hábito, la fatiga y la inhibición condicionada (Santacreu, et al., 2017).

Además, se elaboraron distintas teorías sobre la personalidad; así el conductismo también incluye elementos que se podrían llamar subjetivos como la motivación, las que son variables intervinientes entre el estímulo y la respuesta. Actualmente, la terapia consiste más que en desaprender, en volver a generar nuevos aprendizajes asociando con otros elementos positivos para que esta dure en el tiempo, y desde los años 60 se empezó a aplicar para resolver problemas tanto clínicos (contexto psiquiátrico) como educativos (enseñanza programada) (Santacreu, et al., 2017).

Algunas estrategias que se utilizan en los trastornos mentales es el entrenamiento en habilidades sociales, que se utilizan para controlar de los síntomas negativos de la esquizofrenia, promover la competencia social y disminuir el aislamiento (Pfammatter et al 2006 en Cruz, 2010).

Teoría Cognitiva

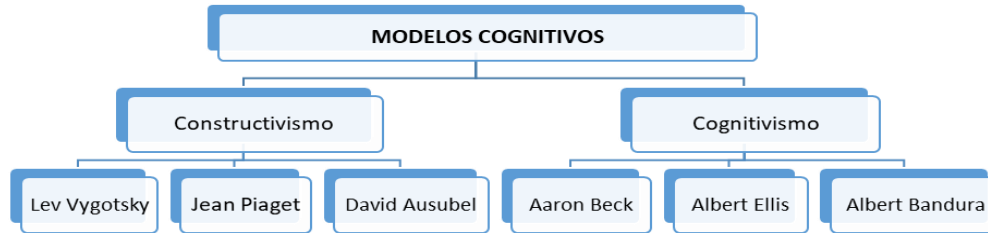


FIGURA 9. Esquema de las Teorías Cognitivas

El modelo conductista evolucionó a un modelo diferente llamado *cognitivo*, cuyo foco son los procesos que ocurren en el individuo antes de que se genere el comportamiento. Edward Tolman (1886-1959) mantiene que el comportamiento es un acto unificado, de diversos los componentes que incluye la esfera biológica, siendo la base los procesos cognoscitivos (Seelbach, 2013).

Se concibe a la psicología cognitivista como una línea interdisciplinar, ya que tiene exponentes como Lev Vygotsky (1900) quien desarrolla el procesamiento de la información, la inteligencia y la lingüística (Caro, 2013). Posteriormente Jean Piaget (1940) importante expositor acerca del aprendizaje indica que el desarrollo cognitivo está relacionado con el conocimiento, con la capacidad natural de los seres humanos para adaptarse e integrarse a su ambiente (Luján, 2016).

Asimismo, David Ausubel (1970) investigó sobre el método más eficaz y factible para promover el aprendizaje significativo, y el rol de los materiales de apoyo (Vilches, et al., 2012). Más adelante Albert Bandura (1970) aporta una visión global del ser humano, de los trastornos psicológicos y de cómo modificarlos, desarrollando el aprendizaje social, la autoeficacia y el autocontrol (Caro, 2013b).

Aaron Beck (1960) a partir del trabajo con pacientes depresivos y los pensamientos negativos, desarrolla la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la cual destaca el rol del procesamiento de la información para activar sus respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales. Esta terapia está extendida mundialmente para el tratamiento de muchos trastornos mentales (Caro, 2013b).

De esta línea nace la Terapia Racional Emotiva Conductual, desarrollada por Albert Ellis (1990), la cual indica que los trastornos mentales se originan de maneras erróneas de pensar, o distorsiones cognitivas, que son el resultado de haber pasado por el filtro de creencias personales, y determina la forma en que el individuo da sentido y significado a sus experiencias, las mismas que se expresan a través de los pensamientos automáticos, y serían las que producen la psicopatología observada en los trastornos psiquiátricos (Ellis, 1994; Cruz, 2010). Se postula que es posible modificar las cogniciones de las personas, y de este modo lograr cambios terapéuticos, por ejemplo, estudios indican que los problemas cognitivos son el principal problema en la esquizofrenia (Stip 2006, en Cruz, 2010). En este caso, la finalidad de la terapia es modificar las distorsiones cognitivas y así disminuir las conductas desadaptativas (Bados, et al, 2010; Muñoz et al, 2011; Fuentes, et al., 2011.)

Teoría Humanista

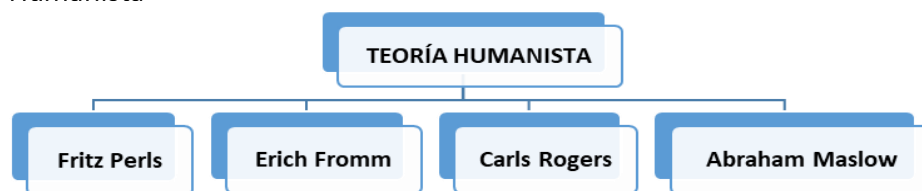


FIGURA 10. Esquema de la Teoría Humanista

Surge en los años 60 de la postguerra como una perspectiva fenomenológica y existencial, en oposición a las teorías de la época, y en respuesta a la demanda de una nueva humanidad sustentada en la paz, el desarrollo y la igualdad. El centro de esta teoría es la comprensión del ser humano como persona desde un enfoque holístico, filosófico y científico; asimismo, una línea se concentra en un pensamiento más transpersonal y espiritual ligado a la tradición oriental llevando hacia la meditación y la ampliación de la consciencia (Riveros, 2014; Cruz, 2010).

Un concepto relevante es la Gestalt de Fritz Perls (1893 - 1970), que es la totalidad del ser en el aquí y el ahora, y explica la neurosis como un síntoma de maduración incompleta, provocada por prejuicios y falta de confianza en sí mismo. Por otro lado, para Erich Fromm (1900 - 1980), la neurosis es un modo subliminal de destruir la autenticidad, de condicionar el potencial humano que no se desarrollaba de acuerdo al individuo, sino por la presión homogeneizante de la sociedad (Riveros, 2014).

Otro elemento importante es el uso de la empatía, entendido por Rogers (1902-1987) como un recurso facilitador del cambio, ya que se ve al cliente (paciente) como un ser en búsqueda de un contacto genuino con otra persona, para lo cual establece una relación terapéutica horizontal (Riveros, 2014).

Abraham Maslow (1908-1970) desarrolló la conocida pirámide de necesidades, que comienza con las necesidades básicas o vitales hasta las trascendentales relacionadas con la salud y el desarrollo de las personas (Seelbach, 2013). De esta forma, las terapias humanistas han tenido una variedad de aplicaciones en psicoterapia, educación, en organizaciones, relaciones familiares, mediante el arte e intervenciones sociales (Riveros, 2014).

2.1.6.2 Terapias para los Trastornos Mentales Graves

Las personas que padecen un TMG presentan *diversas dificultades* psíquicas y físicas que les entorpecen llevar una vida cotidiana como lo realizaban antes de la enfermedad y de inclusión en el entorno.

Las personas que presentan una enfermedad mental de larga duración se vuelven en su evolución un *grupo vulnerable*, se estima que entre el 50-70% de los pacientes evolucionan hacia la cronicidad, por lo que se requiere una estructura de servicios para atenderlos y que estos sean acordes a sus necesidades (OPS, 2009).

La OMS afirma que la *rehabilitación* es un proceso que tiene como finalidad que las personas con discapacidad logren alcanzar un estado funcional óptimo, físico, sensorial, intelectual, psíquico y social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. Es por esto que es importante la inclusión laboral como un pilar muy relevante dentro de la recuperación e inclusión social de las personas con problemas de salud mental (OMS, 2012).

Las estrategias de *intervención comunitarias* (OPS, 2009; Cruz, 2010; Patel & Kleinman, 2003; Verdugo, 2003) son imprescindibles para este tipo de trastornos y se describe a continuación:

Tabla 2. Estrategias de intervención comunitaria para trastornos mentales graves

<i>Apoyo médico</i>	Es relevante la ayuda de los fármacos en el control de síntomas, pero que no interfieran en el funcionamiento de la persona, contando con la opinión de los usuarios y sus familiares, sobre todo, frente a los efectos secundarios.
<i>Psicoeducación</i>	Con la <i>familia</i> sobre la importancia de mantener el tratamiento, el manejo de los problemas y una adecuada comunicación con el usuario y con los profesionales de salud.
	A <i>la persona</i> para informar acerca de la enfermedad, la importancia y la administración de medicamentos y el autocontrol de síntomas, lo cual es relevante ya que esta ha sido históricamente infravalorada.
<i>Psicoterapia individual</i>	Para el tratamiento de la enfermedad, el manejo de los síntomas y el promover su participación activa en los aspectos de su rehabilitación y contacto social.
<i>Rehabilitación neuropsicológica</i>	Con el fin de estimular y mejorar el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento ejecutivo y la competencia social, los cuales puede ser factores limitantes para la inclusión social y laboral de la persona.
<i>Apoyo social</i>	Entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas y manejo del tiempo libre, ya que estos elementos aumentan su funcionamiento personal, laboral y social que permite la autonomía.
<i>Apoyo formativo</i>	Tanto en los adolescentes como en adultos es un tema de gran afectación y tiene consecuencias negativas, puesto que suele haber abandono de los estudios y un acceso limitado o nulo a servicios educativos inclusivos.
<i>Apoyo laboral</i>	El desempleo y subempleo es un elemento característico que impide la integración social total, por lo que es importante evaluar las múltiples modalidades de empleo y realizar un seguimiento del proceso.
<i>Apoyo residencial</i>	Se espera que las personas puedan vivir de manera lo más autónoma posible, sin la tutela de los servicios clásicos sanitarios (hospital psiquiátrico) y de la familia de origen, por lo que es importante que cuenten con programas de ayuda en una residencia independiente.

Fuente: Salud Mental en la Comunidad (OPS, 2009).

La evidencia indica que el desarrollo de estas actividades debe realizarse según un ***programa terapéutico individualizado*** hacia cada sujeto, en el cual se velen por sus necesidades de forma periódica y según el contexto en el que se encuentre, ya que una infra-estimulación produciría pasividad y aislamiento (OPS, 2009, OMS, 2010).

Sin embargo, toda intervención está relacionada con el contexto en el que vive la persona, el sistema social, y las oportunidades o discriminación que padezca, por lo tanto, deja de ser una problemática solo desde el ámbito médico y se convierte en un problema social (Basaglia, 1979, 1978).

2.2 SALUD PUBLICA

La Salud Pública se puede definir como “*el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo*” (OPS, 2002, 47). Por lo tanto, es entendida como un proceso de bienestar de los individuos, es un concepto **social y político** destinado a mejorar la calidad de vida (OMS, 2004b), en consecuencia, se enfoca en la promoción, prevención e intervención de la salud, desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, ya sea a nivel comunitario, regional, nacional o internacional (Bañuelos, et al., 2016).

2.2.1. Promoción de la salud

La *Carta de Ottawa* para la Promoción de la Salud (1986), la describe como el proceso que permite a las personas aumentar el control y mejorar su salud. En este documento el concepto de salud se entiende como un bienestar que trasciende al sector sanitario y enfatiza en la necesidad de realizar intervenciones intersectoriales con áreas de la educación, vivienda, alimentación, trabajo, ecosistema, justicia y equidad. Las **estrategias de acción social** que se proponen en este documento son conformar políticas públicas saludables, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud (OMS, 1986).

Respecto de las **políticas públicas**, estas son un conjunto de acciones que deben ser dirigidas hacia la promoción de la salud, con el objeto de alcanzar la equidad sanitaria, asegurar la igualdad de oportunidades y de medios para que las personas puedan desarrollar su máximo potencial. Los factores sobre los cuales las personas tienen muy poca injerencia o ningún control deben ser abordados por dichas políticas, con la finalidad de lograr un cambio social (Cuesta, et al., 2016).

En consecuencia, la promoción de la salud favorece el **desarrollo social y personal**, por lo que requiere de información y educación sanitaria; no solo para la población en general, sino para los mismos profesionales con la finalidad de que sean sensibles y brinden una atención acorde a las necesidades culturales de las personas, lo que se denomina la *reorientación de los servicios sanitarios* (OMS, 1986).

2.2.2. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental involucra las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y para que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud mental. Está enfocada en la *salud mental positiva*, y su objetivo principal es fortalecer los indicadores positivos como el empoderamiento y las competencias de los sujetos (OPS, 2009, OMS, 2004b).

Para esto también es relevante el concepto de *activos en salud*, el cual se refiere a cualquier factor o recurso que *potencie la capacidad* de los individuos y las comunidades para mantener su bienestar. Desde este punto de vista, una forma de diagnosticar e intervenir *los problemas de salud* es desde el abordaje de los puntos positivos o ventajas de una comunidad, mediante la identificación en un mapa de activos (Hernán, et al., 2010). Demanda que las acciones a implementar se orienten con un enfoque de derechos, bajos los principios de equidad y solidaridad, y que consideren los procesos histórico-sociales de cada comunidad (OPS, 2009).

En el ámbito de la salud pública y la promoción de la salud (OPS, 2009, OMS, 2004b) existen algunas *recomendaciones* y orientaciones para realizar intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental:

Tabla 3. Orientaciones para la promoción de la salud mental

<i>Derechos</i>	Promover el concepto y abogar en los diversos sectores de la comunidad por el entendimiento de los determinantes de la salud mental e importancia para el bienestar y desarrollo humano.
<i>Condiciones económico-sociales</i>	Mejorar los estilos de vida de la comunidad, promover el empoderamiento, participación y abogacía de la comunidad y controlar las causas de la violencia, exclusión y falta de cuidados, mediante la implementación de políticas públicas
<i>Empoderamiento</i>	Implica que los grupos excluidos y en desventaja puedan superar esas barreras, defender y ejercer sus derechos, para una vida plena en igualdad, sin discriminación y con mejores condiciones.
<i>Políticas y normativas</i>	En la que consten las estrategias y líneas de acción en articulación con distintos sectores y los servicios de atención primaria en salud mental.
<i>Conocimientos científico y práctico</i>	Desarrollado de forma participativa entre la comunidad científica y movimientos socio-políticos, más allá del enfoque bio-médico, para la educación de la sociedad.
<i>Programas</i>	Implementar programas en las distintas como la infancia, niñez, adolescencia,

<i>según ciclo de vida</i>	adultez y ancianidad, dado la importancia del desarrollo y bienestar de las personas.
<i>Programas para grupos vulnerables</i>	Como son las personas con sufrimientos psíquico prolongado, sus cuidadores y familiares.

Fuente: Salud mental en la comunidad (OPS, 2009).

2.2.3. Determinantes de la Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS en su informe 2008, define los determinantes sociales de la salud como *“las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos”* (OPS, 2011, 1). Por tanto, son factores que influyen en el bienestar o en el apareamiento de enfermedades en grupos poblacionales y en los individuos, y requieren intervenciones efectivas (OMS, 2008b; Cuesta, et al, 2016).



FIGURA 11. Determinantes de la salud (OPS, 2011).

Un aspecto importante a considerar refiere a los mecanismos a través de los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden establecer los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, conforman lo que se denomina como *determinantes sociales de las inequidades en salud* (OMS, 2012a).

El marco de análisis para comprender los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud y sus repercusiones sobre la equidad sanitaria contempla el análisis,

la intervención y la medición de cinco niveles: 1) contexto socioeconómico y político, 2) exposición diferencial, 3) vulnerabilidad diferencial, 4) resultados diferenciales en salud y, 5) consecuencias diferenciales en salud (López & Laviana, 2007; Blas-OMS, 2010).



FIGURA 12. Marco de análisis para comprender los determinantes de la salud (OMS, 2010c).

2.2.4. Determinantes de la salud mental

En el campo de la salud mental existen determinantes sociales que son fundamentales de abordar en razón del impacto positivo o negativo que ejercen y se encuentran en diversos niveles (OMS, 2004b).

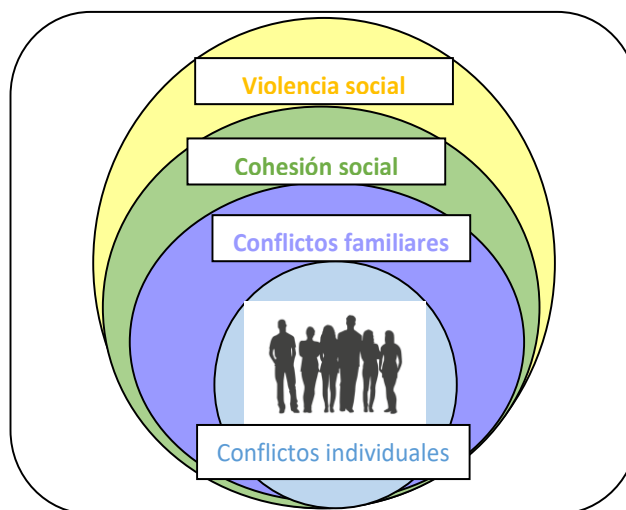


FIGURA 13. Determinantes de la salud mental (OPS, 2009). Elaboración propia.

La ausencia de determinantes positivos para la salud y la presencia de factores perjudiciales ejercen una mayor influencia a la aparición de **problemas de salud mental** y conducta de riesgo como consumo de alcohol, tabaco, drogas, inactividad física y una pobre alimentación. Por ejemplo, el estar desempleado se relaciona con la depresión y el consumo de alcohol y otras drogas (OMS, 2010c, 2004b, OPS, 2009).

Tabla 4. Determinantes de la salud mental

<i>A nivel socioeconómico, político y ambiental</i>	La inestabilidad económica, la pobreza y la exclusión social, la violencia social como la guerra, la desigualdad, el aislamiento social y las migraciones.
<i>A nivel comunitario</i>	Menor cohesión y menor conectividad social, pocos medios de apoyo social.
<i>A nivel familiar</i>	Precarias condiciones de vida, conflictos familiares y desempleo. El reconocimiento de la propia insuficiencia proyecta un futuro incierto, que produce miedo y ansiedad.
<i>A nivel personal</i>	El género (mujer), edad (niños y ancianos), conflictos individuales, estrés, pobre manejo de emociones y pocas habilidades sociales.

Fuente: Salud mental en la comunidad (OPS, 2009).

En relación con los determinantes de la salud mental, las **actividades de la promoción de la salud mental** son principalmente socio políticas, como reducir el desempleo, mejorar la educación y el acceso a vivienda, disminuir los tipos de estigma y discriminación; y trabajar intersectorialmente con los agentes de la comunidad y los profesionales de salud (OMS, 2004b, Cardona, et al, 2016).

Igualmente, existe una relación estrecha entre salud física y salud mental, de esta forma, los problemas de salud mental son uno de los principales elementos de mayor carga de enfermedad y peor calidad de vida. La OMS, en Ginebra en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, definió la **calidad de vida** como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la cultura, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (OPS, 2009). Asimismo, reconoce que los factores de riesgo conductuales afectan de forma desproporcionada a las personas con problemas de salud mental, por ejemplo, el consumo de tabaco que en un alto porcentaje conlleva a otras enfermedades (OMS, 2016c, 2004b).

Dentro de los determinantes de la salud se ha desarrollado el concepto de *apoyo social*, cuyo objetivo es explicar las diferencias en la distribución de algunas enfermedades físicas y mentales (Castro, 1997). Este elemento es importante porque las personas que están aisladas socialmente y en desventaja socioeconómica, son las que tienen mayores problemas de salud mental (OMS, 2004b). El apoyo social tendría el efecto de aumentar el *bienestar emocional y físico* de las personas, o de disminuir la probabilidad de secuelas negativas y, por otro lado, favorece el cambio de conductas de los individuos, con consecuencias positivas para la salud (Castro, 1997).

Una de las formas de apoyo son las *redes sociales* y ayuda a las personas con problemas de salud mental a amortiguar el estrés y el impacto de la enfermedad. Esta red está constituida por la familia, la comunidad, servicios y políticas de salud mental (OPS, 2009; OMS, 2004b). De esto se deriva lo que se conoce como *capital social*, el cual se define como “*un conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de inter-conocimiento y de inter-reconocimiento*” (Bourdieu, 1986, p. 249).

2.2.5 Modelo de salud mental comunitario

Como se ha expuesto, el modelo de salud mental centrado en el hospital psiquiátrico aislaba al paciente, lo estigmatizaba y no ofrecía una integración en su entorno, por lo que se plantea que la mejor estrategia son los servicios de salud mental basados en la comunidad, para que puedan recibir tratamiento y rehabilitación cerca de su familia y redes sociales (OPS, 2009).

La *salud mental comunitaria* (López & Laviana, 2007, OPS, 2009) contiene las siguientes dimensiones básicas:

a) un planteamiento desde la *salud pública*, con base en el compromiso de atención al conjunto de problemas de salud mental en poblaciones concretas, utilizando criterios epidemiológicos.

b) una *filosofía de la rehabilitación*, que orienta las intervenciones preferentemente hacia el incremento de la autonomía personal y la funcionalidad social.

c) la organización de la atención mediante una *red de dispositivos* sanitarios y no sanitarios, que sitúa la mayoría de sus componentes fuera del ámbito hospitalario y lo más cerca a la comunidad.

d) un funcionamiento que se basa tanto en el *trabajo en equipo*, con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de los cuidados, y la participación de profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.



FIGURA 14. Pirámide de la combinación óptima de los servicios (OMS/WONCA) (OPS, 2009)

En la pirámide se observa que es imprescindible que exista un nivel especializado en salud mental que organice territorial y multidisciplinariamente la atención, y se articule con el equipo de atención primaria, lo que conlleva un menor costo-beneficio (OPS, 2015). Las ventajas del modelo comunitario se describen a continuación:

Tabla 5. Beneficios del modelo comunitario

Accesibilidad	Los servicios están cercanos a donde la gente vive y trabaja
Asequibilidad	Menor costo que los hospitales para el Estado y para las personas en costos indirectos (transporte, comida, horas gastadas)
Aceptabilidad	Reducción del estigma y discriminación que ocurre si alguien acude a un hospital psiquiátrico y se reducen las violaciones de derechos a los usuarios
Atención integral	Intervención en diferentes aspectos como la salud, rehabilitación, y reintegración social (vivienda, empleo).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2009).

A continuación, se describe el modelo comunitario de salud mental en los tres países de estudio, de forma de conocer cómo funciona cada uno.

2.2.5.1. Modelo de salud mental comunitario en Ecuador

Antecedentes

En términos generales, la situación del Sistema de Salud del Ecuador en el siglo XXI es producto de fuertes transformaciones estructurales relacionadas con la globalización económica mundial, la implantación del modelo neoliberal y la aplicación de las políticas de reducción del Estado, lo que significó una brusca disminución de los recursos y la profundización de la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables. En el año 2008, como parte importante de cambio en la política se elabora la nueva Constitución de la República del Ecuador, y en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo denominado del Buen Vivir, lo cual fue vital en el desarrollo del sistema sanitario hacia un modelo comunitario de salud mental (Jiménez, et al, 2017).

Datos demográficos y sociales de Ecuador

Los datos que se presenta a continuación tienen relación con determinantes de la salud, de allí su relevancia. Territorialmente Ecuador tiene una superficie de 248.360 km², con una población de 16,8 millones de habitantes (50,4% mujeres y 49,6% hombres). La esperanza de vida es de 76 años, diferenciándose por sexo, para la mujer alcanza a 79 años y para el hombre a 74 años. El perfil etario se caracteriza por su juventud, en efecto, la edad media de la población es de 28,4 años y el 30% de la población tiene entre 0 y 14 años. La alfabetización de mayores de 15 años alcanza al 93% (INEC, 2017).

Un 70% de la población ecuatoriana vive en *zonas urbanas*, siendo la distribución de la población heterogénea, concentrándose principalmente en las ciudades de Guayaquil y Quito, que contienen casi una cuarta parte de la población del país (INEC, 2017).

De acuerdo al criterio de auto-identificación y pertenecía a una nacionalidad o pueblo, la población mestiza es la mayoritaria en el país con un 65%, indígenas 25%, blancos 7% y afro-ecuatorianos 3%; los idiomas oficiales son el español y el quichua (INEC, 2017).

La tasa de *pobreza por ingresos* ha disminuido progresivamente a partir del año 2000, ubicándose a nivel nacional en 21% en el año 2016, sin embargo, esta ha aumentado casi al 40% en el año 2018 por el cambio político-económico que vive actualmente el país (INEC, 2017b).

Marco Normativo ecuatoriano

El marco legal que sustenta el modelo comunitario en salud mental es el siguiente:

- **Constitución de la República de Ecuador** (CRE-ANE, 2008). El Estado es el responsable de establecer la formulación de políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral de la salud (Art. 363). El Art. 35 señala los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria como las personas con discapacidad; y una de las medidas para garantizar sus derechos es *el trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades*. Además, en el Art.66 se declaran *el derecho a la integridad personal*, que circunscribe la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes (CRE-ANE, 2008).
- **El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir-PNBV** (2009-2021). Asume objetivos vinculados con el derecho a la salud como aumentar la calidad de vida de la población (SENPLADES, 2009). En su segunda versión (2013-2017) plantea políticas relacionadas con la salud mental como garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación (SENPLADES, 2013). En su tercera versión (2017-2021) expone que se requiere particular atención para enfrentar problemáticas recientes como la depresión y la ansiedad (SENPLADES, 2017).
- **Ley Orgánica de Salud** (Ecuador-LOS, 2006). se reconoce a la violencia y el consumo de alcohol y otras sustancias como problemas de salud pública (LOS, 2008). El Proyecto de la nueva Ley que se está debatiendo en la Asamblea Nacional, tiene un capítulo dedicado a la salud mental donde se establece que toda política debe encaminarse hacia la desinstitucionalización y el manejo ambulatorio (ANE, 2016).
- **Ley Orgánica de Discapacidades** (Ecuador-LODis, 2012) Su objeto es la prevención, detección y rehabilitación de personas con discapacidad.
- **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud MAIS-FCI** (MSP, 2012). Destaca la importancia de intervenir en los determinantes de la salud mental y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud.
- **Modelo de Atención de Salud Mental y Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017** (MSP, 2014). Aprobados en julio de 2014 mediante Acuerdo

Ministerial 00004927. Es el documento de carácter intersectorial que utiliza el Estado para organizar la salud mental y sus actores (públicos y privados), constituye un avance sustantivo con relación al anterior ya que destaca el enfoque comunitario como uno de los ejes organizativos de las acciones en salud mental (MSP, 2014).

Sistema de Salud y de Salud Mental ecuatoriano

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) constituye la autoridad sanitaria a cargo de la coordinación del *Sistema Nacional de Salud*. En el 2013 se pone en marcha el ***Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental*** para alcanzar una cobertura nacional, a través de la ampliación de la cartera de servicios en modalidad ambulatorio (MSP, 2013). El cual es ejecutado por la ***Comisión de Salud Mental***, autoridad encargada de: a) asesorar al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental; b) planificar, coordinar y supervisar los servicios de salud mental del país; y, c) capacitar al personal que trabaja en los servicios de salud mental (MSP, 2017).

En el ***Plan de Promoción en Salud Mental*** que impulsa el Modelo, incluye disminuir el estigma y la discriminación, promover un trabajo intersectorial de cooperación y corresponsabilidad, y reforzar la participación ciudadana que incluye a las personas con problemas de salud mental y sus familias. Respecto de la inclusión laboral, en el documento del Modelo se indica que un porcentaje de personas con TMG tendrían grandes impedimentos para efectuar las actividades de la vida diaria, como el realizar un trabajo formal e incluso informal, volviéndose una condición discapacitante (MSP, 2014).

Gasto en salud mental en Ecuador

En el **2006** el presupuesto total del MSP fue de 647 millones/dólares, casi 8 M/dólares se asignaron para acciones de salud mental (1,2%) y de este el 59% se destinó a los hospitales psiquiátricos (OMS, 2008). Mientras que para el año 2014 el presupuesto fue 2.160 M/dólares, de los cuales el 1,46% se asignó para salud mental, de este el 28% se destinó a los hospitales psiquiátricos (OMS, 2015d). El principal destino del gasto de consumo final de salud del gobierno fueron los servicios hospitalarios públicos que incrementaron de 50-60%. El gasto incurrido para la generación del servicio de salud que se entrega gratuitamente alcanzó al 85% del gasto total anual (INEC, 2014b).

Si se comparan las cifras del 2014 con las del 2006 se observa un *significativo aumento en el presupuesto* para la salud, no obstante, del total el porcentaje asignado a salud mental representa un incremento porcentual del 2,5, y donde si se observa avances es en el porcentaje del monto asignado a los hospitales psiquiátricos representando una reducción del 31% (OMS, 2015d).

Servicios de Salud Mental en Ecuador

La *Red de Servicios Públicos en Salud* de Ecuador se encuentra dividida en las nueve zonas administrativas del país, denominadas *Coordinaciones Zonales en Salud*, cada una de las cuales conformada a su vez por Distritos de Salud.

Los servicios de salud mental (MSP, 2017) han tenido un significativo desarrollo en los últimos años y han sido planificados en tres niveles de atención:

1) **Modalidad Ambulatoria:** evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio; referenciar al ambulatorio intensivo de ser el caso.

2) **Modalidad Ambulatoria Intensiva:** para personas que presentan TMG y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas, con tratamiento diario o casi diario; y proporciona atención individual, familiar, grupal y multifamiliar.

3) En el tercer nivel de atención existe:

- **Unidades de Salud Mental Hospitalarias:** atención de casos de urgencia o emergencia.
- **Centros Especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas:** es un tratamiento residencial en modalidad de comunidad terapéutica para adultos y adolescentes.
- **Hospitales Especializados y de Especialidades:** su objetivo es compensar las crisis agudas, buscando evitar la cronificación de los usuarios psiquiátricos.



FIGURA 15. Pirámide de servicios de salud mental (MSP, 2017).

La *red de salud mental* para el año **2017** se disponen de 364 centros de salud con cartera de atención en modalidad ambulatoria, 39 centros de salud en modalidad ambulatoria intensiva y 5 centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (2 para adultos y 3 para adolescentes), pero solo tres provincias cuentan con servicios de salud mental comunitaria (MSP, 2017, 2015d).

Cuenta con **6 hospitales psiquiátricos** (corresponde a una tasa de 0,03 por 100.000 habitantes), de los cuales uno es público (Hospital Julio Endara) y un centro semi-privado en Cuenca. Respecto del hospital psiquiátrico público, el 64% de los pacientes han estado internados por más de 10 años, ocupando en 53% de las camas, lo que casi el doble del promedio regional (30%) (OPS, 2013). Además, en Quito se cuenta con un centro ambulatorio especializado público (Centro Ambulatorio Especializado de Salud Mental San Lázaro). No existen camas asignadas de manera exclusiva para niños y adolescentes; y ningún hospital psiquiátrico esta organizacionalmente integrado con otros establecimientos de atención ambulatoria (OMS, 2015d).

Tabla 6. Hospitales Psiquiátricos en Ecuador

Establecimiento	Ciudad	Camas	Porcentaje
Instituto de Neurociencias	Guayaquil	534	49%
Instituto Sagrado Corazón	Quito	239	22%
Hospital Julio Endara	Quito	136	12%
Centro de Reposo San Juan de Dios	Quito	86	8%
Centro de Reposo y Adicciones	Cuenca	79	7%
Fundación Nuestra Señora de Guadalupe	Quito	17	2%
	TOTAL	1091	100%

Fuente: INEC, Anuario de camas hospitalarias 2014 (OMS, 2015d)

Sin embargo, existe algunos servicios que se encuentran en el documento del Modelo (MSP, 2014) pero que no han sido implementados en el país, los cuales son:

- **Unidades de acogida** viviendas insertadas en la comunidad para personas con TMG y que no cuentan con referentes familiares.
- **Acogimiento Transitorio:** de la misma forma son viviendas, pero para personas en un tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- **Centros de Atención Psicosocial (CAPS):** son servicios territoriales que brindan atención a personas con trastornos mentales, con la finalidad de estimular su autonomía e integración socio-familiar y laboral, siendo la principal estrategia de desinstitucionalización. También cuenta con un servicio infanto - juvenil.

Atenciones en Salud Mental en Ecuador

Antes de la implementación del Modelo de Salud Mental se observaba escasas de **personal** destinado a esta área y limitada capacidad resolutive en la atención primaria en salud, además de dificultades en el acceso a los servicios de la población rural, principalmente de la población indígena rural y de las zonas empobrecidas (OMS, 2008).

Sobre los *profesionales de salud mental*, en el sector público se cuenta actualmente con 617 psicólogos (aumentó en un 87% desde 2006) y 45 psiquiatras; se estiman que 189 psiquiatras trabajan en el sector privado (incluyendo a los 36 psiquiatras que ejercen en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil), con un total de 234 aproximadamente, lo que arrojan una tasa estimativa de 1,5 psiquiatras por 100 000 habitantes, indicando un déficit general de profesionales de esta especialidad, en especial en el sector público. La tasa de

psicólogos de 1,7 y con 30 profesionales de enfermería en salud mental en el sector público por 100 000 habitantes. Es relevante que la mayor parte del personal trabaja en servicios hospitalarios (93%), reflejando un modelo hospitalocéntrico (OMS, 2015d).

Respecto al *número de camas hospitalarias*, las Unidades de salud mental no cuentan con camas de asignación específica en psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social, por lo que se suele derivar al ámbito privado para ello (OMS, 2015d).

Sobre de las principales *patologías* en salud mental se observa en atención *ambulatoria* que el segundo lugar en la cantidad de pacientes es para los trastornos del humor (19%) y cuarto los trastornos esquizofrénicos (6%). Por otro lado, en las *altas hospitalarias* el segundo y tercer mayor porcentaje de ingresos se realizaron por trastornos del humor (2434 ingresos) y trastornos esquizofrénicos (1366 ingresos) (MSP, 2014). Mientras que sobre la hospitalización en *servicios psiquiátricos* se observa un 39% para los trastornos esquizofrénicos y 26% para los trastornos afectivos, ocupando los dos primeros lugares de atención (MSP, 2014).

Se aprecia una dotación de *medicamentos psicotrópicos* según el cuadro básico de medicamentos que cubre las necesidades requeridas en salud mental a nivel básico, estos son gratuitos en los servicios de hospitalización del Estado y en algunos centros ambulatorios; también para las personas afiliadas al Seguro Social (OMS, 2015d).

2.2.5.2 Modelo de salud mental comunitario en España

Antecedentes

A partir de 1982 el Ministerio de Sanidad afronta la crisis institucional en la que se encontraba la psiquiatría española con la creación por Orden Ministerial en 1983 de la *Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. El Informe presentado contiene tres ejes: a) un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad, donde los internamientos se deben realizar en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; b) recomendaciones que destacan el reconocimiento de los derechos civiles y a la asistencia sanitaria de las personas con trastornos mentales; y, c) el compromiso con el proceso global de cambios en la sanidad. Por otra parte, en 1989, se logra la práctica

universalización de la sanidad, quedando equiparados los enfermos mentales con el resto de usuarios de la sanidad pública (MSSSI, 2005).

En este contexto, el proceso de reforma comprende, en una primera fase, las *transferencias sanitarias* a través de Decretos Reales hacia las Comunidades Autónomas CCAA; proceso que se caracteriza por su heterogeneidad (ya que no concluye hasta el año 2001), habiendo sido realizada en la Comunidad Valenciana (CV) en el año 1987. La segunda fase de la reforma psiquiátrica se caracteriza por su *desarrollo a nivel autonómico*: la creación de estructuras directivas para la planificación de la salud mental en casi todas las comunidades, planes de salud mental, y recursos y programas de atención (MSSSI, 2005).

No obstante, el proceso de reforma se ve truncado a mediados de los años noventa debido a los cambios acontecidos en el nivel de protección social tanto en España como en Europa, relacionados con experiencias de privatización y de externalización de la gestión de la atención sanitaria, que provocan el estancamiento del sistema sanitario público a nivel de la suficiencia financiera, calidad, equidad y accesibilidad al mismo (MSSSI, 2005).

Ha transcurrido más de 30 años de la puesta en marcha de la reforma, sin embargo, la Confederación de Salud Mental de España² expresa que los *recursos destinados a la salud mental en el país siguen siendo insuficientes*, que los recortes presupuestarios en los ámbitos social y sanitario afectan tanto a la red pública de atención como a los apoyos previstos en la Ley de Autonomía Personal (conocida como Ley de Dependencia), y *perjudican gravemente* la atención que reciben miles de personas con trastorno mental y sus familias (CSME, 2018).

Datos demográficos y sociales de España

Los determinantes de la salud y de la salud mental se relacionan con los datos referentes a las estructuras socio- económicas. En el caso de España, cuenta con una superficie de 505.944 km² y una población de 46,5 millones de personas (INE, 2017b). El 19% de la población corresponde a mayores de 65 años de edad; la esperanza de vida es de 83 años de edad con 80,3 años en los hombres y 86,1 años en las mujeres. La tasa de

² Creada como organización estatal para agrupar y representar al conjunto del movimiento asociativo de familiares y personas con problemas de salud mental. En la actualidad la Confederación aglutina a más de 300 entidades y 47.000 socios y socias.

dependencia³ es del 53% desagregada en 28,3% la tasa de mayores y 24,7% la tasa de jóvenes (MSSSI, 2016^a, 2018b)

España se encuentra en el grupo de altos ingresos según los criterios del Banco Mundial de 2017. Sin embargo, en el año 2016, casi 13 millones de personas, que suponen el 27,9% de la población residente en España está en *riesgo de pobreza y/o exclusión social* acorde al Indicador AROPE⁴, siendo los jóvenes entre 16 y 29 años quienes tienen la tasa más alta de pobreza y exclusión (37,6%). Asimismo, el país cuenta con altos índices de *desigualdad* de forma que el 20% más rico de la población obtiene aproximadamente la misma renta total que el 60% de la población (Llanos, 2017).

Marco Normativo español

La Constitución Española de 1978 (C.España, 1978) establece las competencias del Estado y las asumibles por las Comunidades Autónomas, las competencias estatales en el ámbito sanitario son:

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) y disposiciones de desarrollo.** En el artículo 20, Capítulo III, de la salud mental, se dicta el cierre de los hospitales psiquiátricos y se deriva la atención a los problemas de salud mental en la comunidad, desarrollando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y domiciliario (BOE-A-1986-10499-, 1986)
- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, atribuyéndole una nueva composición y funciones (BOE-A-2003-10715, 2003).
- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.** Crea el Sistema de Atención (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de las personas que no se pueden valer por sí mismas (BOE-A-2006-21990, 2006).

³ La tasa de dependencia tiene una gran trascendencia en las previsiones presupuestarias de los gastos en educación, sanidad, pensiones y otros gastos sociales. La tasa de dependencia se puede descomponer en tasa de dependencia de jóvenes (menores de 16 años) y tasa de dependencia de mayores (mayores de 64 años).

⁴ El indicador AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) propuesto por la Unión Europea, hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social.

- **Bases y Coordinación General de la Sanidad y Legislación sobre productos farmacéuticos.** Es la normativa sobre medicamentos que establece esta materia como competencia exclusiva del Estado, correspondiendo a las CC.AA. la ejecución de la legislación (MSSSI, 2018c).

Sistema de Salud y de salud mental español

Corresponde al MSSSI la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud (MSSSI, 2018a).

La evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud efectuado por el MSSSI en el año 2014, con el objetivo de contar con un diagnóstico de la situación de la transversalidad y continuidad asistencial en la atención a la salud mental evidencia que la relación entre el nivel de *Atención Primaria y el de Atención Especializada* es uniforme en muy pocas CCAA, aunque si para la Comunidad Valenciana (CV), ya que cuentan con una dotación económica y una determinación de horas específicas de profesionales para el efecto (MSSSI, 2014).

Gasto en Salud en España

El gasto total en salud como porcentaje del Producto Interior Bruto es de 9,3% (100.000 M€/año; 2.152 € /habitante); corresponde al gasto público el 6,6% del PIB (71.000 M€/año; 1.530 €/hab.) y al gasto privado el 2,7% PIB (29.000 M€/año). El gasto gubernamental en salud destinado a asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración son 7 de cada 10 € del gasto público, y 10.000 M€ del gasto público corresponde a recetas de medicamentos (MSSSI, 2018c).

Al considerar la distribución del *gasto sanitario público gestionado por las CCAA* el 64% se destina a servicios de atención especializada, el 17% a farmacia, el 14% a la atención primaria y el 5% a otros servicios (MSSSI, 2018c).

Servicios de salud mental en España

Todas las CCAA tienen dispositivos y equipos de salud mental diferenciados para la población infanto-juvenil y muchas cuentan con programas de colaboración con los servicios de adultos y drogodependencia (MSSSI, 2014).

Considerando la *salud mental hospitalaria* (casos agudos, media estancia, rehabilitación, comunidad terapéutica, hospitales y centros de día) y la *ambulatoria*, casi todas las CCAA disponen de una estructura de toma de decisiones conjunta en todos los servicios del territorio (MSSSI, 2014).

Atención en Salud Mental en España

La morbilidad atendida por trastornos mentales en el año **2012** en los hospitales de agudos (atención especializada) evidencian que casi 89.000 personas fueron tratadas, de ellas 51,3% fueron hombres y 48,6% mujeres (MSSSI, 2016b). En el año **2016** hubo un *incremento en las altas hospitalarias* a nivel nacional y se indica que fueron atendidos aprox. 116.00 personas por trastornos mentales y del comportamiento, de estos el 29,5% con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos (61,4% hombres) y el 22% con trastornos del humor (60% mujeres) (INE, 2016).

2.2.5.2.1 En la Comunidad Valenciana

Antecedentes

Los primeros hechos de atención para las personas con problemas de salud mental en la ciudad de Valencia se realizaron en el año 1410 con la creación del “Hospital de Inocentes, Locos y Orates” basado en una fe cristiana de atención a los desvalidos y resguardo del orden público. Posteriormente, en 1512 fue absorbido por el Hospital General de Valencia y un ala se destinó a la casa de locos. En 1610 un incendio destruye buena parte de las dependencias y entra en una etapa de decadencia, si bien hay algunos intentos en 1848 de introducir reformas, predomina el hacinamiento y la carencia de recursos. En 1866 se crea el Sanatorio Psiquiátrico Provincial Pare Jofré de la Diputación con dichos pacientes, con todo, la situación no cambia mucho y se cuestiona sus prácticas inhumanas y la falta de una visión terapéutica. En 1972 se realiza una denuncia periodística por las pésimas condiciones en las que viven 1500 internos, en respuesta se plantea desarrollar un

proyecto denominado Ciudad Sanitaria Psiquiátrica alejada del centro de la ciudad (Novella, 2017).

Este nuevo Hospital Psiquiátrico inaugurado en 1974 en la ciudad de Bétera, a 14 kilómetros de Valencia, no cumplía con las observaciones de la OMS de cambiar el paradigma hospitalocéntrico y la situación de aislamiento, aunque fue un esfuerzo en tratar de mejorar las condiciones asistenciales haciéndolas más humanitarias. No obstante, las dificultades observadas desde un inicio fueron la falta de claridad respecto a los dispositivos de inserción social de sus internos, convirtiéndose en una comunidad terapéutica, que incluso tenía un hotel para la visita de familiares, pero sin un manual de funcionamiento y sin una capacitación adecuada de técnicos en los nuevos referentes sanitarios. En 1975 se realizó el traslado de 791 pacientes desde el antiguo hospital de Jesús, la mayoría hombres con las consecuencias de muchos años de alienación institucional (Polo, 1999).

A pesar de que los años transcurrieron, no se efectuaron mejorías sustanciales y más bien se vivía el estigma, la discriminación y la falta de solidaridad por parte de los pobladores al impedir la entrada de los pacientes a los locales comerciales de los alrededores. En este contexto, se establece en 1986 la Ley General de Sanidad y comienza la Reforma psiquiátrica desde un modelo manicomial a uno comunitario, proceso que tuvo dos grandes dificultades, por un lado, la concepción social del loco como peligroso, avivada por los medios de comunicación sensacionalistas, y por otro, la carencia de recursos públicos de rehabilitación extra hospitalaria, la cual se ha ido paliando con el transcurso de los años, no obstante, se avanzó en el proceso de reinserción familiar y social de la mayoría de los ingresados hasta 1999 (Polo, 1999). En la actualidad, en las instalaciones del Hospital, funciona la unidad para mediana estancia para personas con trastornos mentales graves.

Hoy en día, en la Comunidad Valenciana (CV) residen casi 5 millones de personas, lo que representa el 10,6% del total de la población de España. En cuanto a la estructura, se cuenta con una organización descentralizada, existiendo 16 Centros de Salud Pública (CSP) distribuidos por todo el territorio y que dan cobertura los 24 departamentos de salud. Estos CSP abarcan todas las áreas funcionales de la Dirección General de Salud Pública: vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, seguridad alimentaria, promoción de la salud

y prevención. Las CCAA pueden realizar dentro de sus competencias, programas específicos para la atención sanitaria de problemáticas específicas, por ejemplo, la CV cuenta con un programa de atención a los primeros episodios psicóticos (MSSSI, 2016c).

Marco Normativo de la CV

A partir del 1985 cuando se realiza la reforma psiquiátrica, se cuentan con una serie de normativas y leyes de España y la Comunidad Valenciana (GVA, 2018b) que atañen a la salud mental, las que se describen a continuación:

- **Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, Regula la prestación de servicios en materia de salud mental** en la Comunidad Valenciana (GVA-186-148).
- **Decreto 132/1996, de 7 de julio, Asignan competencias respecto de la atención a personas con problemas de salud mental graves** entre la Consellería de Sanidad y la de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana (GVA-1996-132).
- **Decreto 81/1998, de 4 de junio, Definen y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica** en la Comunidad Valenciana, poniendo énfasis en el tratamiento en la comunidad (GVA-1998-81).
- **Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana [2014/11888] (DOGV núm. 7434 de 31.12.2014)**, donde se regula las actuaciones en materia de salud pública propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y administraciones públicas (GVA-2005-4).
- **Orden de 14 de febrero y 12 de septiembre de 2006, del conceller de Sanidad, Consejo Asesor de Salud Mental de la CV**, se aumenta la representatividad de los Colegios profesionales y las Asociaciones Científicas (GVA-2006-11142).
- **Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Consellería de Bienestar Social, Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, Registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la CV** (GVA-2010-1).
- **Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad**, ordena por departamentos de salud el territorio para una adecuada gestión de la sanidad (GVA-2012-30).

- **Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut.** En el artículo 1 hace referencia a la creación de la categoría Estatuaria de Enfermería Especializada en Salud Mental (GVA-2013-70).
- **Ley 10 /2014, de 29 de diciembre, Salud de la CV de la Generalitat Valenciana,** se reconoce al profesional sanitario como autoridad pública, refuerza la participación ciudadana, y se prevé la creación del Comité de Pacientes (GVA-2014-10).
- **Decreto 74/2015 de 15 de mayo, Regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada** del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico (GVA-2015-74)
- **Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, Reglamento orgánico y funcional de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública,** que estructura, organiza y determina las funciones de los órganos directivos y las unidades administrativas.
- **Informe del Sindic de Greuges abril de 2016,** son recomendaciones sobre la atención a la salud mental en la CV, en relación a normas, planes y se centra específicamente en la atención residencial, no hospitalaria (GVA-2016-SINDIC).
- **Decreto 64/2016, de 27 de mayo, del Consell, Bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público** de la CV en torno a la continuidad de la atención en la cartera común básica de servicios asistenciales, suplementaria y servicios accesorios (GVA-2016-64).
- **Decreto 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana** (GVA-2017-169).
- **Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre,** de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana (GVA-2018-8).
- **Decreto 213/2018, de 23 de noviembre, del Consell, por el que se crea y se regula el Observatorio Valenciano de Salud** (GVA-2018-213).
- **Decreto 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana.** es un

órgano colegiado representando a las Administraciones Públicas, las asociaciones, las Sociedades Científicas y los profesionales (GVA-2019-24).

Sistema de Salud Mental de la CV

Mediante el Decreto 74/2015 se crea la *Oficina Autónoma de Salud Mental* al interior de la Consellería de Sanidad, la cual es una estructura que tiene como función prestar apoyo técnico-científico en salud mental, a través de la planificación, asesoramiento, coordinación y evaluación de los servicios (GVA, 2018a; 2018b).

El actual documento técnico- normativo de salud mental en la CV es la *Estrategia Autónoma de Salud Mental 2016-2020*, orientada a consolidar el modelo de atención comunitario y enfocar la organización de los servicios de atención desde el paradigma del modelo de recuperación (GVA, 2018a).

En la *promoción de la salud mental* se observa dos ejes, uno centrado a la población general y otras hacia la prevención de los TMG. Para esto último se propone diseñar e implantar un *Plan integral de atención a las personas con trastorno mental grave*, que abarque todo el abanico de sus necesidades, que incluya la actuación para evitar abandonos del programa/sistema sanitario y mejorar la atención a las personas sin hogar coordinado con servicios sociales. Otro elemento relevante es el *empoderamiento* de las y los usuarios de los servicios de salud mental y de las personas cuidadoras (GVA, 2018a).

Servicios de Salud Mental en la CV

En la CV, existen 101 Unidad de Salud Mental en la Comunidad Valenciana, 51 en la provincia de Valencia; tres hospitales de salud mental, dos de estos en Valencia; y 46 hospitales generales en la Comunidad y 21 en Valencia (CSP, 2018a).

Los servicios específicos de salud mental se describen a continuación:



FIGURA 16. Servicios de salud mental en Valencia. (GVA, 2018a).

En la atención *ambulatoria* (GVA, 2017) se encuentran los siguientes servicios:

- **Centros de Atención Primaria (CAP):** centros de salud y consultorios que brindan prevención y promoción de la salud mental, siendo la puerta de entrada al sistema sanitario.
- **Unidades de Salud Mental (USM):** ofrecen un abordaje psicoterapéutico integral, mediante terapia psicofarmacológica y psicoterapéutica (individual y grupal) para la atención para personas con trastornos comunes y graves, y su familia.
- **Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia (USMI-A):** atienden a niños/as hasta los 16 años de edad y realizan acciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, atención domiciliaria y coordinación con otros recursos.

Por su parte, en la atención *hospitalaria* (GVA, 2017) se cuenta con:

- **Urgencias:** está incorporada dentro de los hospitales de la red asistencial, con alta y derivación a su USM o ingreso a unidad de hospitalización psiquiátrica.
- **Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):** es una hospitalización de corta estancia es un hospital general para la estabilización de la fase aguda.
- **Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD):** se realiza cuando se evalúa que el domicilio es el mejor lugar terapéutico tanto por el médico como para la familia o cuidador.

- **Hospital de Día (HD):** es un recurso sanitario, terapéutico y rehabilitador, temporal, en régimen de hospitalización parcial, sin pernoctación.
- **Hospital de media/larga estancia (UME):** para pacientes con patología refractaria al tratamiento de larga evolución o empeoramiento, que requieren un ingreso hospitalario más prolongado.

Por otro lado, la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas (GVA, 2018a, CBS, 2010) se ocupan de las necesidades de apoyo social, vivienda y de integración en la comunidad para las personas con TMG, y se describen a continuación:

- **Centros de Rehabilitación e Integración Social para personas con enfermedad mental crónica (CRIS),** están destinados a personas con discapacidad en situación de dependencia, que precisan de apoyo para mejorar sus habilidades personales, actividades de ocio y ocupación del tiempo libre, y su nivel de autonomía.
- **Centros Específicos para personas con Enfermedad Mental crónica (CEEM),** son viviendas comunes para personas con discapacidad que tengan situación de dependencia en cualquiera de sus grados y niveles, ofreciéndoles asistencia integral.

Atenciones en Salud Mental en la CV

Para el 2015, los principales grupos diagnósticos por *patologías* de salud mental atendidas en la CV son los trastornos de ansiedad (157.251 atenciones) encabezando la lista, los trastornos del humor (25.385 atenciones) en tercer lugar y en quinto lugar los trastornos esquizofrénicos (6.001 atenciones) (GVA, 2018a, INE, 2012).

Los *egresos hospitalarios* del 2016 indica que existen mayor tiempo de ingreso en los trastornos esquizofrénicos (mayor para hombre) y para los trastornos afectivos (mayor en mujeres) (INE, 2016).

Específicamente de las personas que padecieron ansiedad o depresión crónica, el 11% se encuentra jubilado o prejubilado mayor en mujeres 17% (hombres 5%), el 1% se encuentra estudiando mayor en mujeres 1,7% (hombres 0,5%), el 12% realiza laboral del hogar mayor en mujeres 12% (hombres 7%), el 32% están incapacitados para trabajar mayor en mujeres 43% (hombres 24%) (INE, 2012).

Además, tanto el *riesgo de mala salud* como el padecer ansiedad o depresión crónica aumenta en las clases sociales más desfavorecidas, como son las/los trabajadores

cualificados del sector primario, semi-cualificados y no cualificados, encontrándose porcentajes de 8% mayor en mujeres 11% (hombres 5%) (INE, 2012).

El *número de defunciones* por trastornos mentales y del comportamiento en el año 2016 fueron 606 hombres, y 1.170 mujeres (CSP, 2016c). Los datos de *suicidio* registran 7,59 suicidios/100.00 habitantes (380 personas en el año 2014) y esto aumentó durante la crisis económica del 2008 (GVA, 2018a).

En cuanto a la cantidad de *profesionales* de salud mental en la CV, esta cuenta con 302 psiquiatras (tasa de 6,04/100.000 habitantes), 168 psicólogos (tasa de 3,36), 296 enfermeros (tasa de 5,92), 53 trabajadores sociales (tasa de 1,06) y 13 terapeutas ocupacionales (tasa de 0,26) (GVA, 2018a).

2.2.5.3 Modelo de salud mental comunitario en Italia

Antecedentes

Italia logró en dos décadas (1978-1999) consumir la desinstitucionalización psiquiátrica. El psiquiatra Franco Basaglia propuso humanizar al hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-70), desarrollando el sistema de puertas abiertas según los principios de la comunidad terapéutica, y cuando fue director del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-79) logró completar su objetivo (Evaristo, 2011).

La experiencia de Trieste ha desempeñado un rol fundamental a nivel internacional, en 1973 fue decretado centro piloto de la OMS y reconocido como Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación. Asimismo, su Departamento de Salud Mental es un Centro Colaborador para la investigación y formación de países en la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios de Salud Mental (Mezzina, 2017).

Datos demográficos y sociales en Italia

Los *datos socio-demográficos* relacionados con los determinantes de la salud y la salud mental indican que Italia tiene una superficie de 302.073 km², con una población de 60.589.445 personas. La esperanza de vida al nacer se encuentra junto con España a la cabeza de la UE, alcanzando los 82,5 años (79,4 en hombres y 85,5 en mujeres) (MAEC, 2018). La población menor de 15 años en el año 2011 representaba el 14,1% y la población de más de 65 años el 20,3%, siendo junto con Alemania los países de la UE con mayor porcentaje (MSSSI, 2014b).

Los datos proporcionados por la OMS indican que Italia pertenece al grupo de países de altos ingresos, según los criterios del Banco Mundial en el año 2017. Pese a ello, el país tiene un alto porcentaje de su población en *riesgo de pobreza o exclusión social*, según el indicador AROPE, que alcanzaba en el año 2016 al 31% de la población (hombres 29 y mujeres 31%), siendo en los jóvenes de 16 a 24 años el riesgo mayor para los hombres 37% (mujeres 35%). Entre las regiones con mayor nivel de desigualdad destacan aquellas caracterizadas por presentar rentas medianas más bajas como Campania o Sicilia (INE, 2016c).

Finalmente, es preciso considerar el crecimiento del PIB que en la UE fue bastante volátil, afectada por la *crisis financiera*, con un descenso del PIB de más del 4% en 2009 y luego ligeramente en 2012. Si bien se observó un patrón similar en general para los Estados miembros, el impacto de la crisis fue particularmente profundo en Grecia, Croacia, España, Portugal y Chipre con varios años consecutivos de crecimiento negativo (EUROSTAT, 2018).

Marco Normativo italiano

Las disposiciones legales relativas a la salud mental están cubiertas por leyes específicas y también en otras leyes como la de bienestar, discapacidad y salud general.

Las disposiciones legales relativas a la salud mental están cubiertas por leyes específicas y también en otras leyes como la de bienestar, discapacidad y salud general.

- **Ley 180 del 13 de mayo de 1978 de salud mental regula las Inspecciones y tratamientos de salud voluntarios y obligatorios.** Esta normativa es conocida como la ley de Basaglia, por ser el psiquiatra promotor de la reforma psiquiátrica, y es la primera ley a nivel mundial que dicta el cierre de los hospitales psiquiátricos, e indica los cuidados que deben otorgarse a las personas con estas patologías ingresadas, teniendo en cuenta la dignidad humana (GU-1978-180). Derogó a la Ley 14 de febrero de 1904, núm. 36, en la cual se admitía a personas mentalmente enfermas a los hospitales psiquiátricos solo con un certificado médico (Rossi, 2016; Mezzina, 2017).
- **Ley 833/1978 de Salud Pública sobre el Establecimiento del Servicio Nacional de Salud.** Se establece la protección de la salud mental desde la promoción de la

salud y la prevención de los trastornos mentales en los servicios territoriales para eliminar cualquier forma de discriminación (GU-1978-833).

- **Proyecto Objetivo nacional sobre "Protección de la Salud Mental (1998-2000)". Decreto Presidencial del 1 de noviembre de 1999** (GU-1999-274). En el marco del proyecto, su intención es reafirmar la cultura, los objetivos y los ideales de la reforma de 1978, por ello, resalta la importancia de reducir las consecuencias incapacitantes mediante la inclusión afectiva, relacional y social de las personas que padecen trastornos mentales (Rossi, 2016).
- **Ley 9 de enero de 2004, n. 6 relativo a la institución de la administración de apoyo**. Su objetivo es proteger a las personas que son total o parcialmente independientes del desempeño de las funciones de la vida cotidiana, y aumentar su capacidad de acción mediante el apoyo temporal o permanente (GU-2004-6).
- **Las estructuras psiquiátricas residenciales en la edad adulta, Acuerdo n.116 del 17 de octubre de 2013**. Aborda la residencia psiquiátrica, proponiendo acciones específicas de tratamiento diferenciados para los trastornos de la esquizofrenia, síndromes afectivos y trastornos de la personalidad (MSI, 2013).
- **Intervenciones terapéuticas y de rehabilitación residenciales y semi-residenciales para trastornos neuropsíquicos de la niñez y la adolescencia, Acuerdo n. 138 de 13 de noviembre de 2014** (MSI, 2013). Existe una red regional de centros de tratamiento residenciales, semi-residenciales y extra-hospitalario de los trastornos psiquiátricos graves en la pre-adolescencia y adolescencia.
- **Definición de las vías de tratamiento a activar en los departamentos de salud mental para trastornos esquizofrénicos, trastornos del estado de ánimo y trastornos graves de la personalidad, Acuerdo n. 137 de 13 de noviembre de 2014**. Identifica las vías de atención relacionadas con agrupaciones psicopatológicas graves: trastornos esquizofrénicos, del estado de ánimo y de la personalidad (MSI, 2014b).

Sistema de Salud y de salud mental italiano

En Italia el sistema sanitario se configura al igual que España según el modelo de Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge). El país adopta este modelo desde 1978, mediante el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios y su

financiación es a través de impuestos, su control es gubernamental y el Estado tiene gran trascendencia en su gestión⁵. No obstante, existen grandes diferencias en cuanto a cuidados de salud, recursos sanitarios y gasto sanitario entre las distintas regiones italianas (MSSSI, 2014b).

El último *Plan de Acción Nacional para la Salud Mental* fue aprobado con el Acuerdo no. 4 de 24 de enero de 2013, en el que se abordan los principales problemas relacionados con la prevención, tratamiento, rehabilitación, la red de servicios, capacitación del personal, sistemas de información e investigación (MSI, 2013, MSI, 2016).

Dicho Plan (MSI, 2014, 2013) identifica varios modelos clínico-organizacionales dirigidos a gestionar los procesos de atención:

a) **Colaboración/asesoramiento**: es una modalidad de trabajo entre diversos servicios psicológicos o sociales y escuelas que no requieren atención especializada.

b) **Cuidado**: ruta de tratamiento para usuarios que necesitan una atención especializada, pero no para intervenciones complejas y multi-profesionales.

c) **Hacerse cargo**: es una forma de tratamiento para usuarios con necesidades complejas y que necesitan una evaluación múltiple e intervención de diferentes perfiles profesionales, que incluye un Plan de Tratamiento Individual.

d) Activar, involucrar y sostener **redes reales de apoyo** en torno al paciente, con familiares, amigos, colegas, voluntarios y otros servicios no específicos del área.

e) **El trabajo** constituye el nivel máximo de rehabilitación porque construye y precisa de muchas habilidades y genera la recuperación.

Es importante resaltar la frecuente participación de Asociaciones de Familiares y usuarios en la formulación y/o implementación de políticas, planes y legislaciones en salud mental (MSI, 2016b).

Gasto en Salud Mental en Italia

El *gasto total en salud* como porcentaje del producto interno bruto es del 9,2 % (en el 2001 era de 8,1%) y el gasto público en salud del gobierno es de \$ 2031 (OMS, 2011b).

⁵ Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos tienen un modelo de sistema de seguridad social (Modelo Bismarck) en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores, son la principal fuente de financiación. En los dos modelos la financiación es pública.

Los *gastos de salud mental* representan el 5,0% del presupuesto total de salud, y el 75% de la financiación es *público*; sin embargo, para sectores específicos como la salud mental se realiza a nivel regional, con una gran variabilidad en porcentajes (CEEM, 2015).

Los ciudadanos tienen acceso libre a la consulta de atención primaria y a la hospitalización, no obstante, algunos costes son pagados directamente por los pacientes; los medicamentos usados en la atención ambulatoria también son *copago* y adopta diferentes modelos para la protección de personas con bajos ingresos y en desventaja socioeconómica, y afectados por discapacidad, entre otros (MSSSI, 2014b, MSI, 2016).

Servicios de Salud Mental en Italia

La red de salud mental en Italia se establece la *desinstitucionalización* (Evaristo, 2011, Rossi, 2016) a través de varios criterios de comprensión de la enfermedad mental:

a) **Cultural-científico**: la enfermedad psiquiátrica está dentro de la persona, pero no tiene supremacía biológica, sino que es un trastorno complejo y multicausal, por necesidades insatisfechas a nivel somático, psicológico, social y cultural.

b) **Organizativo-institucional**: dejan de ser pacientes para pasar a ser trabajadores en cooperativas con las mismas reglas económicas del mundo laboral sin dejar de vivir dentro del hospital.

c) **Relaciones humanas**: se realiza el proyecto de humanización de cada paciente, para reconstruir gradualmente sus derechos y motivando la autonomía personal.

En este contexto, las estructuras de los servicios de salud mental (MSI, 2014) se dividen de acuerdo a niveles de atención:

- A nivel **ambulatorio**: Centro de salud mental (CSM), es el eje de la atención, en donde los elementos fundamentales son la relación con el paciente, la participación de la familia y el contexto de vida.
- A nivel **semi-residencial**: Centros de Día
- A nivel **residencial**: Residencias
- Los hospitales psiquiátricos no existen en Italia desde 1999.

En total, se cuentan con 1.460 servicios territoriales, 805 semi-residenciales y 2.282 estructuras residenciales.



Figura 23. Pirámide de la Red de servicios de Salud Mental en Italia. (MSI, 2014). Elaboración propia.

Atenciones en Salud Mental en Italia

El país cuenta con un *Sistema de Información de Salud Mental* (SISM) para la recopilación de información basado en registros individuales de sistemas regionales, que permiten responder a las necesidades informativas y de planificación (MSI, 2016b).

En Italia la mayor *patología* grave es la *depresión* que representa la cuarta causa principal de discapacidad entre todos disturbios equivalentes al 4% de todos los AVAD, mientras que la medición de la discapacidad en términos de AVD (Años Vividos con Discapacidad) es el primero y equivale al 11% del total. Por otro lado, los *trastornos esquizofrénicos* en términos de AVAD se encuentran en la posición 30, pero porcentaje varía significativamente entre los diferentes grupos de edad, siendo mayor con 2,4%; mientras que la medición de la discapacidad en términos de AVD, se ubican en el lugar 18 y representan el 1,6% del total (MSI, 2014). Asimismo, el *trastorno bipolar* en términos de AVAD representan el 0,7% de la carga total que le enfermedades con una mayor carga en el adulto joven con un 2,4% en el grupo de edad de 30-34 años; en términos de AVD representan el 1,3% del total (MSI, 2014).

En el año 2016, las y los usuarios que recibieron *atención psiquiátrica* fueron un poco más de 800.000, el mayor porcentaje de atenciones son de mujeres (54%) con mayor frecuencia de edad sobre los 45 años (67%) (MSI, 2016).

Sobre la actividad *hospitalaria* el servicio psiquiátrico representó el 18% del total de las admisiones; y se realizaron 8.000 tratamientos sanitarios obligatorios que representan

el 8%. Las urgencias psiquiátricas fueron alrededor de 600.000, que son el 3% de todas las urgencias y el 75% fue en el domicilio (MSI, 2016).

Respecto del *suicidio*, en el período 2013-2014, la tasa bruta anual 7,88 (por 100,000) en los mayores de 15 años, en términos absolutos 8.216 personas se suicidaron, la mayoría hombres con el 77%; la tasa estandarizada de muerte por suicidio es igual a 13,1 para hombres (3,3 para mujeres). Territorialmente, las mayores tasas de suicidio se observan en el centro – norte de Italia, en comparación con el sur (RO, 2017).

Los datos respecto de los *profesionales sanitarios* indican que el son 18% son psiquiatras y otros especialistas, 7% son de psicología, 44% de enfermería, 9% educadores, 6% técnicos de rehabilitación y 4% asistentes sociales (MSI, 2016).

2.3 DISCAPACIDAD

La OMS define a la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, y es el resultado de la interacción con las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación en la sociedad en igualdad de condiciones (OMS, 2011). Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD, 2006) entiende por personas con discapacidad aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales duraderas que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva (PE, 2017a) (OMS, 2011a). La discapacidad mental o psicosocial hace referencia a la persona con diagnóstico de trastorno mental (DREW, et al, 2011).

La discapacidad se ha concebido a través del tiempo por diversos *paradigmas* que le han dado una explicación y un modelo de actuación (Díaz, 2017; Villatoro, et al, 2014; SENEDIS, 2014), los cuales se presentan a continuación.



FIGURA 17. Paradigmas de la discapacidad (Díaz Velázquez, 2017). Elaboración propia.

- **El paradigma de la prescindencia:** según esta concepción las causas de la discapacidad tienen un origen religioso o supersticioso, las personas son consideradas como innecesarias e inútiles porque no contribuyen a la comunidad. Acorde a este supuesto se aplicó un modelo eugenésico y de marginación de la sociedad al recluirlos en instituciones.
- **El paradigma de la rehabilitación:** sostiene que lo relevante es el individuo con sus deficiencias y dificultades, interviniendo desde un modelo bio-psico-social. Considera que pueden aportar a la comunidad sólo en la medida en que logren rehabilitarse y asimilarse a los demás. No obstante, se mantiene el estereotipo de que son inferiores al resto, además, el mismo entorno las incapacita al ponerlas en una situación de desventaja social y exclusión.
- **El paradigma de la autonomía personal:** centra el problema en el entorno y no en la deficiencia del individuo, por lo que se basa en la integración que tiene por objetivo la capacitación para una vida independiente y la creación de un entorno rehabilitador y accesible. Dentro de este paradigma se encuentra el modelo de la *diversidad funcional* el cual se enfoca desde los derechos humanos, aceptando que en el mundo las personas tienen formas diversas de funcionar y se deben respetar.

2.3.1. Caracterización de la discapacidad

La discapacidad es parte de la *condición humana*, ya que la mayoría de personas pasarán por esta circunstancia de forma permanente o transitoria en algún momento de la vida, de hecho, se estima que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, por ello es importante velar por la igualdad de derechos, como a la salud y al trabajo (OMS, 2011).

En los últimos 40 años el número de personas con discapacidad se ha *elevado* de un 10% a un 15% para el 2010, hecho vinculado al envejecimiento de la población y al incremento de problemas crónicos de salud como diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales. La Carga Mundial de Morbilidad indica que 190 millones (3,8%) tiene una discapacidad grave (el equivalente a tetraplejía o depresión grave) y se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los AVAD en los países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2011, 2018a)

Las personas con discapacidad requieren más ayudas físicas, económicas y personales, encontrándose entonces en situación de *desventaja y desigualdad*, por lo tanto, los derechos económicos, sociales y culturales deben reforzarse (Díaz, 2017; OMS, 2011; 2018b). A continuación, se describen las *barreras, desventajas y recomendaciones* que se realizan para la inclusión plena de las personas con discapacidad (OMS, 2018a, 2018b, 2012, 2011, PE, 2017, Compton, et al, 2006).

Tabla 7. Barreras y recomendaciones para la inclusión de personas con discapacidad

Barreras	Desventajas	Recomendaciones
<i>Políticas y normas insuficientes que no consideran todas las necesidades o su aplicación es insuficiente, como la falta de mecanismos económicos, agravado por las crisis financieras</i>	Tasas más altas de pobreza , tanto las personas como sus familiares, mayormente en países de bajos ingresos.	Políticas, programas y servicios específicos que presente una visión consolidada e integral a largo plazo. Además, de legislación general y leyes específicas de empleo, educación y servicios sociales.
<i>Creencias y actitudes negativas que hacen que se reduzcan sus posibilidades de educación, empleo y participación social.</i>	Estigma, prejuicios y discriminación activa que no permiten la inclusión.	Fomentar la sensibilización y la comprensión de la discapacidad, oponerse a las percepciones negativas mediante educación e información pública con campañas de marketing social. Crear entornos favorables al reducir los obstáculos, y que participen en la vida social, aminorando su aislamiento y dependencia.
<i>Falta de atención de salud y rehabilitación, además, perciben con mayor probabilidad los servicios como insatisfactorios.</i>	Enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con comportamientos de riesgo como una dieta deficiente, inactividad física y fumar.	Rehabilitación para mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente, mediante programas específicos. Participar de grupos de autoayuda , que les permita reunirse para compartir experiencias, apoyo y consejos.
<i>Baja coordinación entre los servicios, insuficiente cantidad de personal y de baja especificidad, les coloca con una mayor probabilidad de recibir maltrato.</i>	Personas que no reciben atención necesaria por lo que se ven aisladas de participar en la vida comunitaria	Servicios de apoyo y asistencia para alcanzar buena calidad de vida, mediante un trabajo intersectorial entre salud educación, empleo y bienestar social. Mejorar la capacidad de recursos humanos mediante educación, formación y contratación, tanto de atención primaria como de personal especializado.
<i>Insuficiente asignación de</i>	Mayor probabilidad de	Proporcionar financiación pública

<i>recursos financieros para poner en práctica políticas y planes.</i>	estar desempleados , con menores oportunidades de mantenerse en un empleo remunerado, menor salario percibido, por lo que presentan mayor riesgo de vulnerabilidad económica.	suficiente y reforzar las alianzas con el sector privado, para mejorar la asequibilidad. Legislación sobre cuotas y adaptaciones razonables reducen la discriminación, mejoran el acceso al trabajo y realizar actividades laborales antidiscriminación para modificar las percepciones erróneas.
<i>Participación y consulta suele ser baja en la toma de decisiones tanto de su vida como de las políticas de los gobiernos.</i>	Falta de vida comunitaria , al estar solo en la casa de su familia o en residencias, mermando su autonomía.	Consultar sobre políticas, leyes y servicios , e impulsar su participación activa en temáticas que les afectan directamente, fomentando la cohesión social.
<i>Falta de acceso a la comunicación y a la información por falta de capacitación en el uso de las tecnologías, o a acceso a productos y servicios básicos.</i>	Peores resultados académicos ya que ingresan menos a estudiar, abandonan sus estudios o no continúan con una educación superior.	Adeguar los planes de estudio , métodos y materiales de enseñanza y sistemas de evaluación y examen; y formación de maestros.
<i>Escasos datos reales y pruebas sobre la efectividad de los programas de ayuda demanda políticas sanitaria y sociales basadas en la evidencia y la incorporación de buenas prácticas.</i>	Baja eficacia y efectividad de estrategias y planes aplicados, dado que no se realiza medición ni comparación.	Mejorar la recopilación de datos mediante metodologías que permitan realizar estudios comparativos, y medir y evaluar los progresos de las políticas. Reforzar y apoyar la investigación crítica e internacional , considerada esencial para aumentar la comprensión pública acerca de la problemática.

2.3.3. Normativas internacionales sobre discapacidad

- **Declaración sobre los derechos de las personas con discapacidad, Resolución 3447 de 9 de diciembre de 1975.** Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos en educación, y en obtener un empleo remunerado (ONU, 1975).
- **Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad, Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982.** Tiene tres objetivos fundamentales: la prevención, la rehabilitación y la igualdad de oportunidades (ONU, 1982).
- **Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental 1991.** Se enuncian las libertades fundamentales y derechos de las personas que padecen enfermedades mentales. (ONU, 1991)

- **Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 1993.** Se reitera la protección y consagra la participación ciudadana como un derecho (ONU, 1993).
- **La Declaración y Programa de Acción de Viena,** adoptados el 25 de junio de 1993 en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Afianza la idea de que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes (ONU, 1993a).
- **La Declaración y Programa de Acción de Copenhague,** 1995. Reconoce que las personas con discapacidades constituyen una de las mayores minorías y se compromete a promover empleos adecuados (ONU, 1975).
- **Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, 1999.** Se insta a adoptar medidas legislativas, sociales, educativas y laborales (OEA, 1999).
- **Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea** en la Cumbre Europea de Niza, 2000. Establece derechos civiles, políticos, económicos y sociales de los ciudadanos europeos y los residentes con discapacidades, incluyendo el trabajo (UE, 2000).
- La UE proclamó el 2003 **Año europeo de las personas con discapacidades.** El objetivo fue lanzar una campaña para informar a los empleadores y trabajadores de los derechos de las personas con discapacidades en el lugar de trabajo.
- Consejo de Europa - **Declaración de Málaga,** 2003. Cuyo objetivo radica en mejorar la calidad de las personas con discapacidades y sus familias, mediante un Plan de Acción centrado la eliminación de todas las formas de discriminación (CdE, 2003).
- **Plan de Acción Europeo para las Personas con Discapacidad 2003-2010.** Se fundamenta en tres pilares: la legislación, la eliminación de las barreras en el entorno, y la incorporación de políticas para facilitar la inclusión activa (UE, 2003).
- **Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos** núm. 195, 2004 de la OIT. Sugiere el desarrollo de políticas y programas exhaustivos y coordinados de educación, formación y aprendizaje permanente a través de los servicios públicos de empleo (OIT, 2004).

- **Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006.** Es el primer tratado de derechos del siglo XXI, donde se indica la importancia de garantizar la igualdad en todas las dimensiones de la vida (ONU, 2006).
- **Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, 2006-2016,** proclamado por el Consejo Permanente de la OEA.
- **Plan de acción del Consejo de Europa, 2006-2015.** Promueve los derechos y la participación para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sobre el empleo (CdE, 2006).
- **Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, de 2006.** Resalta la importancia de establecer políticas para disminuir las barreras. Sobre el trabajo se reconocen el derecho en igualdad de condiciones (ONU, 2006).
- **Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras.** Plantea una mayor actividad laboral remunerada en el mercado de trabajo abierto, aunque también es importante los talleres protegidos (CdE, 2010).

A continuación, se realiza una descripción de las características que se observa en cada uno de los países de estudio respecto de la discapacidad.

2.3.3. Discapacidad en Ecuador

Antecedentes

La legislación ecuatoriana considera a una persona con discapacidad a *“toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria”* (LODis, 2012, pág. 8).

En el año 2007 el Ecuador se adhirió a la Convención de las Naciones Unidas con el propósito de promover y fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Desde este marco, entre los años 2009 y 2010 se emprende el Programa Misión Solidaria “Manuela Espejo” desde la Vicepresidencia de la República del Ecuador, iniciativa que contempla el registro georreferencial de todas las personas con discapacidad,

con la finalidad de establecer un catastro, conocer su situación de salud y sus necesidades (VRE, 2012).

Datos poblacionales de discapacidad en Ecuador

En el programa Manuela Espejo se visitó 1.286.300 hogares identificando 249.1670 personas con diversas discapacidades, número que representa una tasa nacional de 2,43 por 100.000 habitantes (OMS, 2012a).

A partir de estos resultados, se crea a nivel de política pública el programa Joaquín Gallegos Lara que consiste en la *asignación de un bono económico* para el cuidador de una persona con discapacidad severa física o intelectual en un entorno de pobreza extrema. Un aproximado de 14.480 beneficiados por el monto de 240 dólares mensuales; y se entregan medicinas, capacitación y un seguimiento permanente (VRE, 2012).

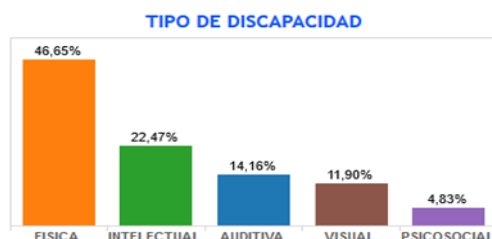


FIGURA 18. Tipo de discapacidad en Ecuador (CONADIS, 2018).

La información del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) en Ecuador, indica que en el país existen 440.910 personas con discapacidad registradas para el año 2018, la mayoría de ellas presenta discapacidad física con 46%, y un **4,8% presentan discapacidad psicosocial** la cual es la correspondiente a los TMG, siendo el menor porcentaje. La prevalencia de las personas con discapacidad psicosocial es de 0,1, con mayor porcentaje 56,8% entre 30 a 65 años de edad, y del género masculino 55,1% (mujeres 44,8%) y el 45,6% presenta una discapacidad media del 50-74% (CONADIS, 2018, 2018a).

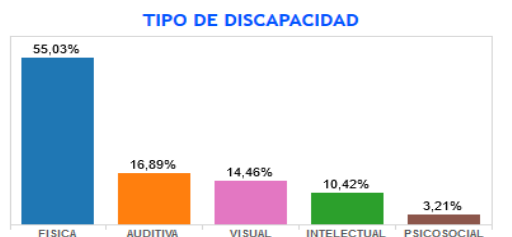


FIGURA 19. Inclusión laboral según tipos de discapacidad en Ecuador (CONADIS, 2018).

Los datos de *inclusión laboral* de todas las personas con discapacidad muestran que el 14,9% se encuentran trabajando. De las personas con *discapacidad psicosocial trabajan solo el 3,2%* y el 63,2% son hombres (mujeres 36,8%) y el 74% trabajan en el sector privado (CONADIS, 2018).

El **36%** del total de personas con discapacidad psicosocial reciben algún tipo de *ayuda económica* por parte del Estado y el 13,2% por pobreza extrema, el 52,6% tienen un grado de discapacidad media del 50-74%, el mayor grupo etario es de 30 a 65 años con un 72,5%, la mayor parte son hombres 54,1% (mujeres 45,8%) (CONADIS, 2018).

Legislación ecuatoriana sobre discapacidad

- **Ley Orgánica de Discapacidades** (LODis, 2012). Instituye la necesidad de promover la reinserción familiar de personas con discapacidad física y mental en situación de abandono y de insertarlas excepcionalmente en centros de acogida inclusivos; asimismo, establece que las empresas (públicas y privadas) que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individual (ECUADOR-LODis, 2012).

2.3.4. Discapacidad en España

Antecedentes

Se entiende la discapacidad como “*una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*” (BOE-A-2013-12632, p. 4)

En España son los poderes públicos quienes prestan los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En cuanto a las ayudas económicas (BOE-A-2013-12632, 2015b-11724, ODISMET, 2017), las personas con discapacidad pueden recibir *dos tipos de pensiones*:

- 1) Las ayudas **no contributivas** es la acción protectora para las personas por no desarrollar una actividad laboral, y comprende: a) Asistencia sanitaria y prestación

farmacéutica, b) Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte, c) Recuperación profesional, y d) Rehabilitación y habilitación profesionales.

2) Mientras que las pensiones *contributivas* se otorgan a trabajadores por incapacidad permanente que implique una reducción funcional grave que merme o anule su capacidad laboral. La determinación de los grados de incapacidad considera la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía la persona antes de producirse el hecho causante de la incapacidad (profesión habitual). Los grados de incapacidad permanente son:

a) **Incapacidad permanente parcial:** es una disminución del 33% en su rendimiento normal, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

b) **Incapacidad permanente total** es la que inhabilita para la realización de las tareas fundamentales de la profesión habitual, pero pueda dedicarse a otra distinta.

c) **Incapacidad permanente absoluta** es la inhabilitación por completo para toda profesión u oficio.

d) **Gran invalidez** es la incapacidad permanente por pérdidas anatómicas o funcionales, y que necesita la asistencia de otra persona para los actos de la vida diaria.

Datos poblacionales de discapacidad en España

En la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) del 2008 que es la última disponible, el número de personas con *discapacidad* alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población (EDAD, 2008). Se destina un total de 18.988.900 euros a *prestaciones sociales* por invalidez, el 86% se presta en efectivo, representando el 1,8% del PIB en el 2015 (ODISMET, 2017).

Tabla 8. Prevalencia de discapacidad en edad activa en España

	2015
Personas de 16 a 64 años con discapacidad	1.774.800
Total personas de 16 a 64 años	30.174.500
Tasa	5,9%

Fuente: INE. El empleo de las personas con discapacidad (ODISMET, 2017).

La *tasa de prevalencia de discapacidad* entre la población en edad activa en España se sitúa en el 5,9% (ODISMET, 2017).

Los tipos de discapacidad que se relacionan con problemas en las *interacciones y relaciones personales*, como suele ser en los TMG, existen mayor prevalencia según la tasa en la edad entre **35 a 45 años** (10,7) y en los **hombres** (13,1) (EDAD, 2008). Se estima que de las personas con discapacidad el **15,7% tiene una enfermedad mental** con el segundo puesto (discapacidad física 64,4%) (ODISMET, 2017).

Las personas con dependencia de 16-64 años, el 68% *viven con sus padres* o con sus hijos, el 17% con su pareja y el 5% vive solo. Las personas en situación de dependencia indican que se sienten *discriminadas* principalmente en las relaciones sociales (43,9%), en la atención sanitaria (28,6%) y en la participación social (25%) (Esparza, 2011).

La tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticadas *determinadas enfermedades crónicas*, indica que la *depresión es la mayor tasa* con 12,7 (mayor en mujeres con 16,8); esquizofrenia es 1,8 (2,3 en varones), y trastorno bipolar es el menor con tasa de 1,0 (sin diferencia entre género) (Esparza, 2011).

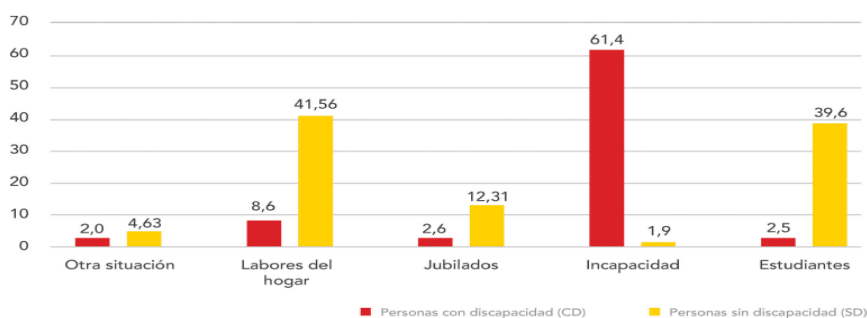


FIGURA 20. Razones de la inactividad laboral de personas con discapacidad (ODISMET, 2017).

La razón de mayor inactividad laboral es la incapacidad misma (61,4%), lo que se relaciona no solo con una falta de habilidades sino con las barreras que observamos en la sociedad. La *tasa de actividad en porcentaje* las personas con discapacidad es 34%, muy baja en comparación del grupo sin discapacidad (78%) (ODISMET, 2017).

Sobre el *nivel educativo*, solo un 16% de las personas con *discapacidad mental* han llegado a la educación superior (el 60% tiene hasta secundaria), y esto es aún más bajo en los más jóvenes y quienes viven en zonas rurales. Igualmente, *a mayor grado de discapacidad menor educación* (mayor de 65% de discapacidad); mientras que el 69,5% indican que han experimentado barreras en su proceso formativo, especialmente por

razones de tipo económico (32%), además, el 43,2% de las personas con discapacidad entre 18 a 24 años abandona prematuramente sus estudios (ODISMET, 2017).

De las personas con *trastornos mentales* el 47,7% está desempleado (vs la discapacidad visual 17,7%); a *mayor grado de discapacidad mayor desempleo* pues entre 65-74% de discapacidad tienen una tasa de desempleo de 41,2%. Respecto de las ayudas, las personas que tienen *pensiones contributivas* son las más desempleadas con un 43% (versus el 22,7% de las personas sin prestación). De las personas *demandantes de empleo de larga duración*, es decir, que hace más de un año está buscando empleo, la mayoría son personas entre 45 y 64 años (48,6%), el 45,5% son mujeres, y en el sector económico de servicios (57,1%); de esta forma, los parados de larga duración con discapacidad representan el 60% del total de con discapacidad desempleados (ODISMET, 2017).

Se aprecia que dentro de las discapacidades hay *discriminación laboral* ya que se contrata más a personas con problemas físicos (tasa de 115,9) en comparación a la discapacidad mental (23,4). Esto se refleja también en el salario, las personas con discapacidad reciben un 17% menos salario que los sujetos sin discapacidad, si es una mujer con discapacidad recibe un 27% menos salario bruto, y menos aún si tiene una discapacidad de tipo psíquico (intelectual y mental) (ODISMET, 2017).

Esta misma discriminación se observa hacia los *jóvenes* (16-24 años) con discapacidad, quienes tienen una tasa de paro de 63,5% (versus 48,2% sin discapacidad), es decir, del total de contratos solo el 6% tienen discapacidad (ODISMET, 2017).

En cuanto al *tipo de trabajo*, las personas con discapacidad realizan mayormente contratos temporales (91%) y eventuales por producción o servicio específico, es decir, ocupaciones de baja cualificación como limpieza, en industrias, camareros y jardinería. Incluso teniendo un trabajo, 1 de cada 7 trabajadores con discapacidad tienen riesgo de pobreza o exclusión social. Además, tres de cada diez personas con discapacidad viven en hogares de baja intensidad laboral (30%), es decir, las otras personas de su hogar trabajaron menos de su tiempo potencial de labor por ser cuidadores, lo que implica precariedad y problemas económicos en los grupos familiares donde hay personas con discapacidad, y mayormente en las mujeres. Cabe mencionar que las personas que realizan autoempleo son

las que tienen menor grado de discapacidad y no son beneficiarios de alguna ayuda económica (ODISMET, 2017).

Se observa una *discriminación de género* ya que las mujeres tienen 11% más barreras que los hombres. Más del 30% de los hombres discapacitados trabajan a tiempo completo, versus un únicamente 12% de las mujeres (ODISMET, 2017).

Legislación española sobre discapacidad

- **Ley 26/2011, de 1 de agosto, Adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, se ratifica la Convención y se ve necesario adaptar y modificar determinadas normas para hacer efectivos sus derechos (BOE-A-2011-13241).
- **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre. Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** (BOE-A-2013-12632). Promueve la autonomía personal, la accesibilidad, el empleo y la erradicación de la discriminación; también establece las sanciones que garantizan las condiciones básicas.
- **Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social**. Se regulan las prestaciones de la Seguridad Social en la modalidad contributiva y no contributiva, y el apoyo a familiares de quien lo requiera (BOE-A-2015b-11724).

2.3.4.1. En la Comunidad Valenciana

Específicamente, en la *Comunidad Valenciana* existe un total 452,8 mil de habitantes con discapacidad (tasa de 9,92/100.000 hab.), y una tasa de 52,1 en personas de 6 a 64 años (sin distinción de género). La tasa para personas con discapacidad para las **ABVD** se observa de 9,9 para la discapacidad moderada, sin diferencia de género (EDAD, 2008).

La tasa de población con discapacidad por *provincia*, se observa que es mayor en Alicante con 58,7 (mayor en mujeres 60,3), luego Castellón con 52,4 (mayor en varones 53,3), y finalmente Valencia con 47 (mayor en mujeres 48,2) (EDAD, 2008, ODISMET, 2017).

Según el *grupo de discapacidad, las interacciones y relaciones personales* tienen una tasa de 9,3 (mayor en varones 11,1), en porcentaje representa 17,9% de las personas con discapacidad (21,8% en hombres). En el grupo de discapacidad en las interacciones y relaciones personales, se observa una tasa de 2,1 para la discapacidad **moderada** (mayor en varones 2,7). La tasa según **causas** que originaron las deficiencias, la principal es por enfermedad con 69,9 y mayor en mujeres 85,1 (EDAD, 2008).

La tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticadas *determinadas enfermedades crónicas*, indica un 27,3 para *depresión mayor* en mujeres 37,8 (hombre 16,7), un 2,5 para esquizofrenia (mayor en varones 3,1), y 1,3 para trastorno bipolar, sin distinción de género (EDAD, 2008).

Respecto de la *inclusión laboral* de las personas con discapacidad, la Comunidad Valenciana no se destaca por la inserción de este colectivo, siendo las CCAA de Andalucía, Cataluña y Madrid las que acumulan entre el 45-50% de los contratos de personas con discapacidad (ODISMET, 2017).

En cuanto a la *formación* de las personas con discapacidad, la CV tiene la menor tasa (0,4) de adolescentes y jóvenes que se encuentran realizando una formación escolar en escuela ordinaria, mientras que el 82,1% están en centros de educación especial, lo cual es lo opuesto a lo que ocurre en la mayoría de otras CCAA (ODISMET, 2017).

2.3.5. Discapacidad en Italia

Antecedentes

Según la Ley italiana 104/1992 para la asistencia, la integración social y los derechos de las personas con discapacidad, *persona minusválida* es aquella que tiene una condición física, mental o sensorial disminuida que le produce dificultades en el aprendizaje, en sus relaciones sociales y en su integración en el mercado laboral, que pueden ser causa de exclusión social o de situarla en una posición desventajosa (PI-1992-104, INNESTI, 2014).

Datos poblacionales y epidemiológicos

En Italia, para las personas con dependencia que requiere de apoyo se cuenta con residencias que brindan servicios sociales y de atención médica, de los cuales el 28% solo

brindan atención social. De los beneficiarios de la atención residencial el **19%** fueron **adultos entre 18 y 64 años**, la mayoría **hombres** con el 61% y la principal dificultad estaba relacionada con **trastornos psiquiátricos 69%**. Cabe destacar que el 70% de las instalaciones de atención residencial pertenecen al sector **privado** (ISTAT, 2015, 2018).

El 17% de personas entre 15 y 64 años indican que tienen problemas de salud o dificultades funcionales de larga data, lo cual representan una **barrera para la inclusión en el mercado laboral**, ya que el 50% de los que presenta mala salud crónica está inactivo, y el 39% declaran tener limitaciones en el trabajo por esta razón (ISTAT, 2013, 2018a).

En la encuesta de salud del año 2015, respecto del **bienestar psicológico** las personas mayores de 14 años que tiene limitación en sus actividades diarias indican que el 8,5% tiene un **trastorno depresivo**. Sobre el **apoyo social**, se observa que las personas con limitaciones funcionales tienen una red de apoyo social más débil (RO, 2017).

La legislación italiana protege desde el ámbito social a las personas que tengan una patología y que no puedan acceder al mundo laboral o que se encuentre en condiciones que no les favorezcan. Una herramienta de protección es la **discapacidad civil**, en la cual se reconocen una discapacidad cuando cumplen con las condiciones de que la enfermedad sea determinada por una comisión especial y que la patología resulte invalidante, incluidas las enfermedades mentales (ISTAT, 2018).

En el año 2016, el Informe de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que en las tres últimas décadas Italia **ha implementado las medidas pertinente para dotarse de un sistema de educación inclusivo sin segregación**, no obstante manifiesta su preocupación por las siguientes situaciones: a) la variación regional de la protección social; b) la falta de normas mínimas de asistencia social; c) el elevado nivel de pobreza entre las personas con discapacidad y sus familias; d) falta de disposiciones adecuadas para promover la inclusión en el mercado de trabajo abierto, en particular a las mujeres con discapacidad (ONU, 2016).

Legislación italiana sobre discapacidad

- **Ley N°. 118/1971 del 30.03.1971** (GU-1971-118). La discapacidad civil es la dificultad para realizar ciertas funciones típicas de la vida diaria o en relación con una discapacidad física o mental.

- **Ley N° 18/1980** (GU-1980-18). Se indica que, si una persona con discapacidad lo requiere podrá tener la ayuda de un *acompañante* que le asista para realizar los actos cotidianos de la vida. Desde el 2016, las personas con discapacidad pueden obtener un beneficio económico si tiene una patología seria, para una persona con 100% de discapacidad el monto de la pensión es de 500 euros. También una persona con trastorno mental con una discapacidad del 80% puede optar a una *jubilación anticipada*, con una edad inferior a la prevista para la pensión de vejez ordinaria.
- **Decreto Ministerial de 05.02.1992** (GU-1992-47). Según el grado de discapacidad la ley reconoce diversos *tipos de ayuda*, si la invalidez es igual o superior al 74% y que se encuentre en un estado de necesidad económica, a quienes se da un subsidio mensual de asistencia.
- **Ley n. 104/1992, Ley marco para la asistencia, la integración social y los derechos de las personas con discapacidad** (GU-1992-104). Regula la intervención de asistencia permanente, continua y global ya sea individual o social; y las situaciones de severidad tienen prioridad en los programas e intervenciones, y dicha protección se extiende a la familia. Incluye la integración laboral (art. 18), mediante distintos dispositivos sociales como instituciones, centros de trabajo, asociaciones y organizaciones de voluntariado (Heras Hernández, 2017).
- **Artículo 41 del Decreto Legislativo 286 del 28 de julio de 1998** (GU-1998-286). Son normas para extranjeros con discapacidad, quienes están equiparados a los ciudadanos italianos en los beneficios económicos y de asistencia social (Heras Hernández, 2017).
- **Ley n. 68 del 12 marzo de 1999** (GU-1999-68) **Norma para el derecho al trabajo de las personas con discapacidad**. Es la norma fundamental en la materia que distingue a personas con discapacidad severa.
- **Ley n. 53. de 8 de marzo de 2000, Disposiciones para el apoyo de la maternidad y la paternidad, para el derecho a la atención y la formación** (GU-2000-53). Se promueve que exista un equilibrio entre el trabajo, capacitación, permisos y apoyos para los padres de las personas discapacitadas.
- **Ley de 8 de noviembre de 2000, n. 328. Implementación del sistema integrado de intervenciones y servicios sociales** (GU-2000-328). Regula el sistema de

atención a las personas con discapacidad para garantizar la calidad de vida; además, promueve la participación activa, los sindicatos y las asociaciones sociales.

- **Decreto Legislativo 26 de marzo de 2001, n. 151. Protección y apoyo a la maternidad y paternidad** (GU-2001-151). Prolonga el permiso abstención del trabajo de padres de niños menores de 12 años en situaciones de discapacidad grave.
- **Aprobación del Plan de Acción Nacional sobre Discapacidad en 2013** (ONU, 2016). Respecto del empleo promueve la integración mediante políticas generales y la recopilación de datos. Propone medidas legislativas de financiamiento, no discriminación, flexibilidad laboral, oficinas de empleo, apoyo a las mujeres, y fomentar el autoempleo a través de las cooperativas sociales tipo B.

2.4 ÁMBITO LABORAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue creada en 1919 al finalizar la Primera Guerra Mundial con el propósito de promover la justicia social, contribuir a la paz, la prosperidad y el progreso mediante la creación de oportunidades de empleo decente para todos los hombres y mujeres. Para el cumplimiento de su misión es fundamental promover la plena inclusión en la sociedad de personas con discapacidad, entendido como sujetos a quienes sus posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden reducidas por una deficiencia física o mental reconocida, por lo cual se les debe garantizar su educación, formación y empleo (OIT, 2007, 2009, 2015, 2017).

2.4.1. Datos sobre discapacidad y trabajo

Se estima que alrededor de 470 millones de personas que están en edad de trabajar presentan alguna discapacidad, sin embargo, se enfrentan a una serie de barreras y desventajas en su cotidianidad, como lo hemos mencionado con anterioridad. Las personas con discapacidad que cuentan con un empleo remunerado, por lo general, ***ganan menos en comparación con sus homólogos no discapacitados***, un alto porcentaje se encuentra desempleado, están más expuestos a tener empleos a tiempo parcial, mal remunerados, con pocas perspectivas profesionales y malas condiciones de trabajo (O'Reilly-OIT, 2007).

La tasa de empleo dentro del colectivo de personas con discapacidad varía significativamente de acuerdo al *tipo de discapacidad*, las ***personas con problemas de***

salud mental son quienes presentan la menor participación laboral (OIT, 2007). En una encuesta (OEPSS, 2007) el 87% indicó que los pacientes con problemas mentales tienen menos posibilidades que otras personas con problemas de tipo físico; situación que en muchas ocasiones les obliga a ocultar su discapacidad (Lobato, et al., 2006; Martínez, 2013).

También se observa que *a mayor grado de discapacidad menor tasa de empleo* (OIT, 2007), así la tasa de empleo de personas con una discapacidad grave es menor 22% (vs. 43% personas con discapacidad moderada). Igualmente, la tasa de empleo presenta variaciones considerables entre los distintos países, siendo mayor en Alemania con 54%, en comparación con España con un 13% (OEPSS, 2007).

Las *mujeres con discapacidad presentan una discriminación múltiple* que se refleja en el mundo laboral, con índices de desempleo mayores y salarios inferiores, que en el colectivo de hombres con discapacidad (O'Reilly-OIT, 2007). El concepto de *discriminación múltiple* plantea que hay una suma factorial de las variables discriminatorias que aumenta la exposición a riesgos también de forma exponencial, pues además convergen otras variables como origen étnico, clase social, edad, nivel de estudios, ocupación, grado de severidad de la discapacidad (Pascual, 2014). Así, se observa que los *hombres* con discapacidad presentan el doble de probabilidad (42%) de conseguir trabajo en comparación con las mujeres (24%) y las mujeres ganan sólo un 56% de lo que ganan los hombres en las mismas condiciones. Si bien en muchos países se realizan programas de inclusión a la discapacidad, no se suele considerar que las mujeres constituyen un grupo vulnerable que necesita apoyo especial, siendo invisibilizadas (O'Reilly-OIT, 2007).

Una encuesta realizada a personas con discapacidad revela que el 90% manifiesta la existencia de *barreras para acceder a un empleo adecuado*, los motivos que argumentan son: el auto-estigma 57%, falta de oportunidades en el mercado laboral 54%, no contar con la cualificación o experiencia requerida 33%, limitaciones para realizar actividades básicas 29% y actitudes de jefes o falta de flexibilidad en el empleo 15% (ODISMET, 2017).

En consecuencia, las personas con discapacidad presentan *tasas más altas de pobreza* que las personas sin discapacidad (OIT, 2007). Así, los datos indican que el 82%

de las personas con discapacidades de los países en desarrollo vive por debajo del umbral de pobreza (O'Reilly-OIT, 2007).

2.4.2. Normativas internacionales sobre discapacidad y trabajo

Entre los documentos (OIT, 2007; O'Reilly-OIT, 2007) para promocionar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el trabajo se destacan:

- **Recomendación núm. 99, 1955 Adaptación y la readaptación profesional de los inválidos, OIT:** propone la participación en la orientación profesional y colocación.
- **Convenio núm. 111, 1958 Discriminación, empleo y ocupación, OIT:** describe lo que significa discriminación en el empleo y las medidas de protección.
- **Convenio núm. 159, 1983 Readaptación profesional y el empleo (Personas inválidas), OIT:** exige formular política nacional sobre readaptación profesional.
- **Asamblea General de 1993 del Consejo Económico y Social:** describe normas que ofrecen bases para la cooperación técnica y económica, incluido el empleo.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las personas con discapacidad, 1994.** Resalta la necesidad de velar por sus derechos.
- **Carta Social Europea sobre los derechos económicos y sociales, 1996.** Indica medidas para ejercer el derecho a la independencia e integración social.
- **Directiva de la UE sobre discriminación en el empleo, 2000.** Prohíbe la discriminación directa e indirecta en la formación profesional y empleo.
- **Conferencia Internacional del Trabajo, 2000.** Subraya la educación y la formación como esenciales para el crecimiento económico y desarrollo social.
- **Recomendaciones prácticas sobre la Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo, OIT, 2001.** Presenta normas para la promoción del empleo.
- **Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa, 2008, OIT.** Promueve el trabajo decente para la protección y diálogo social.

2.4.3. Salud Mental y trabajo

Los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran reconocidos como enfermedades profesionales por la OIT. Esta lista actualizada en el 2010 incluye el estrés postraumático y reconoce el origen profesional de otros trastornos mentales, cuando exista

un vínculo directo entre los factores de riesgo y la enfermedad contraída (OIT, 2016). Este organismo también señala que las enfermedades mentales no sólo incluyen las patologías graves, sino también los trastornos comunes como la depresión, ansiedad y estrés, que pueden ser tratados de forma adecuada si son manejados correctamente (OIT, 2014b).

Desde esta forma, *las problemáticas relacionadas con la salud mental en el ámbito laboral* son:

1. **Salud mental en el puesto de trabajo:** es el control de los riesgos psicosociales y se refiere a tres componentes: salud y seguridad laboral; promoción de la salud mental; y rehabilitación-reintegración.
2. **La inserción laboral de un colectivo específico de personas con discapacidad:** son los apoyos necesarios y ajustes razonables para la participación de las personas con trastornos mentales en edad de trabajar por primera vez y los que se reintegran.

1. Salud mental en el puesto de trabajo

El componente de *seguridad y salud laboral* es la única práctica de salud en el puesto de trabajo respecto a la cual existe normativa nacional e internacional. Los valores fundamentales reflejados en las normas refieren tres principios fundamentales: el trabajo se debe realizar en un medio ambiente seguro y saludable; las condiciones de trabajo deben ser coherentes con el bienestar y la dignidad humana; y debe ofrecer posibilidades reales para el logro personal, la autorrealización y el servicio a la sociedad (OIT, 2016).

La *exposición de riesgos psicosociales* en el puesto de trabajo, el estrés laboral y los resultantes trastornos mentales y del comportamiento tienen relación con las condiciones laborales, y otras variables como la edad, el sexo, la personalidad y las condiciones psicofísicas y sociales (OIT, 2016). El estrés laboral es conceptualizado como la consecuencia negativa de la relación entre el trabajador/a y las cargas del entorno de trabajo (mental y física, organización del trabajo, relaciones sociales), *siendo el miedo a perder el empleo el factor más importante de estrés en el trabajo* (OIT, 2009b).

Otra consideración relacionada con la exposición en el trabajo refiere al hecho de que algunas personas pueden *padecer trastornos mentales* con independencia del puesto que ocupen o antes de ocuparlo, otras pueden desarrollar estos trastornos durante la vida

laboral, con o sin influencia de las exigencias laborales, que a su vez podrían constituir factores causales o agravantes (OIT, 2009b; 2016).

No obstante, y siguiendo el criterio de la OIT, los datos epidemiológicos disponibles indican que *existe una relación significativa entre los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y los trastornos psicológicos crónicos*, por ejemplo, el 8% de la carga global de las enfermedades provenientes de la depresión es actualmente atribuida a los riesgos ocupacionales, y el riesgo de caer en depresión es cuatro veces mayor cuando se combina con condiciones de trabajo deficientes (Prüss-Ustün ,et al, 2006; OIT, 2009b, 2016).

Tabla 9. Características estresantes del Trabajo (Factores de Riesgo Psicosocial)

<i>Categoría</i>	Condiciones que definen el peligro psicosocial
CONTENIDO DEL TRABAJO	
<i>Medio ambiente de trabajo y equipo de trabajo</i>	Problemas con la fiabilidad, disponibilidad, adecuación y mantenimiento o reparación del equipo y las instalaciones
<i>Diseño de las tareas</i>	Trabajo fragmentado o carente de significado, infrautilización de las capacidades, incertidumbre elevada.
<i>Carga de trabajo/ritmo de trabajo</i>	Exceso o defecto de carga de trabajo, falta de control sobre el ritmo, niveles elevados de presión en relación con el tiempo.
<i>Horario de trabajo</i>	Trabajo en turnos, horarios inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o que no permiten tener vida social.
CONTEXTO DEL TRABAJO	
<i>Función y culturas organizativas</i>	Comunicación pobre, bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y falta de definición de objetivos organizativos.
<i>Función en la organización</i>	Ambigüedad y conflicto de funciones, responsabilidad por otras personas.
<i>Desarrollo profesional</i>	Estancamiento profesional e inseguridad, promoción insuficiente, salario bajo, inseguridad laboral, escaso valor social del trabajo.
<i>Autonomía en toma de decisiones</i>	Baja participación en la toma de decisiones y control sobre el trabajo
<i>Relaciones interpersonales en el trabajo</i>	Aislamiento social y físico, escasa relación con los superiores, conflicto interpersonal, falta de apoyo social
<i>Interfaz casa-trabajo</i>	Exigencias en conflicto entre el trabajo y el hogar, escaso apoyo en el hogar, problemas profesionales duales.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016).

Cabe señalar, que los *costos directos e indirectos* relacionados a las enfermedades y el trabajo apenas comienzan a ser cuantificados. En Europa se estima que el costo de la depresión relacionada con el trabajo es de 617.000 millones de euros anuales, que incluyen el costo del absentismo para los empresarios (272.000 M/€), la pérdida de productividad

(242.000 M/€), los costos para la sanidad pública (63.000 M/€) y los costos de indemnizaciones por discapacidad de la seguridad social (39.000 M/€) (OIT, 2016b).

2. Inserción y reinserción laboral de personas con trastornos mentales

La *rehabilitación-reintegración* son las situaciones en que los trabajadores han permanecido ausentes de su puesto de trabajo durante un largo período de tiempo debido a enfermedades profesionales o lesiones (OEPSS, 2007). Sin embargo, si una persona tuvo un TMG es una causa para el poco interés por la reintegración en el puesto de trabajo (López, 2002; López & Laviana, 2007; OIT, 2011).

En la primera década del siglo 21, la problemática de la *reincorporación laboral* de las personas que sufren trastornos mentales está cambiando los planteamientos políticos porque está demostrado que la estigmatización y la exclusión social es menor cuando se cuentan con un trabajo remunerado, y por los altos costes de las pensiones a las cuales tienen derecho las personas en situación de discapacidad crónica (OEPSS, 2007).

La reincorporación suele presentar las mismas barreras con las que se encuentran las personas de este colectivo cuando intentan conseguir un empleo, por tanto, las *medidas adoptadas* son: a) que el trabajo sea un componente de los programas de rehabilitación a través de la formación profesional, y b) el empleo protegido como un medio para avanzar hacia una integración laboral normalizada (López, 2002, López & Laviana 2007).

Por ello, es importante subrayar la *especial vulnerabilidad* en que se encuentra toda persona trabajadora que padece un trastorno mental, por lo que se requiere la financiación de programas de rehabilitación laboral y discriminación positiva para mejorar el acceso a empleos remunerados (OIT, 2014b, 2018).

2.4.3.1. Barreras para la inclusión laboral de personas con TMG

Los *obstáculos* que deben enfrentar las personas con trastornos mentales para conseguir un empleo se pueden clasificar en tres grupos: las dificultades por el prejuicio social, procedentes de la propia enfermedad, y las derivadas de la situación del mercado de trabajo (Rodríguez et al., 2004). Un alto porcentaje de personas con TMG en edad de trabajar se resignan y deciden abandonar sus intentos de buscar un empleo remunerado (OIT, 2007, Vázquez-Morejón, 2017).

Es conviene tener en cuenta que, en muchos casos, las dificultades para insertarse laboralmente afectan de forma significativa la *autoestima* de hombres y mujeres, la cual se encuentra relacionada con el bienestar físico, psicológico y social (Vásquez-Morejón, 2017; Michalak, et al, 2011, Orth, et al, 2014; Rodríguez et al., 2017).

Sin embargo, la experiencia revela que las personas con trastornos mentales cuando encuentran trabajos que corresponden a sus capacidades e intereses, por lo general son eficaces para desarrollar dichas tareas y pueden hacer aportes importantes en el lugar de trabajo, desarrollando la *resiliencia* (OIT, 2007, Suriá Martínez, 2016, ODISMET, 2017).

2.4.3.2. El proceso de inserción laboral de las personas con TMG.

La *organización y cooperación* entre personas que se da en el entorno de trabajo es para personas con TMG un estímulo para el desarrollo cognitivo, ayuda a estructurar y organizar la vida cotidiana, y a desarrollar y reforzar habilidades básicas. También funciona como vehículo de relaciones sociales dentro y fuera del ámbito laboral. En tanto *actividad redistributiva* disponer de una fuente de ingresos, posibilita la independencia económica y la autonomía social necesarias para vivir en la comunidad y el ejercicio de derechos ciudadanos básicos. Como *actividad socialmente valorada* puede contribuir de forma significativa a aumentar la autoestima, a través del reconocimiento que implica (Kinn, et al, 2011). Existe también evidencia acumulada con respecto a la repercusión del empleo en determinados *aspectos clínicos*, como es la repercusión positiva en el grado de satisfacción y la calidad de vida (FAISEM, 2008).

Sin embargo, el proceso de inserción laboral de las personas con TMG presenta dificultades específicas (Hernández Wence, et al., 2010; Ramírez Meca, 2010), que son el resultante de la articulación de diversos factores, los cuales se pueden visualizar en la siguiente tabla.

Tabla 10. Dificultades para la inserción laboral de personas con trastorno mental grave

<i>Heterogeneidad</i>	Diversos diagnósticos y evolución requieren de una intervención adaptada a las características, estado de salud, necesidades y capacidades de la persona. Para esto se requiere la valoración de un especialista para incluirse en el mercado de trabajo (estabilidad de la sintomatología, adherencia terapéutica, interés en el proceso de la persona y apoyo familiar).
<i>Contexto dinámico</i>	Los trastornos mentales tienen distintas fases que requieren de intervenciones y ajustes de los planes de trabajo acorde a su estado de salud. Por lo que es necesaria una intervención personalizada e individual que prevea etapas para la progresiva integración en el mercado de trabajo y sostenida en el tiempo.
<i>Mercado laboral</i>	Las personas con trastorno mental tienen las mismas barreras de género, tipo de formación, edad, experiencia laboral, carga familiar y red de relaciones sociales, a lo que se suma el estigma asociado a la enfermedad.
<i>Entorno social</i>	La familia es un factor importante que puede actuar como barrera o, por el contrario, actuar como refuerzo y apoyo. Por ello, el primer paso para implicar a la familia es obtener el consentimiento del usuario para contactar con ella.

Fuente: Elaboración propia. (Hernández Wence, 2010; Ramírez Meca, et al, 2010)

Estrategias de apoyo al empleo de personas con TMG

Si bien el fin último es conseguir un trabajo, los programas de apoyo al empleo para las personas con TMG suelen distinguir en dos subgrupos:

1.Orientación y formación laboral: dirigido a la recuperación y el desarrollo de habilidades personales y formativa, ya que cuando los problemas de salud mental aparecen al principio de la vida de las personas resulta dificulta la culminación de sus estudios (básicos y/o superiores) (OIT, 2015; López Alvarez, 2010; CSS, 2001), para lo cual se describen tres tipos de programas:

Tabla 11. Programas de Orientación y formación laboral

<i>Creación de un ambiente socio-laboral rehabilitador</i>	Donde la persona pueda desarrollarse y actuar como un trabajador/a más, y así logrará adquirir habilidades de adaptación como cualquier otra persona. Tiene resultados positivos como eliminar o aminorar las conductas inadecuadas, propicia el autocontrol, genera nuevos hábitos de conducta, mejora el afrontamiento personal y las relaciones sociales.
<i>Programas de rehabilitación vocacional</i>	Son una prolongación de la rehabilitación psicosocial general, que parten de la motivación, orientación y habilidades sociales. No obstante, este proceso ha sido criticado por retardar el paso definitivo al empleo y por tener dificultades para garantizar su mantenimiento o incluir mecanismos de seguimiento individualizados y de larga duración.
<i>Programas de readaptación profesional</i>	Posibilitan a las personas con trastorno mental grave obtener y conservar un empleo adecuado, así como progresar en el mismo, y que de esa forma se promueva su integración social

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015; López Alvarez, 2010; CSS, 2001)
Elaboración propia.

2.Apoyos para el empleo. Los tratamientos médicos tienden a estabilizar a la persona y permitirle, después de una fase de crisis, emprender de forma paulatina actividades más complejas para ir incrementando el nivel de autonomía personal y normalización en el ámbito laboral. Las iniciativas adoptadas (OIT, 2015; Pasillera et al., 2012; López, 2010, FAISEM, 2008; Jordán, 2008; Lobato, et al, 2006; López et al., 2004; Alonso et al., 2004, Bon et al., 2001) para la incorporación o reintegración en el mercado laboral se pueden clasificar en las siguientes.

Tabla 12. Tipos de empleo especial para personas con discapacidad

<i>Empleo protegido</i>	<p>Son centros ocupacionales para dar formación y adaptación a la vida laboral, y una transición al empleo ordinario.</p> <p>Los beneficios que observa son mejoría en la calidad de vida de las personas, en la satisfacción, autoestima y relaciones interpersonales.</p> <p>Han sido cuestionados por ser sobreprotectores, por no dar un salario sino solo una gratificación, y que no siempre las tipologías de las labores que desempeñan se homologan con las de los empleos ordinarios. Además, que realizan tareas repetitivas que provocan estancamiento en los sujetos.</p>
<i>Empleo con apoyo</i>	<p>Es uno de los modelos que muestra mayores resultados positivos, pues considerar al trabajo como un elemento relevante en la recuperación y no como consecuencia.</p> <p>Requiere una coordinación estrecha con los servicios salud mental y la existencia de un equipo técnico de apoyo durante un tiempo ilimitado.</p> <p>Los principales beneficios es que es un trabajo real en ambiente normalizado, y genera más ventajas sociales y psicológicos que en empleos protegidos.</p>
<i>Empresas sociales</i>	<p>Es un empleo remunerado en un entorno protector que facilita la integración.</p> <p>Su estrategia se basa en los valores de las actividades económicas con objetivos sociales, desarrollo sostenible, igualdad de oportunidades e inclusión de las personas desfavorecidas.</p> <p>Deben adaptarse a diversos contextos socio-laborales mediante distintas figuras legales y mecanismos de ayudas públicas.</p> <p>El beneficio es que facilita un empleo sostenido a personas con diversos tipos de discapacidad</p>

Fuente: Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017 (OIT, 2015). Elaboración propia.

También las personas con TMG pueden tratar de integrarse en **Mercado de trabajo abierto**, pero para ello se requieren ayudas y normativas desde los gobiernos, ya que el índice de participación en el mercado competitivo es inferior que la de los otros trabajadores, lo cual se agrava con las crisis económicas (O'Reilly-OIT, 2007).

La OIT propone aumentar la visibilidad de las barreras y buenas prácticas para la inclusión de personas con discapacidad en el mercado del trabajo (OIT, 2007). Existen varias estrategias (O'Reilly-OIT, 2007; OMS, 2012c; OIT, 2009; FAISEM, 2008) que ayudan a la inclusión socio-laboral de las personas con discapacidad y TMG, entre las que se destacan las siguientes.

Tabla 13. Estrategias para la inclusión socio-laboral de las personas con discapacidad

Estrategias	Características
Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)	Esta es una propuesta conjunta de la OIT, la UNESCO y la OMS, que promueve el trabajo en red y la participación de las familias, cuidadores, organizaciones de las personas con discapacidad y grupos de apoyo, en el cual se orienta a que las personas tengan acceso al desarrollo de destrezas y oportunidades de aprendizaje permanente y empleo, a través de servicios de micro financiación para emprendimientos de autogestión, haciendo uso óptimo de los recursos locales, sobre todo en países de ingresos bajos y medios. Tiene resultados sociales positivos en fortalecer las comunidades, desarrollar destrezas personales, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de vida.
Servicios de empleo	El alcance y los tipos de servicios varían en cada país, pero pueden incluir orientación profesional y asesoramiento.
Apoyos económicos	Son subvenciones salariales para los empleadores con la finalidad de compensar la productividad reducida y alentarles a contratar a personas con discapacidad.
Apoyos técnicos y personales	Son esenciales principalmente durante la fase inicial de la formación y/o el empleo.
Sistemas de cuotas	Exigen que los empleadores contraten un porcentaje mínimo de trabajadores con discapacidad.
Legislación anti-discriminatoria	Cada vez más países han optado por promulgar leyes antidiscriminatorias siendo uno de los mayores avances en el ámbito laboral.
Medidas disuasorias	Medidas no obligatorias apoyadas en la persuasión y la autorregulación, con el propósito explícito de promover el empleo.
Gestión de la discapacidad	Es la ayuda que se le da a las personas que adquieren una discapacidad durante su vida laboral para volver a un puesto de trabajo remunerado y conservarlo.
Mecanismos de consulta	Se debe consultar a las organizaciones representativas de los trabajadores, empleadores y personas con discapacidad, sobre la implementación de la política nacional de empleo y readaptación profesional.

Fuente: El derecho al trabajo decente en la discapacidad (O'Reilly-OIT, 2007). Elaboración propia.

2.4.4 Promoción de la salud mental en el trabajo

Respecto al componente *promoción de la salud mental*, este es un enfoque relativamente nuevo para abordar los riesgos a la salud relacionadas con el puesto de trabajo, lo cual, si bien es crucial para el bienestar de las personas con TMG, benefician a todos los trabajadores en general (OEPSS, 2007).

Algunas investigaciones indican que un alto porcentaje de directivos de empresas expresan preocupación por el estrés relacionado con el trabajo, pero solo un bajo porcentaje señalan aplicar medidas de prevención sobre estos problemas (DT, 2012; OIT, 2016). Otra dificultad que los trabajadores del sector informal de la economía no llevan ningún registro de enfermedades ni acciones de promoción (OEPSS, 2007; OMS, 2010). Específicamente, algunas medidas que propone la OIT para prevenir el estrés en el trabajo se resumen a continuación:

Tabla 14. Medidas colectivas para prevenir el estrés en el Trabajo

<i>Categoría</i>	<i>Medidas</i>
<i>Control</i>	-Garantizar la cantidad de personal adecuado. -Permitir las opiniones sobre cómo realizar el trabajo.
<i>Cargo de trabajo</i>	-Evaluar regularmente los plazos de tiempo y asigne fechas límite razonables -Asegurar que las horas de trabajo sean programadas y razonables.
<i>Apoyo social</i>	-Permitir el contacto social entre trabajadores -Mantener un lugar de trabajo libre de violencia física y psicológica -Asegurar que existan relaciones de apoyo entre supervisores y trabajadores -Ofrecer una infraestructura organizacional para que el supervisor asuma la responsabilidad sobre los trabajadores y exista un nivel apropiado de contacto -Discutir los conflictos entre las exigencias del trabajo y la familia -Reforzar la motivación destacando los aspectos positivos y útiles del trabajo.
<i>Adaptando el trabajo y el trabajador/a</i>	-El trabajo corresponda con las aptitudes físicas y psicológicas del trabajador/a -Asignar tareas conforme a la experiencia y la competencia -Garantizar la utilización adecuada de las aptitudes.
<i>Formación y Educación</i>	-Formación para adecuación las capacidades del trabajador/a y el empleo. -Dar información y prevenir los riesgos psicosociales y el estrés con el trabajo.
<i>Transparencia y justicia</i>	-Asegurar que las tareas estén claramente definidas; -Asignar roles claros, evitando conflictos y ambigüedades entre estos; -Ofrecer seguridad en el empleo, en la medida de lo posible; -Ofrecer una retribución adecuada por el trabajo desempeñado; -Garantizar transparencia y justicia en los procedimientos para atender las quejas.
<i>Ambiente físico de trabajo</i>	-Proporcionar iluminación y equipo adecuados, controlando la calidad del aire, y los niveles de ruido, evitando la exposición a agentes peligrosos; -Tomar en cuenta medidas ergonómicas para el diseño del trabajo.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016).

El *tipo de apoyo* según la OIT y evidencias nacionales (OIT, 2016; OMS, 2012d, 2014; Borja Jordán, 2008; FAISEM, 2008; Secker & Membrey, 2003) que las personas con

TMG dicen necesitar en sus lugares de trabajo para aumentar su seguridad y confianza se describen a continuación.

Tabla 15. Tipos de apoyo en el trabajo para personas con trastorno mental grave

<i>Tipos</i>	<i>Características</i>
<i>Entrenamiento y apoyo para aprender</i>	El tipo de entrenamiento y apoyo social tiene relación con la naturaleza del puesto de trabajo y las necesidades particulares de aprendizaje Involucra tres elementos claves: permitir que la persona aprenda a su propio ritmo; dividir las tareas en componentes manejables; y, asegurar que la persona de apoyo se encuentre disponible en caso de problemas.
<i>Relaciones sociales en el trabajo</i>	Es parte de la vida cotidiana y un factor invaluable para este colectivo, pues una buena relación interpersonal y un ambiente laboral positivo entre compañeros y superiores proporciona seguridad y confianza para solicitar la ayuda necesaria.
<i>Cultura laboral</i>	Los aspectos más importantes son: un ambiente informal y relajado pues presentan una menor tolerancia posterior a situaciones estresantes; aceptación de las diferencias; y, una preocupación de la empresa por su salud y bienestar. La forma en que la empresa realiza los ajustes necesarios para adaptarse a las necesidades específicas de las y los trabajadores pone de relieve su preocupación por el bienestar. Es positivo que los trabajadores sean valorados por sus fortalezas y no solo considerados por su patología.
<i>Enfoques para la gestión del personal</i>	Un enfoque útil son los estilos de gestión de apoyo que combina un interés genuino por el bienestar de los trabajadores, límites claros en relación al puesto de trabajo, y una crítica constructiva.

Fuente: Estrés en el trabajo: un reto colectivo (OIT, 2016). Elaboración propia.

2.4.5. Legislación sobre Inclusión laboral de personas con TMG

Normativa ecuatoriana sobre la Inclusión laboral de personas con TMG

- **Ley Orgánica de Discapacidades** (ECU-LODis, 2012). Ratifica el derecho al trabajo de las personas con discapacidad en términos de igualdad y no discriminación. Indica que el empleador público o privado que cuente con más de 25 trabajadores debe tener como obligación un número de mínimo de 4% de personas con discapacidad. Los empleadores podrán deducir el 150% adicional para el cálculo de la base imponible del impuesto a la renta respecto de las remuneraciones y beneficios sociales sobre los que se aporten a la Seguridad Social de cada empleado contratado con discapacidad. Se incluye el derecho al permiso, tratamiento y rehabilitación en salud cada vez que la persona lo requiera. Indica que

las personas que han trabajado y acrediten 25 años de aportaciones a la Seguridad Social, podrán acceder a una Jubilación especial sin límite de edad, y en los casos de personas con discapacidad intelectual podrán acogerse cuando tenga 20 años de aportaciones.

- **Acuerdo Ministerial núm. MRL-2013-0041 por el cual se expide el Reglamento para el registro de trabajadores sustitutos de personas con discapacidad.** Un trabajador sustituto es un pariente hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad (cónyuge, pareja en unión de hecho legalmente constituida) o representante legal o que tengan bajo su responsabilidad o cuidado a una persona con discapacidad severa, o que sea padre/madre de niños o adolescentes con discapacidad, quienes podrán formar parte del porcentaje de cumplimiento de inclusión laboral por discapacidad (MRL-2013-0041).

Normativa española sobre la Inclusión laboral de personas con TMG

En la Unión Europea existen unos principios rectores que rigen las políticas de empleo, las cuales se incluyen en el siguiente marco normativo:

- **Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, Regula el empleo selectivo o las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos.** Condiciones para reincorporar a personas con una incapacidad parcial (BOE-A-1983-1451).
- **Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, Relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo (CEE).** Regula la relación laboral con trabajadores con 33% o más de minusvalía (BOE-A-1985-1368).
- **Orden de 16 de octubre de 1998. Bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de los minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo.** Facilita la integración laboral en empresas ordinarias como en CEE (BOE-A-1998-279).
- **Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, Medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de**

- trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.** Se exige a las empresas siempre que se aplique alguna medida sustitutoria (BOE-A-2000-27).
- **Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, Regulan los Enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad.** Es un nexo entre una empresa ordinaria y un CEE para realizar obras o servicios (BOE-A-2004-290).
 - **Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, Cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad.** Regula que algunas empresas públicas y privadas queden exentas de la obligación de a contratar personas con discapacidad (BOE-A-2005-364). Los motivos son: a. que los servicios públicos de empleo competentes, o las agencias de colocación, no puedan atender la oferta de empleo requerida, porque no existen personas con discapacidad con la cualificación requerida o aun cuando estén capacitados no se interesen por las condiciones de trabajo ofrecidas; b. Cuando la empresa acredite mediante cartas de otras empresas reconocidas que el desempeño en cuestiones de carácter productivo, organizativo, técnico o económico que no pueden ser cubierto por una persona con discapacidad.
 - **Ley 43/2006, de 29 de diciembre, Mejora del crecimiento y del empleo.** Regula las bonificaciones y reducciones de las cuotas a la Seguridad Social (BOE-A-2006-43).
 - **Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, Programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.** Realiza acciones de orientación y acompañamiento en empresas del mercado ordinario, para facilitar la adaptación (BOE-A-2007-870).
 - **Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.** Mayor bonificación mensual de la Seguridad Social en una contratación indefinida para trabajadores con parálisis, enfermedad mental e intelectual (BOE-A-2012-20).
 - **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre. Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** (BOE-A-2013-1). Dentro del derecho al trabajo se encuentra las garantías al acceso y la igualdad de

trato. Específicamente sobre los tipos de empleo se indica: a) *Empleo ordinario* en las empresas y administraciones públicas, se deben adoptar medidas para la adaptación del puesto de trabajo. Las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores deberán tener al menos el 2% de trabajadores con discapacidad; b) *Empleo protegido*: en los CEE el 70% de la plantilla deben ser personas con discapacidad, c) *Empleo autónomo* está dirigido al establecimiento y desarrollo de iniciativas económicas y profesionales por cuenta propia, o a través de entidades de la economía social.

- **Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.** Se consideran relaciones laborales de carácter personal las que incluyen a trabajadores con discapacidad en los CEE. Los contratos formativos tienen una reducción del 50% de la cuota empresarial de la Seguridad Social (BOE-A-2015-2).

Normativa italiana sobre la Inclusión laboral de personas con TMG

En Italia, posterior al cierre de los hospitales psiquiátricos, se empezaron a realizar las cooperativas de integración laboral para dar trabajo a las personas que se habían visto confinadas por años en los manicomios. Actualmente, existen 12.000 cooperativas sociales en funcionamiento, las cuales facturan aproximadamente 12.000 millones/euros, es decir, casi el 1% del PIB italiano, y ocupan alrededor de 300.000 trabajadores (Euricse, 2016).

El marco normativo que las respalda de describe a continuación:

- **Ley 381 de 1991 Relativo a la reglamentación de las Cooperativas Sociales** (GU-1991-381). Las cooperativas sociales son grupos de personas que se ponen de acuerdo para construir oportunidades de trabajo que estén en grado de incluir a los colectivos en desventaja como son discapacitados psíquicos. Describe tres tipos de cooperativas: **Tipo A**: realizan un servicio a la persona en exclusión, por ejemplo, actúa y gestiona una estructura de acogida para personas con discapacidad; **Tipo B**: su objetivo es la inserción laboral las personas en exclusión o riesgo de ella y, por lo tanto, al menos el 30% de su fuerza de trabajo deben tener esta condición, y por esto tienen un tratamiento fiscal más favorable; **Tipo C**: son los consorcios o agrupaciones de cooperativas, que nacen con el objetivo de dar más fuerza en el

mercado a las cooperativas a título particular, para la adquisición de contratos públicos y privados.

- **Ley n. 68 de 1999, Reglas para el derecho al trabajo para discapacitados** (GU-1999-68). Promueve la integración social y laboral de personas con discapacidad con una reducción de la capacidad de trabajo de más del 45%, a través de servicios específicos de apoyo y colocación. Los empleadores deben contratar como cuota a trabajadores con discapacidad en la siguiente medida: a) 7% de personas con discapacidad, si tiene más de 50 empleados; b) 2 trabajadores con discapacidad, si emplean de 36 a 50 empleados; c) 1 persona con discapacidad, si emplean de 15 a 35 empleados. Existen algunas exclusiones y exenciones, debido a actividades específicas que se desempeñe, de todas formas, los empleadores podrán quedar exentos parcialmente con la condición de pagar al Fondo Regional para el Empleo de Personas con Discapacidad.
- **Decreto Legislativo N° 276, de 10 de septiembre de 2003, se delegan en el Gobierno las facultades en materia de empleo y mercado de trabajo** (GU-2003-276). Indica las directrices comunitarias sobre empleo y formación continua, y una mayor participación en las empresas sociales.
- **Decreto del Presidente de la República N° 171, de 27 de julio de 2011, Reglamento sobre la terminación de la relación laboral de los trabajadores y las entidades públicas en caso de incapacidad psicofísica permanente** (GU-2011-171). Regula el procedimiento, los efectos y el tratamiento legal y económico afines a la evaluación de la incapacidad psicofísica permanente en todo tipo de organismos públicos.

2.4.6. Satisfacción laboral

El *trabajo* puede definirse como un proceso en el cual es ser humano transforma lo que le rodea, pero en esta acción no solo cambia su entorno, sino que se transforma a sí mismo, por eso es una actividad inherente y exclusivo de las personas. También es entendido como una manifestación de la libertad humana, porque sirve para la satisfacción de nuestras necesidades, por lo tanto, es una actividad productiva y vital (Marx, 1867).

Desde un *enfoque psicológico*, el trabajo puede entenderse como una actividad con un significado (aspecto subjetivo) y como un fenómeno social (lo que socialmente significa). Mientras que, desde una *perspectiva psicosocial*, el trabajo tiene una importancia en relación con la satisfacción de necesidades económicas mediante el salario, proporciona identidad social a través de la socialización, y es la forma en la que se crea y mantiene la cultura (Pieró et al., 1996).

Actualmente, el desarrollo de tecnologías, la organización en el trabajo, los sistemas de producción y la globalización del mercado neoliberal han ido modificando el mundo ocupacional. La *Psicología del Trabajo* estudia las conductas y experiencias cambiantes desde una perspectiva individual, social y grupal, y su objetivo es explicar y predecir los fenómenos que ocurren, así como prevenir y solucionar los problemas que se presentan, de forma de mejorar la calidad de vida laboral (Pieró et al., 2007).

Función psicosocial del trabajo

Las personas trabajan porque tiene un significado para ellas (Pieró et al., 1996), de esta forma, hay funciones positivas que promueven el trabajo en los individuos:

Tabla 16. Funciones positivas del trabajo

<i>Integrativa o significativa</i>	Da sentido a la vida ya que permite a los sujetos desarrollarse personalmente, mejoraría su autoestima y realización personal
<i>Proporcionar estatus y prestigio social</i>	Por lo que genera auto-respeto y reconocimiento por parte de los otros
<i>Identidad personal</i>	Forma como somos y como nos ven desde afuera.
<i>Económica</i>	El dinero permite mantener una independencia y el control de su vida en la medida que escoge lo que quiere hacer.
<i>Interacción y contactos sociales</i>	Es una forma de interactuar con otras personas fuera del grupo familiar, y que pueden convertirse en lazos extra-laborales
<i>Estructurar el tiempo</i>	Estructura el día y diversos ámbitos de la vida en función de los momentos en los que se trabaja (ocio, vacaciones, etc.)
<i>Mantener una actividad más o menos obligatoria</i>	Es un marco de referencia útil, regular, obligatorio y con propósito
<i>Desarrollar habilidades y destrezas</i>	Son acciones que el sujeto puede aplicar, mejorar o aprender en su labor
<i>Transmitir normas y expectativas sociales</i>	Tiene un rol socializador importante, y se relacionan con otros ámbitos de la vida como la familia, tiempo libre, política, etc.
<i>Proporcionar poder y control</i>	Sobre personas, cosas, datos o procesos.
<i>Comodidad</i>	Si se tienen buenas condiciones físicas, seguridad en el empleo, buen horario de trabajo.

Fuente: Aspectos psicosociales del trabajo (Pieró et al., 1996). Elaboración propia.

El problema surge en el sistema capitalista, ya que este se basa en las ganancias para el empleador por la sobreproducción, y la persona dedica menos tiempo a otras actividades como el descanso y la diversión, lo que afecta su salud (Marx, 1867). Cuánto más se vuelca el trabajador en su trabajo, se inserta en ese mundo vacío, objetivo, incluso hostil, y tanto menos dueño de sí, más pobre es su mundo interior y se vuelve enajenado de sí mismo, mayormente cuando implica un auto-sacrificio (Marx, 1844); así para algunas personas el trabajo puede ser visto como una obligación (Pieró et al., 1996).

Condiciones de trabajo y clima laboral

Las condiciones de trabajo son todos los *factores que están alrededor del trabajo*, pero que no son el trabajo mismo, por lo tanto, la cantidad de estos elementos es muy amplia e incluyen la carga física y mental, aspectos organizacionales, condiciones de seguridad y prevención, y factores de riesgo (Pieró et al., 2007).

Dentro de los aspectos organizacionales, la *cooperación grupal* es un proceso en el cual los individuos se encuentran relacionados por una tarea que les dirige, ya que de forma aislada no pueden ejecutarla o tiene un beneficio extra el hacerlo en conjunto. Esta actividad grupal requiere una *coordinación* que de sentido a la suma de elementos y que tenga claras las metas y las operaciones para alcanzarlas (Pieró et al., 1996).

Estos elementos aportan al *clima laboral*, que es la percepción que tienen las personas del ambiente laboral; el cual es positivo cuando hay claridad, armonía, independencia, responsabilidad, apoyo y relaciones sociales cálidas y amistosas (Pieró et al., 2007). Un clima laboral adecuado puede llevar a una buena *calidad de vida laboral*, pues responde a las expectativas, deseos y necesidades de las personas (OIT, 2016, Pieró et al., 1996).

Por el contrario, un *mal clima laboral* puede llevar a que persona se enferme, dado por la sobrecarga de trabajo, la falta de reconocimiento, malas relaciones o conflictos con los compañeros. Se debe considerar que un mal clima laboral va a afectar el rendimiento y desempeño de la organización en su totalidad; es así que el *abandono laboral* ha sido relacionado con factores organizacionales (pago y horario), socioeconómicos (tasa de

desempleo), personales (edad, género), y factores del ambiente laboral (relaciones con los compañeros y supervisión) (Pieró et al., 2007).

Motivación y Satisfacción laboral

La motivación se define como un proceso psicológico relacionado con el impulso, dirección y persistencia de una conducta hacia la actividad. Se podría decir que la motivación y el desarrollo de la empresa tiene una dinámica de interacción, que puede convertirse en un círculo virtuoso, pues si los miembros que permanecen en la empresa contribuyen a sus objetivos, estos son recompensados por ello y así motivados aún más, y así sucesivamente (Pieró et al., 2007).

Los aspectos motivadores del trabajo (Pieró et al., 2007) son dos principalmente:

- **Motivadores del entorno laboral:** dinero, estabilidad del empleo, oportunidades de promoción, condiciones de trabajo, posibilidades de participación en el trabajo y ambiente social.
- **Motivadores del contenido del trabajo:** características de interés, variedad, importancia e identificación de la tarea; autonomía para la realización de la tarea; oportunidades de utilizar conocimientos, habilidades y destrezas; retroalimentación.

Finalmente, la *satisfacción laboral* es entendida como una actitud o conjunto de las mismas, que desarrolla la persona hacia su situación de trabajo, por lo tanto, tiene consecuencias importantes tanto para la persona como para la organización. Es posible identificar diversas dimensiones de la satisfacción laboral, como es la actividad que se realice, el salario, la formación, el reconocimiento, las condiciones del trabajo, la supervisión, los compañeros y las políticas de la empresa (Pieró et al., 2007).

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS

Este trabajo lo hemos planteado para dar respuesta a tres ejes fundamentales de nuestra investigación: problemas mentales graves, inclusión laboral y promoción de la salud. El origen de las preguntas que nos formulamos partió de una amplia revisión en el tema que lleva a la propuesta de las hipótesis operativas en las siguientes áreas:

- La inserción laboral de personas con trastornos mentales graves es un fenómeno multifactorial que depende de las políticas públicas socio-sanitarias, de la implementación del Modelo de salud mental comunitario, de la regulación del mercado de trabajo, y del apoyo familiar.
- Existe tradicionalmente en la sociedad un estigma y discriminación hacia las personas con problemas mentales graves, esto influiría en su baja contratación laboral.
- Dentro del colectivo de personas con trastorno mental grave, las diferencias por género discriminan en el ámbito laboral.
- La inserción laboral se relacionaría con los niveles de capacitación y formación adquiridos, con su estabilidad sintomática y con las oportunidades ofrecidas por el mercado de trabajo.
- La búsqueda de respuesta en el entorno del usuario: familiares, profesionales y directivos de las instituciones de salud mental, ayudarían a conocer los elementos necesarios para un mayor bienestar y calidad de vida de los usuarios.

2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Serán considerados en objetivo general y desglosado este en específicos.

2.2.1 Objetivo General

Conocer, comparar y analizar cualitativamente la inclusión en el trabajo de personas con trastornos mentales graves, y desarrollar un modelo⁶ que explique el fenómeno de la inserción laboral desde la perspectiva de la Salud Pública en España, Ecuador e Italia.

2.2.2 Objetivos Específicos

1.- Revisar sistemáticamente y comparar el estado actual de las **políticas públicas**, modelos y planes estratégicos en salud mental para la atención sanitaria y social de las personas con trastornos mentales graves en España, Ecuador e Italia.

2.- Conocer y evaluar las principales características y componentes de los **apoyos institucionales** de la red sanitaria y social en salud mental, y su relación con la inclusión laboral de las personas con sufrimiento mental grave, en los tres países de estudio.

3.- Recoger e interpretar los relatos de los **usuarios/as** sobre su estado de salud percibido y profundizar sobre su perfil de necesidades de apoyo sanitarias, sociales y laborales, y la relación con su autonomía personal y calidad de vida desde su punto de vista.

4.- Analizar las características y relaciones de **familiares** de personas con enfermedad mental grave, y sus experiencias sobre las opciones de atención en salud, sociales y de inclusión laboral.

5.- Recoger información sobre la asistencia ofrecida por los servicios socio-sanitarios-laborales desde el enfoque de los **profesionales y directivos** de salud mental, que permita identificar factores condicionantes para la inclusión de las personas con trastorno mental grave.

6.- Describir la percepción de los participantes acerca de las formas en que el **estigma** está asociado a las patologías mentales, y exponer como configuran barreras que dificultan el acceso a su inserción socio-laboral.

⁶ Es la explicación teórica sobre el fenómeno estudiado que ha surgido de todo el proceso y que justifica la investigación.

7.- Conocer las experiencias de inclusión laboral, los tipos de **empleo** y las características laborales de las personas con trastorno mental grave, y profundizar en el proceso de implementación de las **cooperativas sociales** de trabajo en Italia, como estrategia pionera en la inclusión laboral y social de personas de este colectivo.

8.- Identificar las **diferencias de género** en personas con trastorno mental grave respecto a su inclusión laboral, oportunidades y tipos de empleo disponibles.

9.- Buscar la aplicación en **recomendaciones** como material de base y conocimiento desde el enfoque de la salud pública para identificar factores que posibiliten mejoras al modelo de inserción laboral en Valencia, Ecuador e Italia.

III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 PARADIGMAS DE INVESTIGACIÓN

La metodología nace con la finalidad de dar una base científica a los descubrimientos de los científicos, de forma que pudieran ser replicables y entendibles a toda la comunidad. Está definida como un conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica (RAE, 2018).

El paradigma es la forma de entender el mundo en base a una metodología. Desde una visión más objetiva tenemos el paradigma positivista que da lugar a la metodología cuantitativa y, por otro lado, se cuenta con el paradigma construccionista de donde emerge la metodología cualitativa, cuya base es la aproximación en profundidad al estudio de los fenómenos sociales. Esto no quiere decir que no sea posible estudiar a la sociedad desde el enfoque cuantitativo, sino que la forma de ver y de estudiarlos son diferentes (Delgado et al, 1994).

El paradigma constructivista concibe al mundo como posibilidades negando una única realidad objetiva, por lo tanto, es relativista pues existen múltiples construcciones mentales y sociales. En esta línea, el conocimiento es construido socialmente, y este solo es válido en la medida que se ajusta a una situación y es útil para mejorar la vida de los individuos. El investigador mientras estudia pasa a ser parte del fenómeno estudiado, y el investigador pasa a complementar la investigación, por lo que la solidaridad es un criterio relevante.

La presente investigación se adscribe a la *perspectiva constructivista*, ya que se concibe a la realidad como una construcción social, por lo que concebimos a la inclusión laboral de personas que tienen graves problemas de salud mental desde una visión no solo de la cantidad de sujetos con estas características, sino que se requiere conocer las particularidades contextuales de estas situaciones de este colectivo específico.

3.2. ENFOQUE Y METODOLOGÍA CUALITATIVA

Dentro del *paradigma constructivista se encuentra el enfoque cualitativo*, el cual describe y analiza una serie de fenómenos sociales con la finalidad de encontrar su cualidad, es decir, el carácter distintivo de la naturaleza de lo que se estudie, y no su énfasis en medirlo y cuantificarlo (Delgado et al, 1994).

La presente investigación se realiza mediante un *enfoque cualitativo*, el cual es un proceso que implica la recolección y análisis con la finalidad de responder y contar con la información que se requiere para profundizar sobre las particularidades de la inclusión laboral de personas con trastornos mentales graves.

El método cualitativo es uno de los principales instrumentos para realizar un *diagnóstico o análisis de una situación en salud*, ya que puede ser usada tanto para explorar un contexto social, identificar las necesidades de una comunidad, determinar los tipos de intervenciones más adecuadas para cada realidad, y describir el funcionamiento de servicios (OPS, 2009), que es lo que se realiza en esta tesis doctoral respecto de la inclusión laboral de personas con TMG comparando las experiencias de España, Ecuador e Italia.

En esta investigación unamos un *enfoque integral de promoción de la salud mental* donde lo propio de la salud mental es la inclusión de la dimensión *subjetiva* como instancia fundamental de la constitución de la realidad humana y el abordaje desde los determinantes sociales donde el enfoque permite ubicar a la desigualdad como un problema central en las relaciones, sus causas y efectos en la vida social.

Las ventajas de este tipo de enfoque es que se logra una perspectiva más precisa del fenómeno, desde la propia percepción de los participantes. Asimismo, la multiplicidad de observaciones produce datos más enriquecidos y variados, puesto que se consideran diversos ambientes, al ser un tema complejo se requieren investigar las relaciones que se tiene entre la perspectiva de familiares y usuarios sobre la inclusión laboral y lo que indican los profesionales y directivos de salud al respecto; de esta forma se amplían las dimensiones de la investigación (Hernández et al., 2007).

En el proceso investigativo se ha considerado incorporar enfoques transversales que proporcionan coherencia a toda intervención con personas con trastornos severos y que serán relevantes para facilitar un diálogo intercultural cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras. Así, la metodología propuesta se enmarca en los siguientes *enfoques: de derechos, intercultural, participativo, territorial y de género*.

Específicamente el *enfoque de género* en el proceso investigativo mantiene como premisa que las mujeres con este problema de salud se ubican a menudo en situaciones de

mayor desventaja que los hombres con discapacidad mental, por tanto, se encuentran con mayor frecuencia en riesgo de pobreza y exclusión social; y, tiene en cuenta que los cuidadores no profesionales de las personas con discapacidad mental, en su mayoría, son mujeres familiares de la persona con TMG. En razón de ello, utiliza en la búsqueda y análisis de la información, las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres en salud y en lo laboral para identificar posibles desigualdades.

El proceso de investigación cualitativa tiene una serie de procedimientos, los cuales se observan en la siguiente figura y se describen a continuación.

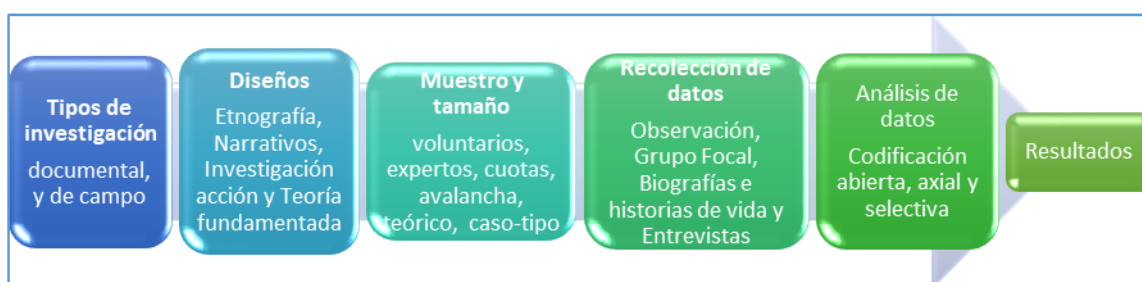


FIGURA 21. Proceso de la investigación cualitativa (Hernández et al., 2007). Elaboración propia.

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- **Documental:** Se realiza trabajando con materiales de tipo secundario, en documentos de cualquier especie, consulta de libros, artículos o ensayos de revistas y periódicos, y documentos que se encuentran en los archivos, como cartas, expedientes, etc. (Hernández et al., 2007).
- **De campo:** Se basan en datos primarios obtenidos directamente de la realidad, mediante entrevistas, cuestionarios y observaciones (Hernández et al., 2007). Además, permite cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han conseguido los datos, posibilitando su revisión o modificación en el caso de que surjan dudas respecto a su calidad (mayor nivel de confianza), se abordar con mayor precisión y seguridad.

El presente estudio es *documental y de campo* ya que se realiza un meta-análisis de datos sobre las cooperativas de trabajo, y se investiga sobre la implementación de servicios de salud, y acciones de reinserción laboral de personas con problemas de salud mental graves, recogiendo datos de los sujetos implicadas directamente en el tema.

Tipo de enfoque cualitativo

▪ **Descriptivo.**

Se caracteriza porque se conoce el fenómeno a estudiar y sus componentes, de forma que busca especificar propiedades y rasgos importantes del mismo. Sirve para ordenar, agrupar o sistematizar los elementos involucrados, describir tendencias de un grupo o población (Hernández et al., 2007).

El presente estudio es *descriptivo sobre los documentos encontrados y la percepción que tienen los usuarios, familiares, profesionales de salud y bienestar, y directivos* relativo a los servicios de salud mental, acciones de reinserción laboral, de vivienda y social de personas con problemas de salud mental graves.

▪ **Transversal**

Según su prolongación en el tiempo se circunscribe a un momento puntual, un segmento de tiempo, para medir o caracterizar la situación en ese tiempo específico (Hernández et al., 2007).

Asimismo, la presente tesis es una *investigación transversal*, ya que tiene la finalidad de descubrir e interpretar la percepción y opinión de los participantes en un momento específico en el tiempo, que es entre los años 2017-2018.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los diseños en la investigación cualitativa son los siguientes:

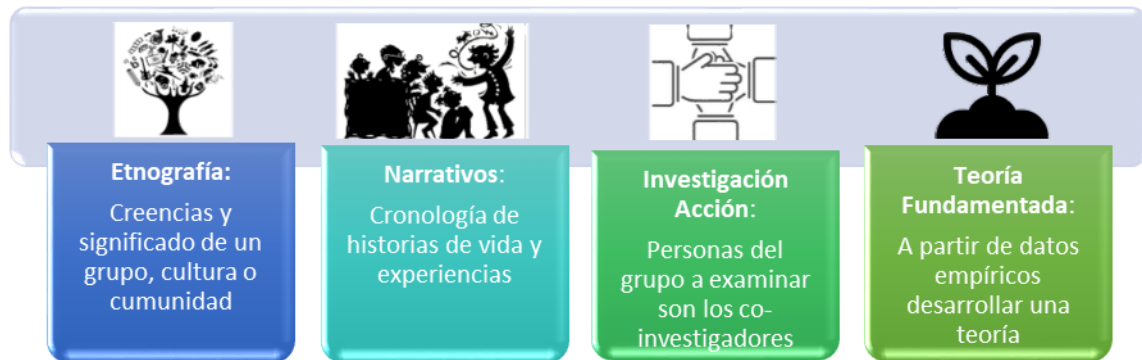


FIGURA 22. Diseño de investigación cualitativa (Hernández et al., 2007). Elaboración propia.

- **Etnografía:** pretenden describir y analizar ideas, creencias, prácticas y significados de grupos y comunidades, con la finalidad de describir las regularidades o los procesos cotidianos que implica ese proceso cultural específico (Hernández et al., 2007).
- **Narrativos:** se describe y analizan datos sobre la cronología de historias de vida y experiencias de ciertas personas, y se destacan categorías o temas, las cuales suelen ser de importancia para la misma persona o para su cultura o comunidad.
- **Investigación Acción:** los miembros del grupo o comunidad a examinar son los co-investigadores, ya que la finalidad es tener información que aporte para tomar decisiones, programas y reformas, y de esta forma resolver problemas cotidianos e inmediatos y mejorar prácticas concretas o una situación.
- **Teoría Fundamentada** (Grounded Theory) de Glaser y Strauss (1967): el propósito es a partir de datos empíricos desarrollar una teoría acerca de un área específica, para lo cual utiliza un procedimiento sistemático cualitativo, que dé como resultado una explicación conceptual de una acción, interacción o área.

El *diseño del proceso de investigación se utiliza es la Teoría Fundamentada*, cuyo propósito es desarrollar una teoría basada en datos empíricos y que se aplica a áreas específicas, como es la inclusión laboral de personas con TMG, en tres diferentes países (Hernández et al., 2007). la cual va a ser descrita en profundidad en un apartado posterior.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA CUALITATIVA

Existen dos criterios que se encuentran en la base del muestreo cualitativo que son la heterogeneidad y la economía:

a) **Heterogeneidad:** en muchos estudios el investigador usa la teoría de su disciplina o formación y a partir de ahí trata de obtener una muestra estructural cuyas unidades son elegidas en función de determinadas características de interés, de manera racional y no casual (Valles, 2002).

b) **Economía:** el muestreo cualitativo no pretende la representación estadística como se entiende desde la metodología cuantitativa, sino la representación tipológica y/o socio-estructural correspondiente a los objetivos del estudio, sin embargo, las decisiones suelen verse limitadas por las contingencias de medios y de tiempo, así, la muestra

planeada inicialmente puede ser distinta a la muestra final, ya que se pueden agregar casos que no se habían contemplado o excluir otros (Hernández et al., 2007).

En nuestro caso, la *heterogeneidad está dado por entrevistas realizadas tanto a usuarios, sus familiares, profesionales de salud y directivos*, pues se toman en cuenta diversos puntos de vista; y por la *economía* ya que se trata de lograr la representatividad de la muestra, seleccionando e incluyendo en el estudio a los diversos tipos de grupos que indiquen las diferentes posiciones y opiniones existentes sobre la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales graves.

3.5.1 Tipos de muestra cualitativa

- **De voluntarios:** son personas que por su propio interés desean participar voluntariamente en una investigación (Hernández et al., 2007).
- **De expertos:** se utiliza la opinión de individuos expertos con la finalidad de generar hipótesis más precisas o respuestas específicas sobre un tema.
- **Por cuotas:** la idea es contar con una cierta cantidad o cuota de casos, por lo que la recolección de datos se suele hacer en un espacio público como un centro comercial, hasta que se complete el número y por categorías requerido.
- **Avalancha:** consiste en pedir a los informantes que recomienden a otros posibles participantes. Es más práctico pues resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos partícipes pues ya hay un integrante conocido.
- **Teórico:** habitualmente se avanza hacia una estrategia de muestreo deliberado a lo largo del estudio, basándonos en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.
- **De casos tipo:** se analiza desde una perspectiva fenomenológica un determinado grupo, donde el objetivo es la riqueza y profundidad de la información, y no la cantidad ni la estandarización.

Finalmente, la *muestra* se compone de los siguientes grupos:

-**Directivos** o encargados de los establecimientos socio-sanitarios en los que se realice la implementación del modelo de salud mental.

-**Agentes y Profesionales de salud mental** que trabajen con usuarios con trastornos mentales graves en proceso de reinserción social y laboral.

-**Personas con trastornos mentales graves** que participen de un establecimiento de rehabilitación y que se encuentren en proceso de reinserción laboral.

-**Familiares** de personas con TMG que estén en reinserción social y laboral.

La recolección de fuentes primarias se ejecutará mediante entrevistas, las cuales se pretenden realizar en una *relación igualitaria desde el enfoque de derechos y género*, lo que se traduce en lograr un *equilibrio por sexo en las muestras*, propendiendo a tener la misma cantidad de hombres y mujeres en las entrevistas, con la finalidad de conocer si existen diferencias sobre su inclusión laboral, los cuales puede ser derivados de sus experiencias y roles sociales.

Criterios de inclusión y exclusión

En un primer momento se realiza un acercamiento con las instituciones que pueden aportar a la investigación, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión que permitan obtener información acorde para conseguir los objetivos propuestos.

Tabla 17. Criterios de inclusión y exclusión del estudio

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<i>Directores</i>	Directores de las instituciones de salud mental que asistan a personas con TMG.	Directores de establecimientos de salud o bienestar social que no asistieran a personas con TMG.
<i>Profesionales de salud mental</i>	Profesionales y agentes de salud mental que atiendan a personas con algún trastorno mental grave.	Profesionales de salud que no atiendan a usuarios que presenten TMG.
<i>Familiares</i>	Familiares de personas que presenten trastornos mentales graves y que se encuentren involucrados en procesos de rehabilitación socio-laboral.	Familiares que no estén involucrados en procesos de rehabilitación socio-laboral.
<i>Pacientes o usuarios</i>	Personas con un diagnóstico de trastorno mental grave definido por una institución sanitaria. Personas que se encuentren participando de dispositivos de inclusión socio-laboral.	Personas que se encuentren en una crisis aguda en el momento de la entrevista. Personas con TMG que no se encuentren buscando trabajo de forma activa.

Tabla 18. Operacionalización de las variables de investigación

Variable	Definición	Indicador
Modelo de Atención en Salud Mental	“Modelo comunitario de atención integral en salud mental, se basa en la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud. Contempla lo político, técnico, económico y social, y pone el centro de sus acciones en potenciar los recursos y habilidades de las personas, sobre la definición tradicional de discapacidad” (MSP, 2014).	Percepción sobre las políticas y modelo de atención en salud mental para TMG
Promoción de la salud mental	“Es una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a: 1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y 2. Proteger, mantener y mejorar la salud mental” (MSP, 2014).	Percepción sobre la aplicación del modelo de atención en salud mental.
Inclusión social	“El proceso de mejorar la habilidad, la oportunidad y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su identidad, para que puedan participar en la sociedad” (BM, 2014). “Promover y garantizar la participación de las personas con discapacidad en la educación, la formación y el empleo y en todos los aspectos de la sociedad, así como brindar los apoyos necesarios y ajustes razonables a dichas personas para permitir su plena participación” (OIT, 2015).	Percepción sobre la autonomía, pertenencia y empoderamiento de las personas con trastornos mentales graves
Inclusión laboral	“Es trabajar en igualdad de condiciones con las demás personas, lo que incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles” (ONU, 2008).	Percepción sobre la posibilidad de contar con un lugar de trabajo

Fuente: Elaboración propia

La edad de los participantes se centró en *adultos entre 18 y 65 años*, es decir, personas en edad de trabajar y también porque depende de las personas que acuden a las instituciones de salud y rehabilitación.

El proceso de muestreo que se realizó en esta investigación tanto en las ciudades de Quito y Guayaquil en Ecuador y Valencia en España fue el siguiente:

1. La investigadora empieza con una noción general de dónde y con quién comenzar. Se utilizaron procedimientos de conveniencia y *avalancha* ya que se tiene un primer contacto con alguna institución y luego los informantes de dicho lugar me refirieron a otras personas de contacto y organismos que trabajan el tema de la inclusión laboral.

2. La muestra se ajusta sobre la marcha y las nuevas conceptualizaciones ayudan a enfocar el proceso de muestreo, tanto de personas que se encuentran en las instituciones de salud y sociales, como de los que se encuentran trabajando o en búsqueda de ello.

El *muestreo caso tipo* es el que se va a realizar principalmente en la investigación para conocer a las *personas con trastornos mentales graves* y que tienen o pretenden una inclusión laboral.

Además, se realizó mediante *expertos*, ya que se recabó información de docente universitarios que dieron una mirada específica al quehacer con personas con TMG y su inclusión socio-laboral.

2. El muestreo continuó hasta que se alcanzó la *saturación teórica* de los datos.

Respecto del *meta-análisis*, también se utilizaron *criterios de elegibilidad* e inclusión para escoger los documentos, los cuales fueron:

1. Todos los recursos disponibles sobre la inclusión social, desinstitucionalización y cooperativas sociales de trabajo para personas con trastornos mentales graves en Italia en las principales bases de datos generales y específicas en salud mental.
2. Distintos tipos de materiales como libros, artículos científicos, informes y guías de organismos internacionales sobre el modelo de salud mental e inserción en el empleo en Italia.

Por otro lado, los *criterios de exclusión* para esta parte de la investigación fueron:

1. No relacionados con trastornos mentales grave.
2. No relacionados con la implementación del modelo en salud mental.
3. Asociados a normativas puras.
4. Dirigidos a población infante/juvenil o adultos mayores de 65 años.
5. De otros países (no Italia).

3.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Las dos características para establecer el tamaño muestral en la metodología cualitativa son:

- No hay criterios ni reglas establecidas

- Se determina en base a las necesidades de información, de esta forma la muestra se puede seguir determinando después de que se ha empezado la etapa de recolección de datos, de hecho, se puede ajustar en cualquier momento del estudio en caso de que sea requerido, hasta llegar a la **saturación de datos**, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante (Hernández et al., 2007).

La cantidad total de personas que participaron en la investigación fueron 114, las cuales se describen en el siguiente gráfico:

Tabla 19. Cantidad de muestra total del estudio

<i>País</i>	<i>Tipo</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
Valencia	Usuario	11	14	25
	Familiar	3	3	6
	Profesional	8	4	12
	Directivo	4	8	12
	Total Valencia	26	29	55
Ecuador	Usuario	17	14	31
	Familiar	16	2	18
	Profesional	4	2	6
	Directivo	1	3	4
	Total Ecuador	38	21	59
Total	Usuario	28	28	56
	Familiar	19	5	24
	Profesional	12	6	18
	Directivo	5	11	15
	General	64	50	114

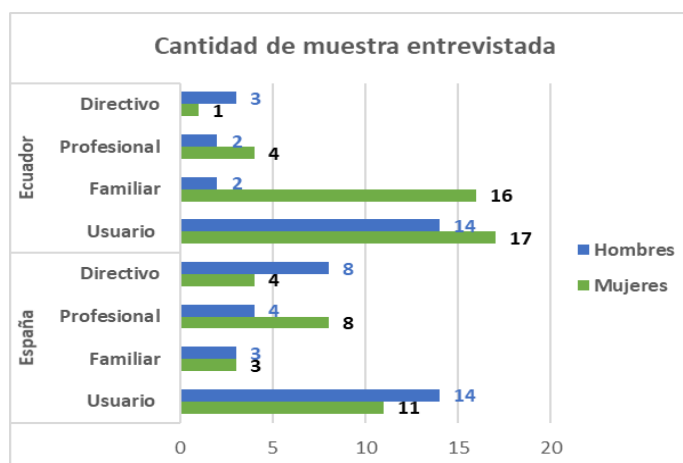


FIGURA 23. Cantidad de muestra entrevistada en el estudio.

Respecto del *meta-análisis*, la búsqueda de recursos arrojó una gran cantidad de datos, pero solo en tres bases de datos se encontró documentos que concordaban con los criterios de inclusión, como se observa a continuación:

Tabla 20. Cantidad de recursos de meta-análisis del estudio

<i>Base de datos</i>	<i>Referencias encontradas en la primera búsqueda</i>	<i>Artículos seleccionados</i>	<i>%</i>
<i>SciELO</i>	68	1	7
<i>JBI ConNECT</i>	50	0	0
<i>LILACS</i>	560	0	0
<i>APA</i>	676	0	0
<i>Google Académico</i>	24329	12	80
<i>Google</i>	290000	2	13
<i>TOTAL</i>	315683	15	100

3.7 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS CUALITATIVOS

Procedimiento de recogida de datos

Paso 1. El *procedimiento usado en este estudio* inicia en las ciudades de Quito, Guayaquil y posteriormente Valencia donde la investigadora principal residió por un periodo de tiempo aproximado de 10 meses en cada país para llevar a cabo el trabajo de campo (recolección de datos). En este proceso se envió a cada institución una carta de presentación de la investigación, que incluía la aceptación de la realización por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, un resumen del proyecto, la guía de preguntas para las entrevistas y el documento de consentimiento informado que se cumplimenta y entrega antes de iniciar las entrevistas.

Paso 2. Luego se concertaron las citas con el director de cada centro a quien se le explicó la investigación y aclararon los criterios de inclusión y exclusión, luego la institución estudió el proyecto para su abordaje y una vez aprobada, los profesionales de salud mental relacionados con inclusión laboral fueron entrevistados.

Paso 3. Estos profesionales dieron el acceso a los posibles usuarios y sus familiares quienes consintieron su participación voluntaria, y cuyas citas que se realizaron en diferentes días dada la posibilidad de las personas para las entrevistas individuales y grupales.

Se trató de que la recogida de datos ocurriera en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes (Hernández et al., 2007), que en este caso fueron *centros de salud, centros de rehabilitación, hospitales, lugares de trabajo y de vivienda*, de las ciudades de Quito y Guayaquil en Ecuador y Valencia en España.

Paso 4. Los primeros datos se recogieron en Quito y Guayaquil, donde se observaron diversas realidades en cuanto a la inclusión laboral de personas con TMG, y ese fue el comienzo del análisis de la información recolectada. Posteriormente se realizó en la ciudad de Valencia en España y finalmente se contó con información sobre el funcionamiento de las cooperativas sociales en Italia.

Existieron algunas instituciones a las que fue difícil acceder como el Centro Museos pues se tuvo que pedir aprobación del Comité de Ética del Hospital La Fe, otras que fue imposible como dos CRIS y un CEE de Valencia. Mientras que en Ecuador la mayor dificultad fue el largo tiempo de espera en trámites burocráticos para la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética (dos meses) y posteriormente del Ministerio de Salud (6 meses); y la no de participación del único Hospital Psiquiátrico público. A continuación, describiremos las instituciones participantes en el estudio.

Respecto del *meta-análisis*, con los recursos identificados se realizaron una serie de pasos:

Paso 1. se buscó en las bases de datos con las frases “discapacidad mental y trabajo”, “inclusione lavorativa grave disturbo mentale Italia”, “grave disturbo mentale”, “inclusión laboral trastorno mental grave Italia (español)”, “severe mental disorder and work”, “trastorno mental grave trabajo”, los cuales arrojaron una gran cantidad de datos, sin embargo, esta cifra se redujo al filtrar por fecha y país (Italia).

Paso 2. los recursos que quedaron se ordenaron según la siguiente información general: nombre, año de publicación, idioma (castellano, inglés o italiano) y formato (libro, artículo de revista o informe de organismo internacional o nacional).

Paso 3. todos los recursos que cumplían con los criterios de inclusión fueron ingresados en el programa MaxQDA y se analizaron exhaustivamente en base a las categoría y subcategorías encontradas en el estudio de las entrevistas.

Paso 4. una vez examinadas las características de cada recurso, estos se reagruparon según las categorías encontradas y se realizó un análisis cualitativo descriptivo de las mismas, el cual se aprecia en el apartado de resultados correspondiente al país Italia.

Entidades participantes

El objetivo del proceso de muestreo es obtener el discurso de la mayor cantidad de entidades participantes y que conforman la Red de Salud Mental, tanto en España como Ecuador, la cual no está totalmente completa por las dificultades de acceso antes descritas, sin embargo, se ha logrado un resultado bastante cabal, el cual se muestra a continuación.

Tabla 21. Entidades participantes en el estudio

Ecuador	España
Quito	Valencia
Huertomanías- Lugar de trabajo	
Hospital General de Calderón	Hospital Clínico
	Área de Salud Laboral
Centro de Atención Ambulatoria Especializado en salud mental San Lázaro	Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave CREAP
Ministerio de Salud Pública	Consellería de Sanidad
Guayaquil	Unidad de Salud Mental Malvarrosa
Hospital Psiquiátrico de Neurociencias	Hospital de mediana estancia Bétera
	Centro de Rehabilitación Bio-Psicosocial Museo
	Vivienda tutelada AMBIT
	Agencia de colocación BONAGENT
	Asociación para la salud integral del Enfermo Mental ASIEM
	Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana FEAFES
	Ayuntamiento
	Universidad de Valencia
	Servicio de Medicina laboral

En Ecuador participaron entidades de la Red de Sanidad que atienden a personas con TMG, la cual no tiene muchos dispositivos, el Ministerio de Salud y un lugar de trabajo.

Mientras que en Valencia se cuenta con la Red Sanitaria como Red de Bienestar Social, y algunas otras organizaciones como la Federación, el Ayuntamiento y la Universidad de Valencia. Tanto las instituciones de la Red Sanitaria han sido ya detalladas

en el apartado de Servicio de Salud Mental de ambos países, por lo que a continuación se describen brevemente las otras entidades:

Quito:

- ***Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro***: ofrece un servicio en salud mental de consulta externa, tratamientos grupales para trastornos afectivos y esquizofrénicos, grupos de auto-ayuda para los familiares, y se realizan procedimientos específicos entre los que se encuentra el electroshock (MSP, 2013b).

Valencia:

- ***Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave*** CREAP: ofrece una atención integral a la variedad y complejidad de las necesidades que presentan las personas de este colectivo y sus familias mediante Centro de día, atención residencial e inserción socio laboral, asimismo es un centro de estudio e investigación sobre técnicas de intervención (CREAP, 2015).
- ***Agencia de colocación “Bonagent”***: es un servicio de taller de artes y oficios, orientación laboral, búsqueda de empleo, acompañamiento y asesoría a las empresas para la inclusión laboral de personas con trastornos mentales (Bonagent, 2016).
- ***Asociación para la Salud Integral del Enfermo Mental*** ASIEM: realiza apoyo, asesoría, educación formación e integración socio-laboral a personas con problemas de salud mental grave y a sus familiares (ASIEM, 2016).
- ***Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana*** FEAFES: es una organización social por debajo de la Confederación Nacional que agrupa a las asociaciones y organizaciones relacionadas con la salud mental, con la finalidad de velar por los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de las personas con enfermedad mental y de sus familiares, realizando asesoría en diversas temáticas incluida la legislación laboral para este colectivo (FEAFES, 2015).

3.8 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS CUALITATIVOS

Las técnicas para realizar la recogida de datos se describen a continuación:



FIGURA 24. Técnicas de recolección de datos cualitativo (Hernández et al., 2007). Elaboración propia.

- **Observación:** Se considera el primer acercamiento de la ciencia para conocer los fenómenos del contexto que nos rodea, sin embargo, para que este se considere en la actualidad un hecho investigativo validado se requiere un orden y registro de las acciones realizadas, de forma de poder describir a detalle cómo se lleva a cabo la investigación observacional. Existen dos tipos de participación, una es el considerarse como un agente externo a la situación que se indaga y la otra es la investigación participante (Delgado et al, 1994).
- **Biografías e historias de vida:** Permite la construcción de la historia de vida de una persona, y es una técnica que puede ofrecer distintos puntos de vista, más allá de las versiones oficiales, y brinda un panorama más completo y profundo de las características de los involucrados en los hechos (Hernández et al., 2007).
- **Grupos Focales:** Es una discusión informal de estructura flexible con un grupo pequeño, homogéneo de entre seis a ocho personas que está diseñado para recoger la información sobre un tema particular en el cual todos están interesados (Hernández et al., 2007).

Tipos:

- **Debates de grupo:** dos o más grupos conformados que dialogan acerca de un tema específico, en un clima de debate no dirigido.
- **Grupos de discusión:** conversación de un grupo de personas que por lo general no se conocen sobre un tema del cual no tienen de antemano una posición específica.

- **Entrevistas de grupo:** preguntas que cualquier persona puede responder, y no es necesario que todos den su opinión.

La *Entrevista de grupo* es una de las técnicas que se aplicó los *familiares y usuarios con trastornos mental graves* que se encuentren en procesos de reinserción laboral, ya que son personas que se conocen anteriormente y que han compartido experiencias relativas a esta temática.

- **Entrevistas:** Si se quiere conocer algo sobre las personas, lo mejor, más directo y simple, es preguntárselo a ellas, ya que se suelen usar para apreciar cómo funciona una persona en un momento determinado (Hernández et al., 2007), lo cual es importante ya que la inclusión laboral de personas con TMG es un tema en el cual se requiere la opinión de los mismos usuarios y profesionales de distintas áreas relacionados con la materia.

Se pueden hacer preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, percepciones, etc., por lo cual es importante generar un clima de confianza, sobre todo si se piensa que son personas que tienen un problema de salud mental y están esperando algún tipo de reacción ya que sus experiencias no son fáciles de contar.

Son una buena fuente de datos cualitativos, puesto que es la técnica más íntima, flexible y abierta para intercambiar información. No son costosas, producen mucha información en corto tiempo y pueden ser informales o formales.

Se realizó una grabación en audio de las entrevistas, las cuales posteriormente fueron transcritas a mano. Así también se consideró las anotaciones de los cuadernos de campo con las expresiones y lenguaje no verbal de los participantes observados en el proceso de entrevista.

Un **tipo de clasificación** de las entrevistas las ordena según su estructura en:

- No estructuradas o **abiertas:** se pregunta de forma general.
- **Estructuradas:** se realizan preguntas sobre algo específico.
- **Semi estructuradas:** se define un tema, pero no la especificidad de éste.

Es la presente investigación se utilizaron entrevistas *semi-estructurada* ya que se *presentó el tema y se tenían algunas preguntas como guía*, pero estaba centrado en lo que la personas iba diciendo y llevando la entrevista, tocando todos los tópicos previstos.

Se realizaron *entrevistas individuales a personas con problemas de salud mental graves y sus familiares*, ya que la finalidad a la que se pretende llegar es el evaluar si las organizaciones y el ambiente son sensibles e inclusivos; así como a *directivos y profesionales* de salud mental de las instituciones sobre el cumplimiento de las políticas en la implementación de los servicios de salud mental, y su coordinación con los servicios sociales de los países de estudio, y personas relacionadas con el ámbito laboral.

En cuanto al *contenido de las entrevistas*, estas se basan en los ámbitos de estudio del marco Vic Health para la promoción de la salud mental y el bienestar utilizado por la OMS, en el cual se define que los determinantes claves son la inclusión social, la ausencia de la discriminación o violencia, y la participación económica (OMS, 2004b). Los ámbitos que se preguntaron en las entrevistas se relacionan con:

-Políticas de salud mental: determinar si han sido implementadas según el enfoque comunitario y si existen recursos para ello, mediante la participación económica que incluye la existencia de trabajo, educación, vivienda y dinero para los usuarios.

-Organizaciones y el ambiente: evaluar si es sensible e inclusivo, mediante la valoración de la ausencia de discriminación por la valoración la diversidad, la seguridad y la autodeterminación y el control de la propia vida.

-Percepción de las personas relativo a la autonomía, pertenencia y empoderamiento: evaluar la inclusión social que se basa en la relación de apoyo, la participación en actividades de grupo y la participación cívica de las personas con trastornos mentales graves.

3.9 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

En el método cualitativo, la recolección y análisis ocurren en paralelo, ya que mientras se entrevista se realiza el análisis de los datos, hasta la saturación teórica de los mismos, es decir, cuando ya no encontremos elementos nuevos en el discurso, es por esto que se dice que es un proceso ecléctico, sistemático, contextual, circular y en espiral, porque no se realizan una serie de procedimientos concretos (Hernández et al., 2007).

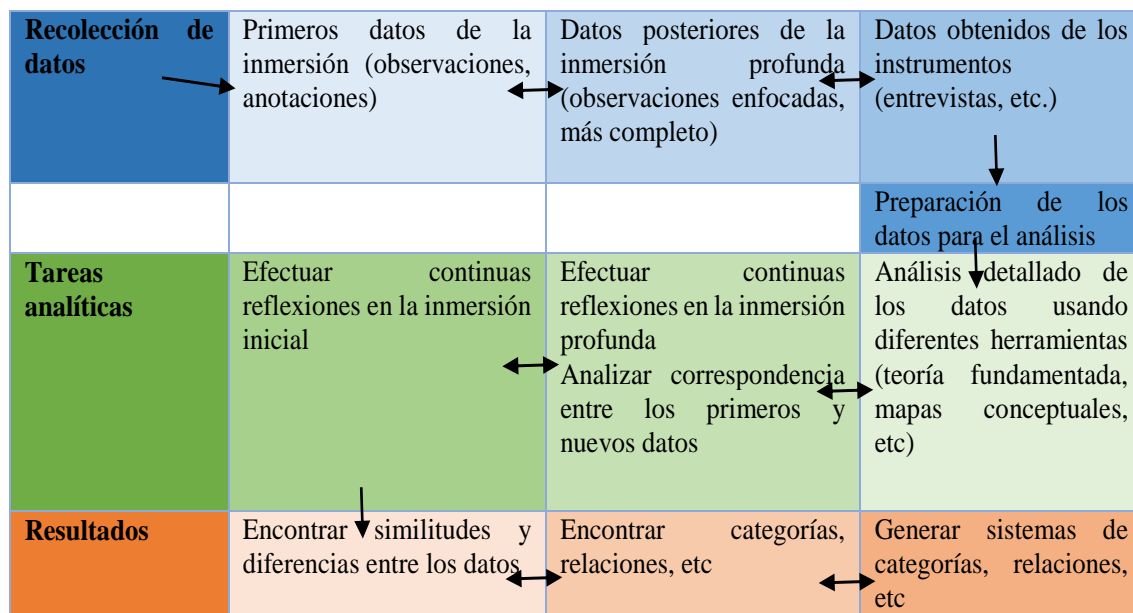


FIGURA 25. Proceso de recolección y análisis de datos cualitativo (Hernández et al., 2007). Elaboración propia.

Las **fuentes de datos** pueden ser:

- **De la primera inmersión:** bitácora (anotaciones) y observaciones del ambiente
- **De los instrumentos:** recolección enfocada (entrevistas, etc.)

En el caso de la presente investigación, los *datos de los instrumentos (entrevistas individuales y grupales)* de personas con TMG, sus familiares, profesionales de salud mental y directivos, y se realiza un análisis de los mismos mediante la metodología cualitativa.

Tipos de análisis cualitativo:

- **Codificación temática:** se realiza en estudios comparativos de grupos a priori. Se trata de garantizar la comparabilidad definiendo temas iguales para ambos (Hernández et al., 2007).
- **Análisis del contenido:** se usan categorías provenientes de modelos teóricos y no de los datos. Las categorías se llevan a los datos, y se usa para reducir el material.
- **Análisis global:** se obtiene una panorámica general del texto que debe examinar; luego se puede o no hacer un análisis más detallado.
- **Análisis secuencial:** prestan más atención al contexto, y expresa la idea de orden social, y el contenido es menos importante.

- **Análisis de conversaciones:** se analiza el orden que se produce por turnos.
- **Análisis del discurso:** se muestra la forma en que se construyen en las conversaciones y las versiones de los participantes sobre los acontecimientos.
- **Hermenéutica objetiva:** el significado se acumula en la ejecución de la actividad.
- **Análisis de narraciones:** los contenidos son fiables si se analiza la Gestalt o la globalidad de la narración.
- **Codificación teórica:** es el procedimiento de analizar datos desde la Teoría Fundamentada, el cual se describe en detalle a continuación por ser el usado en la presente tesis.

3.9.1 Proceso de análisis cualitativo en la Teoría Fundamentada

El estudio cualitativo de la presente investigación se realiza mediante la Teoría Empíricamente Fundamentada (Grounded Theory), la cual se formula al relacionarse los datos encontrados en el campo, es decir, cuando se realizan las entrevistas sobre la inclusión laboral, siendo este un proceso circular e inductivo (Hernández et al., 2007).

La Teoría Fundamentada se basa en un diseño sistemático que contempla tres etapas de codificación de los datos las cuales son abierta, axial y selectiva:

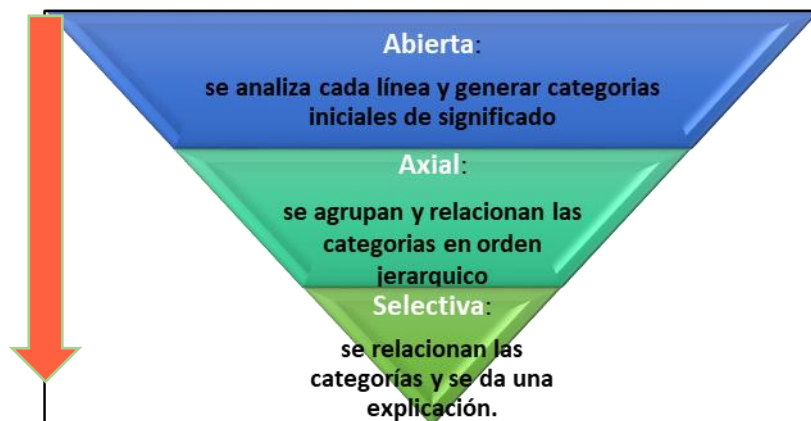


FIGURA 26. Análisis de datos según la Teoría Fundamentada (Hernández et al., 2007). Elaboración propia.

1.Codificación Abierta: se analizan línea por línea todos los elementos o segmentos que vayan surgiendo en cada entrevista individual y grupal realizada, y se les va dando nombre descriptivo y de esta forma se generan categorías iniciales de significado; así, se genera evidencia para cada una de las categorías, es decir, estas se basan en los datos

recolectados. Las categorías tienen propiedades representadas por subcategorías, las que son codificadas también (Hernández et al., 2007).

2. **Codificación Axial:** se describen las categorías codificadas que emergieron del primer nivel (conceptos, definiciones, significados) de las entrevistas a usuarios, familiares y profesionales; y al mismo tiempo, se agrupa las categorías en temas y patrones, se relaciona dichas categorías, y se ejemplifica.

Las categorías que se consideran más importantes se las posicionan al centro del proceso (categoría central) y esta se relaciona con otras categorías, y la interacción que puede darse en distintas funciones del proceso como es condiciones causales (una afecta a otra), de interacciones (relación con otras), de consecuencias (son el resultado de otra categoría), de estrategias (acciones que influyen), de condiciones contextuales (que forman parte del ambiente o situación) y de condiciones intervinientes (que median la interacción entre categorías).

Este procedimiento permite ir evaluando sistemáticamente la necesidad de profundizar en ciertos temas vinculados a la inserción sanitaria y socio-laboral, hasta llegar a la saturación final y construye un modelo del fenómeno que explique la situación de inclusión laboral que es nuestro tema central.

Si algunas categorías no se han desarrollado por completo o se definieron parcialmente, se puede:

- Recoger más datos, por ejemplo, realizar más entrevistas en una misma institución socio-sanitaria.
- Solicitar a otro investigador que revise las categorías, como es el caso de esta investigación, las cuales fueron analizadas por otra psicóloga con conocimientos sobre los trastornos mentales graves.
- Cuando ya no se encuentran categorías nuevas llegamos a la saturación teórica, que significa que los datos ya no proporcionan nuevos conocimientos, y llegamos al final de la búsqueda de instituciones socio-sanitarias y laborales.
- Por lo tanto, es un proceso inductivo (vienen del texto, lo que dicen cada participante) y deductivo (conceptos hacia el texto, pues surgen categorías sobre la inclusión laboral y relaciones entre ellas).

3. **Codificación Selectiva:** la investigadora regresa a las unidades de análisis y las compara con su esquema emergente para fundamentarlo, es decir, se revisan las relaciones entre las categorías sobre la inclusión laboral y se obtiene un sentido de entendimiento, y se escribe una narración acerca del fenómeno de la inserción socio-sanitaria-laboral, se interpreta el significado de las categorías, y se ejemplifica con segmentos de las entrevistas realizadas.

Aquí se generan teorías, hipótesis y explicaciones, puesto que la codificación selectiva es el nivel más alto de abstracción, en el cual se elabora una categoría central que es la inclusión laboral que se relaciona con el resto. Se presenta un sistema de clasificación, o temas y teorías sobre el fenómeno de la inclusión laboral, y así llegamos a la definición de las categorías principales que posteriormente se comentaran de manera amplia en el apartado de resultados del estudio.

3.9.2. Programa computacional para el análisis de datos cualitativo

A partir de los años 80 se empiezan a crear programas específicos para el análisis de datos cualitativos denominados CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis), y en la actualidad existe una extensa gama de ellos. Este tipo de programas pueden ser útiles ya que permiten un proceso transparente de análisis de datos, ajustado al texto de los sujetos participantes y reducir los tiempos de análisis, por lo que sirve para realizar el proceso mecánico, ya que pueden ver similitudes, diferencias y relaciones, pero el proceso creativo de creación de conceptos e interpretar los resultados se sigue realizando por el investigador (Gonzalez & Cano, 2010).

Algunos estudios demuestran que los programas más utilizados para el procesamiento de datos cualitativos son Atlas. Ti, MaxQDA y NVivo, y mostraron que el uso de este tipo de software es más utilizado en jóvenes investigadores (Rivera, 2016).

El programa escogido en esta tesis para el análisis de datos es *MaxQDA*, el cual fue lanzado por Udo Kuckartz en 1989, por lo cual tiene varios años mejorando sus versiones, y utilizamos la versión más reciente del 2018, el cual está diseñado para analizar datos basados en la Teoría Fundamentada y métodos cualitativos, y últimamente ha incorporado métodos mixtos de investigación (MAXQDA, 2018).

Las ventajas de MaxQDA es que es una herramienta de referencia que ha sido utilizada en la investigación de muchas disciplinas académicas, incluidas las investigaciones en salud (Blasco & Mengual, 2010). A su vez, permite trabajar con ficheros de textos (por ejemplo, Word y PDF), imágenes y video, aunque en la investigación solo realizamos grabaciones en audio; y permite anotar datos en las mismas entrevistas y estas quedan almacenadas. El uso más específico que realizamos fue el crear códigos flexibles que pudimos mover y reasignar diferenciados por colores en la medida que íbamos analizando los datos e iban apareciendo las categorías. Para el resumen de datos destaca que el programa tiene un explorador interactivo de matriz de códigos, de relación visual de códigos, tablas de frecuencia, y versatilidad de sus herramientas visuales de análisis, lo cual fue una ventaja para poder tener una visión integral de las categorías relacionadas con la inclusión laboral.

3.10 CONFIABILIDAD EN LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

3.10.1 Validez interna y externa

La validez interna se garantiza a través de la representatividad de la muestra e incluyendo todos los elementos y variables que se requieran para abarcar los elementos indispensables para el entendimiento de la problemática de estudio. Mientras que la validez externa se logrará mediante la utilización de los resultados obtenidos en grupos de características socioculturales parecidas. Finalmente, la triangulación es un método que sirve para cotejar los datos recolectados por diversas formas y sirve para tener distintos puntos de vista y en diversos contextos sobre un fenómeno (Hernández et al., 2007).

En esta investigación, por un lado, se *analizan documentos y datos de la OMS y la OIT* como las normativas respecto a la salud mental y la inclusión de personas con trastornos mentales graves.

La validez también se logra al recabar información tanto de usuarios, sus familiares, profesionales y agentes, directivos y expertos, puesto que se abordan todos los actores involucrados con la temática, lo que le otorga, junto con los datos normativos, mayor *validez interna* a la investigación.

Por otro lado, se realiza la investigación en ciudades de tres de países como son España, Ecuador e Italia, lo que le otorga *validez externa* al obtener resultados de tres grupos que tienen en común un modelo comunitario de salud mental.

Tanto con el análisis de las normativas, las entrevistas a *diferentes actores* implicados y la comparación de tres contextos hace que le logre una *triangulación* de los datos, lo que le otorga mayor confiabilidad a la investigación. Asimismo, los datos y resultados fueron analizados por la tutora, la investigadora y otra psicóloga externa, logrando la triangulación de los resultados, garantizando que el trabajo se ha realizado con rigurosidad metodológica.

3.10.2 Consideraciones éticas y consentimiento informado

La presente investigación se realizó de acuerdo a lo planteado por la Asociación Médica Mundial (AMM) a través de la *Declaración de Helsinki*, en la cual se indica los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, y se insta a velar por el bienestar y los derechos de los pacientes (OMS, 2005); puesto que tratamos de comprender las causas, evolución y efectos del TMG y mejorar las intervenciones para llegar a su completa inclusión socio-laboral en la sociedad.

Este estudio cuenta con el respaldo de haber sido aceptado por el *Comité de Ética* de la Universidad de Valencia y del Comité de Ética del Hospital La Fe en Valencia, así como del Comité de Ética del Hospital Eugenio Espejo en Quito-Ecuador, instituciones que acreditan que la investigación no supone un riesgo para los participantes.

Además, se contó con el documento del *consentimiento informado*, el cual fue analizado por cada institución y las personas aceptaron participar del estudio de forma voluntaria y con conocimiento, cabe señalar ninguno de los usuarios estaba incapacitado legalmente. Se siguió el procedimiento de manejo e información de datos mediante las indicaciones de confidencialidad de la investigación con seres humanos de la Ley Orgánica de Protección de Datos de España (BOE-A-1999-15).

Por último, además de la declaración ética indicada, se respetan los derechos de los pacientes y se cumplió con el principio de beneficencia, en el cual se indica que no se va a causar ningún padecimiento psicológico o social a los participantes de este estudio.

IV. RESULTADOS

El análisis de datos abierto y axial ha dado como resultado varias categorías siguiendo el proceso de la Teoría Fundamentada, la cual indica que surgen de la codificación de los datos mismos, y se organizan según sus características similares o relacionales en un esquema lógico y sistemático que se explicará a continuación.

Los resultados se han agrupado según países con la finalidad de describir cada uno y comparar posteriormente y según los objetivos indicados en nuestra investigación, empezando con la descripción de los datos de Ecuador, y posteriormente España e Italia.

4.1. RESULTADOS ECUADOR

En Ecuador la muestra comprende las ciudades de Quito y Guayaquil y está representada por: **Usuarios/as (U=53%), Familiares (F=31%), Profesionales (P=8%) y Directivos (D=8%)**. Un poco más de la mitad de la muestra pertenece a **establecimientos públicos 63%**, y 37% a privados (Hospital de Neurociencias y Huertomanías).

Del total de entrevistados el **64% fueron mujeres** y 36% son hombres, y al considerar al sub grupo de Usuarios/as las **mujeres representan el 55%** y 45% son hombres.

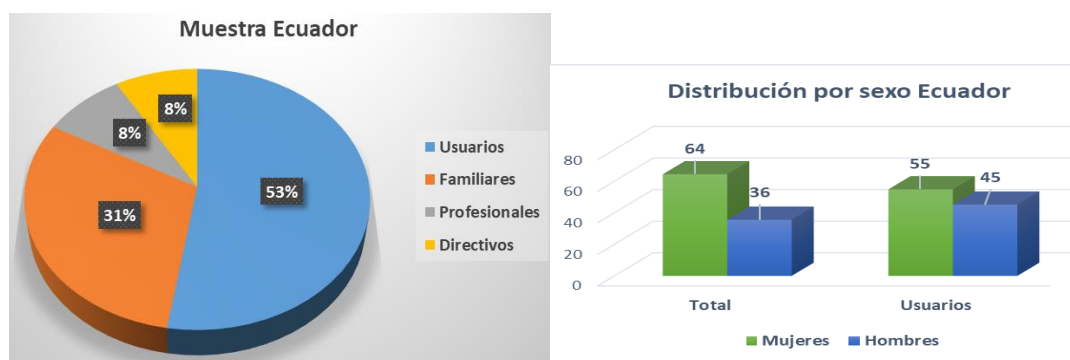


FIGURA 27. Porcentaje de tipos de muestra de Ecuador

Tabla 22. Muestra por tipo y sexo en Ecuador

<i>País</i>	<i>Tipo</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total</i>
<i>Ecuador:</i>	Usuario	29	24	53
<i>Quito y</i>	Familiar	27	3	31
<i>Guayaquil</i>	Profesional	7	3	10
	Directivo	2	5	7
	Total	69	41	100

El rango de edad del total de los entrevistados va desde los 22 a los 65 años, muy similar sin consideramos a solo los **Usuarios/as va desde los 22 a los 62 años de edad** con un promedio de 43 años, es decir, en edad laboralmente activa.

Del análisis se desprenden **6 Categorías principales en Quito y Guayaquil:** Laboral (41%), Estructura y organización de Salud Mental (24%), Sanidad (14%), Personal (9%), Familiar (7%) y Social (5%). Sin embargo, el peso de las Categorías varía al considerar la **visión de los Usuarios/as**, lo cual es relevante destacar, pues en este caso, se eleva la carga otorgada a las categorías Personal (de un 9% a un 15%) y Social (de un 5% a un 10%), y disminuye drásticamente el peso otorgado a la categoría Estructura y organización de Salud Mental (de un 24% a un 4%).



FIGURA 28. Peso de las Categorías en Ecuador: general y usuarios/as

En cuanto a las sub-categorías en valores absolutos (N=642) se observa un mayor peso otorgado al contenido *Condiciones laborales* (categoría Laboral); contenido *Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico* (categoría Sanidad); contenido *Trabajo como terapia* (categoría Laboral); contenido *Escasa Red Socio-Sanitaria* (categoría Estructura y Organización de Salud Mental); contenido *Clima laboral positivo* (categoría Laboral); contenido *Discriminación laboral* (categoría Laboral); contenido *Falta de oportunidades laborales*, (categoría Laboral); contenido *Falta de políticas públicas* (Categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Satisfacción laboral* (categoría Laboral); y contenido *Sintomas del estado de ánimo* (categoría Sanidad).

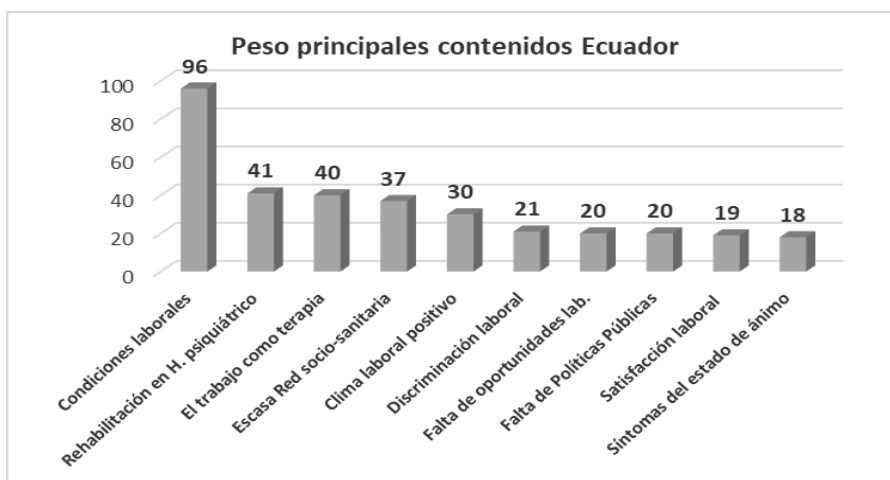


FIGURA 29. Peso de los principales contenidos en Ecuador

Tabla 23. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos totales – Ecuador

<i>Categorías</i>	<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>	<i>%</i>
Laboral (peso 264) 41%	1.Inclusión (peso 205) 31,9%	1.1. Condiciones laborales	15,0
		1.2. Formación y capacitación.	1,2
		1.3. Seguimiento a usuarios.	1,9
		1.4. Clima laboral positivo	4,7
		1.5. Satisfacción laboral	3,0
		1.6. El trabajo como terapia.	6,2
	2.Exclusión (peso 59) 9,2%	2.1. Falta de oportunidades laborales	3,1
		2.2. Auto-estigma.	1,6
		2.3. No manejo de síntomas	1,2
		2.4. Discriminación laboral	3,3
3. Profesionales de Salud mental (peso 22) 3,4%	3. Profesionales de Salud mental	3.1. Tipo de establecimiento	0,9
		3.2. Psicólogos/as	0,6
		3.3. Psiquiatras	0,8
		3.4. Importancia de las terapias	0,8
		3.5. Otras profesiones	0,3
	4. Hospitalización (peso 25)	4.1. Internación en Hospital Psiquiátrico	2,3
		4.2. Hospital General	0,6

Sanidad (peso 91) 14%	3,8%	4.3. Domicilio	0,3
		4.4.Por descompensación aguda (de síntomas)	0,6
	5.Síntomas (peso 32) 5%	5.1.Síntomas del estado de ánimo	2,8
		5.2. Síntomas psicóticos	0,9
		5.3.Problemas en las relaciones interpersonales	0,5
		5.4. Mejoría de los síntomas	0,8
	6.Medicación (peso 12) 1,8%	6.1.Adecuada	0,9
		6.2.Efectos secundarios indeseables.	0,9
	Estructura y organización Salud Mental (peso 156) 24%	7.Dificultades (peso 72) 11%	7.1.Estigma
7.2.Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales			3,1
7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria			5,8
8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 13) 2%		8.1.Hospital Psiquiátrico	1,4
		8.2. Hospital General	0,6
9.Servicios de Rehabilitación (peso 52) 8%		9.1.Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	6,4
		9.2. Centro Especializado	1,4
		9.3.Hospital General	0,3
10.Facilidades (peso 19) 3%		10.1.Modelo de Salud Mental	2,2
		10.2.Ley de inclusión laboral	0,8
Personal (peso 54) 9%	11.Autonomía (peso 29) 4,6%	11.1.Independencia	2,3
		11.2. Responsabilidad y decisiones	2,2
	12.Relaciones íntimas (peso 14) 2,2%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	1,4
		12.2.Pareja sentimental	0,8
	13.Educación (peso 6) 1%	13.1.Poco acceso e integración	0,3
		13.2.Problemas de concentración	0,3
		13.3.Positivo interés y acceso.	0,3
14.Proyecto vital (peso 5) 0,8%	14.1.Proyecto vital positivo	0,8	
Familiar (peso 47) 7%	15.Apoyo (peso 19) 3%	15.1. Unión familiar	1,2
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,7
	16.Sobreprotección (peso 15) 2,3%	16.1. Dependencia	1,4
		16.2.Falta de confianza	0,9

	17.Aislamiento (peso 13) 2%	17.1.Rechazo	1,2
		17.2.Miedo	0,8
Social (peso 30) 5%	18.Ocio y recreación (peso 16) 2,5%	18.1. Deporte y entretenimiento	2,5
	19.Vivienda (peso 5) 0,8%	19.1.Vivienda dependiente y asistida	0,8
	20.Relaciones de amistad (peso 5) 0,8%	20.1. Relaciones de amistad	0,8
	21.Ayudas económicas (peso 4) 0,6%	21.1.Bonos y pensiones	0,6
Total	100%		100

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos, y se ejemplifica cada uno con citas textuales de los entrevistados, las cuales se dividen por color de la siguiente forma:

Usuario/a	Familiar	Profesional	Directivo
-----------	----------	-------------	-----------

4.1.1. Categoría Laboral - Ecuador

Tabla 24. Porcentaje de la categoría Laboral: Subcategorías y contenido - Ecuador

<i>Categoría</i>	<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>	<i>Porcentaje</i>
Laboral (41%)	1.Inclusión 78%	1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero. También se describe la cooperativa de trabajo Huertomanías.	36
		1.2. Formación y capacitación.	3
		1.3. Seguimiento a usuarios.	5
		1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.	11
		1.5. Satisfacción laboral y derecho al trabajo.	7
		1.6. El trabajo como terapia.	15
	2.Exclusión 22%	2.1. Falta de oportunidades laborales	8
		2.2. Auto-estigma.	4
		2.3. No manejo de síntomas	3
		2.4. Discriminación laboral	8
Total	100%		100

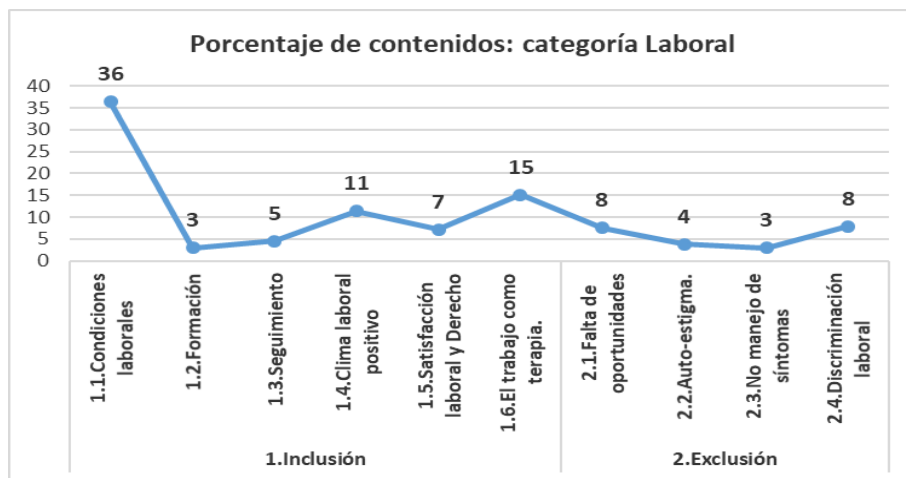


FIGURA 30. Porcentaje de contenidos de la categoría Laboral - Ecuador

Del total de los entrevistados, el 42% se encontraba trabajando, sin embargo, se debe considerar que del total de personas trabajando, el 62% de los entrevistados pertenecían a la cooperativa de trabajo Huertomanías y otros que han sido empleados por el mismo Hospital Psiquiátrico donde son atendidos. Estas dos situaciones que se salen de los parámetros normales para este colectivo, y es debido a que el trabajo que realizan en ambos lugares, por un lado, han sido contratados por su discapacidad y por otro no son trabajadores asalariados, por tanto, no tienen seguridad social y otros beneficios. Por lo tanto, se excluyó a estos dos subgrupos atípicos, se obtiene que **de los usuarios/as el 74% se encuentran en desempleo.**



FIGURA 31. Porcentaje de Usuarios que trabajan en Ecuador

Tabla 25. Porcentaje de usuarios que trabajan por sexo en Ecuador

	<i>No trabaja</i>	<i>Trabajando</i>	<i>%</i>
<i>Hombre</i>	26	11	37
<i>Mujer</i>	47	16	63
<i>Total</i>	73	27	100

Si bien en el porcentaje indica que son la mayoría de mujeres las que trabajan, también son la mayoría de las que no trabajan, por ello se analiza en términos de proporción absoluta por sexos en porcentaje, de lo cual se observa que **los que más trabajan son los hombres con una proporción de 28%** (25% mujeres), mientras que la mayor proporción de **mujeres no trabajan 75%** (71% hombres), por lo tanto, son los hombres los que proporcionalmente tienen mayor trabajo en comparación con las mujeres, aunque podría afirmarse que **no se observa una gran diferencia**, como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 26. Proporción absoluta de usuarios/as que trabajan por sexo en Ecuador

<i>Proporción</i>	<i>No trabaja</i>	<i>Trabajando</i>	<i>Total</i>
<i>Hombre</i>	71	28	100
<i>Mujer</i>	75	25	100

En relación al **tipo de tareas** que realizan hombres y mujeres se observa que desempeñan **actividades de baja cualificación**, aunque con algunas diferencias por género:

Los **hombres** que trabajan realizan actividades de venta ambulante, administrativo, mensajería y limpieza; algunas profesiones son difíciles de volverlas a realizar por la toma de medicamentos actual.

“Yo soy chofer profesional, pero a partir de la enfermedad dejé de manejar” (U7, Hospital General)

Las **mujeres** realizar acciones como costura y diseño, administrativo y limpieza principalmente.

“Yo antes trabajaba en costura, hacia diseño y estoy intentando hacerlo por mi cuenta” (U20, Centro Especializado)

Tabla 27. Subcategoría Inclusión laboral y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
1.Inclusión	1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero. También se describe la cooperativa de trabajo Huertomanías.
	1.2. Formación y capacitación.
	1.3. Seguimiento a usuarios.
	1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.
	1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo.

Subcategoría 1. Inclusión laboral - Ecuador (78%)

Contenido 1.1. Condiciones laborales -Ecuador (36%): Son las características del trabajo que se definen por la flexibilidad laboral, el horario y tiempo de trabajo, así como el tipo de trabajo, las tareas que realizan y la remuneración que recibe.

Flexibilidad: refiere a la relevancia de que el trabajo se ajuste a las condiciones derivadas específicamente del trastorno mental que padece o que requieran un abordaje especial en razón del mismo incluyendo efectos secundarios de la medicación, dado que el no poder cumplir con los requisitos laborales les afecta emocionalmente e incluso los puede llevar a descompensarse, lo que también dificulta la adherencia a los empleos por largos periodos de tiempo en algunos casos. Esta realidad no siempre suele ser visibilizada en los puestos de trabajo normalizados generando dificultades de empleo. Como ejemplo mostramos las siguientes aportaciones extraídas de las entrevistas realizadas:

Tabla 28. Frases que representan el contenido: Flexibilidad laboral - Ecuador

<i>“El trabajo que yo tenga tiene que adaptarse a mí, era un poco más libre, siempre trabajé por mi cuenta y trataba de hacer las cosas en el momento en que yo me sentía bien” (U5, Hospital General).</i>
<i>“Las condiciones serían desde el enfoque médico de las características que tiene la enfermedad, muchas veces el paciente se descompensa seguidamente entonces debería tomar una pausa en un trabajo, que no haya presión” (P2, Centro Especializado).</i>

Horario: se considera que los tiempos de trabajo no deberían ser de 8 horas al día, pero si es importante tener una rutina de horario fijo, sin embargo, esto se define en algunos casos por la sintomatología que presente.

Tabla 29. Frases que representan el contenido: Horario - Ecuador

“Es probable que empiece otro trabajo que es solo en la tarde y son las horas en las que yo siempre me siento bien, para mí sería muy difícil trabajar de mañana” (U5, Hospital General).

Tipo de trabajo: por un lado, se plantea un trabajo autónomo e informal, y en menor cantidad un trabajo dependiente. Existen algunas oportunidades de trabajo en empresas conocidas, creados por instituciones específicas como el mismo Centro de atención sanitaria.

Tabla 30. Frases que representan el contenido: Tipo de trabajo - Ecuador

“No puedo tener un trabajo fijo porque de repente me empeoro, como un susto, como tristeza, me provoca arrancar de donde estoy, siempre trabajé por mi cuenta” (U6, Hospital General).

“Beneficia mucho el hecho de tener conocidos en las empresas, que hacen que quiera apostar porque va conociendo el trabajo que hacemos” (P4, Hospital Neurociencias).

Tareas: estas dependen del conocimiento y capacitación que tengan, así como de habilidades y destrezas, sin embargo, la mayoría se insertan en trabajo de baja cualificación como limpieza, costura, manualidades, venta ambulante, hostelería y labores administrativas.

Tabla 31. Frases que representan el contenido: Tareas - Ecuador

“Trabajo en diseño páginas web, sola desde mi casa” (U6, Hospital General).

Dinero: la remuneración recibida por el trabajo realizado es relevante para costearse las terapias y medicamentos, así como un medio para obtener autonomía económica necesaria para desempeñar un rol social activo.

Tabla 32. Frases que representan el contenido: Dinero - Ecuador

“El dinero ayuda a pagar las terapias y los medicamentos, los psicólogos, nos da esta ayuda” (U2, Huertomanías).

“Somos una sociedad capitalista, y hay que reconocer que se necesita dinero, es muy lindo el trueque y el amor, pero a nadie le van a truequear amor por pastillas” (D1, Huertomanías).

Cooperativa de trabajo Huertomanías: es un huerto urbano creado por una psicóloga el cual funciona como una cooperativa de trabajo para personas con problemas de

salud mental con dificultades de acceso a un empleo, y los miembros se convierten en socios, por lo cual toman las decisiones en asamblea y se reparten de forma equitativa las ganancias de las ventas de los productos frescos y elaborados que producen.

Tabla 33. Frases que representan el contenido: Cooperativa de trabajo Huertomanías - Ecuador

“Tenemos un sistema de democracia participativa, entonces decidimos todo en asamblea y están pudiendo decir lo que quieren y lo que no, están pudiendo ejercer el derecho a la voz y al voto” (D1, Huertomanías).

“En el huerto son autónomos en todo, nadie les ayuda a hacer nada, les enseñan y esa es su tarea y les toca mover la tierra, sembrar, cosechar, fumigar.” (F1, Huertomanías).

Contenido 1.2. Formación y capacitación - Ecuador (3%): Es la necesidad de realizar un proceso de formación pre-laboral; aunque algunos usuarios ya contaban con formación antes del inicio de la enfermedad y otros ha aprendido sus oficios de forma autónoma.

Tabla 34. Frases que representan el contenido: Formación y capacitación - Ecuador

“A mi hermano le gusta la carpintería, pero necesitaría una capacitación para que pudiera ser autónomo, porque en este momento depende de la familia” (F17, Centro Especializado).

Contenido 1.3. Seguimiento a usuarios/as (5%): Los profesionales de los centros especializados en salud mental y la Cooperativa de trabajo Huertomanías realizan el seguimiento y apoyo tanto a los usuarios/as que están insertos laboralmente como a las empresas.

Tabla 35. Frases que representan el contenido: Seguimiento a usuarios/as - Ecuador

“La psicóloga lo que hace es llevarse con todos, decirles tú estás aquí, trabajando conmigo y yo te voy a ayudar; realmente ha salvado la vida muchas personas que han sido curadas por tener un ingreso, una compañía con quien hablar, un trabajo” (U4, Huertomanías).

Contenido 1.4. Clima laboral positivo (11%): Un entorno positivo se compone de varios elementos, entre el que se destaca tener relaciones sociales respetuosas y amables con los compañeros de trabajo.

Relaciones con compañeros de trabajo: son importante las relaciones interpersonales al interior del trabajo, sin embargo, si no es posible compartir con los otros

como iguales se generan sentimientos negativos e incluso puede ser un motivo para que abandone el trabajo.

Tabla 36. Frases que representan el contenido: Relaciones con compañeros de trabajo -Ecuador.

“Me ha ayudado bastante a dejar un poco la timidez, abrirme, ser espontánea, estar con ellos es como ser libre, te comprenden, no te discriminan, no te juzgan, además en contacto con la naturaleza, y conocer gente súper chévere (buena)” (U1, Huertomanías).

“Nadie sabe de mi enfermedad en los trabajos que he tenido, pero tuve un momento muy difícil en una crisis de manía y yo actuaba muy raro entonces las personas se alejaron de mí” (U6, Hospital General).

Clima laboral positivo: un elemento primordial para sentirse incluido en un trabajo es mantener un entorno laboral con respeto, amabilidad, cercanía y comprensión.

Tabla 37. Frases que representan el contenido: Clima laboral positivo - Ecuador

“Mi trabajo ideal sería primero que haya respeto, paciencia y como tengo conocimiento de lo que estoy sufriendo y como mi trabajo es independiente les informo a mis clientas de que así estoy pasando para que me colaboren un poco” (U19, Centro Especializado).

“Ellos se quieren mucho y se respetan, se ayudan, o sea es muy bueno ese clima laboral para ellos. La directora no es la jefa, es la amiga, si fuera algo tenso o que nos les gustaría simplemente no irían” (F1, Huertomanías).

Contenido 1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo (7%): Se relaciona con la inclusión en un trabajo considerado como satisfactorio, y el considerar el ejercer un trabajo como un derecho de las personas con problemas de salud mental grave.

Satisfacción laboral: es el sentirse parte de un grupo y que el trabajo sea incluyente, comprensivo y produzca complacencia, también el trabajo es visualizado como un grupo de personas, ya que la identificación con las tareas y metas de todos influye en el comportamiento individual y colectivo.

Tabla 38. Frases que representan el contenido: Satisfacción laboral - Ecuador

“Este es el paraíso de los trabajos pero para locos, porque solo te dicen haz esto pero no te dicen rápido, es más incluyente porque no nos juzgan, hay más libertad; ahora somos los locos del huerto más responsables porque es una forma de superarme y realizarme” (U3, Huertomanías).

“Es lo bonito de ver que por más de que la gente puede estar muy descompensada, pero el mismo trabajo organiza, contiene, el estar acompañado, el ser parte contiene, y eso no solo a los locos, nos pasa a todos, el estar en un rol de trabajador te organiza” (D1, Huertomanías).

Derecho al trabajo: es el reconocer el trabajo como un derecho ciudadano básico que muchas veces se ve negado a las personas con trastornos mentales graves.

Tabla 39. Frases que representan el contenido: Derecho al trabajo - Ecuador.

“Yo creo que el trabajo en la empresa me da mayor autonomía, porque es un derecho que antes nosotros no teníamos y que se ha tratado millones de veces que se nos tomen en cuenta el Gobierno” (U4, Huertomanías).

“Somos militantes de los derechos humanos y sostenemos que si la vida lo vuelve loco entonces es la vida la que tiene que sanarle, entonces lo que hacemos es recuperar espacios de vida y ahí si vamos más allá del huerto” (D1, Huertomanías).

Contenido 1.6. El trabajo como terapia (15%): El trabajo puede ser considerado como complementario de la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación). Un corpus creciente de evidencia empírica indica que las personas que trabajan refieren una mejoría de los síntomas propios de la enfermedad y que aumenta la autoestima al sentirse parte activa y productiva de la sociedad, con las ventajas que implica la autonomía.

Tabla 40. Frases que representan el contenido: El trabajo como terapia - Ecuador

“En el huerto tengo amigos con quien conversar, compartir y es una terapia” (U4, Huertomanías).

“No solo es la medicación y el tratamiento psiquiátrico, es simplemente que ellos tienen que estar ocupados, el trabajo los sana; les libera de un montón de cosas, de las tensiones, entonces su mente ahora ocupada no tiene los síntomas mayores de la esquizofrenia” (F1-Familiar, Huertomanías).

Como resumen de lo observado y una reflexión más concreta de esta primera parte en la que se han expuesto los elementos que hacen que las personas con trastornos mentales graves sean incluidas en el ámbito laboral, es posible afirmar que se requieren oportunidades laborales para este colectivo, las cuales deben cumplir con algunos requisitos sobre todo relacionado con el buen trato y el manejo del estrés, ya que pueden realizar una gama variada de actividades desde manuales a intelectuales, y que cuando las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo son positivas aportan un buen clima laboral y satisfacción, por lo cual el trabajo es un derecho e incluso es percibido como una terapia y parte de su rehabilitación e inclusión socio-laboral.

Tabla 41. Subcategoría Exclusión laboral y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
2.Exclusión	2.1. Falta de oportunidades laborales
	2.2. Auto-estigma.
	2.3. No manejo de síntomas
	2.4. Discriminación laboral

Subcategoría 2. Exclusión Ecuador (22%)

Contenido 2.1. Falta de oportunidades laborales (8%): Son la falta de opciones en el trabajo derivadas de padecer una enfermedad mental grave tanto en empresas privadas como en las instituciones del Estado relacionada con la inclusión de las personas con discapacidad.

Tabla 42. Frases que representan el contenido: Falta de oportunidades laborales - Ecuador

“Yo no creo que sea tanto por la enfermedad que no yo he podido conseguir trabajo, sino por la falta de oportunidades, yo soy profesional de tercer nivel, pero me dicen que no tengo experiencia” (U21, Centro Especializado).

“Es una de las limitaciones que tenemos porque ellos alcanzan un nivel de funcionalidad bastante bueno, se saben desempeñar muy bien, pero ya a nivel externo es más difícil conseguirles ese espacio laboral” (P5, Hospital Neurociencias).

Contenido 2.2. Auto-estigma (4%): Son los sentimientos negativos de incapacidad personal que manifiestan las personas con trastornos mental graves, relacionadas principalmente con experiencias de exclusión laboral y social, lo que lleva a que se esconda la enfermedad a familiares y empleadores por miedo a ese rechazo.

Tabla 43. Frases que representan el contenido: Auto-estigma - Ecuador

“Un amigo me dijo que fuera a trabajar con él, pero yo tenía mucho miedo, me sentían tan incapaz, decía tal vez les caiga mal por mi enfermedad o yo no pueda razonar bien, o me van a decir tonta, pensaba que no me iban a aceptar así como soy” (U1, Huertomanías).

Contenido 2.3. No manejo de síntomas (3%): La sintomatología que no permite tener un desempeño ideal en el trabajo, algunos provenientes de la enfermedad y otros como efectos secundarios de la medicación.

Tabla 44. Frases que representan el contenido: No manejo de síntomas - Ecuador

“Tengo que estar bien anímicamente, porque cuando estoy desanimada no puedo trabajar” (U7, Hospital General).

Contenido 2.4. Discriminación laboral (8%): Es la dificultad en las relaciones sociales con los individuos que son parte del entorno laboral por temor al rechazo y discriminación a las personas con problemas mentales; y, de resistencia por parte de los empleadores de contratar a personas con discapacidad mental.

Tabla 45. Frases que representan el contenido: Discriminación laboral - Ecuador

<i>“Las personas que son más abiertas o que tiene la necesidad de expresar que tienen algún trastorno mental, si llega a una entrevista de trabajo y se enteran, no le van a dar el trabajo” (U7, Hospital General).</i>
<i>“La gente no tiene el conocimiento suficiente de que es una enfermedad mental, ellos tienen miedo, les creen que son agresivos y todas las puertas están cerradas, yo siento una discriminación totalmente” (F1, Huertomanías).</i>

A modo de resumen, hemos de señalar que la información indicada muestra que los elementos negativos y que excluyen a las personas con trastornos mentales graves de un empleo se relacionan principalmente con la discriminación hacia este tipo de trastornos basado en la falta de información y el miedo, lo cual lleva a que no se les ofrezca oportunidades laborales reales, lo cual se ve agravado por el auto-estigma o sentimiento de incapacidad y la dificultad para manejar sus síntomas.

4.1.2. Categoría Sanidad - Ecuador

Son las atenciones realizadas en el ámbito de la salud a personas con problemas mentales graves. Se observa que estas pueden realizarse tanto en establecimientos de salud públicos como privados, con diferentes tipos de profesionales de salud mental.

Tabla 46. Porcentaje de la categoría Sanidad: Subcategorías y contenido Ecuador

<i>Categorías</i>	<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>	<i>Porcentaje</i>
Sanidad 14%	3. Profesionales de Salud mental (24%)	3.1. Tipo de establecimiento: público o privado	7
		3.2. Psicólogos/as	4
		3.3. Psiquiatras	5
		3.4. Importancia de las terapias	5
		3.4. Otras profesiones: rehabilitación, enfermería y trabajo social.	2
	4. Hospitalización (25%)	4.1. Internación en Hospital Psiquiátrico: hospitalización de agudos y residencia.	16
		4.2. Hospital General	4
		4.3. Domicilio	2
		4.4. Por descompensación aguda	4

Total

5.Síntomas (35%)	5.1.Síntomas del estado de ánimo: depresivos, ansiedad y baja autoestima.	20
	5.2. Síntomas psicóticos: pensamiento paranoico y alucinaciones	7
	5.3.Problemas en las relaciones interpersonales	3
	5.4. Mejoría de los síntomas	5
6.Medicación (13%)	6.1.Adecuada	7
	6.2.Efectos secundarios indeseables.	7
		100

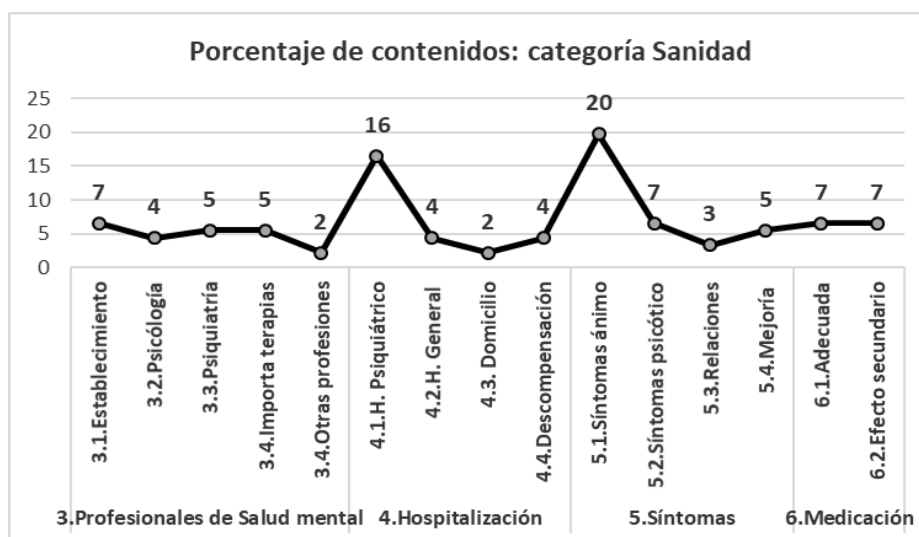


FIGURA 32. Porcentaje de contenidos de la categoría Sanidad - Ecuador

Tabla 47. Subcategoría Profesionales de Salud mental y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>
3. Profesionales de Salud mental	3.1. Tipo de establecimiento: público o privado
	3.2. Psicólogos/as
	3.3. Psiquiatras
	3.4. Importancia de las terapias
	3.5. Otras profesiones: rehabilitación, enfermería y trabajo social.

Subcategoría 3. Profesionales de Salud mental Ecuador (24%)

Contenido 3.1. Tipo de establecimiento (7%): Puede ser atención pública brindada por instituciones estatales o privada por organismos particulares. De la muestra total **el 63% se realizó en instituciones públicas; y** el restante 37% en instituciones privadas como el Hospital de Neurociencias y la cooperativa de Trabajo Huertomanías, dada la carencia de estas modalidades en el sector público y que el Hospital Psiquiátrico público no quiso participar en este estudio.

Público: establecimientos de salud ofrecidos por el Estado.

Tabla 48. Frases que representan el contenido Establecimiento público - Ecuador

“Siempre he ha acudido acá, tienen buenos médicos con voluntad de atenderlo a una” (U7, Hospital General).

Privado: servicios de salud prestados por entidades privadas con costes para el usuario, lo que hace que la atención se torne inconstante.

Tabla 49. Frases que representan el contenido Establecimiento privado - Ecuador

“Con el psicólogo tuve dos citas, pero tenía que pagar entonces cuando no tenía el dinero no asistía, no era constante y entonces se pierde todo el trabajo que se ha hecho” (U8, Hospital General).

Contenido 3.2. Psicólogos/as (4%): Son las actividades que realizan con los profesionales de psicología, las cuales se visualizan como positivas.

Tabla 50. Frases que representan el contenido: Psicólogos/as - Ecuador

“El psicólogo bastante me ha ayudado, yo además me preocupaba y tenía mucho miedo, pero aquí llegué y me trataron bien” (U5, Hospital General).

Contenido 3.3. Psiquiatras (5%): En el caso de estos profesionales se observa una falta de constancia en la atención, muchas veces debido a que se hace de forma privada cuando se cuenta con dinero para ello.

Tabla 51. Frases que representan el contenido: Psiquiatras - Ecuador

“Fui al hospital psiquiátrico, ahí me estoy haciendo atender, la primera doctora me ayudó. Me han cambiado de psiquiatra” (U3, Huertomanías).

Contenido 3.4. Importancia de las terapias (5%): Se relaciona el acudir a los profesionales con la mejoría de los problemas de salud mental.

Tabla 52. Frases que representan el contenido: Importancia de las terapias - Ecuador

“Me han ayudado mucho en el ámbito mismo psicológico y en el pensamiento y analizar más el tipo de vida y también el temperamento” (U11, Hospital General).

Contenido 3.5. Otras profesiones (2%): Son las profesiones de rehabilitación, enfermería y trabajo social.

Tabla 53. Frases que representan el contenido: Otras profesiones - Ecuador

“Yo le agradezco a todos los que están en el hospital de licenciadas, a las que están en las costuras” (U24, Hospital Neurociencias).

Tabla 54. Subcategoría Hospitalización y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
4.Hospitalización	4.1.Intenación en Hospital Psiquiátrico: hospitalización de agudos y residencia.
	4.2. Hospital General
	4.3. Domicilio
	4.4.Por descompensación aguda

Subcategoría 4. Hospitalización Ecuador (25%)

Contenido 4.1. Internación en Hospital Psiquiátrico (16%): La hospitalización suele ser más prolongada en un centro psiquiátrico especializado.

Hospitalización de agudos:

Tabla 55. Frases que representan el contenido: Internación en Hospital Psiquiátrico en agudos - Ecuador

“Un año en mi primera vez, o sea, ya tenía antes varios ingresos, pero iba y salía, me quedaba tres meses más o menos. Cuando tuve a mi hija me quedé aquí ocho meses, fue la primera vez que recaí mucho, me enfermé de verdad” (U31, Hospital Neurociencias).

Residencia: hay usuarios del antiguo sistema que permanecen décadas en el Hospital Psiquiátrico.

Tabla 56. Frases que representan el contenido: Internación en Hospital Psiquiátrico en residencia - Ecuador

“Como resultado del modelo anterior de atención, el modelo manicomial, tenemos un remanente de usuarios que tienen un estado crónico y han estado acá entre 10 y 30 años” (P3-, Hospital Neurociencias)

“No me gusta para estar viviendo, ese no es un hogar, claro que estamos al cuidado de los auxiliares, los médicos. Pero de todas maneras no es un buen lugar como para vivir. Hay personas que no tienen ni familia, ni padres, han sido abandonados” (U31, Hospital Neurociencias).

Contenido 4.2. Hospital General (4%): La internación suele ser más corta

Tabla 57. Frases que representan el contenido: Hospital General - Ecuador

“Me internaron dos veces, la primera por nueve días y la segunda por doce días” (U3, Huertomanías).

Contenido 4.3. Domicilio (2%): el 3% de los usuarios refieren que no han estado hospitalizados.

Tabla 58. Frases que representan el contenido: Hospitalización en domicilio - Ecuador

“Jamás he estado hospitalizado, lo que menos queremos es que llegue a un hospital” (U4, Huertomanías).

Contenido 4.4. Por descompensación aguda (4%): la mayoría de los internamientos ha sido por crisis con síntomas psicóticos o depresivos.

Tabla 59. Frases que representan el contenido: Hospitalización por descompensación - Ecuador

“Me internaron esas dos veces, porque me sentía agresivo y violento, tal vez por esa situación de no cumplir mis anhelos” (U3, Huertomanías).

Tabla 60. Subcategoría Síntomas y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
5. Síntomas	5.1. Síntomas del estado de ánimo: depresivos, ansiedad y baja autoestima.
	5.2. Síntomas psicóticos: pensamiento paranoico y alucinaciones
	5.3. Problemas en las relaciones interpersonales
	5.4. Mejoría de los síntomas

Subcategoría 5. Síntomas Ecuador (35%):

Contenido 5.1. Síntomas del estado de ánimo (20%): principalmente depresivos, pero también ansiedad, angustia y baja autoestima.

Tabla 61. Frases que representan el contenido: Síntomas depresivos - Ecuador

“Cuando fue una de las depresiones grandes que tuve que vi visiones y todo, yo sabía que esa iba a ser la enfermedad del siglo 21 para mucho, he conocido hasta jovencitos” (U7, Hospital General).

“Yo pasaba muy deprimida, enojada, es una desesperación no poder decir cómo se siente una, porque yo también tengo pensamientos raros o la gente no me quiere o piensa algo mal de mí y de eso depende mucho la autoestima” (U1, Huertomanías).

Contenido 5.2. Síntomas psicóticos (7%): principalmente pensamiento paranoico y alucinaciones.

Tabla 62. Frases que representan el contenido: Síntomas psicóticos - Ecuador

“Un loco lucha todos los días contra su mente, es difícil ser un loco, es como si fuera un laberinto y las personas son el laberinto y tú tienes que salir de ahí y salir vivo” (U3, Huertomanías).

“Los locos no nos portamos como locos porque si, es por una razón, pero cuando vas entendiendo la vida te das cuenta de otras cosas, yo antes pensaba que me engañaban o algo así pero en realidad era pura paranoia, es algo bien de tino eso de la locura porque se te escapan destellos de pensamientos que tú necesitas para vivir bien, tienes un cielo en el cerebro y si eso no se cumple en la vida real te desesperas” (U3, Huertomanías).

Contenido 5.3. Problemas en las relaciones interpersonales (3%): se aprecian dificultades para comprender las interacciones con las personas, principalmente cuando la sintomatología afecta a los usuarios/as.

Tabla 63. Frases que representan el contenido: Problemas en las relaciones interpersonales - Ecuador

“En los momentos difíciles una siente el rechazo de las personas y ellas ven esa aura negra que una tiene encima todo el tiempo y la gente no quiere estar con una, y mucho menos trabajar, entonces eso influye mucho y hace que uno se sienta cada vez peor” (U6, Hospital General).

Contenido 5.4. Mejoría de los síntomas (5%): es la sensación de bienestar producto de las intervenciones con los profesionales sanitarios y los medicamentos.

Tabla 64. Frases que representan el contenido: Mejoría de los síntomas - Ecuador

“Porque no dormía, primero tomaba ocho pastillas, ahora tomo una” (U27, Hospital Neurociencias).

Tabla 65. Subcategoría Medicación y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
6. Medicación	6.1. Adecuada
	6.2. Efectos secundarios indeseables.

Subcategoría 6. Medicación Ecuador (13%)

Contenido 6.1. Medicación Adecuada (7%): ayuda a la disminución de síntomas negativos.

Tabla 66. Frases que representan el contenido: Medicación adecuada - Ecuador

“La idea es que yo esté todo el tiempo tranquilo, no sedado por los medicamentos, que tenga una vida activa y que si hay crisis pequeñas que trate de sobrellevarlas” (U4, Huertomanías).

Contenido 6.2. Efectos secundarios indeseables (7%): provoca reacciones adversas principalmente somnolencia.

Tabla 67. Frases que representan el contenido Efectos secundarios indeseables - Ecuador

“He trabajado, pero ahora se me hace imposible por el trastorno que tengo, me dificulta la medicación porque tengo que tomar a diario y prácticamente son medicamentos que me duermen” (U9, Hospital General).

Como resumen, en el ámbito sanitario es relevante el contar con profesionales cualificados que ayuden a manejar los síntomas negativos principalmente depresivos, así como encontrar un equilibrio en la medicación, y en casos que se requiera el poder compensar las crisis agudas con hospitalización.

4.1.3. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental - Ecuador

Es la descripción del funcionamiento de la Red de Salud Mental a nivel global, el funcionamiento del Modelo de Salud Mental Comunitaria, los servicios que ofrece, las leyes del Estado, y las dificultades y facilidades percibidas.

Tabla 68. Porcentaje de categoría Estructura y organización: Subcategorías y contenido Ecuador

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Estructura y organización Salud Mental 24%	7.Dificultades (47%)	7.1.Estigma	10
		7.2.Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales	13
		7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria	24
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (8%)	8.1.Hospital Psiquiátrico	5
		8.2. Hospital General	3
	9.Servicios de Rehabilitación (33%)	9.1.Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	26
		9.2. Centro Especializado	5
		9.3.Atención en Hospital General	1
	10.Facilidades (12%)	10.1.Modelo de Salud Mental	9
		10.2.Ley de Inclusión Laboral	3
Total			100

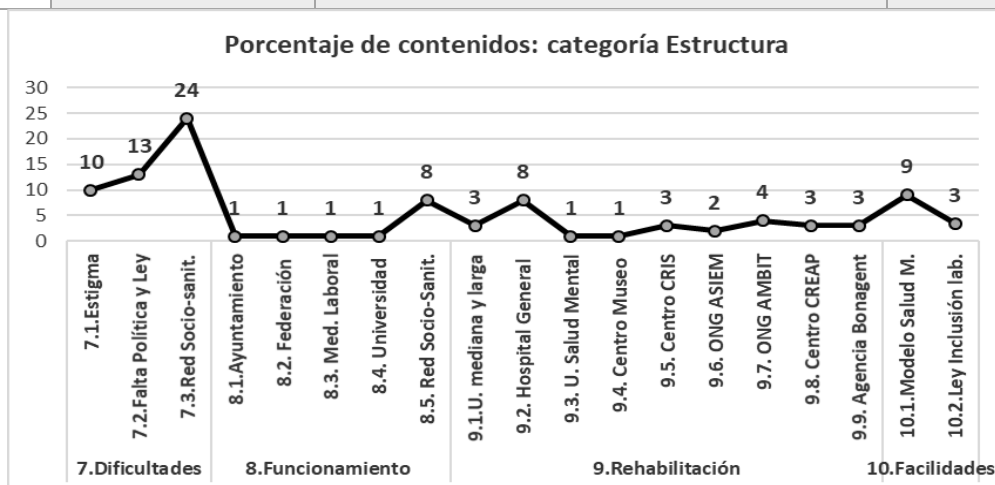


FIGURA 33. Porcentaje de contenidos de categoría Estructura y organización - Ecuador

Tabla 69. Subcategoría Dificultades y contenidos - Ecuador

Sub-categorías	Contenido
7.Dificultades	7.1.Estigma
	7.2.Inexactitud de Políticas públicas y Leyes laborales
	7.3.Escasa Red Socio-sanitaria

Subcategoría 7. Dificultades Ecuador (42%)

Contenido 7.1. Estigma (10%): es la creencia por parte de la sociedad y familia de que una persona con trastorno mental grave, dada por la falta de información y el miedo

que origina el prejuicio de peligrosidad asociado a este tipo de patologías, que impiden el pleno desarrollo de este colectivo y su inclusión en la sociedad.

Tabla 70. Frases que representan el contenido: Estigma - Ecuador

“Sería muy bueno que el resto de la sociedad entendiera que la persona con algún tipo de trastorno mental no estamos locos y que no deben escandalizarse por trabajar con alguien que asiste a un psiquiatra y eso es un problema de cultura, de falta de información, tiene que dejar de ser tabú compartir con personas con trastorno mental porque ya no es como antes, no somos una cuerda de loco que deben ir a un hospital mental, ya no es así” (U6, Hospital General).

Contenido 7.2. Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales (14%): son las insuficientes políticas públicas y legislación que regule la inclusión laboral de personas con problemas de salud mental grave.

Políticas públicas: comprende el conjunto organizado de acciones y medidas por parte del Estado para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en la población, las mismas son consideradas insuficientes para dar respuesta a la problemática de la inclusión laboral de este colectivo.

Tabla 71. Frases que representan el contenido: Inexactitud de Políticas Públicas - Ecuador

“Era una mentira y una pérdida de tiempo el CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades), porque nunca le buscaron un trabajo a mi hijo” (F1, Huertomanías).

“Estuve tratado de leer sobre la situación (de inclusión laboral para este colectivo), no veo que exista un plan o algo estratégico que te permita como Ministerio de Salud seguir una línea, y peor aún en los Servicios Sociales” (D3, Ministerio de Salud).

Leyes Laborales: se indica una falta de respaldo legal y de seguimiento al cumplimiento de las normativas, en razón de ello, la carga de la inclusión laboral es asumida por la familia y no por el Estado.

Tabla 72. Frases que representan el contenido: Inexactitud de Leyes Laborales -Ecuador

“Hay problemas para dar cumplimiento a la cuota de inclusión laboral, y no hay alguien que lo supervise permanentemente, entiendo que a veces hay alguna intervención de casos muy puntuales, pero no hay alguna estructura fuerte de vigilancia y seguimiento” (D3, Ministerio de Salud).

“Se vio la opción de que se acceda a la jubilación, pero es casi imposible, porque la figura de discapacidad relacionada al trabajo por un tema de salud mental no se tiene ni en la Ley de discapacidad ni la Ley de jubilación” (D1, Huertomanías).

Contenido 7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (26%): se aprecia una falta de recursos intermedios de rehabilitación e inclusión entre la atención primaria y la hospitalización, ya sean sanitarios o sociales, sistemas que no son apropiados o son menos efectivos debido a la falta de recursos, servicios, profesionales y la conformación de equipos comunitarios de salud mental. Además, se evidencian otros elementos obstaculizadores como es la calificación de la discapacidad, la falta de medicamentos en el primer nivel de atención y la ausencia de programas que promuevan la inclusión laboral.

Tabla 73. Frases que representan el contenido: Escasa Red Socio-Sanitaria - Ecuador

“Lo que falta de implementar como modelo comunitario es mucho, lo que hemos hecho en cierto sentido es atender la demanda, pero no hemos trabajado con los líderes comunitarios ni con las asociaciones tanto de familiares como de los usuarios que se quieren hacer en relación a la salud mental, y el empoderamiento de su misma patología” (P1, Hospital General).

“Soy la presidenta de una fundación que es un grupo que se ha conformado para recibir apoyo y queremos retomar los talleres ocupacionales, de cocina, juguetería, carpintería; y estamos viendo si nos organizamos y hacemos unos talleres de emprendimiento” (F11, Centro Especializado).

Tabla 74. Subcategoría Funcionamiento del Modelo Comunitario y contenidos -Ecuador

<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>
8.Funcionamiento del Modelo Comunitario	8.1.Hospital Psiquiátrico
	8.2. Hospital General

Subcategoría 8. Funcionamiento del Modelo Comunitario (9%)

Contenido 8.1. Hospital Psiquiátrico (6%): A debería dejar de tener un rol preponderante y pasar a ser un rol secundario en la atención de las personas con trastornos mentales graves, dado que se considera que es más beneficioso un modelo comunitario que permita la inclusión social.

Tabla 75. Frases que representan el contenido: Funcionamiento el Hospital Psiquiátrico -Ecuador

“La evolución histórica del paso del hospital psiquiátrico monovalente (antiguo manicomio) a la creación de salas psiquiátricas en hospitales generales y centros de salud especializados es un hecho indetenible” (D4, Hospital Neurociencias).

Contenido 8.2. Hospital General (3%): debería ser el lugar para compensar las crisis agudas en un corto periodo de tiempo para luego seguir siendo atendido en la comunidad.

Tabla 76. Frases que representan el contenido Funcionamiento del Hospital General -Ecuador

“Los trastornos mentales graves pueden tener una descompensación por lo que se debe generar toda la estructura a nivel hospitalario donde hablemos de internamiento de corta estancia, máximo 15-20 días, y después que el paciente regresara a la comunidad” (D2, Ministerio de Salud).

Tabla 77. Subcategoría Servicios de Rehabilitación y contenidos - Ecuador

<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>
9. Servicios de Rehabilitación	9.1. Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico
	9.2. Centro Especializado
	9.3. Atención en Hospital General

Subcategoría 9. Servicios de Rehabilitación (36%)

Contenido 9.1. Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico (28%): se describe un cambio del antiguo sistema manicomial al actual Instituto centrado en la rehabilitación socio-laboral, pero se mantienen algunos usuarios crónicos que no fue posible insertarlos con sus familias de origen, por lo cual se han establecido en varias viviendas tuteladas. Todos los usuarios pasan por el centro de rehabilitación integral donde se les da actividades según su nivel y con un objetivo de autonomía a cumplir.

Tabla 78. Frases que representan el contenido: Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico -Ecuador

“En el año 2010 se comenzó una campaña de ubicación de los familiares, y de un total de setecientos cincuenta y cuatro pacientes que teníamos logramos bajar a trescientos cincuenta. Actualmente, en el área de residencia hay doscientos pacientes que están prácticamente abandonados” (P3, Hospital Neurociencias).

“En el área pre-laboral la meta es que estén de seis meses a un año, que mantengan la actividad o los hábitos que han ganado, desempeñando una función preestablecida y rotativa” (P5, Hospital Neurociencias).

Contenido 9.2. Centro Especializado (6%): además de la atención individual con psicólogo y psiquiatra, se realizan actividades grupales para personas con esquizofrenia y trastornos del ánimo y sus familiares, en los cuales se ofrece psico-educación y talleres de rehabilitación que incluye una preparación pre-laboral; además, le dan el apoyo a una organización de familiares que se ha creado.

Tabla 79. Frases que representan el contenido: Rehabilitación en Centro Especializado -Ecuador

“En la preparación pre-laboral enfocamos varios segmentos: la parte motora; en la habilidad social, para relacionarse, para contener la ira y para no estresarse con la relación social; además, la tolerancia al trabajo, y el potencializar las capacidades cognitivas” (P2, Centro Especializado).

Contenido 9.3. Hospital General (1%): se realizan atenciones de ingresos de corta estancia, así como la consulta externa de psicología y psiquiatría en atención individual; no se realizan actividades grupales terapéuticas ni de rehabilitación.

Tabla 80. Frases que representan el contenido: Rehabilitación en Hospital General -Ecuador

“Nunca hemos tenido terapia grupal o manualidades, nada de eso, solo terapia en medicina y psicología” (U12-Usuaría, Hospital General).

Tabla 81. Subcategoría Facilidades y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenido</i>
<i>10.Facilidades</i>	10.1.Modelo de Salud Mental
	10.2.Ley de Inclusión laboral

Subcategoría 10. Facilidades Ecuador (13%)

Contenido 10.1. Modelo de Salud Mental (10%): surge a partir de la implementación del Modelo de Salud Mental desde un enfoque comunitario en el año 2014, donde se aprecia un incremento de profesionales especializados para la atención en salud mental en primer nivel y en segundo nivel en los hospitales generales, con apoyo de instrumentos internacionales para su aplicación. En el hospital privado se cuenta con mayor infraestructura y profesionales para realizar actividades de rehabilitación propiamente.

Tabla 82. Frases que representan el contenido: Facilidades Modelo de Salud Mental -Ecuador

“Otro avance es la creación de los ambulatorios intensivos tipo hospital de día, más vinculado a la comunidad con todo un equipo de profesionales, tenemos 45 ambulatorios intensivos a nivel de país que brindan atención diaria o casi diaria en temas muy específicos, a personas que antes estaban desvinculados incluso de la familia” (D2, Ministerio de Salud).

Contenido 10.2. Ley de inclusión laboral (3%): Una gran facilidad es que existe una Ley que regula mediante cuotas la contratación de personas con discapacidad en las empresas tanto públicas como privadas, y hay un organismo que es el Ministerio de Trabajo al cual recurrir.

Tabla 83. Frases que representan el contenido: Facilidades Ley de inclusión laboral -Ecuador

“Existe una normativa de que toda institución debe tener un porcentaje de talento humano con discapacidad, y nosotros como instituciones públicas y privadas tenemos la obligación de dar cumplimiento a esta normativa” (D3, Ministerio de Salud).

A modo de resumen, se puede decir que existen varios elementos facilitadores como el contar con espacios de hospitalizados especializado y tener un Modelo de salud mental y una Ley de inclusión para la discapacidad en las empresas. Sin embargo, se observa que el proceso está aún incompleto, faltan más servicios de rehabilitación que sean intermediarios al Hospital Psiquiátrico, viviendas tuteladas estatales, y un sistema que supervise el cumplimiento de la cuota de inclusión laboral en las empresas.

4.1.4. Categoría Personal - Ecuador

Son las condiciones que requieren los sujetos para alcanzar una inclusión socio-laboral.

Tabla 84. Porcentaje de la categoría Personal: Subcategorías y contenido - Ecuador

<i>Categorías</i>	<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>	<i>Porcentaje</i>
Personal 9%	11.Autonomía (54%)	11.1.Independencia	28
		11.2. Responsabilidad y decisiones	25
	12.Relaciones íntimas (26%)	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	17
		12.2.Pareja sentimental	9
	13.Educación (11%)	13.1.Poco acceso e integración	4
		13.2.Problemas de concentración	4
		13.3.Positivo con interés y acceso.	4
	14.Proyecto vital (9%)	14.1.Proyecto vital positivo	9
Total			100

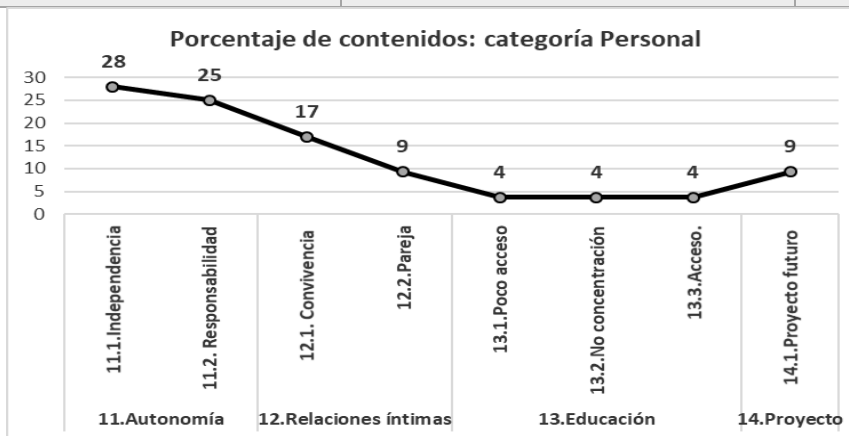


FIGURA 34. Porcentaje de contenidos de la categoría Personal Ecuador.

Tabla 85. Subcategoría Autonomía y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenidos</i>
11.Autonomía	11.1.Independencia
	11.2. Responsabilidad y decisiones

Subcategoría 11. Autonomía Ecuador (54%)

Contenido 11.1. Independencia (28%): realizar actividades por sí mismos, las cuales son principalmente básicas de la vida diaria, y planifican un futuro con mayor autonomía. Además de las capacidades que tienen para acciones determinadas, relacionadas con la vida diaria e instrumentales.

Tabla 86. Frases que representan el contenido: Independencia - Ecuador

“Independiente es todo lo que hicieras para ti, por ejemplo, en lo económico no estar pidiendo a una persona que te ayude, tuvieras tus cosas, comprar tu alimento” (U8, Hospital General).

Contenido 11.2. Responsabilidad y decisiones (25%): es el cumplimiento de las actividades requeridas como obligatorias, como el cuidado de la casa u otros miembros de la familia. Así como el poder escoger entre diversas opciones y el propio cuidado referido especialmente a la toma responsable de sus medicamentos.

Tabla 87. Frases que representan el contenido: Responsabilidad y decisiones - Ecuador

“Antes yo no podía tomar muchas decisiones, siempre sentía que algo estaba mal, ahora si tomo decisiones, aunque sean pequeñas, pero las elijo, el que respetemos las reglas hace que seamos más independientes, podemos tomar responsabilidades” (U1, Huertomanías).

Tabla 88. Subcategoría Relaciones íntimas y sus contenidos - Ecuador.

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenido</i>
<i>12.Relaciones íntimas</i>	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros
	12.2.Pareja sentimental

Subcategoría 12. Relaciones íntimas Ecuador (26%)

Contenido 12.1. Buena convivencia y ayudar a otros (17%): son las relaciones positivas con personas cercanas con las que viven y conviven, manejo de las emociones y el estrés; y la solidaridad con otras personas que no necesariamente tienen un problema de salud mental.

Tabla 89. Frases que representan el contenido: Buena convivencia y ayudar a otros -Ecuador

“Ayer mi compañera estaba un poquito bravita, cerró la puerta con seguro y la dejé nomas y le dije ya cálmese. Después estuvimos conversando un ratito y de ahí me dijo voy a descansar, y me pidió disculpas” (U26, Hospital Neurociencias).

Contenido 12.2. Pareja sentimental (9%): se presentan como casados, unión libre o solteros.

Tabla 90. Frases que representan el contenido Pareja sentimental - Ecuador

“Tal vez por mi situación anterior perdí a las novias que tuve y eso también quebrantó mi emoción un poco, me sentía triste” (U2, Huertomanías).

Tabla 91. Subcategoría Educación y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenido</i>
<i>13.Educación</i>	13.1.Poco acceso e integración
	13.2.Problemas de concentración
	13.3.Positivo con interés y acceso.

Subcategoría 13. Educación Ecuador (11%)

Contenido 13.1. Poco acceso e integración (4%): dificultades relacionadas con el sistema educativo que no es incluyente.

Tabla 92. Frases que representan el contenido Educación con Poco acceso - Ecuador

“Yo no he conseguido porque he tratado de dar las pruebas de la universidad, he aprobado, pero me mandan lejos y entonces no tuve plata para la comida. Luego estuve a distancia en una universidad, pero me tuve que salir” (U13, Hospital General).

Contenido 13.2. Problemas de concentración (4%): se indica como parte de la sintomatología de la enfermedad.

Tabla 93. Frases que representan el contenido Problemas de concentración - Ecuador

“Muy difícil porque la ansiedad me mata y no puedo concentrarme en los estudios y por eso tuve que retirarme este año, no estoy estudiando por los ataques que sufría” (U21, Centro Especializado).

Contenido 13.3. Positivo con interés y acceso (4%): se aprecia como una cualidad personal.

Tabla 94. Frases que representan el contenido Educación positiva - Ecuador

“Soy una persona perseverante y me toca experimentar nuevas cosas” (U14, Hospital General)

Subcategoría 14. Proyecto vital (9%)

Contenido 14.1. Proyecto vital positivo (9%): se vislumbra opciones a futuro que antes estaban negadas.

Tabla 95. Frases que representan el contenido Proyecto vital positivo - Ecuador

“Estoy pensando en trabajar en una academia, dar clases de música, he podido pensar en muchas cosas que antes no” (U4, Huertomanías).

Como resumen del apartado anterior, vemos que la independencia y autonomía son elementos relevantes para los entrevistados, para elementos como la toma de la medicación, decisiones y responsabilidades personales como una pareja o el proyecto vital, tratando de tener buenas relaciones. En el ámbito educativo, no se aprecia una clara estrategia para la inclusión de personas con trastornos mentales graves.

4.1.5. Categoría Familiar - Ecuador

Son los rasgos que caracterizan a las familias de los usuarios/as con trastornos mentales y se distingue principalmente el apoyo, la sobreprotección y el aislamiento.

Tabla 96. Porcentaje de la categoría Familiar: Subcategorías y contenido Ecuador

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Familiar 7%	15.Apoyo (40%)	15.1. Unión familiar	17
		15.2. Cuidados y comprensión	22
	16.Sobreprotección (32%)	16.1. Dependencia	19
		16.2.Falta de confianza	12
	17.Aislamiento (28%)	17.1.Rechazo	17
		17.2.Miedo	11
Total	100		100

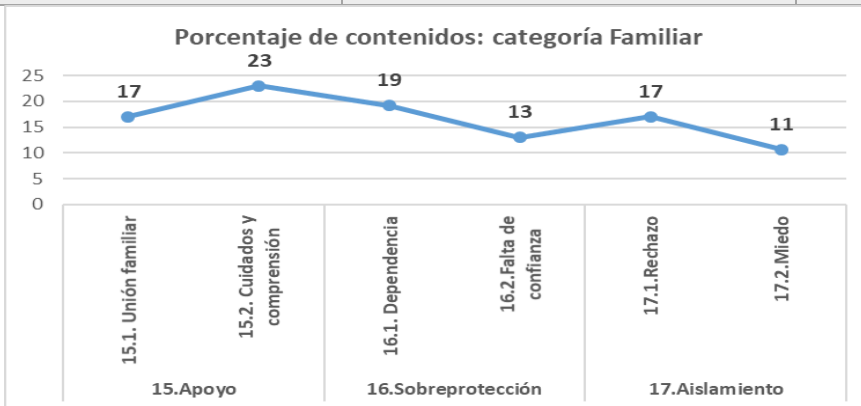


FIGURA 35. Porcentaje de contenidos categoría Familiar - Ecuador

Tabla 97. Subcategoría Apoyo familiar y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>
<i>15.Apoyo</i>	15.1. Unión familiar
	15.2. Cuidados y comprensión

Subcategoría 15. Apoyo Ecuador (40%)

Contenido 15.1. Unión familiar (17%): es el sentimiento de unidad por ser parte del núcleo cercano.

Tabla 98. Frases que representan el contenido: Unión familiar - Ecuador

“Nos reunimos y dijimos que lo mejor para él es también estar con la familia y tratar de ayudarlo entre todos, porque años tenía en el hospital, y ya después poco a poco fue viniendo; les he dicho a mis hermanos que cada quién tiene que turnarse, estar pendientes” (F17, Hospital Neurociencias).

Contenido 15.2. Cuidados y comprensión (23%): es la atención que se da por parte de la familia al usuario/a con problemas de salud mental graves, descritas como un mayor entendimiento de la enfermedad, relaciones amables y cariñosas, el poder contar con el familiar, con afectividad positiva y disminución de los sentimientos y actitudes impulsivas.

Tabla 99. Frases que representan el contenido Cuidados y comprensión familiar -Ecuador

“Le dimos la libertad para que pueda desarrollarse y desenvolverse, nos imaginábamos que por tenerle así con presión estaba mal y entonces por una parte las oportunidades que le hemos dado a mi hijo si se le ha ayudado” (F2, Hospital General).

Tabla 100. Subcategoría Sobreprotección familiar y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenido</i>
<i>16.Sobreprotección</i>	16.1. Dependencia
	16.2.Falta de confianza

Subcategoría 16. Sobreprotección Ecuador (32%)

Contenido 16.1. Dependencia (19%): es la relación casi simbiótica entre el usuario/a y su familia que no le permite desarrollar plenamente su autonomía.

Tabla 101. Frases que representan el contenido: Dependencia familiar - Ecuador

“Tener un problema mental y aparte sentirse dependiente creo que es una de las peores cosas de la vida porque ya me pasó, y solo empeora la situación” (U6, Hospital General).

Contenido 16.2. Falta de confianza (13%): es la creencia de las familias de la falta de capacidad de los usuarios para desempeñarse en su entorno y velar por sí mismos

Tabla 102. Frases que representan el contenido: Falta de confianza familiar - Ecuador

“En la casa yo no puedo vencer el tema todavía de sobreprotegerle, no le dejamos hacer nada, todo le damos haciendo” (F1, Huertomanías).

Tabla 103. Subcategoría Aislamiento familiar y sus contenidos - Ecuador

<i>Sub-categoría</i>	<i>Contenido</i>
<i>17.Aislamiento</i>	17.1.Rechazo
	17.2.Miedo

Subcategoría 17. Aislamiento Ecuador (28%)

Contenido 17.1. Rechazo (17%): son actitudes de las familias de no querer hacerse cargo de los usuarios/as y ayudarles a llevar su enfermedad.

Tabla 104. Frases que representan el contenido Rechazo familiar - Ecuador

“De la enfermedad no se lo cuento a muchas personas, la mayoría ni siquiera mi familia saben lo que yo tengo, por esa misma sensación de que no lo van a entender y me van a ver algunos como un monstruo” (U7, Hospital General).

Contenido 17.2. Miedo (11%): son los sentimientos de temor que tiene la familia por los recuerdos de las crisis que han vivido sus familiares.

Tabla 105. Frases que representan el contenido Miedo familiar - Ecuador

“El trabajo lo mantiene tranquilo, claro que hay momentos que le da como coraje, se molesta o viene enojado, ahí hay que estar pendiente porque da miedo” (F17, Hospital Neurociencias).

En síntesis, acerca de la relación familiar se aprecian elementos polarizados, por un lado, la unión familia, los cuidados y afectividad proporcionados a la persona con trastorno mental; mientras que existe un lado negativo relacionado con la sobreprotección y dependencia hacia las personas que no le permite desarrollar su autonomía, y, además, un cierto rechazo y miedo por los antecedentes de la enfermedad en la crisis aguda que sigue manifestándose en los familiares.

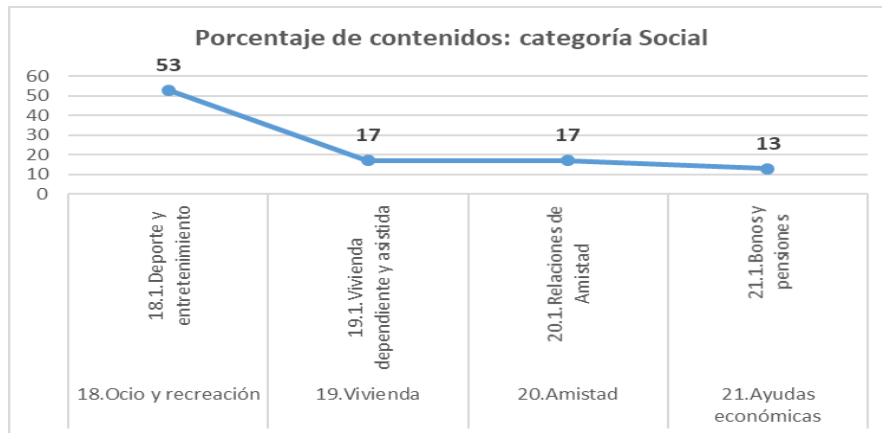
4.1.6. Categoría Social - Ecuador

Es la inclusión en la sociedad de las personas con trastornos mentales graves, la cual conlleva el abordaje de: estigma y discriminación, ocio y recreación, vivienda, relaciones de amistad, y pensión y ayudas económicas.

Tabla 106. Porcentaje de la categoría Social: Subcategorías y contenido - Ecuador

<i>Categoría</i>	<i>Sub-categorías</i>	<i>Contenido</i>	<i>Porcentaje</i>
Social 5%	18.Ocio y recreación	18.1. Deporte y entretenimiento	53
	19.Vivienda	19.1.Vivienda dependiente y asistida	17
	20.Relaciones de amistad	20.1. Relaciones de amistad	17
	21.Pensión y ayudas económicas	21.1.Bonos y pensiones	13
Total			100

Tabla 107. Porcentaje de contenidos de categoría Social en Ecuador



Subcategoría 18. Ocio y recreación Ecuador (38%)

Contenido 18.1. Deporte y entretenimiento: son las son relevantes los espacios de deporte y entretención, relacionando la salud física con la salud mental, mediante actividades que les hacen tener una vida más saludable y les ayuda a controlar los síntomas, como caminar, nadar, etc.

Tabla 108. Frases que representan el contenido Deporte y entretenimiento - Ecuador

“El deporte me gusta mucho y me fascina mucho el ejercicio y si lo hago, a pesar de lo que soy y eso me ha ayudado mucho al tratamiento” (U16, Hospital General).

Subcategoría 19. Vivienda Ecuador (12%)

Contenido 19.1. Vivienda dependiente y asistida: la mayoría de usuarios/as viven con algún familiar, ya que solo un grupo del Hospital de Neurociencias tiene opción de una vivienda asistida, dado que no existe la opción de viviendas sociales para los usuarios.

Tabla 109. Frases que representan el contenido Vivienda dependiente y asistida - Ecuador

“El individuo que no tiene familia o no lo quieren recibir, que después de recibir el alta al único lugar que puede ir es a la calle. No es un problema psiquiátrico sino un dilema social, ya que su enfermedad está estabilizada y se puede mantener con medicamentos y consulta ambulatoria” (D4, Hospital Neurociencias)

Subcategoría 20. Relaciones de amistad Ecuador (12%)

Contenido 20.1. Relaciones de amistad: son las relaciones empáticas fuera del ámbito familiar. se observa como relevante la socialización con pares.

Tabla 110. Frases que representan el contenido Relaciones de amistad - Ecuador

“Ahora estoy más tranquilo, en la casa si pasa algo comienzo a leer libros y chatear con mis amigos del huerto, porque Facebook es otra cárcel en la que nadie te habla” (U3, Huertomanías).

Subcategoría 21. Ayudas económicas Ecuador (10%)

Contenido 21.1. Bonos y pensiones: son los tipos de prestaciones económicas que ofrece el Estado para las personas con trastornos mentales graves que, si bien es considerado como un elemento muy importante, ninguno de los usuarios/as entrevistados ha tenido la opción de acceder a alguna ayuda económica por parte del Estado.

Tabla 111. Frases que representan el contenido Bonos y pensiones - Ecuador

“Ahora que están ayudando a las personas que tienen ese bono de vivienda, eso nuevo que está haciendo el nuevo gobierno, deberían dar una ayuda a nosotros también” (U11, Hospital General).

Recapitulando lo que se ha visto en esta categoría, nos encontramos con elementos positivos de inclusión como es el ocio y la recreación que realizan las personas con problemas de salud mental graves, así como la importancia de mantener relaciones de amistad. Sin embargo, se ve como negativo una fuerte discriminación social que todavía se observa, la falta de viviendas tuteladas públicas y la inexistencia de bonos a personas con discapacidad mental, lo cual interfiere en una total inclusión social de este colectivo.

4.2. RESULTADOS VALENCIA

En Valencia la muestra está representada por: **Usuarios/as (U=45%)**, **Familiares (F=11%)**, **Profesionales (P=22%)** y **Directivos (D=22%)**. La mayoría de la muestra pertenece a **establecimientos 54% público** y privados 46%.

Del total de entrevistados el 47% fueron mujeres y **53% son hombres**, y al considerar al sub grupo de **Usuarios/as** las mujeres representan el 44% y **56% son hombres**.

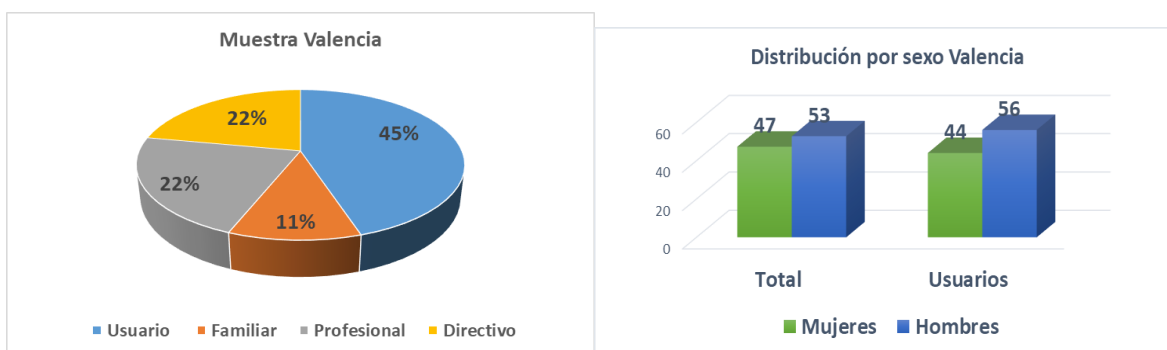


FIGURA 36. Porcentaje de tipos de muestra de Valencia

Tabla 112. Muestra por tipo y sexo en Valencia

		Mujeres	Hombres	Porcentaje
<i>Valencia</i>	Usuario	20	25	45
	Familiar	5	5	11
	Profesional	15	7	22
	Directivo	7	15	22
Total		47	53	100

El rango de edad del total de los entrevistados va desde los 24 a los 69 años, muy similar sin consideramos a solo los **Usuarios/as va desde los 24 a los 59 años de edad** con un promedio de 41 años, es decir, en edad laboralmente activa.

Del análisis se desprenden **6 Categorías principales en Valencia**: Laboral (36%), Estructura y organización de Salud Mental (22%), Sanidad (19%), Personal (7%), Familiar (7%) y Social (9%). Sin embargo, el peso de las Categorías varía al considerar la **visión de los Usuarios/as**, lo cual es relevante destacar, pues en este caso, se eleva la carga otorgada a las categorías Sanidad (de un 19% a un 30%) y disminuye en Laboral (de un 36 a un 32%) y más drásticamente el peso otorgado a la categoría Estructura y organización de Salud Mental (de un 22% a un 10%).

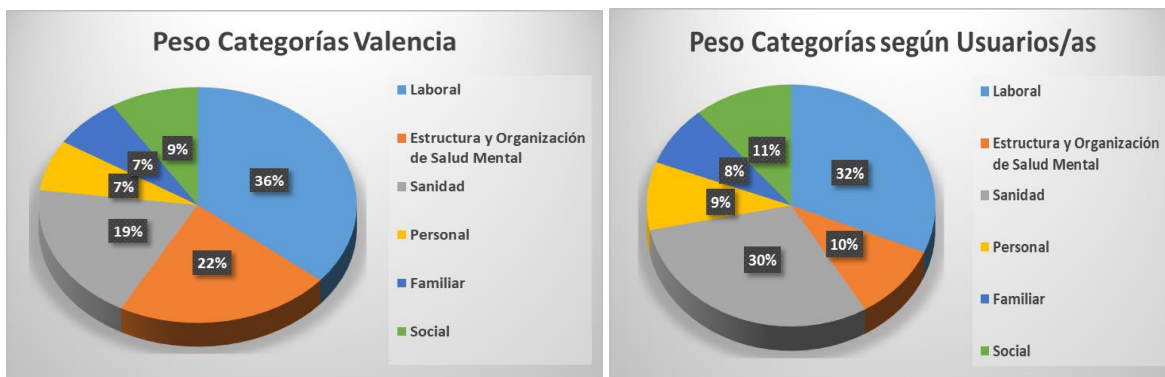


FIGURA 37. Peso de las Categorías en Valencia: general y usuarios/as

En cuanto a las sub-categorías en valores absolutos (N=650) se observa un mayor peso otorgado al contenido *Condiciones laborales* (categoría Laboral); contenido *Falta de Políticas públicas* (categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Discriminación laboral* (categoría Laboral); contenido *Satisfacción laboral* (categoría Laboral); contenido *Vivienda* (categoría Social); contenido *Escasa Red Socio-Sanitaria* (categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Trabajo como terapia* (categoría Laboral); contenido *Auto-estigma* (categoría Laboral); contenido *Psiquiatría* (categoría Sanidad); contenido *Capacitación* (categoría Laboral) y contenido *Falta de oportunidades laborales*, (categoría Laboral).

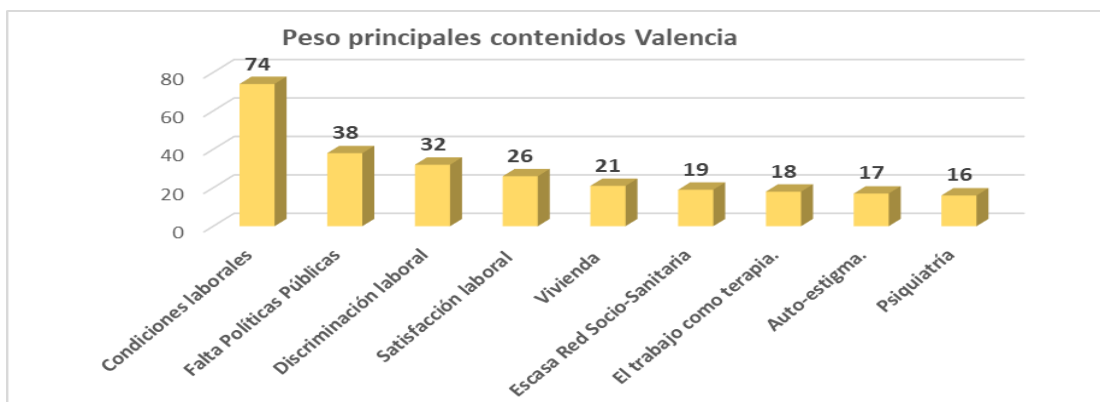


FIGURA 38. Peso de los principales contenidos en Valencia

Tabla 113. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos totales - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje	
Laboral (peso 233) 36%	1.Inclusión (peso 157) 24%	1.1. Condiciones laborales	11,4	
		1.2. Formación y capacitación.	2,3	
		1.3. Seguimiento a usuarios.	1,5	
		1.4. Clima laboral positivo	2,2	
		1.5. Satisfacción laboral	4,0	
		1.6. El trabajo como terapia.	2,8	
	2.Exclusión (peso 76) 12%	2.1. Falta de oportunidades laborales	2,3	
		2.2. Auto-estigma.	2,6	
		2.3. No manejo de síntomas	1,8	
		2.4. Discriminación laboral	4,9	
Sanidad (peso 124) 19%	3.Profesionales de Salud mental (peso 45) 7%	3.1. Tipo de establecimiento	0,3	
		3.2. Psicología	2,2	
		3.3. Psiquiatría	2,5	
		3.4. Importancia de las terapias	1,2	
		3.4. Otras profesiones	0,8	
	4.Hospitalización (peso 30) 5%	4.1. Internación en Unidad de mediana estancia	0,9	
		4.2. Hospital General	1,8	
		4.3. Domicilio	1,1	
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	0,8	
	5.Síntomas (peso 29) 4%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	1,7	
		5.2. Síntomas psicóticos	1,1	
		5.3. Problemas en las relaciones interpersonales	0,9	
		5.4. Mejoría de los síntomas	0,8	
	6.Medicación (peso 20) 3%	6.1. Adecuada	1,2	
		6.2. Efectos secundarios indeseables	1,8	
	Estructura y (peso 71) 11%	7.Dificultades	7.1. Estigma	2,2
			7.2. Inexactitud de Políticas Públicas	5,8

organización Salud Mental (peso 143) 22%		7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria	2,9	
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 16) 2%		8.1.Ayuntamiento	0,2
			8.2. Federación de Salud Mental	0,3
			8.3. Medicina Laboral	0,2
			8.4. Universidad	0,2
			8.5. Red Socio-Sanitaria	1,7
	9.Servicios de Rehabilitación (peso 40) 6%		9.1. Unidad de mediana y larga estancia (Bétera)	0,8
			9.2. Centro Especializado Biopsicosocial (Museo)	1,7
			9.3.Hospital General	0,2
			9.4. Agencia de colocación laboral (Bonagent)	0,2
			9.5. Unidad de Salud Mental (USM)	0,8
			9.6. Centro de Rehabilitación Integral (CRIS)	0,5
			9.7. ONG ASIEM	0,9
			9.8. ONG AMBIT	0,6
			9.9. Centro Estatal CREAP	0,6
	10.Facilidades (peso 16) 2%		10.1.Modelo de Salud Mental	1,2
		10.2.Ley de inclusión laboral	1,2	
Personal (peso 44) 7%	11.Autonomía (peso 15) 2%	11.1.Independencia	1,4	
		11.2. Responsabilidad y decisiones	0,9	
	12.Relaciones íntimas (peso 9) 1%	12.1. Buena convivencia y ayudar	0,5	
		12.2.Pareja sentimental	0,9	
	13.Educación (peso 16) 2%	13.1.Poco acceso e integración	0,6	
		13.2.Problemas de concentración	0,8	
		13.3.Positivo interés y acceso.	1,1	
14.Proyecto vital (peso 4) 1%	14.1.Proyecto vital positivo	0,6		
Familiar (peso 48) 7%	15.Apoyo (peso 18) 3%	15.1. Unión familiar	0,9	
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,8	
	16.Sobrepotección (peso 20) 3%	16.1. Dependencia	2,3	
		16.2.Falta de confianza	0,8	

	17.Aislamiento (peso 10) 2%	17.1.Rechazo	0,8
		17.2.Miedo	0,8
Social (peso 58) 9%	19.Ocio y recreación (peso 11) 2%	18.1. Deporte y entretenimiento	1,7
	20.Vivienda (peso 21) 3%	19.1.Vivienda independiente, dependiente y asistida	3,2
	21.Relaciones de amistad (peso 14) 2%	20.1. Relaciones de amistad	2,2
	22.Ayudas económicas (peso 12) 2%	21.1.Bonos y pensiones	1,8
Total	100%		100%

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos descritos por los entrevistados en Valencia, y se ejemplifica cada uno con citas textuales de los entrevistados, con la misma clasificación por color que en el apartado anterior.

4.2.1. Categoría Laboral - Valencia

Tabla 114. Porcentaje de la categoría Laboral: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Laboral (36%)	1.Inclusión 67%	1.1. Condiciones laborales	32
		1.2. Formación y capacitación.	6
		1.3. Seguimiento a usuarios.	4
		1.4. Clima laboral positivo	6
		1.5. Satisfacción laboral y derecho al trabajo	11
		1.6. El trabajo como terapia.	8
	2.Exclusión 33%	2.1. Falta de oportunidades laborales	6
		2.2. Auto-estigma.	7
		2.3. No manejo de síntomas	5
		2.4. Discriminación laboral	14
Total	100%		100

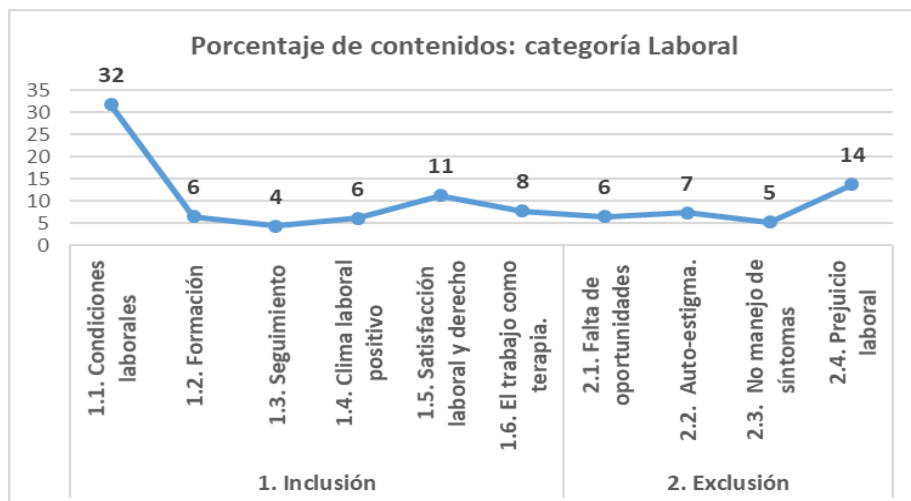


FIGURA 39. Porcentaje de contenidos de la categoría Laboral - Valencia

Del total de usuarios/as entrevistados, el **68%** se encuentran en desempleo y el 32% trabaja, dado que algunos lugares de la muestra se dedican a la búsqueda de empleo de las personas con trastornos mentales graves.

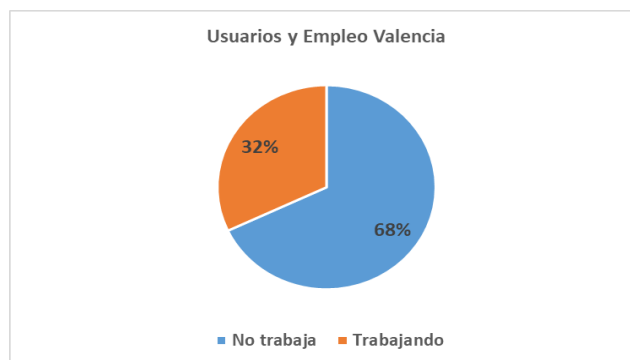


FIGURA 40. Porcentaje de Usuarios/as que trabajan en Valencia

Tabla 115. Porcentaje de usuarios/as que trabajan por sexo en Valencia

	No trabaja	Trabajando	%
<i>Hombre</i>	36	16	52
<i>Mujer</i>	32	16	48
Total	68	32	100

El porcentaje indica que el mismo porcentaje de mujeres y hombres trabajan, sin embargo, la mayoría de hombres son los que no trabajan, por ello se realiza un análisis en términos de proporción absoluta por sexos en porcentaje.

Tabla 116. Proporción absoluta de usuarios/as que trabajan por sexo en Valencia

<i>Proporción</i>	<i>No trabaja</i>	<i>Trabajando</i>	<i>Total</i>
<i>Hombre</i>	69	31	100
<i>Mujer</i>	67	33	100

Se observa que la **mayor proporción de hombre no trabajan con un 69%** (67% mujeres) y la **mayor cantidad de personas que trabajan son mujeres con un 33%** (31% hombres), aunque las diferencias entre género no tienen un porcentaje muy elevado.

Respecto al **tipo de tareas** no se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres y ambos desempeñan **actividades de baja cualificación**, aunque con algunas diferencias por género:

Los **hombres** realizan actividades de hostelería, vigilante de seguridad, reponedor y repetidor de supermercados principalmente.

“Desde hace 8 años que llevo trabajando en seguridad se me da bien, ahora estoy en una nave de construcción y saneamiento, y me quedó ahí cuando se van los trabajadores los fines de semana y festivos cuidando” (U53, Creap).

Las **mujeres** se desempeñan mayoritariamente de dependienta, auxiliar administrativa, en cines, reponedora en un supermercado, distribuidora de maquillaje y camarera de piso.

"Trabajo en los cines de controladora de datos, también distribuyo maquillaje, me gustaría un trabajo cotizando asiduamente” (U33, Asiem).

Tabla 117. Subcategoría Inclusión y contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
1.Inclusión	1.1. Condiciones laborales: flexibilidad, horario, tipo de trabajo, tareas y dinero.
	1.2. Formación y capacitación.
	1.3. Seguimiento a usuarios.
	1.4. Clima laboral positivo: relaciones con los compañeros de trabajo y clima laboral.
	1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo.

Subcategoría 1. Inclusión laboral - Valencia (67%)

Contenido 1.1. Condiciones laborales (32%): son los factores que favorecen la inclusión laboral de la persona con trastorno mental grave, en las que se encuentra principalmente la flexibilidad, el horario, el tipo de trabajo en el que se encuentren, las tareas que realicen y el dinero.

Flexibilidad: es la variabilidad de apoyos y adaptaciones que requiere la persona con trastorno mental para incluirse de forma efectiva y satisfactoria en el trabajo, entre los que se encuentran el tipo de trabajo, horarios y turnos, rapidez, cantidad de tarea y nivel de estrés, esto en cualquier actividad que desempeñe.

Tabla 118. Frases que representan el contenido: Flexibilidad laboral - Valencia

“Los requisitos de este tipo de trabajos, el nivel de estrés y las funciones a realizar también de estar cara al público, ciertas características como la rapidez y ciertas capacidades que no son las idóneas, por ejemplo, por los medicamentos puede estar adormecido y requieren una serie de capacidades que tal vez la medicación no se lo permite” (P15, CREAP).

Horario: se considera como negativo para la persona con enfermedad mental grave tanto una gran carga horaria como los turnos rotativos o nocturnos, ya que suele ser contraproducente por la medicación y pueden desestabilizar la patología.

Tabla 119. Frases que representan el contenido: Horario - Valencia

“En esta vida, pues he tenido pocas opciones por mi enfermedad, después porque en el trabajo que más estuve me trastornaban muchos los horarios de trabajo, era los tres turnos, dormía pocas horas, y eso a mí me ponía muy mal” (U45, Museo).

Tipo de trabajo: existen diversos tipos de trabajos como son los *Centro Especiales de Empleo*, aunque no todas las experiencias son ventajosas para este colectivo. También se cuentan con el *Empleo normalizado*, muchas en empresas conocidas o familiares. También se mencionan las ventajas de una *Cooperativa de trabajo*, aunque en Valencia no se conoce de ninguna experiencia concreta. Para ingresar a un trabajo hay una red de entidades de búsqueda de ofertas laborales, las cuales a veces dan cursos de formación también o realizan la adaptación en el puesto de trabajo en caso de ser necesario.

Tabla 120. Frases que representan el contenido: Tipo de trabajo - Valencia

“La suerte que yo tengo es que empecé a trabajar con 16 años en una pastelería, luego caí mal y estuve 5 años sin trabajar, pero he vuelto a trabajar a la misma empresa de antes” (U39, Asiem)

“Los Centros Especiales de Empleo que tenemos en Valencia, la gran mayoría debería mandarse a una inspección regular y algunos cerrarse porque de especiales no tienen nada, la gente está en cadenas de montaje haciendo turnos y jornadas igual que cualquier trabajador, lo que supone más estrés, y no tiene beneficio para los usuarios” (P6, Unidad de Salud Mental).

Tareas: las actividades que puede desempeñar una persona con problemas de salud mental grave son en todas las áreas profesionales y técnicas manuales e intelectuales, sin embargo, aunque tenga licenciatura o varios idiomas, se observa que se desempeñen frecuentemente en trabajos de **baja cualificación** como vigilancia en garajes o conserjes, jardines, y lavanderías, catering y en pequeñas tiendas, cuidado de personas y animales, camarero, construcción, mantenimiento, pintura, hostelería, soldadora, tele-operadora corriente y de línea caliente, barrendera, administrativo y auxiliar administrativo, en fábricas y comercio.

Tabla 121. Frases que representan el contenido: Tareas - Valencia

“Me apunté a un curso de soldador y aprobé, hice las prácticas en la empresa donde no había mujeres, donde me decían que no me iban a coger, que eso era imposible, pero un día me llamaron, entré a trabajar y comencé mi profesión como soldadora, trabaje un año y medio” (U46, Museo).

Dinero: es el ingreso económico proveniente del trabajo que les da los recursos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana, como pagar el arriendo, los servicios básicos, alimentación, etc., cumplir con sus responsabilidades y ser autónomos.

Tabla 122. Frases que representan el contenido: Dinero - Valencia

“El trabajo es una actividad donde pones tu tiempo y tu servicio y es bastante importante, y también el sueldo porque tenemos que vivir y pagar un arriendo” (U40, Museo).

Contenido 1.2. Formación y capacitación (6%): existen una variedad de cursos de capacitación a los cuales pueden acudir, muchas veces buscados o realizados por los centros de rehabilitación, con la finalidad de formar a las personas, las cuales bastantes debutaron con una enfermedad grave en los primeros años de la adultez lo que coartó su educación y por ende no cuentan con una formación. Los temas en los que suelen realizar los cursos de formación son limpieza, auxiliar administrativo, celador, soldador, carpintería, hostelería, jardinería, carpintería, informática, idiomas, cocina, auxiliar de

comercio, contabilidad, electricidad, de mecánica de automóvil, de ventas y servicio; sin embargo, no siempre se relaciona positivamente con una posterior inclusión laboral.

Tabla 123. Frases que representan el contenido: Formación y capacitación - Valencia

“Hicieron el curso de celadores pero no tenían donde hacer las prácticas en sanidad pública, y eso es un ejemplo de la falta de apoyo, pero de toda formas se van a quedar hasta las prácticas y títulos, luego para trabajar de verdad no hay nada” (P6, Unidad de Salud Mental).

Contenido 1.3. Seguimiento a usuarios/as (4%): Muchas asociaciones y centros que ofrecen rehabilitación también les ayudan en la búsqueda de cursos, elaboración de currículo vitae, postulación a trabajos y preparación para entrevistas laborales. Luego de que una persona ha sido incluida en un empleo, estos profesionales pueden dar seguimiento a los usuarios/as de forma individual y en las mismas empresas para realizar adaptaciones y adecuaciones a los puestos de trabajo, aunque el contacto directo con la empresa es lo menos común; este tipo de trabajo lo realizan sin ningún beneficio económico extra pues no existe en Empleo con Apoyo para los trastornos mentales.

Las *adaptaciones al puesto de trabajo* que se recomiendan son informar de las condiciones sensibles como son el estrés y algunas dificultades en las relaciones interpersonales, por lo que puede mostrarse demasiado introvertidos, mal interpretar una conversación o sentirse amenazado por un trato un poco agresivo, ante lo cual se sugiere acercarse y preguntarle al usuario si necesita algo.

Tabla 124. Frases que representan el contenido: Seguimiento a usuarios/as - Valencia

“Las adaptaciones al puesto de trabajo y el apoyo es durante un tiempo determinado, por ejemplo, una semana, pero puede que su descompensación surja después de un año cuando ya se haya dejado de recibir eses tipo de apoyo por parte del técnico, y eso puede ocasionar una crisis que dé a lugar que la empresa le despida o que el mismo abandone al no saber afrontar la situación, y de ahí se han dado muchos casos de incapacidad laboral. Entonces se requiere un cambio de la normativa vigente” (P15, CREAP).

Contenido 1.4. Clima laboral positivo (6%): son las relaciones positivas al interior del entorno laboral, las cuales se pueden dar tanto con los compañeros de trabajo como con los superiores, lo cual genera un buen clima laboral y favorece la inclusión de las personas con trastorno mental grave y su sentimiento de bienestar laboral.

Relaciones con compañeros de trabajo: son las interacciones positivas con pares o superiores que permiten una buena convivencia en el lugar de trabajo, las que se caracterizan por paciencia, respeto e inclusión, causando un impacto beneficioso en los usuarios/as, siendo lo más importante el entendimiento de la patología y que puede requerir ayuda como tomar una pausa.

Tabla 125. Frases que representan el contenido: Relaciones con compañeros de trabajo - Valencia

“Tengo la suerte que estoy trabajando en un hotel de discapacitados, entonces no tengo ningún problema. Con mis compañeras nos entendemos, hay amistad y compañerismo, la supervisora nos trata bien, debería ser así en todos los lugares. He estado practicando en otros hoteles y era horrible, no había compañerismo, mi discapacidad siempre la he ocultado” (U52, Ambit).

Clima laboral positivo: es un ambiente de trabajo comprensivo y ameno que permite el desarrollo de la persona con trastorno mental grave en el ambiente laboral, lo cual favorece su rehabilitación y el mantenimiento del empleo.

Tabla 126. Frases que representan el contenido: Clima laboral positivo - Valencia

“En los casos de diagnóstico de un trabajador que lleva ya tiempo en la empresa hará mucho por la integración las buenas relaciones previas con su entorno laboral, y quien trata de reincorporarse a trabajar en cuanto pueda, no solamente por la cuestión económica, sino porque quieren volver a la normalidad, y el buen ambiente laboral lo facilita” (P17, Medicina laboral).

Contenido 1.5. Satisfacción laboral y Derecho al trabajo (11%): cuando la persona con trastorno mental se siente incluida en el entorno laboral, le genera una sensación de bienestar personal y aceptación social, considerando que el trabajo es un derecho humano.

Satisfacción laboral: es el sentirse parte de la sociedad y útil pues se participa del sistema laboral y social, genera autonomía y mejora la autoestima de los usuarios, ya que pueden realizar las actividades de la vida diaria con independencia.

Tabla 127. Frases que representan el contenido: Satisfacción laboral - Valencia

“Es mejor estar empleado porque te puedes comprar cosas, es bueno porque te hace sentir orgulloso, entonces el trabajo es satisfactorio. La sociedad siempre te pregunta desde hace cuánto tiempo llevas trabajando para ver la seguridad que hay al lado tuyo” (U40, Museo).

Derecho al trabajo: el trabajo es visto como un derecho fundamental y básico de todo ser humano, por lo tanto, el poder ejercerlo es también el sentirse un ciudadano incluido en la comunidad.

Tabla 128. Frases que representan el contenido: Derecho al trabajo - Valencia

“Los beneficios de trabajar es la legitimación social de poder decir soy esta persona, soy útil y no soy una carga para la sociedad. Porque yo me noto que hago muchas actividades sociales y tengo una pensión que me permite vivir, pero a la hora de relacionarme por primera vez me quedo en blanco. Entonces el trabajo es una forma de estar dentro del mundo, porque ahora soy un clandestino por decirlo así, me siento excluido, no soy un ciudadano como otros” (U37, Asiem).

Contenido 1.6. El trabajo como terapia (8%): históricamente el trabajo se ha incluido como parte de las actividades a realizar en un manicomio. Actualmente, se considera el empleo como uno de los pilares de la rehabilitación ya que le permite a la persona insertarse en la sociedad, y ese hecho se conceptualiza como terapéutico ya que mejora la autoestima, hay mayor sentimiento de alegría, organiza la vida y aumenta las relaciones interpersonales y acciones fuera del ámbito familiar.

Tabla 129. Frases que representan el contenido: El trabajo como terapia - Valencia

“El trabajo lo es todo, el trabajo es salud, es proyectos, levantarte temprano en la mañana darte una ducha y saber que tienes que ir al trabajo es lo más grande que hay, el que tiene un trabajo tiene un tesoro, el trabajo dignifica” (U48, Museo).

“Es un tema muy interesante porque desde los inicios de la labor-terapia como parte del planteamiento terapéutico en los manicomios hasta la actualidad, el trabajo es un marcador de la reintegración de los enfermos mentales, pues les permite una cierta autonomía, le aporta recursos que le permite ejercer sus posibilidades de participación social” (P14, Universidad).

Como resumen vemos que es indiscutible los beneficios de la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales graves, considerándose incluso como un elemento primordial para su rehabilitación. Los elementos que facilitan la inserción laboral son la flexibilidad en las condiciones de empleo basadas en las necesidades de los usuarios/as, dado tanto por los síntomas de la enfermedad como por el efecto secundario de los medicamentos; además de un buen trato en el lugar de trabajo. Existen asociaciones que realizan el apoyo a la búsqueda e inclusión efectiva en el trabajo, las cuales están capacitadas para realizar adecuaciones en el puesto de trabajo, sin embargo, este seguimiento no siempre se lleva a cabo de forma adecuada ya que no está definida en la actuación de las empresas.

Tabla 130. Subcategoría Exclusión laboral y contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
2.Exclusión	2.1. Falta de oportunidades laborales
	2.2. Auto-estigma.
	2.3. No manejo de síntomas
	2.4. Discriminación laboral

Subcategoría 2. Exclusión laboral- Valencia (33%)

Contenido 2.1. Falta de oportunidades laborales (6%): se espera que las personas con problemas mentales graves puedan incluirse tanto en la empresa normalizada así como en Centros Especiales de Empleo, sin embargo, se observa exclusión en ambos lugares ya sea de forma explícita al despedirlos o implícita al darles labores que sobrepasan sus capacidades, todo esto agravado por la crisis económica que vive el país, lo cual afecta negativamente a este colectivo incluso siendo una causa de estrés que puede descompensar su patología.

Tabla 131. Frases que representan el contenido: Falta de oportunidades laborales -Valencia

“Las barreras son el mundo del mercado, el nicho de mercado de nuestros pacientes es el mismo de mucha gente, o sea, no tienen estudios y pueden tener habilidades técnicas, entonces es un sistema muy competitivo que no ayuda a estas personas; más hoy que estamos viviendo además un giro casi a la derecha, de negar a inmigrantes y enfermos mentales. Entonces, o la sociedad se centra, o lo tenemos difícil, porque después de rehabilitarlos van a estar todo el día en casa” (D14, Bétera).

Contenido 2.2. Auto-estigma (7%): son las ideas erróneas de las mismas personas con problemas de salud mental de no poder realizar actividades laborales por los síntomas de su enfermedad y por el estigma social, razón por la cual muchas veces ocultan su enfermedad en el posible empleo o cuando los contratan, o no buscan un trabajo pensando que no lo van a lograr, que se van a descompensar o que los van a despedir, lo que afecta su autoestima y estado de ánimo.

Tabla 132. Frases que representan el contenido: Auto-estigma - Valencia

“He tenido dos o tres entrevistas, pero no tengo mucho interés de encontrar trabajo. Pues por muchísimas cosas, primero que el estrés me genera más síntomas, tengo miedo de que me estigmaticen en el entorno laboral, tengo miedo de que no me contraten y nunca me llamen porque tengo una enfermedad mental, no creo que pudiera estar a gusto en el trabajo con los días malos que tengo a veces o los síntomas o alguna recaída” (U42, Museo).

Contenido 2.3. No manejo de síntomas (5%): los usuarios que presentan enfermedades del estado del ánimo es más fácil que puedan incluirse en un empleo, mientras que aquellos quienes presentan trastornos esquizofrénicos tienen mayor dificultad, también relacionado con el estigma asociado al diagnóstico, a lo que se suma los síntomas dados por el efecto secundario de la medicación como somnolencia y cansancio, lo cual muchas veces les hace abandonar los trabajos.

Tabla 133. Frases que representan el contenido: No manejo de síntomas - Valencia

“Estuve un año y medio trabajando ahí de soldadora, pero tuve muchos problemas por la enfermedad, me ponía muy nerviosa” (U46, Museo).

Contenido 2.4. Discriminación laboral (14%): es el estigma que hay un ambiente laboral hacia trabajadores con trastorno mental grave dado por el desconocimiento de la enfermedad, lo que lleva a que tengan miedo de las personas de este colectivo, ante lo cual, y a pesar de que las empresas tengan beneficios económicos fiscales por la contratación de personas con esta discapacidad, se niegan las posibilidades de empleo o hay poca comprensión de las bajas laborales que puedan tener por motivos de salud (sin considerar que son pacientes crónicos), lo que en muchos casos conlleva frustración y hasta la determinación de incapacidad laboral para el usuario/a.

Tabla 134. Frases que representan el contenido: Discriminación laboral - Valencia

“Es difícil si se tiene una enfermedad y siendo joven. Ven que tienes un 71% de discapacidad ya no te valoran, se creen que no vas a poder con el trabajo y por ser mujer” (U46, Museo).

A modo de resumen, se aprecia que la exclusión se da principalmente por la discriminación en los lugares de trabajo, lo que genera falta de oportunidades, ante lo cual las personas reaccionan con creencias de poca capacidad y auto-valía, muchas veces por los síntomas de la misma enfermedad, pero mayormente por el estigma asociado a este tipo de diagnósticos en las empresas, lo cual coarta la inclusión plena de este colectivo.

4.2.2. Categoría Sanidad - Valencia

Tabla 135. Porcentaje de la categoría Sanidad: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Sanidad (19%)	3. Profesionales de Salud mental 35%	3.1. Tipo de establecimiento	2
		3.2. Psicólogos/as	11
		3.3. Psiquiatras	13
		3.4. Importancia de las terapias	6
		3.4. Otras profesiones	4
	4. Hospitalización 25%	4.1. Internación en Hospital de mediana y larga estancia	5
		4.2. Hospital General	10
		4.3. Domicilio	6
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	4
	5. Síntomas 24%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	9
		5.2. Síntomas psicóticos	6
		5.3. Problemas en las relaciones interpersonales	5
		5.4. Mejoría de los síntomas	4
	6. Medicación 16%	6.1. Adecuada	6
		6.2. Efectos secundarios indeseables.	10
	Total	100%	

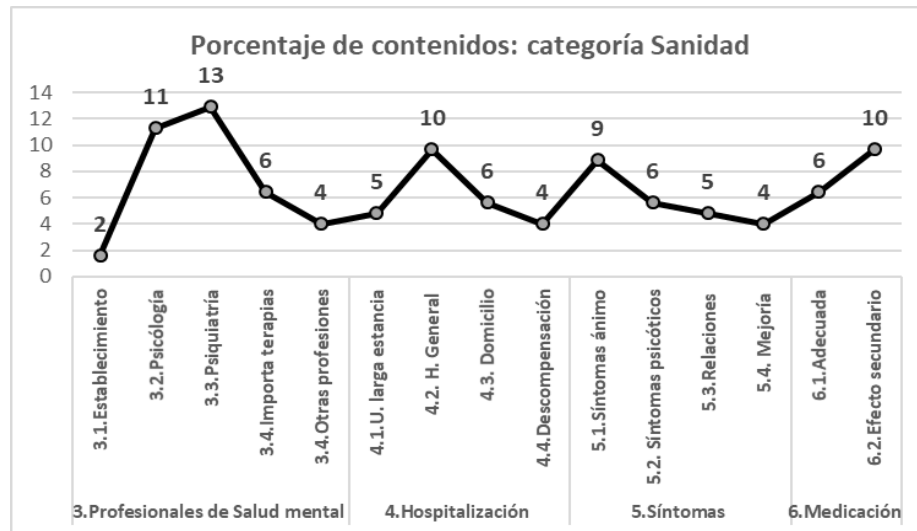


FIGURA 41. Porcentaje de contenidos de la categoría Sanidad - Valencia

Tabla 136. Subcategoría Profesionales de Salud mental y contenidos - Valencia

Sub-categorías	Contenido
3. Profesionales de Salud mental	3.1. Tipo de establecimiento: público o privado
	3.2. Psicólogos/as
	3.3. Psiquiatras
	3.4. Importancia de las terapias
	3.5. Otras profesiones: rehabilitación, enfermería y trabajo social.

Subcategoría 3. Profesionales de Salud mental - Valencia (35%)

Contenido 3.1. Tipo de establecimiento (2%): puede ser atención pública De la muestra total el **63% se realizó en centros sanitarios públicos**, y el restante 37% en instituciones privadas.

Público: establecimientos de salud ofrecidos por el Estado.

Tabla 137. Frases que representan el contenido Tipo de establecimiento público - Valencia

“Voy a un psiquiatra de la seguridad social” (U38, Asiem)

Privado: son principalmente asociaciones privadas con o sin fines de lucro.

Tabla 138. Frases que representan el contenido Tipo de establecimiento privado - Valencia

“También estuve en un centro privado haciendo un curso, de ahí saqué amigos y los voy a ver de vez en cuando y para sacarlos a dar una vuelta. Es un centro para enfermos mentales y están encerrados en un sitio” (U36, Asiem).

Contenido 3.2. Psicólogos/as (11%): es la atención con los especialistas de psicología.

Tabla 139. Frases que representan el contenido: Psicólogos/as - Valencia

“La psicóloga me están tratando sobre las drogas, me están haciendo analíticas, y todo eso, y lo llevo mejor” (U44, Museo)

Contenido 3.3. Psiquiatras (13%): todos tienen atenciones con el médico psiquiatra.

Tabla 140. Frases que representan el contenido: Psiquiatras - Valencia

“Voy a un psiquiatra de la seguridad social y a uno privado, cada 3 meses o así, tampoco voy tan seguido” (U38, Asiem).

Contenido 3.4. Importancia de las terapias (6%): se consideran relevante el contacto con profesionales especialistas y la realización de actividades terapéuticas que se realizan tanto de forma individual y grupal.

Tabla 141. Frases que representan el contenido: Importancia de las terapias - Valencia

“Voy a salud mental siempre, hablo con el psiquiatra de vez en cuando, cuando me toca, es muy buen psiquiatra, si no fuera por él y la medicación, pues estaría cazando mariposas” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 3.5. Otras profesiones (4%): se indican como relevantes otros profesionales que les apoyan como enfermería, trabajo social, terapeuta ocupacional y educador social.

Tabla 142. Frases que representan el contenido: Otras profesiones - Valencia

“Aquí tienes a los profesionales a mano, también voy a terapia grupal, y siempre hablo con algún profesional ante un tema que me preocupa o sobre todo converso con el enfermero, hablo bastante” (U42, Museo).

Tabla 143. Subcategoría Hospitalización y contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
4.Hospitalización	4.1.Intenación en Hospital de mediana y larga estancia.
	4.2. Hospital General
	4.3. Domicilio
	4.4.Por descompensación aguda

Subcategoría 4. Hospitalización - Valencia (25%)

Contenido 4.1. Internación en Hospital de mediana y larga estancia (5%): Cuando los pacientes no logran ser totalmente compensados luego de haber estado en el Hospital general, pueden ser derivador a un hospital de mediana estancia.

Hospitalización de agudos: El 20% de los entrevistados han sido ingresados en este servicio para compensar sus crisis, y todos han sido ingresados antes por varias ocasiones en un Hospital General.

Tabla 144. Frases que representan el contenido: Internación en Hospital de mediana estancia - Valencia

“Me ingresaron hace mucho tiempo, por dos meses, porque me encontraba muy mal” (U48, Museo)

Residencia: De los entrevistados solo el 4% ha estado ingresado en un centro privados por dos años.

Tabla 145. Frases que representan el contenido: Internación en Hospital larga estancia Valencia

“Lo que hacía era comer, una hora al día salir a tomar café con el grupo y también me dejaban salir una horita tu sola, y nada más, y talleres aburridos, ahora yo soy un ejemplo para mis excompañeros cuando voy a verles, yo les digo que si tenemos derechos” (U52, Ambit).

Contenido 4.2. Hospital General (10%): es la internación más común pues el 44% de los entrevistados han utilizado este servicio para compensar sus crisis, algunos han ido también a la Unidad de mediana estancia.

Tabla 146. Frases que representan el contenido: Hospital General - Valencia

“Yo de una hospitalización me acuerdo, puede ser que haya tenido otra ocasión pero solo recuerdo una en la Fe nueva, estuve casi un mes, me ingrese yo mismo, y hasta que el juez no te dé el alta no puedes marcharte a casa, y lo pase mal, porque estaba muy aislado” (U45, Museo).

Contenido 4.3. Domicilio (6%): La unidad de hospital a domicilio es para personas que están en crisis y en vez de estar en un hospital están ingresadas a todos los efectos en sus casas, siempre tiene que haber una persona que le cuide, y una psiquiatra y una enfermera acuden al hogar. El 32% de los entrevistados han utilizado solamente este servicio para compensar sus crisis.

Tabla 147. Frases que representan el contenido: Hospitalización en domicilio - Valencia

“Hospitalizada en el hospital no, pero en casa si con el tratamiento y con todo, luego creo yo que es más sufriendo para el familiar que está contigo, para mí también claro, porque es muy grave la situación” (U34, Asiem).

Contenido 4.4. Por descompensación aguda (4%): en general las internaciones se dan por crisis de la sintomatología psicótica o depresiva por intentos de suicidio.

Tabla 148. Frases que representan el contenido: Hospitalización por descompensación aguda - Valencia

“El centro me controla la medicación, porque tuve un intento de suicidio y solo recuerdo que aparecí en el hospital, estuve un mes en coma y lo pasé mal, mejor como estoy ahora, son crisis que pueden dar, por eso me gusta estar con gente” (U32, Unidad de Salud Mental).

Tabla 149. Subcategoría Síntomas y contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
5.Síntomas	5.1.Síntomas del estado de ánimo: depresivos, ansiedad y baja autoestima.
	5.2. Síntomas psicóticos: pensamiento paranoico y alucinaciones
	5.3.Problemas en las relaciones interpersonales
	5.4. Mejoría de los síntomas

Subcategoría 5. Síntomas - Valencia (24%)

Contenido 5.1. Síntomas del estado de ánimo (9%): principalmente depresión, angustia, baja autoestima e intentos de suicidio.

Tabla 150. Tabla. Frases que representan el contenido: Síntomas depresivos - Valencia

“No tengo nada de autoestima, tengo mucha carencia en ese terreno, no veo nada positivo en mí, cuando me quedo sentado para recuperar fuerzas me deprimó. Ya estoy en modo piloto automático, porque no tengo palancas para empoderarme, tal vez si trabaja fuera distinto” (U37, Asiem).

Contenido 5.2. Síntomas psicóticos (6%): principalmente pensamiento paranoico, delirios y alucinaciones.

Tabla 151. Frases que representan el contenido: Síntomas psicóticos - Valencia

“He estado temporadas que me he salido de la estabilidad, entonces cuando he tenido una ocasión que me ingresaron fue porque me deje la medicación, también porque los pensamientos míos eran... yo quería hacer muchas cosas al mismo tiempo, tenía un desorden mental” (U45, Museo).

Contenido 5.3. Problemas en las relaciones interpersonales (3%): es la dificultad para entablar relaciones con otras personas con o sin diagnóstico de salud mental, dado por la inseguridad y falta de habilidades sociales.

Tabla 152. Frases que representan el contenido: Problemas en las relaciones interpersonales - Valencia

“Caí enferma hace 5 años y me ha resultado bastante imposible, ya no solamente de una relación laboral sino de comunicación con la gente porque estaba bastante fastidiada” (U38, Asiem).

Contenido 5.4. Mejoría de los síntomas (4%): es la mejoría de los síntomas psíquicos que permiten a los usuarios volver a realizar las actividades cotidianas y retomar su vida.

Tabla 153. Frases que representan el contenido: Mejoría de los síntomas - Valencia

“Lo que más me ha ayudado es estar aquí y sentirme apoyada por todo el mundo, me han ayudado mucho, a valorarme más, antes no tenía derecho a nada, quedas como una incapacitada, como una niña” (U52, Ambit).

Tabla 154. Subcategoría Medicación y contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
6.Medicación	6.1.Adecuada
	6.2.Efectos secundarios indeseables.

Subcategoría 6. Medicación - Valencia (16%)

Contenido 6.1. Medicación Adecuada (6%): la medicación tanto inyectable como en capsulas por vía oral, ayuda a controlar y manejar los síntomas negativos de los trastornos mentales graves. En algunos casos la medicación puede ser impuesta por un juez.

Tabla 155. Frases que representan el contenido: Medicación adecuada - Valencia

“Medicación a seguir que me han ido cambiando, y ahora estoy mejor con buena medicación y no tengo ningún tipo de alteración” (U41, Museo)

Contenido 6.2. Efectos secundarios indeseables (10%): las molestias provocados por los medicamentos suelen ser sedación diurna, problemas cognitivos como dificultad para concentrarse y pérdida de memoria, cansancio y fatiga, aumento de peso, ansiedad, rigidez muscular, aplanamiento afectivo.

Tabla 156. Frases que representan el contenido: Efectos secundarios indeseables - Valencia

“En el momento que tomaba una medicación me fue difícil trabajar porque me sentaba mal, deprimida, angustiada y me tenía que esforzar mucho, es importante que el tipo de medicación sea la adecuada” (U56, Bétera).

Como resumen, se observa relevante el apoyo de los profesionales especializados en la atención sanitaria, sin embargo, ante los síntomas más difíciles como la depresión, los intentos de suicidio y el pensamiento paranoico, es importante contar con un lugar para internarse lo más cercano a la comunidad como es el Hospital General. Para la inclusión laboral se indica como fundamental que la medicación sea adecuada, con la menor cantidad de efectos secundarios como somnolencia y cansancio.

4.2.3. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental - Valencia

Tabla 157. Porcentaje de la categoría Estructura y organización de salud mental: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Estructura y organización Salud Mental 22%	7.Dificultades 48%	7.1.Estigma	10
		7.2.Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales	25
		7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria	13
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario 12%	8.1.Ayuntamiento	1
		8.2. Federación de Salud Mental	1
		8.3. Medicina Laboral	1
		8.4. Universidad	1
		8.5. Red Socio-Sanitaria	8
	9.Servicios de Rehabilitación 28%	9.1.Unidad de mediana y larga estancia Bétera	3
		9.2. Hospital General	8
		9.3. Unidad de Salud Mental	1
		9.4. Centro Especializado Biopsicosocial Museo	1
		9.5. Centro de Rehabilitación Integral CRIS	3
		9.6. ONG ASIEM	2
		9.7. ONG AMBIT	4
		9.8. Centro Estatal CREAP	3
		9.9. Agencia de colocación laboral Bonagent	3
10.Facilidades 12%	10.1.Modelo de Salud Mental	6	
	10.2.Ley de inclusión laboral	6	
Total	100%		100

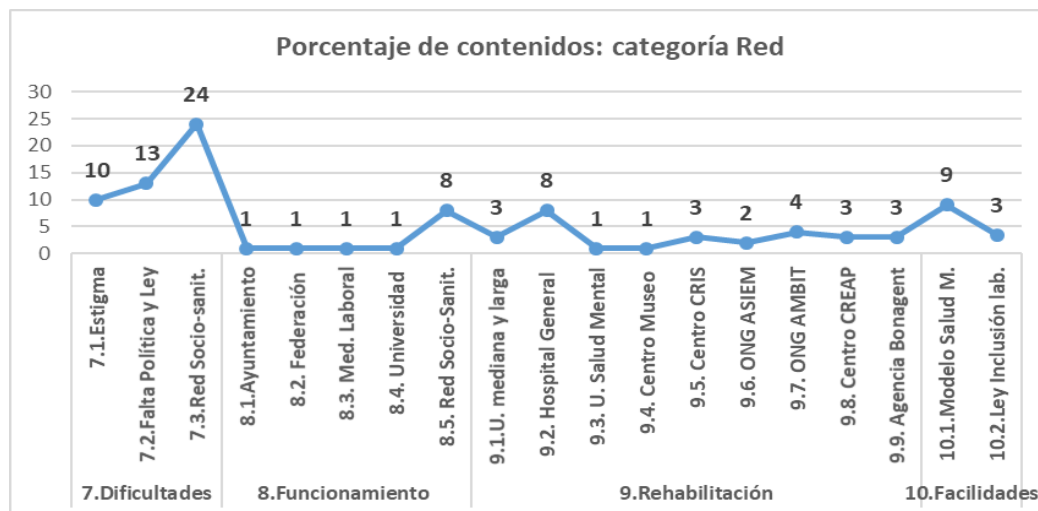


FIGURA 42. Porcentaje de contenidos de la categoría Estructura y organización de Salud Mental - Valencia

Tabla 158. Subcategoría Dificultades y contenidos - Valencia

Sub-categorías	Contenido
7. Dificultades	7.1. Estigma
	7.2. Inexactitud de Políticas públicas y Leyes laborales
	7.3. Escasa Red Socio-sanitaria

Subcategoría 7. Dificultades - Valencia (48%)

Contenido 7.1. Estigma (10%): es el prejuicio que existe sobre las personas con alguna patología mental grave, la que se caracteriza por la creencia de que son peligrosos e incapaces, razón por la cual son discriminados tanto del ámbito social como laboral.

Tabla 159. Frases que representan el contenido: Estigma - Valencia

“Hay mucha discriminación, cuando eres enfermo mental te estigmatizan, si eres esquizofrénico eres como una bomba y ni se te arriman, y cuando les digo mi problema la gente se asusta más aún. Estamos muy discriminados porque creen que estamos todos locos, pero ninguno me ha pegado ni me ha agredido, no somos como nos catalogan” (U36, Asiem).

Contenido 7.2. Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales (25%): se observa que, si bien en los documentos existe una mirada de la salud mental comunitaria y la inclusión laboral, esto no llega a concretizarse por la falta de políticas con mayor grado de especificidad que se traduzca en una inclusión socio-laboral efectiva.

Políticas públicas: en la práctica se observa un modelo médico ya que no hay recursos para actuar de forma efectiva en el contexto en el que la persona con un trastorno mental vive y se desenvuelve. Asimismo, hay vacíos en algunas políticas, las cuales hacen que su implementación no sea la adecuada ni tenga los resultados que se esperaban; por ejemplo, en el caso de la financiación para viviendas tuteladas, estas primero deben ser costeadas por el usuario y luego el Estado les devuelve, pero es posible pues no tienen ingresos económicos para ello.

Tabla 160. Frases que representan el contenido: Inexactitud de Políticas Públicas - Valencia

“En un principio España y los trabajadores de la salud mental estaban muy influidos por los planteamientos de la psiquiatría comunitaria italiana; ahora los problemas son de tipo administrativo burocrático, falta de recursos y de una programación adecuada, de un planteamiento adecuado de las instituciones” (P14, Universidad).

Pensión: un elemento adicional que relatan los entrevistados es relativo a las pensiones, las cuales se ven como una gran barrera ya que muchas veces impiden que una persona que tenga una incapacidad laboral se inserte en un empleo, puesto que si trabajan se les retira la pensión, pero si se quedan sin empleo el procedimiento administrativo para re-clasificar la situación del usuario significa meses de trámites en los cuales no recibiría dicha ayuda económica, y que puede que no recibirá la pensión que antes tenía. Esta situación genera miedo, por lo cual hay un porcentaje de usuarios y sus familias que prefiere no trabajar a perder su pensión y esto repercute de forma negativa.

Tabla 161. Frases que representan el contenido: Inexactitud de Políticas Públicas por pensiones - Valencia

“Si a estas personas le dijeran usted vaya y trabaje, y lo que le falte hasta su pensión yo se lo voy a dar, entonces la persona sí que iría, y si usted vuelve a recaer yo le voy a dar lo que usted tenía. Las familias muchas veces no quieren que trabajen para que no les quiten la pensión, porque es como un bien que han ganado y saben que el día de mañana van a tener un algo” (P10, Museo).

Leyes Laborales: en cuanto las leyes se observan dificultades principalmente en que el sistema de cuotas no es específico para salud mental, ni en la empresa normaliza, ni en los Centros Especiales de Empleo, por lo cual compite con otras discapacidades, y ante esto el empleador va a escoger la discapacidad física o intelectual; e incluso los empresarios prefieren pagar las multas a contratar a una persona con discapacidad, dado que la Ley es permisiva con empleadores. En cuanto a los Centros Especiales de Empleo algunos

funcionan adecuadamente y otros se basan son en la productividad con una alta exigencia, y, además, están obligados a pagarle el mínimo interprofesional, sin embargo, en una empresa ordinaria por el mismo trabajo un trabajador cobra más, por lo que se encuentra mal regulado.

Tabla 162. Frases que representan el contenido: Inexactitud de Leyes Laborales - Valencia

“Ahora ha cambiado un poco las subvenciones al fomento de empleo y dan una ayuda para el trastorno mental grave y es una facilidad, pero hasta el momento a nosotras no nos ha servido para nada porque a las empresas no les interesa, porque para poderte adjudicar hay que cumplir una serie de requisitos y es complicado, muy burocrático y eso es una dificultad” (P12, Bonagent).

“Los enclaves laborales son una de las medidas alternativas a la Ley en la que solo se podía contratar una persona con discapacidad intelectual o psíquica de más del 33%, pero no ha servido. Pedimos a la Administración que en el empleo público se guarden unas plazas para personas con enfermedad mental (para discapacitados es un 2%) y nos está costando conseguirlo” (P8, Asiem).

Contenido 7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (13%): existe una falta de profesionales (sobre todo de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) y viviendas tuteladas públicas. Se observan diferencias de recursos entre los departamentos de salud, lo cual es una desventaja para los usuarios dado que no se suele derivar a otras áreas. Ante esto, han surgido opciones privadas para cubrir los requerimientos de los usuarios/as, organismos con fines de lucro (con mayor y menor ética en la atención). Se considera la inclusión laboral como el último paso de la rehabilitación de personas con trastornos mentales graves, sin embargo, existen pocos recursos efectivos para que se logre, además, se aprecia una falta de coordinación entre las Administraciones (estatal, autonómico y local) y las diversas áreas de atención (Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Cultura).

Tabla 163. Frases que representan el contenido: Escasa Red Socio-Sanitaria - Valencia

“El equipo de atención socio-sanitario es esencial porque la gente que no viene porque no sale de casa o porque viven en la calle, y no hay un equipo que valla donde estén las personas, nosotros vamos pero para apagar fuegos, se necesitan equipos médicos y sería menos costoso que acabar en incapacitaciones y residencias” (P6, Unidad de Salud Mental).

“La red funciona fatal, porque no hay conexión entre ella, para buscar un recurso para los pacientes no hay ningún estamento que controle y tienes que dar muchos pasos, se duplican los esfuerzos que si estuviera más centralizado pudieras” (P10, Museo).

Tabla 164. Subcategoría Funcionamiento del Modelo Comunitario y contenidos – Valencia

Sub-categorías	Contenido
8.Funcionamiento del Modelo Comunitario	8.1. Ayuntamiento
	8.2. Federación de Salud Mental
	8.3. Medicina Laboral
	8.4. Universidad pública
	8.5. Red Socio-Sanitaria

Subcategoría 8. Funcionamiento del Modelo Comunitario - Valencia (12%)

Contenido 8.1. Ayuntamiento (1%): el Ayuntamiento de Valencia cuenta con varios convenios con ONG’s para la realización de proyectos que faciliten la inclusión socio-laboral de personas con trastorno mental grave específicos, como programas generales para grupos en exclusión social.

Tabla 165. Frases que representan el contenido: Funcionamiento del Ayuntamiento - Valencia

“Se cuenta con un convenio de colaboración entre el Ayuntamiento y una asociación para el desarrollo de un Programa de Inserción socio-laboral para personas ex-reclusas y con enfermedad mental grave. A través de la convocatoria de Acción Social 2017 se ha subvencionado un programa de ocio inclusivo para personas de este colectivo. Asimismo, el Programa de Inserción Social de la Delegación municipal de Inserción Socio-laboral cuenta con diversos programas, proyectos y actuaciones con distintos colectivos en situación de riesgo y exclusión” (D12, Ayuntamiento).

Contenido 8.2. Federación de Salud Mental (1%): la Federación Valenciana asesora y representa a las asociaciones de familias y de personas que tienen el trastorno, siendo un interlocutor válido para la Administración, y se encargan de las áreas que no son de atención directa, como sensibilización, promoción, formación, apoyo en la gestión de las asociaciones y asesoramiento jurídico con la oficina de defensa de derechos.

Tabla 166. Frases que representan el contenido: Funcionamiento de la Federación de Salud Mental - Valencia

“La Asociación surgió al principio con familias porque para que esa persona vuelva a recuperar dentro de sus capacidades el máximo nivel de vida normalizada. Tenemos esperanzas, parece que las cosas van a ir más rápido, por todo lo que sucede en la Unión Europea, los investigadores, los políticos, la red asociativa, estamos en mejora continua. Nos da la sensación de que la salud mental va a ser un tema más a tener en cuenta porque es un mal de la sociedad, estamos viendo que el suicidio que viene por una depresión, pero recién estamos sacando el tabú” (D11, Federación).

Contenido 8.3. Medicina Laboral (1%): es la atención que se puede realizar a una persona con problema de salud mental cuando la sintomatología se presenta en el entorno laboral, aunque en general este tipo de patologías suelen controlarse en centros sanitarios. En caso de que se presente un caso la empresa puede derivar al médico laboral quien durante el reconocimiento médico laboral trata de ahondar en la esfera psíquica del trabajador, y en caso de detectar esta alteración grave se indica que acuda a su médico de cabecera para valoración/baja laboral, e incluso buscar apoyos familiares; no se debe dar ninguna información médica al respecto a los empleadores para evitar el estigma.

Tabla 167. Frases que representan el contenido: Funcionamiento de Medicina Laboral -Valencia

“En casos en que se encuentre un trabajador con patología que les resulte “no adecuado” para las labores a desempeñar, la empresa suele intentar presionar para que se le dé un “no apto” y así poder despedir de manera “procedente”. Sin embargo, el procedimiento por parte de medicina laboral debe ser el reconocimiento de si el trabajador está en una fase estable o controlada, de ser así, no se ponen impedimentos ni recomendaciones especiales a no ser que sean necesarias para evitar favorecer una desestabilización del proceso de base” (P17, Medicina laboral).

Contenido 8.4. Universidad pública (1%): la Universidad cuenta con grupos de investigación en diversos temas, la que está más relacionada con la presente investigación es la Evaluación e intervención psicológica en cognición en trastorno mental, en asociación con la Universidad de Berna en Suiza, el cual realiza estudios sobre todo con pacientes con esquizofrenia y también con trastorno bipolar, en lo relativo a estimulación e intervención neuro-cognitiva y en cognición social, y sus implicaciones en su funcionamiento social.

Tabla 168. Frases que representan el contenido: Funcionamiento de la Universidad pública - Valencia

“Algunas investigaciones hemos hecho utilizando programas de terapia psicológica integrada para la esquizofrenia, que aborda la parte neuro-cognitiva, la percepción social y se trabaja la cognición social, también la comunicación verbal, las habilidades sociales, y la resolución de problemas interpersonales que estaría más enfocado a la vida autónoma” (P13, Universidad).

Contenido 8.5. Red Socio-Sanitaria (8%): está conformada por dos ejes, una es la Red sanitaria organizada por departamentos de salud: centros de salud, centro comunitario especializado (Unidad de Salud Mental), Hospital del día (supra-departamental), Hospital General, Unidad de mediana estancia y Unidad de larga estancia. Otra es la Red de servicio

social: centro de rehabilitación (CRIS), pisos tutelados y residencias. Esta se complementa con las acciones que realizan ONG’s y fundaciones en el ámbito de la inclusión laboral y social, así como de Agencias de colocación laboral. Asimismo, en Ayuntamiento cuenta con programas y subvenciones para la búsqueda de empleo y viviendas tuteladas. También existe una red privada que ofrece el mismo tipo de atenciones, pero a un costo económico elevado. En paralelo funciona la Red de conductas adictivas (UCAS) y la Red infantojuvenil.

Tabla 169. Frases que representan el contenido: Funcionamiento de la Red Socio-Sanitaria - Valencia

“Hay una red de salud mental que es sanitaria, otra red depende de Bienestar social, y además está la red asociativa, entonces una red de salud mental no existe, lo que hay es una serie de sinergias, hay subredes que falta conectar bajo la misma perspectiva y sobretodo administrativamente pues algunos todavía llevan criterios diferentes de derivación o atención, para que el usuario no tenga que ir puerta a puerta, si no con un enfoque centrado en la persona” (D11, Federación).

Tabla 170. Subcategoría Servicios de Rehabilitación y contenidos - Valencia

Sub-categorías	Contenido
9.Servicios de Rehabilitación	9.1.Unidad de mediana y larga estancia Bétera
	9.2. Hospital General
	9.3. Unidad Salud Mental
	9.4. Centro Especializado Biopsicosocial Museo
	9.5. Centro de Rehabilitación Integral CRIS
	9.6. ONG ASIEM
	9.7. ONG AMBIT
	9.8. Centro Estatal CREAP
	9.9. Agencia colocación laboral Bonagent

Subcategoría 9. Servicios de Rehabilitación - Valencia (28%)

Contenido 9.1. Unidad de mediana y larga estancia Bétera (3%): funciona en las instalaciones del antiguo Hospital Psiquiátrico y es el resultado de la evolución de la psiquiatría pues en una época hubo 900 enfermos y casi 2000 trabajadores, en una extensión de 400 mil metros cuadrados y se encuentra alejado de la ciudad. Actualmente hay dos pabellones que son residencias para personas con retraso mental gestionados por la Consellería de Bienestar social; dos pabellones sanitarios gestionados por la Diputación y

dos edificios administrativos, y hay edificios que no están en uso. La parte sanitaria realizan internaciones de mediana estancia de 6 a 9 meses de duración con rehabilitación con 40 camas mediante un régimen abierto, y realizan actividades de rehabilitación y sociales dentro y fuera del recinto. La residencia de larga estancia es para pacientes difícilmente sostenibles dentro de la comunidad, o que no tienen una red familiar o social de apoyo fuera de la institución, y que ya han permanecido entre 15 y 20 años ingresados. Las dificultades que refieren es que cuentan con muy pocos recursos como viviendas tuteladas y residencias públicas, dado que sus usuarios no pueden costear las opciones privadas; lo que sí han encontrado es residencias de la tercera edad.

Tabla 171. Subcategoría Servicios de Rehabilitación y contenidos - Valencia

“En el centro hago actividades de teatro, debates, excursiones, en un piso que participamos y hacemos las acciones de limpiar, ahí vemos las habilidades sociales para las tareas domésticas y vamos a aprender a cocinar. Lo que más me gusta es el deporte” (U56, Bétera).

Contenido 9.2. Hospital General (1%): cuenta con varios servicios como es consulta externa de adultos, 18 camas para internación de casos agudos, 8 camas en la unidad de desintoxicación, 4 camas para tratamiento electro-convulsivo, hospitalización domiciliaria, unidad de primeros episodios psicóticos y un área de investigación. Cuentan con 3 profesionales de psiquiatría para todas las áreas y residentes rotativos.

Tabla 172. Frases que representan el contenido: Hospital General - Valencia

“Sobre el tiempo de estadía ahora hay mucho problema porque hay mucha problemática social y se alarga la estancia por el tema de la tutela hasta tres meses ingresado, pero lo normal es un mes. Tenemos pocas actividades de rehabilitación, cuando rotan los residentes de psicología, pero los pacientes están aquí para curarse no para rehabilitarse” (D9, Hospital General).

Contenido 9.3. Unidad Salud Mental (3%): es una unidad sanitaria especializada para personas con trastorno mental grave, cuenta con 6 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 enfermera, 1 trabajadora social a tiempo parcial, estudiantes y residentes. Es un servicio ambulatorio territorial, donde la mayoría de usuarios tiene el diagnóstico de psicosis, se atienden desde los 16 años de edad y provienen de barrios muy deprimidos socio-económicamente. Realizan actividades terapéuticas, de rehabilitación, inclusión social y algunas actividades son lideradas por los mismos usuarios; realizan pocas visitas a domicilio, y jornadas e

iniciativas fuera del horario y por voluntad de los profesionales; no realizan inclusión laboral por lo que derivan a otros centros.

Tabla 173. Tabla. Frases que representan el contenido: Unidad Salud Mental - Valencia.

“Hacemos programas de intervención psicológica, de habilidades sociales, de resolución de problemas, de ámbitos cotidianos de vida, manejo de la medicación y del ámbito económico. Dentro de las habilidades sociales los módulos que se dedican a reducir la incidencia de las alucinaciones y los delirios en lo cotidiano” (P7, Unidad de Salud Mental).

Contenido 9.4. Centro Especializado Biopsicosocial Museo (8%): es un centro de rehabilitación pero que cuenta con profesional sanitario de psiquiatría, psicología y enfermería, y realizan actividades grupales terapéuticas, de rehabilitación, integración comunitaria (deportes y ocio), interacción social, psico-educación familiar e inclusión laboral. Trabajan en red tanto en la parte sanitaria para el manejo de las descompensaciones que lo requieran como en el área social y capacitaciones laborales. No hay un tiempo limitado de estadía sino hasta el cumplimiento de los objetivos personales, hay personas que han estado por 20 años, pero en los usuarios nuevos se trata que se de hasta dos años para no institucionalizar nuevamente.

Tabla 174. Frases que representan el contenido: Centro Especializado Biopsicosocial Museo – Valencia

“Luego lo psicológico y social, porque es importante que esté en un entorno que me encuentre bien y con un compañerismo que me dé un poco de ánimo, y en cuanto a las relaciones y salir un poco de la enfermedad, encontrarme mejor e ir superándolo” (U45, Museo).

Contenido 9.5. Centro de Rehabilitación integral CRIS (2%): es un centro gestionado por la Consellería de Bienestar social para la rehabilitación de personas con trastorno mental grave, la derivación se realiza desde sanidad y funcionan con un límite de plazas por lo que siempre hay lista de espera y no hay una asignación por territorio específica. Realizan talleres de diverso tipo incluido pre-ocupacionales, pero desde hace poco tiempo están realizando acciones directas relativas a la inserción laboral.

Tabla 175. Frases que representan el contenido: Centro de Rehabilitación Integral CRIS - Valencia

“Un CRIS tiene talleres pre-ocupacionales pues cuentan con medios y profesionales para hacerlos, es más comunitario” (P10, Museo).

Contenido 9.6. ONG ASIEM (4%): es una organización sin fines de lucro que nace para la realización de actividades lúdico-festivas con personas con trastorno mental grave, sin embargo, dada la escasez de recursos sanitarios y sociales trabaja por la salud integral de este colectivo mediante acciones de promoción y sensibilización social, talleres terapéuticos, de rehabilitación e integración social, apoyo familiar y un área de inclusión laboral en la que realizan o contactan cursos de capacitación, talleres pre-laborales, búsqueda activa de empleo en el área profesional del usuario, acercamiento y seguimiento en las empresas. Algunos usuarios se atienden en otro centro sanitario o de rehabilitación y asisten a la Asociación solo para trabajar la inclusión laboral.

Tabla 176. Frases que representan el contenido: ONG ASIEM - Valencia

“Solo estoy apuntada a esta asociación que trata la salud mental y sí que hago aquí talleres, hago escritura creativa, voy al huerto y expresión corporal, me consiguen trabajo” (U38, Asiem)

Contenido 9.7. ONG AMBIT (3%): es una organización sin fines de lucro que trabaja con usuarios hombres y mujeres con trastorno mental grave o patología dual reclusos y/o víctimas de violencia de género, y se les ofrece una alternativa de culminación de la pena carcelaria, vivienda tutelada, talleres terapéuticos y de rehabilitación, inclusión laboral y seguimiento, actividades que se realizan mediante financiación privada y pública. El programa terapéutico es de un año y medio aproximadamente hasta que se logra la estabilidad, consiguen ingresos económicos mediante trabajo o pensión, se independizan y tienen capacidad para manejarse se forma autónoma.

Tabla 177. Frases que representan el contenido: ONG AMBIT - Valencia

“Me sacaron de la cárcel a un piso tutelado, hicieron mucho por mí, me acompañaban al psiquiatra los primeros meses, fue una cosa positiva, porque si no pensaba que iba a estar en la calle, me controlan la medicación porque tuve un intento de suicidio. Quería ayuda para rehacer mi vida, trabajar, estar bien nada más y lo he logrado” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 9.8. Centro Estatal CREAP (3%): es un es un centro de referencia perteneciente al Inmerso gestionado por la Fundación Rey Ardid, que en Valencia está relacionado con el trastorno mental grave, dirigido por una parte a la atención psicosocial directa y especializada a los usuarios en modalidad residencial, centro de día y ambulatorio, y por otro a la recogida de información, conocimientos como guías de buenas prácticas y

trabajo en red. Cuentan con un área laboral en la cual se realizan actividades para su inserción como es buscar un curso formativo si no tienen y se les incluye en el programa de empleo el cual consta de entrevistas individuales y grupales e intervenciones relativo a información jurídica sobre incapacidades laborales e incompatibilidad con el empleo, contratos laborales y búsqueda activa del empleo, y contactan con agencias de colocación y cursos formativos externos. Cuentan con 99 plazas, la mayoría de participantes son hombres 80% y 20% mujeres.

Tabla 178. Frases que representan el contenido: Centro Estatal CREAP - Valencia

“La gente que está en el programa de empleo dicen que es su objetivo prioritario en un 80%, o sea pero si tiene una incapacidad total ya no, y hay gente que no viene aquí a actividades sino solo al programa del empleo o para hablar con el psicólogo a nivel individual” (P15, CREAP)

Contenido 9.9. Agencia colocación laboral Bonagent (1%): realiza orientación e intermediación laboral por lo que atienden usuarios/as que buscan empleo, mediante subvenciones para ello, las personas pueden ser derivadas de centros de rehabilitación o por cuenta propia. Se creó para atender a individuos con diversidad intelectual, pero dada la demanda de sujetos con trastorno mental grave los empezaron a acoger también, y tienen un servicio específico de granja ecológica como capacitación pre-laboral. Las actividades que realizan es concertar citas, llamar y visitar empresas tanto Centros Especiales de Empleo como normalizadas, aunque se considera que esta última es la real integración.

Tabla 179. Frases que representan el contenido: Agencia colocación laboral Bonagent -Valencia

“El trabajo que hacemos en inserción laboral nos basamos en el plan de apoyos, pero es la persona la que tiene que ser participe en su proceso de inserción y es la que tiene que decidir, y una vez insertado estar ahí en la medida de lo posible. Intentamos perjudicar lo menos posible porque si pones a trabajar a una persona y le viene una crisis, es porque las condiciones de la empresa no eran las adecuadas, o el trabajador creía que estaba mejor de lo que estaba” (P12, Bonagent).

Tabla 180. Subcategoría Facilidades de la implementación y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenido
10.Facilidades	10.1.Modelo de Salud Mental
	10.2.Ley de Inclusión laboral

Subcategoría 9. Servicios de Rehabilitación - Valencia (28%)

Contenido 10.1. Modelo de Salud Mental (6%): el último documento publicado es la Estrategia de Salud Mental 2016- 2020 basada en el modelo comunitario de salud y en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Se observa como favorable que se cuenten con indicadores de procesos de diagnóstico, planes terapéuticos, primeros episodios de trastorno mental grave, criterios de ingreso, número de citas programadas y el tiempo de inclusión en algún programa.

Tabla 181. Frases que representan el contenido: Facilidades Modelo de Salud Mental - Valencia

“Tenemos cierto flujo con las administraciones y se está trabajando con las ONG’s relacionadas con empleo realizando el Pacto Autonómico de salud mental con distintas mesas de coordinación, pero no es fácil y hay que cambiando la perspectiva” (D10, Consellería Sanidad).

Contenido 10.2. Ley de inclusión laboral (6%): existen leyes mediante el cumplimiento de cuotas de contratación por parte de la empresa, por lo cual el empleador accede a bonificaciones económicas y fiscales. Se ve como relevante que los cambios en las normativas de la Comunidad Valenciana se reflejen en la legislación a nivel nacional.

Tabla 182. Frases que representan el contenido: Facilidades Ley de inclusión laboral - Valencia

“Últimamente en la Comunidad Valenciana se están dando unos pasos porque ahora en la normativa que regula ciertas órdenes dirigidas al empleo hay una discriminación positiva personas con trastorno mental grave. Hay otra normativa que si una persona no tiene un certificado de discapacidad puede ir solo con el diagnóstico, pero para cumplir con el porcentaje mínimo reconocido por la Ley tienes que tener un certificado de discapacidad. Estos cambios pierden el sentido si no se equiparan con la normativa nacional” (P15, CREAP).

Como síntesis se puede decir que existe por un lado centros dedicados a la atención directa de personas con trastorno mental grave en rehabilitación, inclusión social y laboral, también hay entidades que prestan apoyo para la inserción socio-laboral desde diversas áreas como Asociaciones, Universidades y la propia Administración. Los elementos facilitadores son contar con una reciente Estrategia de Salud Mental y Leyes laborales. Las dificultades se dan por la inadecuación de dichas políticas a las necesidades de las personas con problemas mentales graves, la inexactitud de leyes laborales que hacen que no se pueda implementar como se espera, convirtiendo a las pensiones una gran dificultad para la inclusión laboral pues son entidades excluyentes entre sí, y como base el estigma que perdura en los empleadores, medios de comunicación y sociedad en general.

4.2.4. Categoría Personal - Valencia

Son las características personales de los usuarios entrevistados considerando las principales áreas de actuación para ellos como es el tener educación, vivir con autonomía, las relaciones de pareja y tener un proyecto vital.

Tabla 183. Porcentaje de la categoría Personal: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Personal 7%	11.Autonomía 34%	11.1.Independencia	20
		11.2. Responsabilidad y decisiones	14
	12.Relaciones íntimas 21%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	7
		12.2.Pareja sentimental	14
	13.Educación 36%	13.1.Poco acceso e integración	9
		13.2.Problemas de concentración	11
		13.3.Positivo interés y acceso.	16
14.Proyecto vital 9%	14.1.Proyecto vital positivo	9	
Total	100%		100

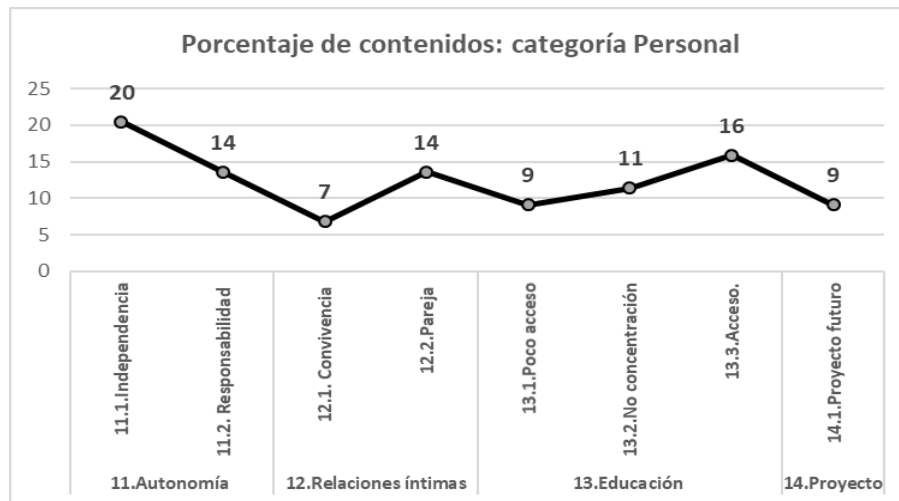


FIGURA 43 Porcentaje de contenidos de la categoría Personal - Valencia

Tabla 184. Subcategoría Autonomía y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenidos
11.Autonomía	11.1.Independencia
	11.2. Responsabilidad y decisiones

Subcategoría 11. Autonomía - Valencia (34%)

Contenido 11.1. Independencia (20%): son las personas con trastornos mentales graves que cuentan con las habilidades para valer por sí mismos tanto en las habilidades básicas como instrumentales de la vida cotidiana.

Tabla 185. Frases que representan el contenido: Independencia -Valencia

“He sido independiente desde los 30 años más o menos cuando me compre el piso, pero creo que es más la seguridad que uno tiene en uno mismo y que la vida te da, y como la entiendes, sabes, la actitud que uno tiene ante la vida” (JoU43, Museo).

Contenido 11.2. Responsabilidad y decisiones (14%): es el realizar las actividades cotidianas con un orden y tomando las decisiones adecuadas a cada situación.

Tabla 186. Frases que representan el contenido: Responsabilidad y decisiones - Valencia

“Lo que hagas en tu casa es por tu cuenta y nadie te paga por ello, lo que tienes que hacer es levantarte, poner la lavadora, la fregada, bajar la basura, eso tiene que nacer de ti” (U39, Asiem).

Tabla 187. Subcategoría Relaciones íntimas y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenido
12.Relaciones íntimas	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros
	12.2.Pareja sentimental

Subcategoría 12. Relaciones íntimas - Valencia (21%)

Contenido 12.1. Buena convivencia y ayudar a otros (7%): son las relaciones con los compañeros del centro de atención en salud mental o de viviendas las cuales son mayormente positivas.

Tabla 188. Frases que representan el contenido: Buena convivencia y ayudar a otros - Valencia

“Ahora estoy con mi compañero de piso y nos llevamos bien, tenemos los mismos gustos, nos gusta el heavy metal, yo ahora pongo la lavadora y hago la comida, entonces ya no la tiene que hacer él; si tuvimos una pequeña crisis, pero se pasó como toda pareja” (U32, Unidad de Salud Mental).

Contenido 12.2. Pareja sentimental (14%): son las relaciones de pareja de los usuarios entrevistados que son la mayoría solteros, aunque se considera un tópico importante.

Tabla 189. Frases que representan el contenido Pareja sentimental - Valencia

“De las novias que he tenido, los problemas han sido por algo de mi salud, porque me encontraba mal y terminaba dejándolas, y después la última no quiso estar conmigo porque dijo que no sabía cómo llevar mi enfermedad, porque no he tenido estabilidad laboral o mental” (U36, Asiem).

Tabla 190. Subcategoría Educación y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenido
13.Educación	13.1.Poco acceso e integración
	13.2.Problemas de concentración
	13.3.Positivo interés y acceso.

Subcategoría 13. Educación - Valencia (36%)

Contenido 13.1. Poco acceso e integración (9%): se observa que en los lugares de formación normalizados no hay una adecuación real ni de currículo ni consideraciones especiales acerca de síntomas propios de los efectos secundarios de la medicación como es la lentitud para realizar las tareas.

Tabla 191. Frases que representan el contenido Educación con Poco acceso -Valencia

“Lo que he visto dentro de la adaptación a la universidad es que más bien tú vas al servicio, pero sin embargo no existe de forma sistemática un apoyo para ver qué es lo que le hace falta a la persona, la realidad es que la adaptación no es lo mismo que otro tipo de discapacidad, es minoritario en el uso de personas con trastorno mental grave pues por el estigma pocas personas acuden a él, y eso hay que empezar a cambiarlo” (D6, Asiem).

Contenido 13.2. Problemas de concentración (11%): uno de los síntomas cognitivos que refieren los usuarios son dificultades como menor lucidez, capacidad de trabajo y estudio, menos concentración, memoria y agilidad mental, lo cual interfiere en el proceso educativo, aunque la mayoría sigue realizando cursos y estudios.

Tabla 192. Frases que representan el contenido Problemas de concentración - Valencia

“Fue un poco difícil estudiar porque no te puedes concentrar igual. En este curso lo que más me costaba era poder comprender exactamente todas las palabras de una frase, la tenía que leer a veces cinco veces para entender lo que está diciendo, y creo que es porque cuando tú estás leyendo tienes esos pensamientos en la cabeza que están entrando, aunque tú no quieras y simplemente eso afecta la concentración, pero al final pude ir sacando todas las materias” (U35, Asiem).

Contenido 13.3. Positivo con interés y acceso (16%): las personas con trastorno mental pueden acceder a diferentes tipos de capacitación y formación tanto técnica como profesional, con algunas ventajas como reducción de tasas por discapacidad.

Tabla 193. Frases que representan el contenido Educación positiva - Valencia

“Tengo el 37% de discapacidad y tengo la oportunidad de estudiar en una universidad sin tasas pero todavía no sé, he visto dos universidad on-line porque me gustaría estudiar, pero no creo que tenga discriminación porque presentaré mi discapacidad y estaré exenta de tasas” (U38, Asiem).

Subcategoría 14. Proyecto vital - Valencia (9%)

Contenido 14.1. Proyecto vital positivo (9%): como expectativas de futuro esperan tener un trabajo que les permita la independencia familiar, tener una pareja, poder cuidar de sus hijos, vivir en una casa propia y mantener estables los síntomas de su enfermedad.

Tabla 194. Frases que representan el contenido Proyecto vital positivo - Valencia

“Espero el día de mañana tener una casa para vivir, aunque me gusta el alquiler, pero si necesito un espacio más grande, y que me aumentaran horas de trabajo para irme de la vivienda tutelada porque me siento más preparada para poderme ir a vivir sola, estoy estable normalmente, y combinarlo con el gimnasio u otra alternativa de deporte porque tengo lumbalgia” (U51, Ambit).

Como resumen se puede decir que los elementos principales son la educación que da paso al trabajo, y la autonomía que es la independencia del núcleo familiar, así como las relaciones más cercanas aspirando a la pareja sentimental, también pensado como un proyecto vital.

4.2.5. Categoría Familiar - Valencia

Tabla 195. Porcentaje de la categoría Familiar: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Familiar (7%)	15.Apoyo 39%	15.1. Unión familiar	14
		15.2. Cuidados y Comprensión	25
	16.Sobreprotección 41%	16.1. Dependencia	31
		16.2.Falta de confianza	10
		17.Aislamiento 20%	17.1.Rechazo
17.2.Miedo	10		
Total	100%		100

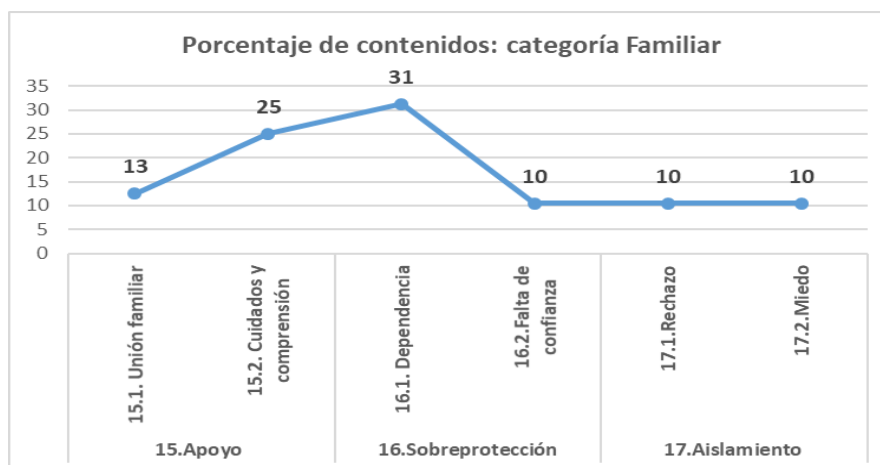


FIGURA 44. Porcentaje de contenidos categoría Familiar - Valencia

Tabla 196. Subcategoría Apoyo y sus contenidos - Valencia

Sub-categorías	Contenido
15.Apoyo	15.1. Unión familiar
	15.2. Cuidados y comprensión

Subcategoría 15. Apoyo - Valencia (39%)

Contenido 15.1. Unión familiar (14%): es el contar con una familia que les apoye que en general suelen ser los padres y/o hermanos, con quienes pueda desarrollar actividades que les permiten desarrollar su autonomía e independencia.

Tabla 197. Frases que representan el contenido: Unión familiar - Valencia

“Mi familia siempre ha sido buena desde el principio, ha sido un apoyo importantísimo, y mis padres también han crecido con esta enfermedad, se han dado cuenta de que en esta vida no son todo mariposas de color sino que tienes que luchar; era como si no fuera yo misma, como si se me hubiera ido el alma, entonces también fue duro para mi familia” (U34, Asiem).

Contenido 15.2. Cuidados y comprensión (25%): las familias suelen tener una preocupación tanto por la atención en salud como por el futuro de sus usuarios en el ámbito económico y de autonomía principalmente.

Tabla 198. Frases que representan el contenido: Cuidados y comprensión familiar - Valencia

“Vas viendo unos hábitos y dificultades tienen tu familiar, pues cuando tenía 17 años mi hija pues yo tenía unas expectativas y ella también, todo se trunca y tienes que cambiar el chip, cuesta pero en cuanto antes lo hagas mejor” (F20, Asiem).

Tabla 199. Subcategoría Sobreprotección familiar y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenido
16.Sobreprotección	16.1. Dependencia
	16.2.Falta de confianza

Subcategoría 16. Sobreprotección - Valencia (41%)

Contenido 16.1. Dependencia (31%): se dan dos situaciones principalmente, que el usuario vive con ambos padres o uno, en el que se cuida de la persona con salud mental de forma que no le permite desarrollar su autonomía, o, por el contrario, el familiar es una persona adulta mayor que requiere de cuidados, lo cual es proporcionado por el usuario y esto no le permite tener más independencia.

Tabla 200. Frases que representan el contenido: Dependencia familiar - Valencia

“Estoy muy protegido por la familia, yo veo que la esquizofrenia tiene unos límites, es más dificultad para llevar esta enfermedad, mi madre y mis hermanos me tiene muy controlado por que puedo tener recaídas, no me dejan salir mucho y tengo que estar unas horas en casa por la medicación” (U45, Museo).

Contenido 16.2. Falta de confianza (10%): en algunas ocasiones se observa que los padres no confían en las capacidades y destrezas del usuario para afrontar su vida.

Tabla 201. Frases que representan el contenido: Falta de confianza familiar - Valencia

“Muchas veces las familias invalidan y también hay que trabajar con ellas para que entiendan que invalidar cualquier acción o decisión con respecto a la persona enferma va mermando sus posibilidades de autonomía y desarrollo personal y social” (P9, Asiem).

Tabla 202. Subcategoría Aislamiento y sus contenidos - Valencia

Sub-categoría	Contenido
17.Aislamiento	17.1.Rechazo
	17.2.Miedo

Subcategoría 17. Aislamiento - Valencia (20%)

Contenido 17.1. Rechazo (10%): son actitudes de las familias de no querer o poder apoyar a su usuario/a, que puede deberse por la misma persona con problemas de salud mental que no quiere la cercanía de su familia, o porque la familia ha cortado los vínculos.

Tabla 203. Frases que representan el contenido Rechazo familiar - Valencia

“En mi casa con mi hermana y encerrada en mi habitación sin ver a nadie, sin que nadie entrara en mi habitación, y ya está, estuve así un año. Siempre me apoyaban, pero yo estaba mal” (U52, Ambit).

Contenido 17.2. Miedo (10%): es el sentimiento de miedo que siente la familia al manejar la situación con su usuario/a ante los momentos de crisis y que ese recuerdo perdura a posterior cuando la persona está estable.

Tabla 204. Frases que representan el contenido Miedo familiar - Valencia

“Hay familias que han visto a sus hijos muy descontrolados y no quieren pasar por eso porque no saben cómo atenderlos, yo creo que es más el miedo a no saber, entonces prefieren que la atiendan desde otro sitio” (P11, Ambit).

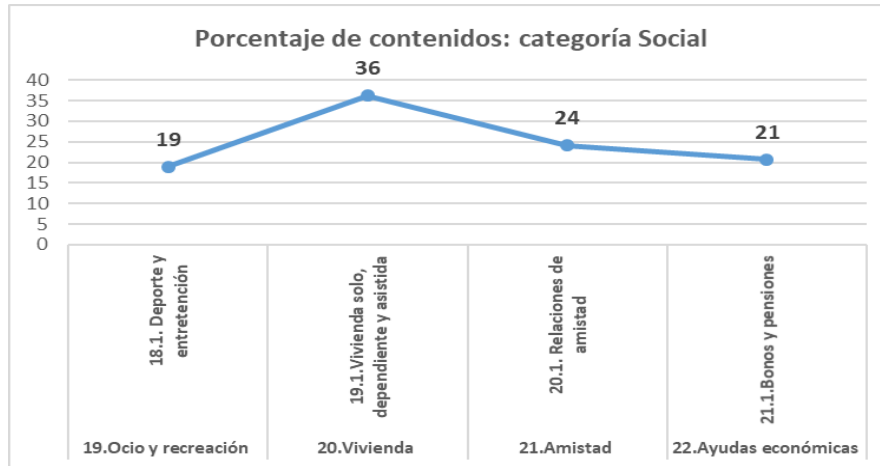
En síntesis, acerca de la relación con la familia nuclear se aprecia que es relevante el enfoque que la familia tenga para ayudar al usuario, el cual va desde el polo de la sobreprotección y dependencia al considerar que la persona no puede valerse por sí mismo, hasta el extremo del rechazo y aislamiento cuando hay miedo a las crisis de la enfermedad y falta de apoyo.

4.2.6. Categoría Social - Valencia

Tabla 205. Porcentaje de la categoría Social: Subcategorías y contenido - Valencia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Social 9%	19.Ocio y recreación 19%	18.1. Deporte y entretenimiento	19
	20.Vivienda 36%	19.1.Vivienda independiente, dependiente y asistida	36
	21.Relaciones de amistad 24%	20.1. Relaciones de amistad	24
	22.Ayudas económicas 21%	21.1.Bonos y pensiones	21
Total	100%		100

Tabla 206. Porcentaje de contenidos de categoría Social - Valencia



Subcategoría 18. Ocio y recreación - Valencia (19%)

Contenido 18.1. Deporte y entretenimiento: son las actividades que realizan tanto de actividad física como de ocio y tiempo libre y les agradan como caminar, pasear, bailar, ir al cine, leer, bolera, oír música, fotografía, videojuegos, pintar y dibujar, teatro, ajedrez, meditación y yoga.

Tabla 207. Frases que representan el contenido Deporte y entretenimiento - Valencia

“Yo hago zumba y salgo a caminar por un carril bici que hay por mi casa, eso me viene muy bien, me despeja mucho la mente. Ahora estoy buscando empleo activamente. Y de ocio lo que hago es lo normal, salir al cine, salir a tomar algo, ir de compras por ejemplo a veces” (U35, Asiem).

Subcategoría 19. Vivienda - Valencia (36%)

Contenido 19.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida: los usuarios entrevistados la mayoría viven con sus padres 56%, el 20% con un compañero de piso, el 12% solos y el 12% en una vivienda tutelada. Se considera que existen pocos pisos tutelados públicos, y los privados son de un alto coste (2000 euros mensuales por persona).

Tabla 208. Frases que representan el contenido Vivienda independiente, dependiente y asistida - Valencia

“En otro países y lugares de España sí que funcionan los pisos tutelados y eso sería lo ideal, pero también es porque un aspecto de la sociedad puede ser egoísta, si pones un piso tutelado de enfermos mentales hay un rechazo, porque las personas no estamos concienciados de que es un enfermo como cualquier otro y que tiene que vivir en algún sitio” (D14, Bétera).

Subcategoría 20. Relaciones de amistad -Valencia (24%)

Contenido 20.1. Relaciones de amistad: para la mayoría de usuarios/as el tener enfermedad mental grave ha tenido como consecuencia un rompimiento con el lazo social, puesto que la recuperación es en general un proceso largo de años y tienen que volver a re-establecer esas relaciones y en la mayoría de casos volver a construir un entramado de amistades con personas que les entiendan de mejor manera y con quienes puedan realizar las mismas actividades sociales, para esto el participar de centros sanitarios o sociales les han servido de forma relevante.

Tabla 209. Frases que representan el contenido Relaciones de amistad - Valencia

“Me ha ayudado venir a este centro, hacer aquí amigos y luego quedar con ellos fuera de aquí, quedo bastantes tardes, hemos ido mucho a una heladería y hemos conocido ahí a bastantes personas que también tienen problemas mentales y nos juntamos con ellos” (U42, Museo).

Subcategoría 21. Ayudas económicas - Valencia (21%)

Contenido 21.1. Bonos y pensiones: el 90% de las personas con cuadro crónico de salud mental reciben alguna pensión, principalmente no contributiva, pues por la enfermedad son menos los que han logrado trabajar durante la adultez de forma normalizada y reciben la pensión contributiva. Estas pensiones se les pueden sumar la pensión por orfandad, o que sus padres reciban la ayuda por hijo a cargo. En muchos casos la pensión está tutorada por algún familiar o por la Generalitat.

Tabla 210. Frases que representan el contenido Bonos y pensiones - Valencia

“Estoy tutelada por la Generalitat solamente económicamente porque yo vivo con mi madre, ella cobra la de hijo a cargo. Pues ya me dijo la trabajadora social que yo no podía trabajar porque si no me quitaban la pensión” (U49, Museo).

Recapitulando, la vivienda es uno de los elementos indispensables para indicar que una persona con trastorno mental grave está inserta en la sociedad, puesto que tiene un espacio propio el cual habitar, y el que puede compartir con otras personas y hacer amigos, sin embargo, no es lo más común en este colectivo, por la falta de opciones públicas o de precio accesible. La pensión resulta otra piedra angular ya que, si bien se requiere para mantenerse económicamente, estas no siempre son muy altas e interfieren a la hora de encontrar un trabajo pues es incompatible con una actividad remunerada por largo tiempo.

4.3. RESULTADOS ITALIA

En la última parte de los resultados de esta investigación se expone la experiencia de inclusión laboral para personas con trastorno mental graves en Italia, específicamente, sobre el proceso de implementación de las *cooperativas sociales* de trabajo. Este apartado es algo distinto al anterior, dado que lo que se ha realizado es un meta-análisis de bibliografía específica al respecto.

En este marco, se procede a la indagación de fuentes secundarias que, desde la perspectiva cualitativa demanda: la búsqueda sistemática de documentos confiables, la lectura, el entendimiento y la otorgación de sentido a lo que dice un autor determinado, exponiendo los aspectos originales de su planteamiento, pero, además, en un proceso de interacción entre la teoría y la realidad en estudio, consiente el que sea la realidad misma la que se exprese con argumentos.

La relevancia de enfatizar en el análisis de la experiencia de cooperativas sociales de trabajo en Italia, se explica por ser este país un referente a nivel internacional en la desmanicomialización y en la propuesta de empresa social como forma de asegurar un ámbito que se considera indispensable para la integración social de los usuarios y para reivindicar su pleno derecho de ciudadanía, es decir, el trabajo.

La cantidad de recursos encontrado en la primera búsqueda fue elevada, sin embargo, al utilizar los criterios de exclusión, hubo algunas bases de datos que no arrojaron resultados que pudieron ser utilizados en la presente investigación, como se muestra a continuación.

Tabla 211. Cantidad de recursos de meta-análisis del estudio

Base de datos	N° Referencias encontradas	% Utilizado
<i>SciELO</i>	68	7
<i>JBI ConNECT</i>	50	0
<i>LILACS</i>	560	0
<i>APA</i>	676	0
<i>Google Académico</i>	24329	80
<i>Google</i>	290000	13
TOTAL	315683	100

Finalmente, la muestra quedó compuesta por los siguientes documentos con la finalidad de conocer el proceso de inclusión socio-laboral desde la experiencia de Italia:

Tabla 212. Muestra por tipo de publicación – Italia

<i>Muestra</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Libro</i>	40
<i>Publicaciones de organismo internacional</i>	13
<i>Artículo de revista</i>	47
<i>Total</i>	100

En cuanto al porcentaje que representan cada tipo de texto analizado, observamos que la mayoría son *Artículos de revista* con **47%**, luego los Libros con 40%, y al final las Publicaciones de organismos internacionales con un 13%, como se visualiza en el siguiente gráfico.

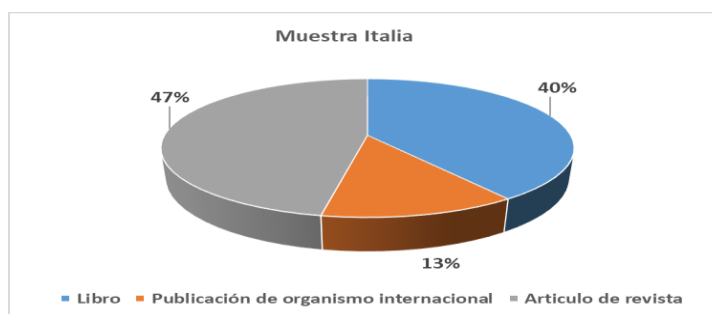


FIGURA 45. Porcentaje de tipos de muestra - Italia

Del análisis se desprenden **6 Categorías principales en Italia**: Estructura y organización de Salud Mental (44%), Laboral (26%), Sanidad (13%), Social (10%), Personal (4%) y Familiar (3%).

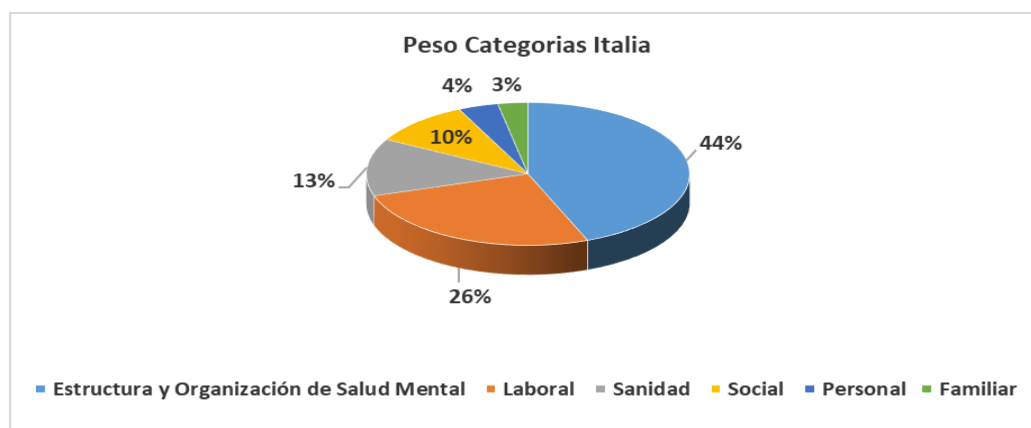


FIGURA 46. Peso de las Categorías - Italia

En cuanto a las sub-categorías en valores absolutos (N=70) se observa un mayor peso otorgado al contenido *Funcionamiento General* (categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Condiciones laborales* (categoría Laboral); contenido *Red Socio-Sanitaria* (categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Centro de Salud Mental* (categoría Estructura y organización de Salud Mental); contenido *Satisfacción laboral* (categoría Laboral); contenido *El trabajo como terapia* (categoría Laboral); *Vivienda* (categoría Social); y *Modelo Salud Mental* (categoría Estructura y organización de Salud Mental).

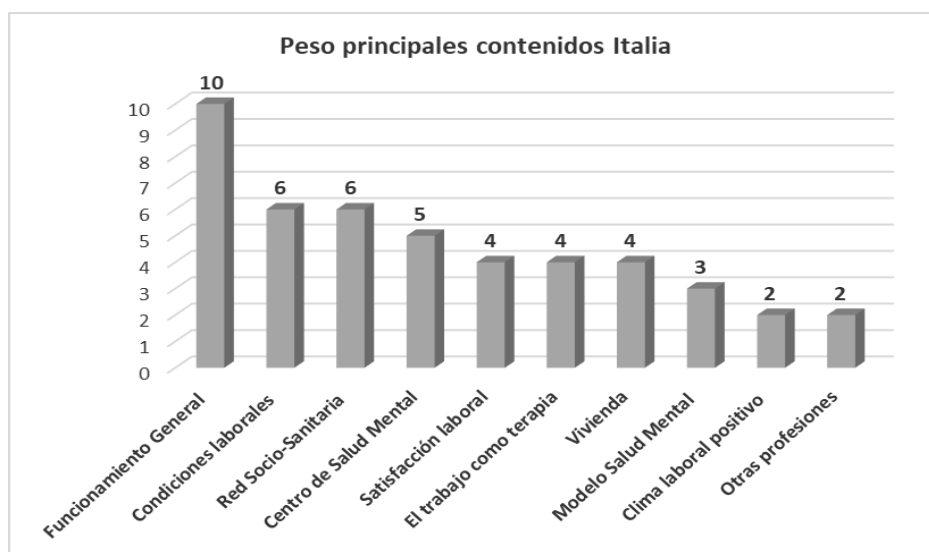


FIGURA 47. Peso de los principales contenidos en Italia

Tabla 213. Matriz de análisis de la distribución por Categorías, Sub-categorías y Contenidos totales – Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Laboral (peso 19) 26%	1.Inclusión (peso 18) 25%	1.1. Condiciones laborales	8,3
		1.2. Formación y capacitación	1,4
		1.3. Seguimiento	1,4
		1.4. Clima laboral positivo	2,8
		1.5. Satisfacción laboral y derechos	5,6
		1.6. El trabajo como terapia	5,6
	2.Exclusión (peso 1) 1%	2.1. Falta de oportunidades laborales	1,4

Sanidad (peso 9) 13%	3. Profesionales de Salud mental (Peso 6) 9%	3.1. Tipo de establecimiento	1,4
		3.2. Psicología	1,4
		3.3. Psiquiatría	2,8
		3.4. Importancia de las terapias	0,0
		3.4. Otras profesiones	2,8
	4. Hospitalización (peso 2) 3%	4.1. Internación en Hospital psiquiátrico	0,0
		4.2. Hospital General	1,4
		4.3. Domicilio	0,0
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	1,4
	5. Síntomas 0%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	0,0
	6. Medicación (peso 1) 1%	6.1. Adecuada	1,4
		6.2. Efectos secundarios indeseables	0,0
Estructura y organización Salud Mental (peso 32) 44%	7. Dificultades (peso 3) 4%	7.1. Estigma	1,4
		7.2. Inexactitud de Políticas Públicas	1,4
		7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria	1,4
	8. Funcionamiento del Modelo Comunitario (peso 16) 22%	8.1. Funcionamiento General	13,9
		8.2. Red Socio-Sanitaria	8,3
	9. Servicios de Rehabilitación (peso 8) 11%	9.1. Hospital Psiquiátrico	0,0
		9.2. Hospital General	2,8
		9.3. Centro de Salud Mental (CSM)	6,9
		9.4. Clínica Universitaria	1,4
	10. Facilidades (peso 5) 7%	10.1. Modelo de Salud Mental	4,2
10.2. Ley de inclusión laboral		2,8	
Personal (peso 3) 4%	11. Autonomía (peso 2) 3%	11.1. Independencia	1,4
		11.2. Responsabilidad y decisiones	1,4
	12. Relaciones íntimas 0%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	0,0
	13. Educación (peso 1) 1%	13.3. Positivo interés y acceso.	1,4
	14. Proyecto vital 0%	14.1. Proyecto vital positivo	0

Familiar (peso 2) 3%	15.Apoyo (peso 2) 3%	15.1. Unión familiar	1,4
		15.2. Cuidados y Comprensión	1,4
	16.Sobrepotección 0	16.1. Dependencia	0,0
	17.Aislamiento 0	17.1.Rechazo	0,0
Social (peso 7) 10%	18.Ocio y recreación (peso 1) 1,5%	18.1. Deporte y entretención	1,4
	19.Vivienda (peso 4) 5,5%	19.1.Vivienda independiente, dependiente y asistida	5,6
	20.Relaciones de amistad (peso 2) 1,5%	20.1. Relaciones de amistad	1,4
	21.Ayudas económicas 1,5%	21.1.Bonos y pensiones	1,4
Total	100%		100

A continuación, se describen cada una de las categorías, subcategorías y sus contenidos encontrados en los documentos analizados sobre Italia, y se ejemplifica cada uno con citas textuales, con la siguiente clasificación por color:

Libro	Publicaciones de organismos internacionales	Artículos de revista
-------	---	----------------------

4.3.1. Categoría Laboral – Italia

Tabla 214. Porcentaje de la categoría Laboral: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Laboral 26%	1.Inclusión 95%	1.1. Condiciones laborales	33
		1.2. Formación y capacitación	5
		1.3. Seguimiento a usuarios.	5
		1.4. Clima laboral positivo	10
		1.5. Satisfacción laboral y derechos	21
		1.6. El trabajo como terapia	21
	2.Exclusión 5%	2.1. Falta de oportunidades laborales	5
		2.2. Auto-estigma.	0
		2.3. No manejo de síntomas	0
		2.4. Discriminación laboral	0
Total	100%		100

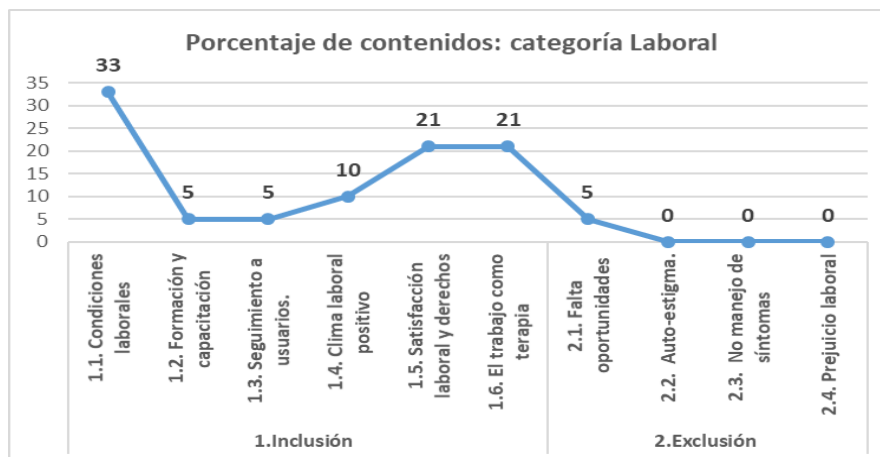


FIGURA 48. Porcentaje de contenidos de la categoría Laboral - Italia

Subcategoría 1. Inclusión laboral– Italia (95%)

Contenido 1.1. Condiciones laborales (33%): las empresas sociales son una estrategia básica no solo de inclusión laboral sino de rehabilitación fuera del manicomio en Italia, y nació específicamente en la ciudad de Trieste donde había 1.500 personas en el hospital psiquiátrico, iniciando el proceso de desinstitucionalización y de puesta en marcha de la Estrategia de Psiquiatría Comunitaria, Colectiva y Territorial. Anteriormente, se había entendido el trabajo como una opción para entretener al paciente e imponer reglas, o con actividades simples y repetitivas, pues servían más a la institución que a los usuarios.

Tabla 215. Frases que representan el contenido Condiciones laborales - Italia

“La empresa social es nuestra utopía de hacer existir lo social alrededor de las personas desventajadas, interesándonos por la calidad de su vida, incluyendo el trabajo dentro de un articulado recorrido terapéutico en vez de considerar a éste aisladamente; movilizandoy optimizando los recursos públicos y los privados, acarreando su positiva sinergia, intentando conjugar solidaridad y productividad” (Roselli, 2000).

“Las empresas sociales, estructuradas bajo la forma de cooperativas de trabajo, fueron un componente indispensable para elevar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental, para dar soluciones productivas y no asistenciales” (Galli, 2015).

“La primera cooperativa de trabajo, la cual sigue funcionando actualmente (“Cooperativa Lavoratori Uniti”-1973), para realizan actividades de limpieza del hospital; los socios eran, a más de pacientes internados, trabajadores” (Rotelli, 2000).

“La cooperativa social de trabajo es una empresa donde el fundamento es realizar emprendimientos que generen valor social agregado” (Galli, 2015).

Tipos de trabajo: el tipo de trabajo en el que se insertar la mayoría de personas con discapacidad es bajo la figura jurídica de cooperativas sociales de trabajo, las cuales

cumplen con criterios económicos definidos, entre los que se incluye el repartir los beneficios de forma limitada para evitar una política orientada hacia la optimización y capitalización.

Tabla 216. Frases que representan el contenido Tipos de trabajo - Italia

“Las cooperativas de trabajo realizan una actividad continua de producción de bienes y/o de prestación de servicios; con un nivel elevado de autonomía, pues son creadas voluntariamente y aunque puedan depender de la financiación pública, es gestionada de manera democrática por sus socios; tiene un nivel significativo de riesgo económico como toda empresa, por lo que se apunta a la calidad del producto y a la creatividad para ser competitivas; y aunque cuentan con voluntarios requiere una cantidad mínima de trabajadores asalariados” (Bernardi, et al., 2011).

Contenido 1.2. Formación y capacitación (5%): uno de los objetivos de las cooperativas de trabajo es invertir en la formación y transformación personal de los usuarios, y por ende en el contexto y la cultura hacia el uso de recursos más innovadores y ecológicos.

Tabla 217. Frases que representan el contenido Formación y capacitación - Italia

“Lograr una especialización dirigida hacia áreas de necesidad concretas, orientada hacia la adquisición de competencias y capacidades de gestión respecto a las exigencias de los destinatarios de las intervenciones de la cooperativa para evitar, entre otras cosas, una prestación indistinta de simple mano de obra” (Maiello, 2001).

Contenido 1.3. Seguimiento (5%): a nivel internacional la evidencia indica que las cooperativas sociales tienen viabilidad en términos de creación de empleo, variedad de actividades productivas y de servicios sociales, aunque se implementen en condiciones desfavorables como dificultades en el acceso a infraestructuras y servicios, como es el caso de Italia.

Tabla 218. Frases que representan el contenido Seguimiento - Italia

“Existen las más de 12.600 cooperativas sociales activas en diferentes países en la prestación de servicios sociales, la mayoría ofrecen servicios a personas adultos mayores y con discapacidad. Es Italia el país donde se concentra el mayor número de estas cooperativas (11.264), en un segundo lugar España (690), Japón (446) y Sudáfrica (90), pero también existen en otros países de América y Europa” (CICOPA, 2013).

Contenido 1.4. Clima laboral positivo (10%): cumplen con una serie de *indicadores sociales y económicos* de calidad como es que sea un emprendimiento realizado por un grupo de ciudadanos con necesidades en común, con igualdad de condiciones entre los

socios, de naturaleza participativa y no basado en quien posee el capital. Se observa como importante la inclusión en un grupo, pues las cooperativas están orientadas hacia la adquisición de competencias y capacidades de gestión, y se trata que los socios emprendedores más que solo trabajadores, con capacidad de decisión compartida y participación en todos los ámbitos de la empresa incluida la vinculación con la comunidad, promoviendo la responsabilidad social.

Tabla 219. Frases que representan el contenido Clima laboral positivo - Italia

“La acción empresarial se orienta hacia la consecución de objetivos de tipo solidario, caracterizados no solo por las necesidades de grupos específicos, sino por el interés general de la comunidad. La cooperación social italiana ha identificado desde sus orígenes un fuerte vínculo entre la empresa y el territorio, activando un circuito positivo sostenido a través de varios incentivos como la participación, la responsabilidad, los objetivos sociales y la confianza; siendo el punto de partida de un comportamiento virtuoso” (Bernardí, 2011).

Contenido 1.5. Satisfacción laboral (21%): para las cooperativas sociales la definición de éxito económico no se restringe al hecho de lograr una alta rentabilidad, sino que incluye una mejora del bienestar y desarrollo socio-económico de los socios, y el impacto positivo en el entorno. Además, los datos económicos retratan una situación bastante positiva, con un desarrollo ocupacional y un aumento del número de este tipo de empresas en los últimos 20 años. En los datos económicos se indica que el 14% del PIB de la ciudad de Trieste es logrado mediante la economía cooperativa (en el resto de Italia en el 8% del PIB); y en el 2016 el valor de la producción fue de 2.3 billones de euros y el patrimonio indivisible de 2.4 B/euros.

Tabla 220. Frases que representan el contenido Satisfacción laboral - Italia

“Los datos sobre la cantidad de cooperativas en la ciudad de Trieste indican que una de cada ochenta empresas se registra como tal, contabilizándose 495 sociedades cooperativas al 31 de diciembre de 2016, clasificadas según sector como 54% coop. de trabajo, servicio, sociales y vivienda, 17% coop. agrícolas (hortofrutícolas, vitivinícolas, de lácteos, zootécnicas), 15% coop. de consumo como almacenes de barrio y puntos de venta, 7% bancos de crédito cooperativo, y 6% entidades funcionales y de sistema. Los beneficiarios directos son 20.550 socios (44% en cajas rurales, 41% coop. de consumo, 9% coop. de trabajo, sociales, servicios y vivienda, y 6% coop. agrícolas) y 19.118 productores que entregan materiales de primer y segundo grado a las cooperativas” (Dorigatti, 2017).

“Las cooperativas, en sus distintas formas, promueven la máxima participación posible en el desarrollo económico y social de todas las personas, incluidas las mujeres, los jóvenes, las personas mayores, las personas con discapacidad y los pueblos originarios. Contribuyen a erradicar la pobreza y el hambre, y se están convirtiendo en un factor importante del desarrollo económico y social” (ONU, 2013).

Derecho al trabajo: es el empoderamiento de las personas con discapacidad por trastorno mental grave (pero también por uso de drogas o marginación social), el cual es fortalecido desde la administración en salud.

Tabla 221. Frases que representan el contenido Derecho al trabajo - Italia

“El fortalecimiento de la acción de las cooperativas de trabajo desde una perspectiva de empresa social, coincide con un trabajo importante del Departamento de Salud Mental, teórico y práctico, para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía de los usuarios” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 1.6. El trabajo como terapia (21%): uno de los tres ejes de la rehabilitación de los usuarios con trastorno mental grave es el trabajo, entendiendo que la inserción laboral constituye el nivel máximo al ser realizado en lugares reales, que los valoriza e incentiva a emprender, con sentido personal y creando productos de calidad, a lo cual llaman “rehabilitar la rehabilitación”. Por lo tanto, se convierte en una crítica al asistencialismo y a la institucionalidad, que ha utilizado el trabajo con un espacio de invalidación de los usuarios al darles pasatiempos, siendo una forma de derrochar recursos económicos y, principalmente, posibilidades humanas.

Tabla 222. Frases que representan el contenido El trabajo como terapia - Italia

“El trabajo es un espacio de intercambios simbólicos y materiales, de interacción que posibilita ampliar las redes sociales, articular intereses, necesidades y deseos, consolidándose como medio de subsistencia y de realización personal. En este sentido, las cooperativas sociales buscan aunar el carácter emprendedor económico con el social, promoviendo utilizar recursos que se encontraban en desuso y multiplicando la posibilidad de intercambios sociales” (Benedetto, 2003).

“La apropiación del trabajo y de lo producido, las estrategias de defensa colectiva construidas gracias al instrumento trabajo, dio paso a una verdadera emancipación económica y muchas veces también clínica” (Maiello, 2001).

Subcategoría 1.2. Exclusión laboral – Italia (5%)

Cuando se piensa cerrar el Hospital Psiquiátrico se observa una falta inicial de receptividad por parte de las empresas privadas locales, lo cual es un elemento de exclusión. Sin embargo, como solución se estructuran las cooperativas sociales de trabajo, por lo que se convierte en una empresa donde el fundamento es realizar emprendimientos que generen valor social agregado al incluir a los excluidos.

Tabla 223. Frases que representan el contenido Exclusión laboral - Italia

“Existe una fractura radical instituida entre el mundo de la empresa y la producción y el mundo asistencial, en razón de la pérdida del valor que las sociedades contemporáneas le otorgan a la asistencia y los costos sociales, por lo tanto, se debe también crear un encuentro entre estos dos mundos, donde el trabajo pase a ser un mediador irremplazable para la inserción social, concebido como actividad, útil a la comunidad, con las mismas reglas y retribución vigentes en el mercado” (Galli, 2015).

A modo de resumen podemos indicar que el rol del trabajo es primordial ya que se entiende como el nivel máximo de la rehabilitación, y es la forma de organización en cooperativas sociales de trabajo la que permite una inclusión real de este colectivo. El tipo de actividades empleo son varias, incluyendo de servicio, agrícolas, consumo y bancarias, y los datos económicos indican que es rentable y beneficioso desde el punto de vista económico personal, familiar, local, regional y nacional. Los organismos internacionales reconocen que la organización de empresa cooperativa reduce la pobreza y la exclusión.

4.3.2. Categoría Sanidad – Italia

Tabla 224. Porcentaje de la categoría Sanidad: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Sanidad 13%	3. Profesionales de Salud mental 70%	3.1. Tipo de establecimiento	10
		3.2. Psicología	10
		3.3. Psiquiatría	25
		3.4. Importancia de las terapias	0
		3.4. Otras profesiones	25
	4. Hospitalización 20%	4.1. Hospital Psiquiátrico	0
		4.2. Hospital General	10
		4.3. Domicilio	0
		4.4. Por descompensación aguda (de síntomas)	10
	5. Síntomas 0%	5.1. Síntomas del estado de ánimo	0
		5.2. Síntomas psicóticos	0
		5.3. Problemas en las relaciones interpersonales	0
		5.4. Mejoría de los síntomas	0
	6. Medicación 10%	6.1. Adecuada	10
6.2. Efectos secundarios indeseables		0	
Total	100%		100

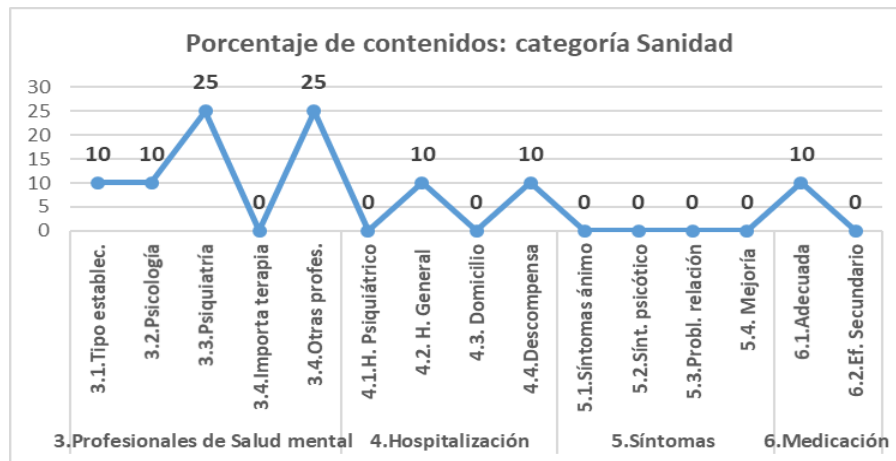


FIGURA 49. Porcentaje de contenidos de la categoría Sanidad – Italia

Subcategoría 3. Profesionales de Salud mental – Italia (70%)

Contenido 3.1 Tipo de establecimiento (10%): Todos los establecimientos son públicos, aunque los recursos de apoyos pueden ser privados como asociaciones, en Trieste no se existen clínicas psiquiátricas privadas para internamiento.

Contenido 3.2. Psicología y 3.3. Psiquiatría (35%): No se observa una importancia por un tipo específico de profesionales ya que todos son denominados operarios de salud mental, no utilizan bata blanca y están capacitados y con compromiso afectivo hacia los usuarios, adecuándose a sus necesidades. El psiquiatra o psicólogo, en colaboración con el equipo, hacen una primera evaluación, tomando en cuenta los problemas presentados y definen la oportunidad y consistencia del tratamiento. Dentro de las actividades en los Centros de Salud Mental está la reunión de equipo diaria, por un tiempo promedio de 90 minutos, para que todos conozcan la situación de cada usuario. En Trieste trabajan 220 profesionales (para una población de 250.000 habitantes), además hay personal de las cooperativas sociales, practicantes y voluntarios de otras ciudades, regiones y países del mundo.

Tabla 225. Frases que representan el contenido Psicología y Psiquiatría - Italia

“Surgen nuevas formas de intercambios, nuevas simetrías, otros grados de compromiso personal y la demanda de extender la cobertura hacia todos los ciudadanos con necesidades de salud mental, que antes no tenían” (Galli, 2015).

Contenido 3.4. Otras profesiones (25%): la re-estructuración del hospital implicó también una reorganización de sus profesionales, de esta forma se implementaron pequeños grupos de convivencia, dentro de la estructura primero y luego en la ciudad, que involucró activamente a los *enfermeros*, quienes abandonaron su papel tradicional de guardianes y asumieron un papel protagónico en el proceso de cambio, enfrentando también la resistencia que se generó en la ciudad y transformándola en alianzas.

Tabla 226. Frases que representan el contenido Otras profesiones - Italia

“Lo más importante en la formación de los enfermeros fue que el nuevo tipo de realidad los ha llevado a no depender del médico, a ser operadores que podían tomar decisiones por su cuenta” (Basaglia, 1979).

Subcategoría 4. Hospitalización – Italia (20%)

Contenido 4.1 Hospital psiquiátrico (0%): en toda Italia ya no se cuentan con hospitales psiquiátricos, pues es parte fundamental de la premisa de la desinstitucionalización.

Contenido 4.2 Hospital General (10%): la internación deja de realizarse en el Hospital Psiquiátrico y pasa a los territorios, se utiliza este tipo de intervención solo en casos que requieren, tienen pocas camas y por poco tiempo (7 días).

Tabla 227. Frases que representan el contenido Hospital General - Italia

“La desinstitucionalización tiene como punto de partida la movilización de todos los actores implicados, encaminada a cambiar las relaciones de poder desde adentro del hospital psiquiátrico y desplazar hacia afuera todas las energías retenidas en el manicomio” (Rotelli, 2015).

Contenido 4.4. Por descompensación de síntomas (10%): si bien se entiende que las crisis son parte de la enfermedad, la organización de los servicios ha contribuido a resolver de una manera innovadora es la gestión de dichas crisis en los centros del territorio, mediante un enfoque desburocratizado de la crisis, es decir, lejos del modelo médico tradicional, ya que tiende a reducir y hacer casi innecesario el uso de la hospitalización y a disminuir el riesgo de recaída favoreciendo un más rápido re-establecimiento de las condiciones de equilibrio.

Tabla 228. Frases que representan el contenido Hospital General - Italia

“La crisis se vuelve como un evento que forma parte de la historia de la persona, con su propio significado que hay que entender y reconstruir, y una necesidad de la cual hacerse cargo activando los recursos y las relaciones del contexto de vida” (Dell’Acqua, 2012).

Subcategoría 6. Medicación – Italia (10%)

Contenido 6.1 Medicación Adecuada (10%): El Centro de Salud Mental brinda el tratamiento farmacológico de forma periódica o si es que tiene que intervenir en situaciones de crisis en visitas domiciliarias.

Tabla 229. Frases que representan el contenido Medicación Adecuada - Italia

“Los Centros de Salud mental también proveen de la terapia farmacológica a personas que tienen dificultad para trasladarse al servicio” (López. 2012).

En síntesis, los elementos más relevantes para el cambio de modelo son los operarios de salud mental sin distinción, ya que el poder comprender lo que se pretende modificar y creer en ello lo hace posible. Además, el contar con servicios articulados en red, que suplen al hospital psiquiátrico, en la comunidad.

4.3.3. Categoría Estructura y Organización de Salud Mental– Italia

Tabla 230. Porcentaje de la categoría Estructura y organización de Salud Mental: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Estructura y organización Salud Mental 44%	7.Dificultades 9%	7.1.Estigma	3
		7.2.Inexactitud de Políticas Públicas	3
		7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria	3
	8.Funcionamiento del Modelo Comunitario 50%	8.1.Funcionamiento general	31
		8.2. Red Socio-Sanitaria	19
	9.Servicios de Rehabilitación 25%	9.1. Hospital psiquiátrico	0
		9.2. Hospital General	6
		9.3. Centro de Salud Mental (CSM)	16
		9.4. Clínica Universitaria	3
	10.Facilidades 16%	10.1.Modelo de Salud Mental	10
10.2.Ley de inclusión laboral		6	
Total	100%		100

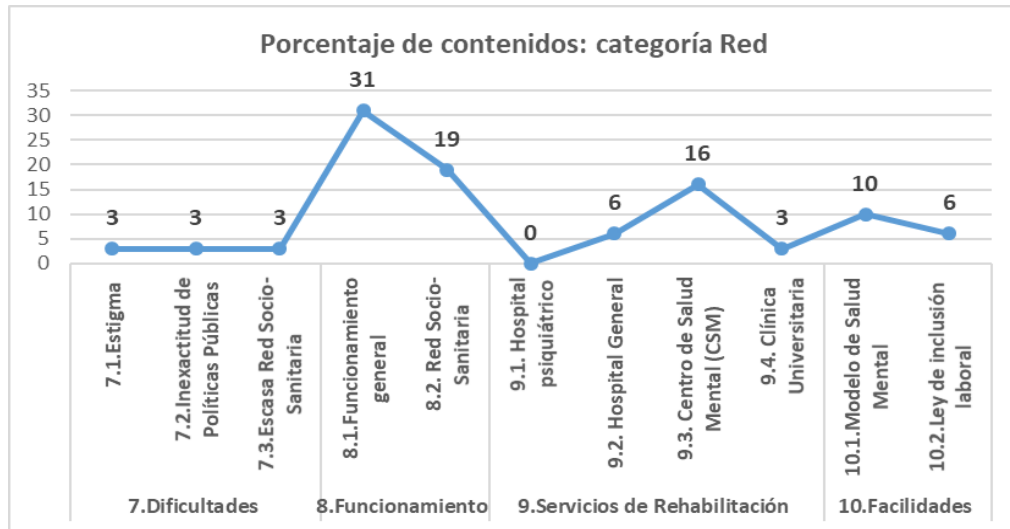


FIGURA 50. Porcentaje de contenidos de la categoría Estructura y organización Salud Mental– Italia

Subcategoría 7. Dificultades – Italia (9%)

Contenido 7.1 Estigma (3%): si bien se ha trabajado con la ciudadanía respecto de la inclusión y no discriminación hacia las personas con trastorno mental grave, las barreras que se observa es el estigma, el cual es difícil de eliminar por completo, ante esto se han creado centro de información para una referencia de personas que pregunten por una atención pero que no se atrevan a asistir a un centro de salud mental. Frente a esta problemática, en el 2004, se crearon *micro-áreas* para favorecer la accesibilidad y la presencia territorial de los servicios. Actualmente en la ciudad de Trieste el estigma es menor que antes.

Tabla 231. Frases que representan el contenido Estigma - Italia

“La ideología dominante es que el loco es peligroso y tiene que estar encerrado en un manicomio. Por esto, el inicio del trabajo consiste en convencer de que las cosas no son así. Día a día tratamos de mostrar que, si cambiamos la relación con el internado, cambiaba el sentido de esa relación” (Basaglia, 1979).

“Hay situaciones en que las personas no quieren acudir a los centros debido a que los prejuicios sobre la locura disminuyeron, pero quedan todavía, pese a los trabajos de sensibilización permanente que realizan con la ciudadanía” (López. 2012).

Contenido 7.2. Inexactitud de Políticas Públicas (3%): el antecedente del proceso de institucionalización es de políticas contrarias al modelo de salud mental comunitario que ideó el “movimiento basagliano”, por lo cual no es una tarea fácil pues hay que crear una nueva cultura. Actualmente, las principales dificultades son de presupuesto en bienestar

social y salud pública, insuficiencia de sistemas de evaluación del éxito de los servicios, y se requiere una mayor capacitación para profesionales no académica y mayor sensibilización continuada hacia los ciudadanos, para lograr un cambio cultural.

Tabla 232. Frases que representan el contenido Inexactitud de Políticas Públicas - Italia

“La puesta en marcha de una nueva institucionalización demanda combatir el statu quo y los mecanismos de control de las políticas sociales consideradas hasta ese entonces inamovibles, superar los obstáculos y enfrentar las situaciones conflictivas que se dan en todo cambio” (Galli, 2015).

Contenido 7.3. Escasa Red Socio-Sanitaria (3%): en Italia la implementación está todavía diversificada, pues si bien en todas las regiones hay una organización en Departamentos de Salud Mental, no en todos los Centro de Salud Mental hay horarios de atención amplios y la mayoría funciona con 8 o 12 horas en días laborables, principalmente por limitaciones económicas.

Tabla 233. Frases que representan el contenido Escasa Red Socio-Sanitaria - Italia

“Existen tres problemas que la Estrategia de Salud Mental Comunitaria debe enfrentar: 1. la falta absoluta de ayuda a muchas personas, por tanto, ¿cómo extender un sistema de atención en salud mental?; 2. estructuras y técnicas de atención poco apropiadas y poco eficaces, y en consecuencia ¿cómo mejorar la ayuda proporcionada?; 3. los hospitales psiquiátricos, es decir, ¿cómo reemplazar las respuestas violentas, anti-terapéuticas, que lesionan la ética y los derechos humanos?” (Rotelli, 1993).

Subcategoría 8. Funcionamiento del Modelo Comunitario – Italia (50%)

Contenido 8.1 Funcionamiento general (31%): El inicio de este proceso se da con el movimiento anti psiquiátrico italiano liderado por Franco Basaglia a inicios de los años 70, que parte del cuestionamiento al paradigma que coloca el foco de atención en la “enfermedad” dejando de lado la existencia global de la persona enferma y del tejido social. En 1999 el Ministerio de Salud de Italia anunció el cierre definitivo de todos los hospitales psiquiátricos públicos, por lo que se concluye así un ciclo de veinte años caracterizado por una dialéctica viva entre profesionales, familiares, administradores, políticos y amplios sectores de la opinión pública. De esta manera, el hospital se fue cerrando a medida que el proceso de intervención en la comunidad se fue realizando, y se emprende la construcción de nuevos dispositivos e instituciones, diversificados y articulados en red, para cubrir las múltiples necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos. Se crea el *Departamento*

de Salud Mental, que es parte de la Agencia de Servicios Sanitarios de Trieste, y garantiza la unidad técnica, administrativa y de planificación de la red de servicios territoriales, de sus programas y actividades. También es responsable de eliminar toda forma de discriminación, y de actualizar y capacitar a los profesionales del territorio. En Trieste, las 1.182 camas de hospital psiquiátrico que había en el año 1971 se convirtieron en 140 camas distribuidas en el territorio.

Tabla 234. Frases que representan el contenido Funcionamiento general - Italia

<p><i>“Basaglia hablaba de “destruir el manicomio como lugar de institucionalización”, objetivo político que solo es posible mediante su desenmascaramiento, lo cual permite, a su vez, la transformación de la misma psiquiatría al entrever que la enfermedad mental no es otra cosa distinta a la misma institución que la define y la organiza” (Rotelli, 2000).</i></p>
<p><i>“Allí comienza el tránsito de los pacientes hacia el exterior, a instalaciones residenciales en la comunidad, para rehacer sus fragmentos afuera, sus libertades, sus derechos, sus deseos” (Rotelli, 2000).</i></p>
<p><i>“Hemos demostrado que lo imposible se hace posible, hemos demostrado que se puede asistir a la persona con problemas mentales de otra manera, y este testimonio es fundamental. Yo no creo que el hecho de que una acción logre generalizarse signifique que ganamos. El punto importante es otro, es que ahora sabemos lo que se puede hacer” (Basaglia, 1979).</i></p>
<p><i>“En líneas generales los principios esenciales que deben guiar el cambio de paradigma son: 1.De la exclusión a la inclusión; 2.De una aproximación bio-médica a una bio-psico-social; 3.De la cama al servicio (de una acción individual a una acción colectiva en relación a los pacientes y a su contexto); 4.Del hospital a la comunidad (cambiar el eje de atención del hospital hacia la dimensión territorial de la acción colectiva); 5.De la acción individual al equipo de trabajo; 6.Legislación que promueva servicios comunitarios; 7.De la atención a corto plazo a una a largo plazo (la genuina rehabilitación); 8.Del tratamiento a la respuesta” (Rotelli, 1993).</i></p>

Contenido 8.2. Red Socio-Sanitaria (19%): los efectos del cambio de paradigma tiene como consecuencia la construcción de una **red real** que permita el sostenimiento del usuario en la comunidad, para lo cual fue necesario crear 40 servicios y recursos que se constituyan en torno a la persona, que garantizan distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria; cimentando además nuevas alianzas y sinergias con la ciudadanía, es decir, entendieron por territorio de la red no solamente el área geográfica determinada sino, además, todas las personas, saberes, instituciones, recursos existentes y los potenciales, es decir, todos los escenarios en que transcurre la vida comunitaria. Los **Centros de Salud Mental** (CSM) son el eje de la intervención, que cuentan con un equipo de trabajo interdisciplinario e intersectorial que mantiene un

funcionamiento transversal en red. Suelen haber reuniones del equipo del CSM con operadores de otras áreas de salud general o social, de cooperativas sociales de trabajo, de vivienda, responsables del sistema de bolsas de empleo, etc. Además, existen **Micro-áreas**, que son unidades sanitarias de atención primaria dependientes de los distritos ubicadas en zonas consideradas vulnerables de la ciudad, para favorecer la accesibilidad y la presencia territorial de los servicios. Cada una cubre un área de entre 900 y 2500 habitantes y funcionan en permanente articulación con los CSM; cuentan con un enfermero y un voluntario, quienes orientan a las personas respecto al sistema socio-sanitario.

Tabla 235. Frases que representan el contenido Red Socio-Sanitaria - Italia

<p><i>“Un operador puede ponerse un contacto telefónico con otro operador de cualquier área que esté o haya estado en contacto con un usuario con la finalidad de compartir información y dar seguimiento, este intercambio se realiza siempre con el usuario presente” (López, 2012).</i></p>
<p><i>“La creación de una red de servicios en el territorio, promover cambios culturales, formar personal nuevo y, particularmente, generar credibilidad y confianza, al mismo tiempo que crear en pacientes y familiares una conciencia de que se hacía lo correcto, les llevó varios años. No obstante, el proceso fue llevado a cabo con el mismo costo y la misma cantidad de personal que había en la planta del manicomio” (OMS, 2007).</i></p>
<p><i>“El hospital también se abre a la ciudad, hospedando colectivos de arte, fiestas y conciertos que atraen a la gente y permiten construir alianzas con grupos juveniles, movimientos de mujeres y estudiantes, organizaciones políticas y sindicales, medios de comunicación y de opinión, intelectuales y artistas” (Dell’Acqua, 2012).</i></p>

Subcategoría 9. Servicios de Rehabilitación – Italia (25%)

Contenido 9.1 Hospital Psiquiátrico (0%): no se realizan atenciones de rehabilitación.

El lugar del hospital fue reconvertido en espacios administrativos de fundaciones y universidades.

Contenido 9.2. Hospital General (6%): el Servicio de Atención Psiquiátrica del Hospital General se institucionaliza como **Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento**, y su función es atender la urgencia psiquiátrica, brindar apoyo a las distintas unidades del Hospital y orientar la demanda a los Centros de Salud Mental. Actualmente es un complemento para emergencias cortas, equipado con 6 camas.

Tabla 236. Frases que representan el contenido Hospital General - Italia

“El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento creado en el Hospital general y, brinda la primera respuesta a la emergencia psiquiátrica y actúa como un filtro para orientar a los usuarios hacia los servicios territoriales básicos” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 9.3. Centro de Salud Mental (CSM) (16%): se crearon con la finalidad de apoyar a los pacientes egresados del hospital psiquiátrico y para hacerse cargo de los pacientes en crisis. Funcionan como centros de referencia de día, y se enfocan para reducir el número de nuevos ingresos en el hospital, así como la frecuencia y duración de la hospitalización. Se fortalecieron progresivamente, y actualmente operan las 24 horas del día, los 7 días de la semana y cuenta con 8 camas. Mantienen una cobertura y responsabilidad territorial de una población de 60 mil habitantes. Proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento. No hay listas de espera y la primera entrevista se desarrolla adentro de las 24 horas por alguien del personal del servicio, pues ningún profesional tiene la especificidad de un usuario a cargo.

Tabla 237. Frases que representan el contenido Centro de Salud Mental - Italia

“La respuesta y el plan de tratamiento terapéutico son adaptados a los problemas y a las necesidades particulares de las personas. El servicio no ofrece intervenciones estandarizadas, sino más bien intervenciones que sean las más personalizadas posible” (Dell’Acqua, 2012).

“Son espacios de comprensión y encuentro donde se realizan entrevistas individuales y familiares; visitas domiciliarias; servicio de rehabilitación (sobre todo inserción laboral); programas personales postcrisis; enlace con Cooperativas Sociales de trabajo (al menos 30% de socios con desventajas), con asociaciones de familiares y voluntarios; visitas de articulación con otros servicios; pues su objetivo es trabajar en el territorio por el cumplimiento de la Ley 180”. (López, 2012).

“La verdadera rehabilitación es una de las estrategias de intervención que permite la reconstrucción de la ciudadanía plena de los sujetos con trastorno mental graves favoreciendo la inclusión social que se lleva a cabo a partir de tres ejes fundamentales: vivienda, red social y trabajo” (Benedetto, 2003).

Contenido 9.5. Clínica Psiquiátrica de la Universidad (3%): realiza actividades de enseñanza, investigación y asistencia en el campo de la salud mental. Cuenta con 12 camas, tanto para pacientes hospitalizados que para intervenciones de hospital del día. Es la sede de la Escuela de especialización en psiquiatría, y es el punto de referencia para los aspectos relacionadas con el deterioro generado por la demencia.

Tabla 238. Frases que representan el contenido Clínica Psiquiátrica universitaria- Italia

“Realiza programas de investigación en aspectos epidemiológicos, clínicos y psicofarmacológicos de diversos trastornos psiquiátricos, como los aspectos psicopatológicos del estado de ánimo, el suicidio y los trastornos de la alimentación” (Dell’Acqua, 2012)

Subcategoría 10. Facilidades – Italia (16%)

Contenido 10.1. Modelo de Salud Mental (10%): la Estrategia de Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial cuentan con servicios de salud mental que refuerzan el ingreso a la atención primaria en salud y entregan a los usuarios las herramientas necesarias para generar sus propios recursos, por tanto, han podido superar la exclusión y la marginación de personas que padecen trastornos mentales graves. Este Estrategia se vio apoyada y reforzado por la Ley 180 de 1978, la cual indica que el tratamiento se base en el derecho de la persona a la atención y no en el juicio de peligrosidad, de esta forma el tratamiento es normalmente voluntario en los servicios comunitarios. Los resultados muestran que este Estrategia permite también una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica, pues mientras que a finales de 1971 el presupuesto para la gestión del hospital psiquiátrico ascendía a unos 55 millones de euros, en 2010 el costo de la gestión de todos los servicios territoriales llegó a ser de 18 millones de euros.

Tabla 239. Frases que representan el contenido Clínica Psiquiátrica universitaria- Italia

“Hoy en día Trieste sigue siendo un referente innovador y un contenedor de los elementos conceptuales básicos de lo que se hizo y lo que se hace; lo que posibilita, a su vez, realizar comparaciones con otros países que cerraron hospitales psiquiátricos sin considerar la importancia del cambio de paradigma” (Galli, 2015).

“La Ley 180 establece que nadie debe ser admitido ya en los hospitales psiquiátricos. Se trata de la primera ley del mundo que elimina los hospitales psiquiátricos y representa un logro fundamental de los operadores de Trieste que la anticiparon con sus prácticas” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 10.2 Ley de inclusión laboral (6%): Gracias a la lucha constante realizada durante largo tiempo por Franco Basaglia junto a los seguidores del movimiento de desinstitucionalización, se aprobó la *Ley n° 391 de 1991 sobre la creación de las cooperativas sociales*. Las ventajas de esta Ley es que valora la comunidad como el espacio en el cual es posible identificar ese interés general al que se remite la acción de la cooperativa. Asimismo, hace referencia a la promoción e integración, y a los ciudadanos, es decir, no sólo a las personas en situación de desventaja sino a todas las personas que

necesiten un apoyo para su crecimiento personal o social (Cooperativas tipo A). Por otra parte, para las personas en desventaja contempla las **cooperativas sociales tipo B**, que cumplen una función social, es decir, de servicios a las personas y una función de política activa para el empleo, mediante la formación y la creación de demanda de trabajo.

Tabla 240. Frases que representan el contenido Ley de inclusión laboral - Italia

<p><i>“Las cooperativas sociales tienen como objeto proteger los intereses generales de la comunidad para la promoción del hombre y la integración social de los ciudadanos mediante:</i></p> <p><i>a) la gestión de servicios socio-sanitarios y educativos;</i></p> <p><i>b) el desarrollo de diversas actividades - agrícolas, industriales, comerciales y de servicios - destinadas a la inserción laboral de personas desfavorecidas” (Maiello, 2001).</i></p>
<p><i>“El propósito principal de las cooperativas sociales no es ni la producción de servicios ni la inserción laboral de personas desfavorecidas sino la búsqueda del interés general de la comunidad, por lo que a las cooperativas sociales se les encomienda expresamente la realización de una "función social" al alcanzar un objetivo de carácter colectivo” (Maiello, 2001).</i></p>

Como resumen se indica que un elemento fundamental es la construcción de servicios territoriales de salud mental que cuenten con equipos de trabajo interdisciplinarios e intersectoriales, que mantengan un funcionamiento continuo y transversal en red, para poder reivindicar su pleno derecho de ciudadanía. Es relevante contar con la voluntad política desde el Estado, el soporte de las políticas y las leyes, pero el trabajo de los profesionales puede suplirlas de manera momentánea.

4.3.4. Categoría Personal – Italia

Tabla 241. Porcentaje de la categoría Personal: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Personal 4%	11. Autonomía 67%	11.1. Independencia	34
		11.2. Responsabilidad y decisiones	33
	12. Relaciones íntimas 0%	12.1. Buena convivencia y ayudar a otros	0
	13. Educación 33%	13.3. Positivo interés y acceso.	33
	14. Proyecto vital 0%	14.1. Proyecto vital positivo	0
Total	100%		100

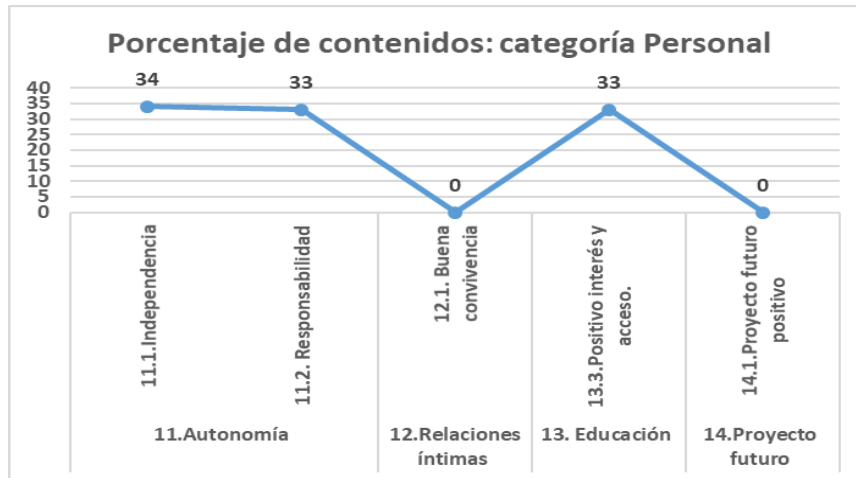


FIGURA 51. Porcentaje de contenidos de la categoría Personal– Italia

Subcategoría 11. Autonomía – Italia (67%)

Contenido 11.1. Independencia (34%): al cerrarse el hospital psiquiátrico se encontraron con personas que estuvieron aniquiladas por la institución manicomial durante años, por lo que dichos usuarios alienados precisaron una atención personal pero también a su entorno, interactuando y englobando las diferentes instituciones, para que pueda lograr a posterior su independencia y autonomía.

Tabla 242. Frases que representan el contenido Independencia - Italia

“Se precisaba reconstruir contactos humanos, estimulando confianza comunicativa, y sobre todo reconstruyendo su identidad” (Evaristo, 2011).

Contenido 11.2. Responsabilidad y decisiones (33%): un elemento importante es la toma de conciencia por parte de los usuarios de su propia salud, es por esto que los tratamientos son voluntarios.

Tabla 243. Frases que representan el contenido Responsabilidad y decisiones - Italia

“Los tratamientos obligatorios deben ser excepciones y precisan de garantías específicas (firmas de dos médicos, por lo menos uno psiquiatra público, ratificación del alcalde como representante de los ciudadanos, control formal del juez) y por tiempo breve (7 días, renovables con las mismas garantías)” (Evaristo, 2011).

Subcategoría 13. Educación – Italia (33%)

Contenido 13.3. Positivo interés y acceso (33%): en cuanto a la educación, se desarrollan programas de rehabilitación, formación, talleres y educación para adultos en caso de requerir.

Tabla 244. Frases que representan el contenido Interés y acceso educativo- Italia

“Se realizan cursos de alfabetización y escolarización, de acuerdo a las necesidades de los usuarios” (Dell’Acqua, 2012).

Como resumen, la importancia del área personal está relacionada con la autonomía que ofrece el poder trabajar y tener una inclusión socio-laboral real, con decisiones importantes como el poder decidir el internamiento o no ante una crisis.

4.3.5. Categoría Familiar – Italia

Tabla 245. Porcentaje de la categoría Familiar: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Familiar 3%	15.Apoyo 100%	15.1. Unión familiar	50
		15.2. Cuidados y Comprensión	50
	16.Sobreprotección	16.1. Dependencia	0
	17.Aislamiento	17.1.Rechazo	0
Total	100%		100

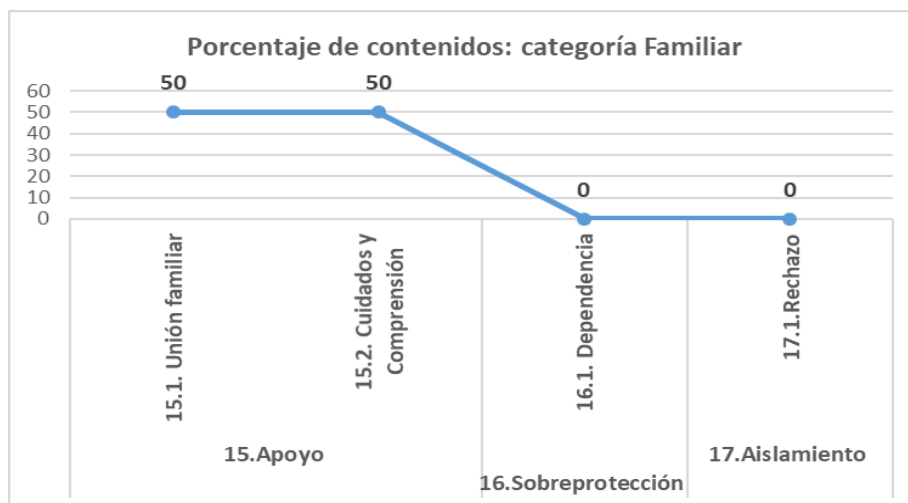


FIGURA 52. Porcentaje de contenidos de la categoría Familiar– Italia

Subcategoría 15. Apoyo familiar – Italia (100%)

Contenido 15.1. Unión familiar (50%): se trata de que los Centros de Salud Mental sean lugares donde se crean o potencien el intercambio de estrategias de afrontamiento junto a familiares o vínculos afectivos de la persona, a fin de evitar recaídas, mejorar la calidad de vida de la persona y sus parientes, ya que la integración familiar es relevante para evitar la exclusión.

Tabla 246. Frases que representan el contenido Unión familiar - Italia

“El trabajo se centra en la reconstrucción de las historias personales de los pacientes, tratando de restablecer las relaciones con sus familias y lugares de origen” (Dell’Acqua, 2012).

Contenido 15.2. Cuidados y Comprensión (50%): se espera que el trabajo con las familias les ayude a enfrentar mejor los problemas emocionales y las dificultades de la vida cotidiana con un pariente que sufre de trastornos mentales graves.

Tabla 247. Frases que representan el contenido Cuidados familiares- Italia

“El Departamento de Salud Mental organiza programas informativos, reuniones con grupos de familias de diferentes zonas geográficas, reuniones con los padres de los jóvenes en fase de inicio de la enfermedad” (Dell’Acqua, 2012)

En líneas generales, la inclusión familiar de este colectivo es relevante y para ello los Centros de Salud Mental cuentan con espacios adecuados para las reuniones de familiares y asociaciones que se han conformado en torno a la problemática de salud mental. Se observa que, si los usuarios tienen un medio social, laboral y familiar en el que apoyarse, estos pueden constituirse en los pilares más importantes de su rehabilitación.

4.3.6. Categoría Social – Italia

Tabla 248. Porcentaje de la categoría Social: Subcategorías y contenido - Italia

Categorías	Sub-categorías	Contenido	Porcentaje
Social 10%	18.Ocio y recreación 14%	18.1. Deporte y entretenimiento	14
	19.Vivienda 58%	19.1.Vivienda independiente, dependiente y asistida	58
	20.Relaciones de amistad 14%	20.1. Relaciones de amistad	14
	21.Ayudas económicas 14%	21.1.Bonos y pensiones	14
Total	100%		100

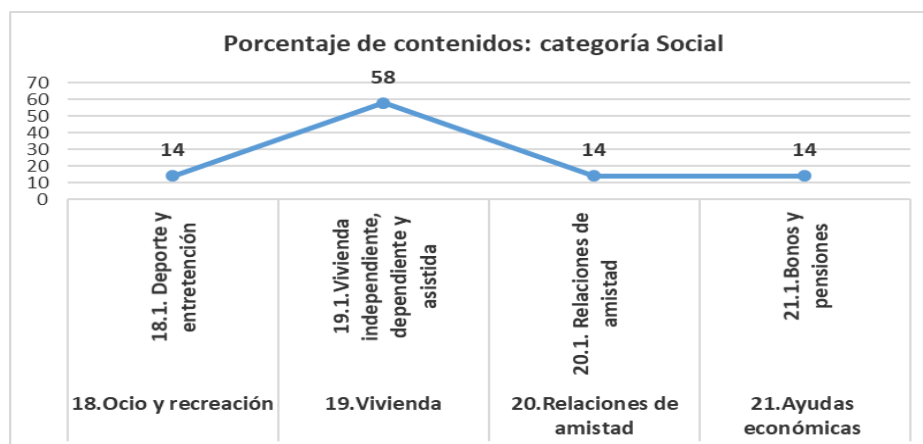


FIGURA 53. Porcentaje de contenidos de la categoría Social– Italia

Subcategoría 18. Ocio y recreación – Italia (14%)

Contenido 18.1. Deporte y entretenimiento (14%): se trata de incluir a las personas con trastorno mental en lugares que le permitan el intercambio con la sociedad en un contexto normalizado, sin etiquetas y como parte de su derecho de ser ciudadanos.

Tabla 249. Frases que representan el contenido Deporte y entretenimiento - Italia

“Es preciso construir espacios de comprensión y encuentro entre normalidad y diversidad dentro de todos los lugares donde actuamos, para luchar contra el prejuicio de la peligrosidad, que aleja las personas” (Evaristo, 2011).

Subcategoría 19. Vivienda – Italia (58%)

Contenido 19.1. Vivienda independiente, dependiente y asistida (58%): el *hábitat* es el lugar para habitar que permite la apropiación simbólica y material de ese espacio. El cierre del hospital psiquiátrico significaba la salida de los pacientes internados y la Administración Provincial reconoce la asistencia como un derecho de las personas que siguen siendo obligadas a residir en el hospital como huéspedes por falta de una vivienda alternativa. Ante esto, el Departamento de Salud Mental crea varios tipos de pisos supervisados por los operadores sanitarios: a) **Residencias de integración social** gestionadas directamente por los Centros de Salud Mental para personas que requieren asistencia para las actividades de la vida diaria que hospedan a pequeños grupos, b) **Residencia terapéuticas y de rehabilitación** para personas con discapacidades relevantes, y son departamentos alquilados o de la Administración Sanitaria, gestionadas de forma directa, (a través de sus propios operadores), o indirecta, (a través de convenios con

cooperativas sociales y/o asociaciones de voluntariado), c) *Casas arrendadas por varios usuarios* o de propiedad de uno de ellos.

Tabla 250. Frases que representan el contenido Vivienda independiente, dependiente y asistida - Italia

“En los territorios se refuerzan los grupos residenciales, abiertos no sólo a las personas egresadas del hospital psiquiátrico, sino también a las personas que viven en situaciones familiares inestables o de conflicto grave” (Dell’Acqua, 2012).

Subcategoría 20. Relaciones de amistad – Italia (14%)

Contenido 20.1. Relaciones de amistad (14%): es parte del segundo eje de rehabilitación que es la inclusión de una red social, por lo cual los Centros de Salud Mental realizan actividades en la comunidad de interacción social, para aumentar las relaciones con otras personas

Tabla 251. Frases que representan el contenido Relaciones de amistad - Italia

“Comprende la potencialización de lugares que posibiliten el intercambio y vínculos afectivos de la persona para mejorar su calidad de vida” (Benedetto, 2003).

La estrategia de la desinstitutionalización prevé varios niveles y una es las relaciones humanas. Esta es la verdadera especificidad técnica en salud mental (Evaristo, 2011).

Subcategoría 21. Ayudas económicas – Italia (14%)

Contenido 21.1. Ayudas económicas (14%): los bonos que ofrece el Estado son para personas con problemas de salud mental graves con un alto grado de discapacidad.

Tabla 252. Frases que representan el contenido Ayudas económicas - Italia

“Los pacientes conservan todos los derechos de ciudadanía y viven dentro de la comunidad, con apoyos diferentes según las situaciones personales de cada uno en cuanto a su enfermedad o dificultades” (Evaristo, 2011).

En síntesis, la vivienda es un elemento indispensable que garantiza que una persona esté en la sociedad y pueda desenvolverse como cualquier otra persona, completando así, junto con el trabajo, lo que se necesita para una verdadera inclusión socio-laboral del sujeto con trastorno mental grave.

4.4. ANALISIS COMPARATIVO ENTRE PAÍSES

4.4.1. Comparación de Datos Generales

Del análisis comparativo se desprende que la *muestra* es equivalente en ambos países Ecuador 51% y Valencia 49%. En Ecuador se entrevistaron una proporción mayor de Mujeres 33% y en el caso de Valencia de Hombres 25%. En lo concerniente al *tipo de entrevistados*, la representatividad en la muestra de Usuarios/as y Familiares es más alta en Ecuador (26% y 15% respectivamente), mientras que en Valencia a más de las y los Usuarios (22%) es alto el valor porcentual de Profesionales y Directivos (11% y 10% respectivamente).

Tabla 253. Muestra por tipo y sexo en Ecuador y Valencia (%)

		%Mujeres	%Hombres	%Total
<i>Valencia</i>	Usuario	10	12	22
	Familiar	3	3	6
	Profesional	6	5	11
	Directivo	4	6	10
Total		23	25	49
<i>Ecuador</i>	Usuario	15	11	26
	Familiar	13	2	15
	Profesional	4	2	6
	Directivo	1	3	4
Total		33	18	51
	Total	56	44	100

Por su parte, en el análisis realizado en Italia se utilizaron más Artículos de revista (47%), Libros (40%) y Publicaciones de organismos internacionales (13%).

El *rango de edad* en ambos países (Ecuador y Valencia) es similar, y un aspecto importante a señalar que el total de **Usuarios/as** se encontraba en edad laboralmente activa.

Tabla 254. Edad de la muestra en Ecuador y Valencia

	<i>Valencia</i>	<i>Ecuador</i>
<i>Edad</i>	24 a 69 años	22 a 65 años

En cuanto a la codificación y análisis de la información obtenida durante la investigación y su agrupación en categorías, lo interesante es que surgen algunas

diferencias en el nivel de importancia que las y los entrevistados le confieren a una u otra de las *Categorías* principales en los países en estudio. En Ecuador la mayor significación la adquiere la categoría *Laboral* 41% y la categoría Personal 9%; en Italia es mayor el peso que obtiene la categoría *Estructura y Organización de salud mental* con 44% y *Social* con 10%; en cuanto a Valencia, es mas alto el peso que alcanza la categoría *Sanidad* 19%. En la categoría *Familiar* es igual la significancia que se le confiere en Valencia y Ecuador (7%).

Tabla 255. Diferencia de categorías en Valencia, Ecuador e Italia

	<i>Laboral</i>	<i>Organización</i>	<i>Sanidad</i>	<i>Personal</i>	<i>Familiar</i>	<i>Social</i>
Valencia	36%	22%	19%	7%	7%	9%
Ecuador	41%	24%	14%	9%	7%	5%
Italia	26%	44%	13%	4%	3%	10%
Promedio	34%	30%	15%	7%	6%	8%

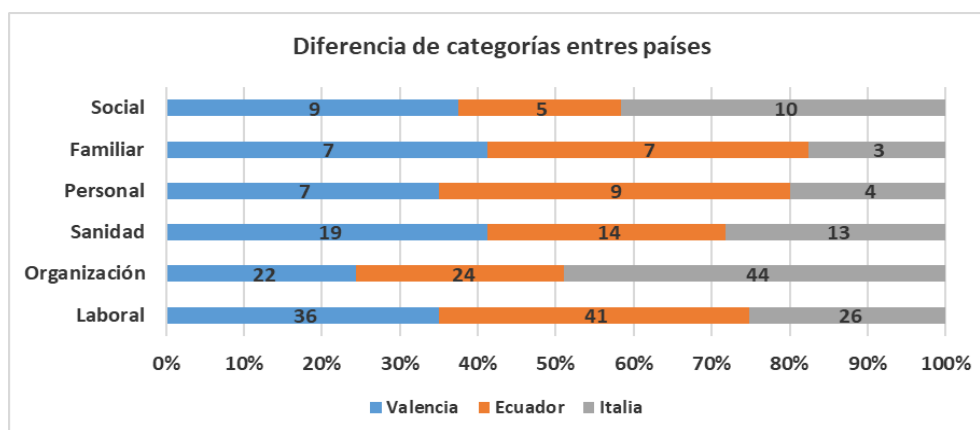


FIGURA 54. Diferencia de categorías entre Valencia, Ecuador e Italia

Al profundizar en el análisis de las categorías en el *subgrupo Usuarios/as*, se aprecia que tanto en Ecuador como en Valencia disminuye un poco la categoría *Laboral* (de un 41% a un Ecuador 33% y en Valencia de un 36% a un 32%); además, se reduce en este subgrupo, en ambos países y de forma bastante significativa la relevancia concedida a la categoría *Estrutura y organización de salud mental* (*Ecuador 4%*). Al contrario aumenta en el subgrupo Usuarios/as, en ambos países, el peso otorgado a la categoría *Sanidad* (*Ecuador 31%*), así como para la categoría *Personal* (*Ecuador 15%*) y la categoría *Social* (*Valencia 11%*). La categoría Familia no presenta variaciones.

Tabla 256. Diferencia de categorías por Usuarios en Ecuador y Valencia

	<i>Laboral</i>	<i>Organización</i>	<i>Sanidad</i>	<i>Personal</i>	<i>Familiar</i>	<i>Social</i>
Valencia	32%	10%	30%	9%	8%	11%
Ecuador	33%	4%	31%	15%	7%	10%
Promedio	32,5%	7%	30,5%	12%	7,5%	10,5%

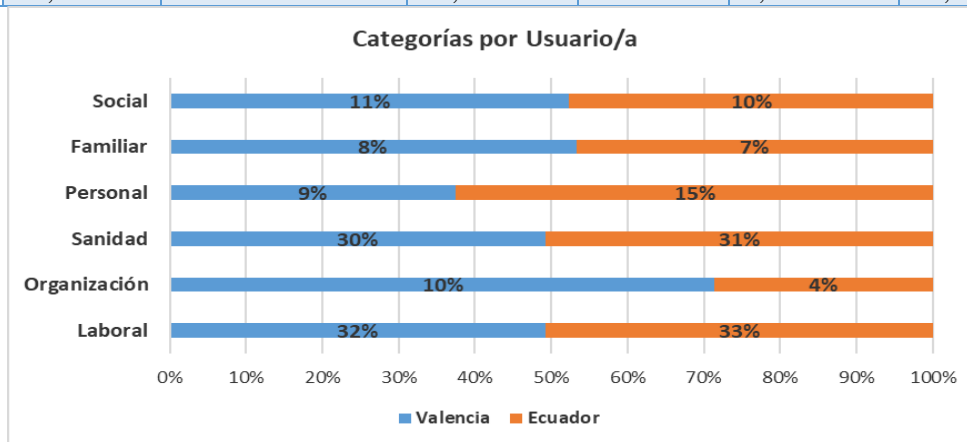


FIGURA 55. Diferencias de categorías según Usuarios entre Valencia y Ecuador

En cuanto a las *principales sub-categorías* por peso se observa que en los tres países se le otorga la mayor relevancia a las subcategorías: *Condiciones laborales, el Trabajo como terapia y la Satisfacción laboral*. En Ecuador y Valencia coinciden en la *Escasa Red Socio-Sanitaria, la Falta de oportunidades laborales y la Falta de políticas públicas*. En Valencia e Italia se visualiza la importancia de la *Vivienda y los Profesionales de Salud Mental* como psiquiatras y enfermeros; mientras que en Ecuador e Italia concuerdan en la importancia de un *Clima laboral positivo*. Los resultados arrojados respecto al peso otorgado a las subcategorías se observa en la Tabla que se muestra a continuación.

Tabla 257. Principales Sub-categorías en Ecuador, Valencia e Italia

Ecuador %		Valencia %		Italia %	
<i>Condiciones laborales</i>	15	<i>Condiciones laborales</i>	11,4	Funcionamiento General	13,9
Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	6,4	<i>Falta de Políticas públicas</i>	5,8	<i>Condiciones laborales</i>	8,3
<i>Trabajo como terapia</i>	6,2	<i>Discriminación laboral</i>	4,9	Red Socio-Sanitaria	8,3
<i>Escasa Red Socio-Sanitaria</i>	5,8	<i>Satisfacción laboral</i>	4	Centro de Salud Mental	5,6
<i>Clima laboral positivo</i>	4,7	<i>Vivienda</i>	3,2	<i>Satisfacción laboral</i>	5,6
<i>Discriminación laboral</i>	3,3	<i>Escasa Red Socio-Sanitaria</i>	2,9	<i>Trabajo como terapia</i>	5,6
<i>Falta de oportunidades laborales</i>	3,1	<i>Trabajo como terapia</i>	2,8	<i>Vivienda</i>	5,6

<i>Falta de políticas públicas</i>	3,1	Auto-estigma	2,6	Modelo Salud Mental	4,2
<i>Satisfacción laboral</i>	3	<i>Psiquiatría</i>	2,5	<i>Clima laboral positivo</i>	2,8
<i>Sintomas del estado de ánimo</i>	2,8	<i>Falta de oportunidades laborales</i>	2,3	<i>Otras profesiones</i>	2,8

Con la finalidad de permitir la comparación de las sub-categorías de la categoría Laboral, entre Ecuador y Valencia, se procede al análisis de cada una para tener un panorama más clarificador de las diferencias y similitudes.

Respecto de la inserción laboral de las personas con trastorno mental graves un conjunto de factores que actúan de forma combinada y estructural explican las diferencias existentes entre *las personas que trabajan y las personas que no trabajan* en cada país. Así, en **Ecuador se observa un mayor desempleo** entre los usuarios/as entrevistados alcanzando a un 74% frente a un 26% que se mantiene activo laboralmente, mientras que en Valencia el porcentaje de entrevistados que no trabaja es menor que el de Ecuador, aunque se mantiene alto (68% que no trabaja frente a un 32% que si lo hace).

Tabla 258. Comparación entre usuarios y empleo - Ecuador y Valencia

	Trabaja	No trabaja	Total
Ecuador	26%	74%	100%
Valencia	32%	68%	100%

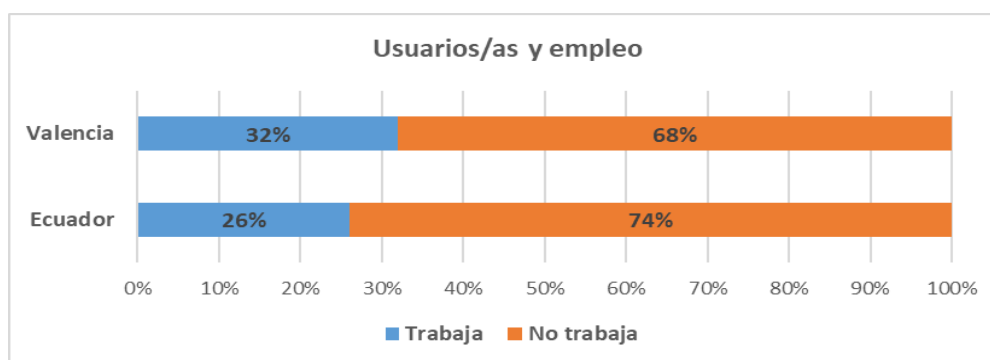


FIGURA 56. Diferencias de categorías según Usuarios entre Valencia y Ecuador

Sobre la cantidad de usuarios/as que trabajan o que no trabajan, al incorporar la variable sexo en el análisis comparativo se observa que el porcentaje de *usuarios/as que no trabaja* es más alto en el caso de mujeres usuarias ecuatorianas con 47%; en el caso de *los hombres usuarios* el porcentaje de personas que se encuentran trabajando es igual para ambos países (16%), si bien el porcentaje no es alto, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 259. Comparación entre usuarios y empleo por género - Ecuador y Valencia

		No trabaja	Trabaja	%
<i>Ecuador</i>	Hombre	26	11	37
	Mujer	47	16	63
	Total	74	26	100
<i>Valencia</i>	Hombre	36	16	52
	Mujer	32	16	48
	Total	68	32	100

Sin embargo, el análisis más aconsejable es el que se realiza sobre la proporción por género de personas que trabajan y están en desempleo, donde se puede apreciar que los que *no trabajan son las mujeres de Ecuador con 75%*, y las que *más trabajan son las mujeres en Valencia con 33%*, sin embargo, *no se observan diferencias significativas* por género.

Tabla 260. Proporción de género y empleo - Ecuador y Valencia

Proporción	Sexo	No trabaja	Trabajado	Total
<i>Ecuador</i>	Hombre	71	28	100
	Mujer	75	25	100
<i>Valencia</i>	Hombre	69	31	100
	Mujer	67	33	100
<i>Promedio</i>	Hombre	70	30	100
	Mujer	71	29	100

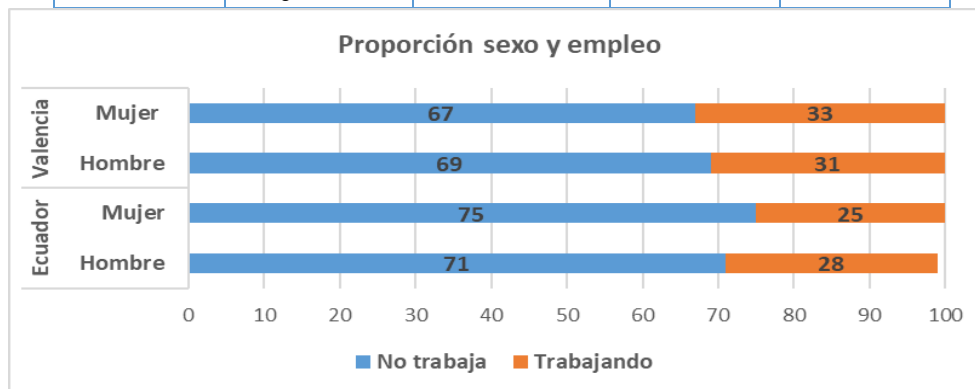


FIGURA 57. Proporción entre género y empleo en Valencia y Ecuador

Sobre el *tipo de actividades* que se encuentran desempeñando los usuarios/as se evalúa que en ambos países estos son de *baja cualificación*, tanto para hombres como para mujeres las actividades muestran similitud: trabajo administrativo, limpieza, repartidores en supermercados. La *diferencia de género* surge al observar las actividades que desempeñan solo las usuarias mujeres: costura y diseño, dependienta y venta de maquillaje; y, las

actividades que desempeñan solo los usuarios hombres: venta ambulante y vigilante de seguridad.

Tabla 261. Comparación por género de tipos de empleo - Ecuador y Valencia

	Mujeres	Hombres	Ambos
Ecuador	<i>Costura y diseño</i>	<i>Venta ambulante</i>	Administrativo y limpieza
Valencia	<i>Dependiente y distribuidora de maquillaje.</i>	<i>Vigilante de seguridad</i>	Administrativo, reponedor y repetidor de supermercados en supermercado, hostelería y camarera de piso

4.4.2. Comparación de Subcategorías en el Contenido Narrativo

Se compara las subcategorías y categorías de los países de estudio Ecuador, Italia y Valencia.

4.4.2.1. Comparación Categoría Laboral

Dentro de la categoría Laboral, la subcategoría ***Inclusión laboral*** tiene mayor peso en Ecuador 32% en: *condiciones laborales, capacitación, seguimiento, clima laboral satisfacción laboral y el considerar el trabajo como terapia*, lo cual se relaciona con el enfoque a la inserción laboral de las personas que trabajaban en la Cooperativa de trabajo Huertomanías.

Tabla 262. Comparación del contenido en la Sub-categoría 1. Inclusión laboral

Categoría: LABORAL	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 1.Inclusión	32%	24%	25%
Contenido	Porcentaje		
<i>1.1. Condiciones laborales.</i>	15	11	8
<i>1.2. Formación y capacitación</i>	3	2	1
<i>1.3. Seguimiento a usuarios</i>	5	2	1
<i>1.4. Clima laboral positivo</i>	11	2	3
<i>1.5. Satisfacción laboral</i>	7	4	6
<i>1.6. El trabajo como terapia</i>	15	3	6

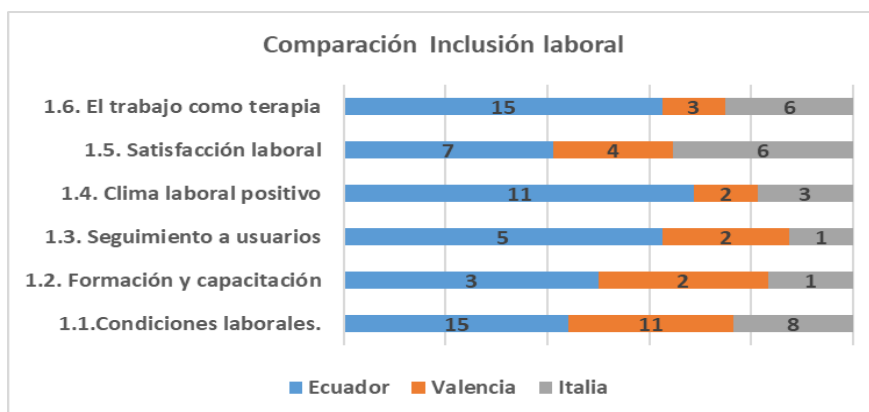


FIGURA 58. Comparación Subcategoría Inclusión laboral en Ecuador, Valencia e Italia

Sobre la subcategoría **Exclusión laboral** su significancia es más alta en Valencia 12%, con mayor peso en *auto-estigma, el no manejo de los síntomas y la discriminación laboral*, dado que a pesar de que existen leyes y políticas el nivel de inserción en el empleo es bajo. En Ecuador tiene más peso la *falta de oportunidades laborales*. Italia presenta los mejores indicadores, ya que la exclusión representa solo el 1%, hecho que se justifica por la alta cantidad de cooperativas de trabajo para personas con discapacidad que existen en el país.

Tabla 263. Comparación del contenido en la Sub-categoría 2. Exclusión laboral

Categoría: LABORAL	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 2.Exclusión	9%	12%	1%
Contenido	Porcentaje		
2.1. Falta de oportunidades laborales	3	2	1
2.2. Auto-estigma.	2	3	0
2.3. No manejo de síntomas	1	2	0
2.4. Discriminación laboral	3	5	0

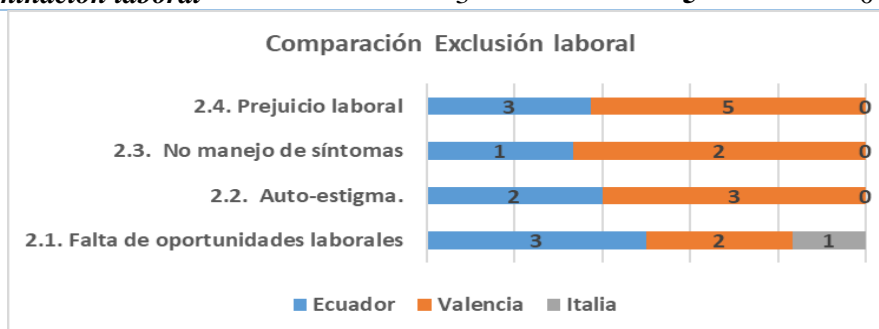


FIGURA 59. Comparación Subcategoría Exclusión laboral en Ecuador, Valencia e Italia

4.4.2.2. Comparación Categoría Sanidad

En la subcategoría *Profesionales de salud mental* la significancia más elevada la tiene Italia 9% referente a profesionales de salud como *psiquiatras y otras profesiones como enfermería*. En Valencia muestra mayor peso la atención por *psicólogos y la importancia de las terapias*, dado que hay una red sanitaria más establecida. En Ecuador es más importante el *tipo de establecimiento*, pero en lo relativo a que el área privada tiene servicios que no ofrece el área pública, como es el Hospital psiquiátrico y la Cooperativa de trabajo; mientras que en Italia casi toda la cobertura de rehabilitación es pública.

Tabla 264. Comparación del contenido en la Sub-categoría 3. Profesionales de Salud mental

<i>Categoría: SANIDAD</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 3. Profesionales de Salud mental</i>	3%	7%	9%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
<i>3.1. Tipo de establecimiento</i>	1	0,3	1
<i>3.2. Psicólogos/as</i>	1	2	1
<i>3.3. Psiquiatras</i>	1	2	3
<i>3.4. Importancia de las terapias</i>	1	1	0
<i>3.5. Otras profesiones</i>	0,3	1	3

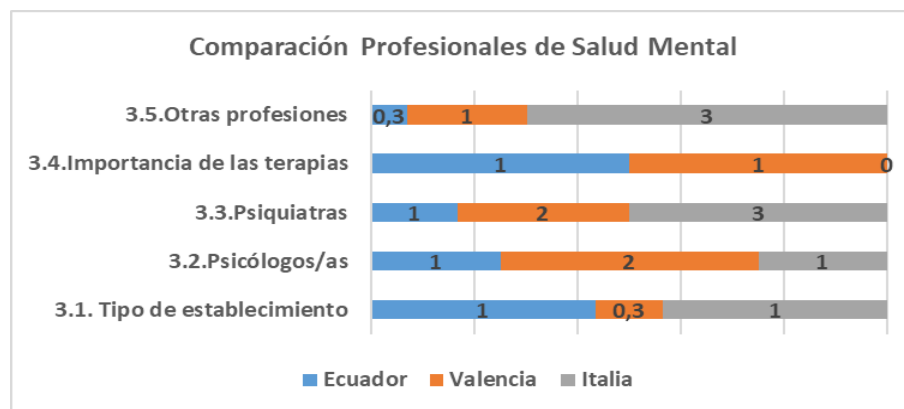


FIGURA 60. Comparación Subcategoría Profesionales de Salud Mental en Ecuador, Valencia e Italia

La subcategoría *Hospitalización* adquiere más peso en Valencia 5% en *Hospital General y domicilio*. En Ecuador se presenta más elevada la internación en el *Hospital Psiquiátrico*, dado que en el país hay poca cantidad de camas para internamiento en la comunidad. En los tres países es coincidente que la internación se realiza *por descompensación de síntomas*.

Tabla 265. Comparación del contenido en la Sub-categoría 4. Hospitalización

Categoría: SANIDAD	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 4.Hospitalización	4%	5%	3%
Contenido	Porcentaje		
4.1.Internación en Hospital Psiquiátrico	2	1	0
4.2. Hospital General	1	2	1
4.3. Domicilio	0,3	1	0
4.4.Por descompensación aguda (de síntomas)	1	1	1

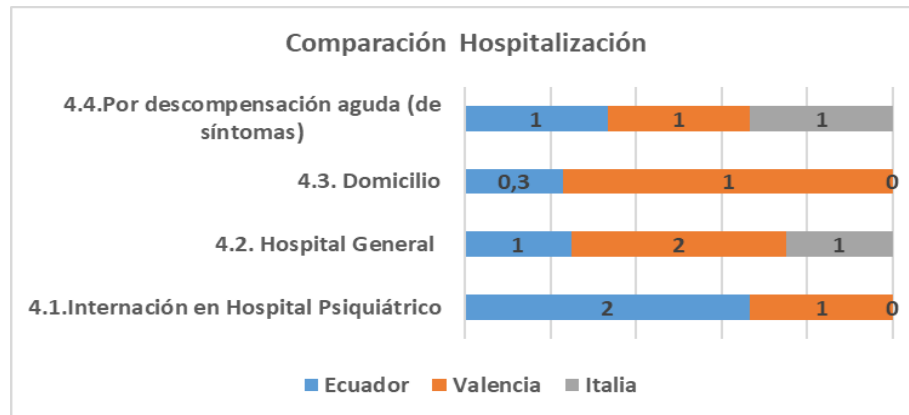


FIGURA 61. Comparación Subcategoría Hospitalización en Ecuador, Valencia e Italia

Sobre la subcategoría *Síntomas*, Ecuador y Valencia adquieren el mismo peso (4%), no obstante, en Ecuador es mayor el valor dado a los *síntomas del estado de ánimo*; mientras que en Valencia se muestra más elevado los *problemas en las relaciones interpersonales*, pues existen más centros comunitarios para dar atención a los trastornos esquizofrénicos en una modalidad diaria. En Ecuador y Valencia es igual la proporción alcanzada por *síntomas psicóticos* y *la mejoría de los síntomas*. En Italia no se reporta sobre esta subcategoría.

Tabla 266. Comparación del contenido en la Sub-categoría 5. Síntomas

Categoría: SANIDAD	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 5.Síntomas	4%	4%	0%
Contenido	Porcentaje		
5.1.Síntomas del estado de ánimo	3	2	0
5.2. Síntomas psicóticos:	1	1	0
5.3.Problemas en las relaciones interpersonales	0,5	1	0
5.4. Mejoría de los síntomas	1	1	0

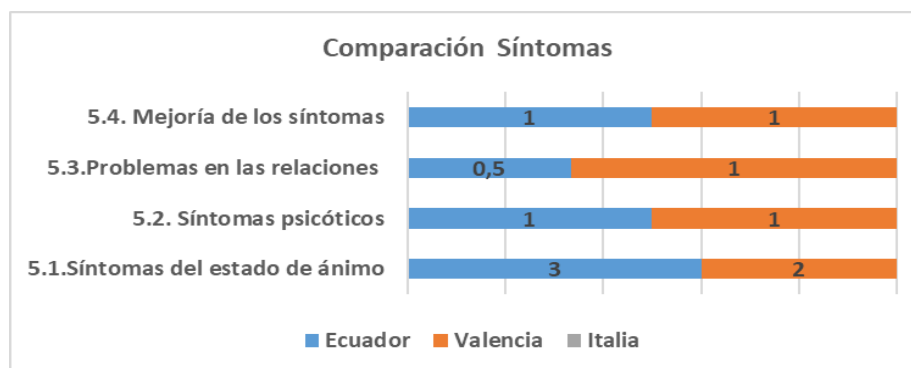


FIGURA 62. Comparación Subcategoría Síntomas en Ecuador, Valencia e Italia

Sobre la subcategoría *Medicación*, es más alto el peso conferido en Valencia (3%) y el contenido refiere sobre todo a los efectos *secundarios indeseables*.

Tabla 267. Comparación del contenido en la Sub-categoría 6. Medicación

Categoría: SANIDAD	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 6. Medicación	2%	3%	1%
Contenido	Porcentaje		
6.1. Adecuada	1	1	1
6.2. Efectos secundarios indeseables.	1	2	0

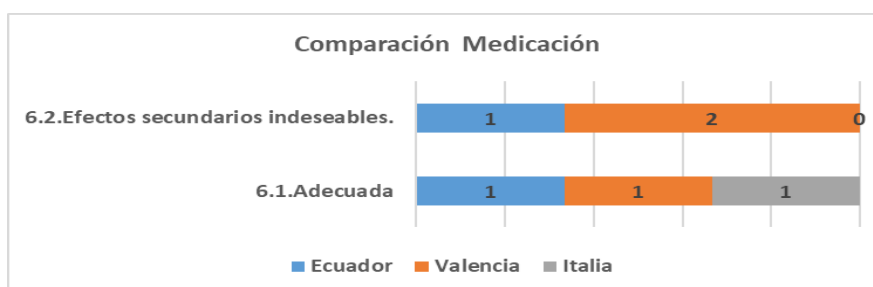


FIGURA 63. Comparación Subcategoría Síntomas en Ecuador, Valencia e Italia

4.4.2.3. Comparación Categoría Estructura y Organización de Salud Mental

En lo que respecta a la categoría Estructura y Organización Salud Mental, la subcategoría *Dificultades* en la red de salud mental y la subcategoría *Estigma* representan igual peso en ambos países 11%. Dentro de los contenidos, en Ecuador resalta *la escasa red socio-sanitaria*, mientras que en Valencia se le otorga mayor peso a la *inexactitud de políticas públicas y leyes laborales*. En Italia es donde menos se observa dificultades en la estructura de salud mental, evidenciando que el antes y después de la reforma psiquiátrica logra una variación altamente significativa.

Tabla 268. Comparación del contenido en la Sub-categoría 7. Dificultades

<i>Categoría: Estructura y Organización</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 7.Dificultades</i>	11%	11%	4%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
<i>7.1.Estigma</i>	2	2	1
<i>7.2.Inexactitud de Políticas Públicas y Leyes Laborales</i>	3	6	1
<i>7.3.Escasa Red Socio-Sanitaria</i>	6	3	1

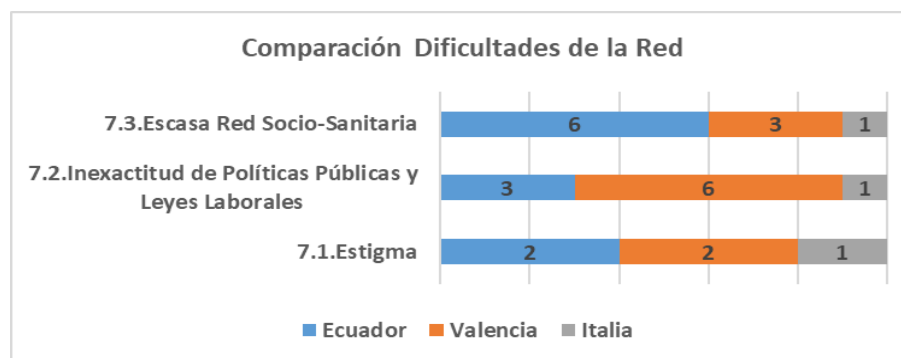


FIGURA 64. Comparación Subcategoría Dificultades en la Estructura y Organización de salud mental en Ecuador, Valencia e Italia

Siguiendo el criterio de análisis, en la subcategoría *Funcionamiento del Modelo Comunitario*, se aprecian diferencias reveladoras entre los países. En Italia es significativamente más elevado el peso concedido a esta categoría (22%), tanto en el *Funcionamiento general* como en la *Red Sociosanitaria* que funciona como un solo organismo. En Ecuador y Valencia, si bien se presenta el mismo peso para la subcategoría *Funcionamiento del Modelo Comunitario* (2%) se manifiesta una gran diferencia al interior de los contenidos de la subcategoría, este comportamiento es concordante con la inexistencia en Ecuador de dispositivos que apoyen el modelo, siendo los mismos centros los que hacen algo de rehabilitación, por lo tanto, es difícil hablar de una red de salud mental; mientras que en Valencia existe una mayor diferenciación de las acciones realizadas por otras estancias sanitarias, sociales y privadas por separado.

Tabla 269. Comparación del contenido en la Sub-categoría 8. Funcionamiento del Modelo Comunitario

<i>Categoría: Estructura y Organización de Salud Mental</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 8. Funcionamiento del Modelo Comunitario</i>	2%	2%	22%
<i>Contenido</i>		Porcentaje	
<i>8.1.Hospital Psiquiátrico</i>	1		
<i>8.2. Hospital General</i>	1		
<i>8.1.Ayuntamiento</i>		0,2	
<i>8.2. Federación de Salud Mental</i>		0,3	
<i>8.3. Medicina Laboral</i>		0,2	
<i>8.4. Universidad</i>		0,2	
<i>8.5. Red Socio-Sanitaria</i>		2	8
<i>8.1 Funcionamiento General</i>			14

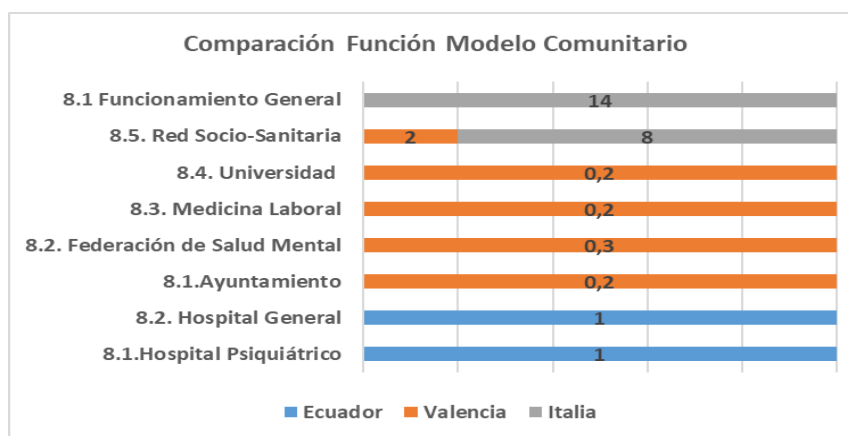


FIGURA 65. Comparación Subcategoría Funcionamiento del Modelo Comunitario en Ecuador, Valencia e Italia

En la subcategoría *Servicios de rehabilitación* se observa que Italia tiene mayor peso con 11%, siendo más valorado el *Hospital General* y el *Centro de Salud Mental*, este último es el eje central de la atención comunitaria en el país. En Ecuador la atención en rehabilitación está centrada en el *Hospital Psiquiátrico* manteniéndose como el modelo menos comunitario de los tres países. Mientras que en Valencia adquiere relevancia los *centros de rehabilitación* y *las asociaciones* sin fines de lucro.

Tabla 270. Comparación del contenido en la Sub-categoría 9. Servicios de Rehabilitación

<i>Categoría: Estructura y Organización</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 9.Servicios de Rehabilitación</i>	8%	6%	11%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
9.1.Rehabilitación en Hospital Psiquiátrico	6	1	0
9.2. Centro Especializado	1	2	1
9.3.Hospital General	0,3	0,2	3
9.4. Agencia de colocación laboral (Bonagent)		0,2	
9.5. Unidad o Centro de Salud Mental		1	5
9.6. Centro de Rehabilitación Integral (CRIS)		0,5	
9.7. ONG ASIEM		1	
9.8. ONG AMBIT		1	
9.9. Centro Estatal CREAP		1	

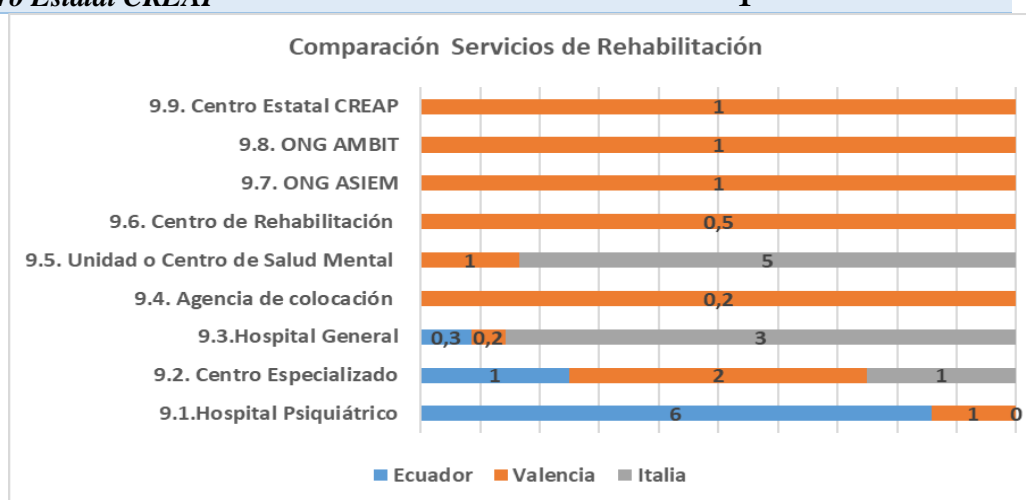


FIGURA 66. Comparación Subcategoría Servicios de Rehabilitación en Ecuador, Valencia e Italia

Respecto de la *Facilidades*, conceptualizado como los factores que permiten la implementación del modelo comunitario en salud mental, se observa una diferencia significativa entre Italia con un mayor peso 7%, tanto en el *Modelo en Salud Mental* como de la *Ley en inclusión laboral*.

Tabla 271. Comparación del contenido en la Sub-categoría 10. Facilidades

<i>Categoría: Estructura y Organización</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 10.Facilidades</i>	3%	2%	7%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
10.1.Modelo de Salud Mental	2	1	4
10.2.Ley de inclusión laboral	1	1	3

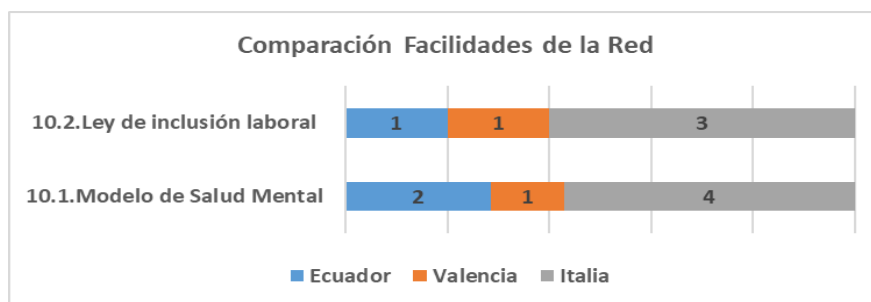


FIGURA 67. Comparación Subcategoría Facilidades de la Red en Ecuador, Valencia e Italia

4.4.2.4. Comparación Categoría Personal

Sobre la subcategoría *Autonomía* es mayor el peso que se le concede en Ecuador (5%), de igual forma en los dos contenidos que la conforman: *independencia* y *responsabilidad*. En general, en Italia se encontró poca información en los textos analizados sobre la categoría Personal, una explicación para este hecho es que el proceso de reforma psiquiátrica y de inserción en el tejido social de las personas que padecen trastorno mental graves tuvo un desarrollo mucho más temprano (ya casi cincuenta años) respecto a Valencia y Ecuador, por ello, se va a observar escasa información en esta y las siguientes tablas sobre esta categoría.

Tabla 272. Comparación del contenido en la Sub-categoría 11. Autonomía

Categoría: Personal	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 11.Autonomía	5%	2%	3%
Contenido	Porcentaje		
11.1.Independencia	2,5	1	1,5
11.2. Responsabilidad y decisiones	2,5	1	1,5

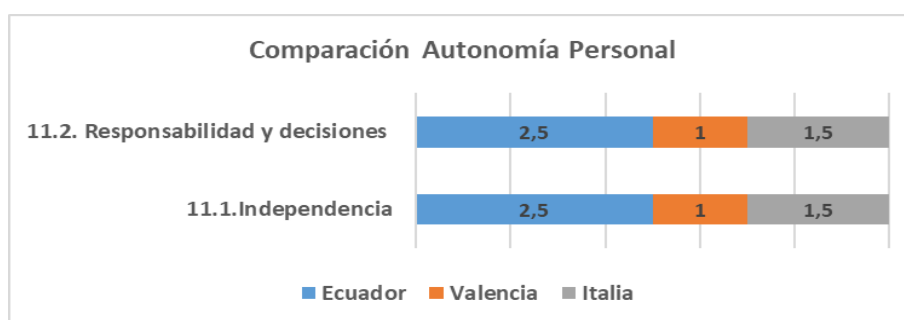


FIGURA 68. Comparación Subcategoría Autonomía en Ecuador, Valencia e Italia

En la subcategoría **Relaciones íntimas** hay más peso en Ecuador 2% en *buena convivencia y ayudar a otros*, mientras que en Ecuador y Valencia es igualmente relevante el peso conferido a la *pareja sentimental*.

Tabla 273. Comparación del contenido en la Sub-categoría 12. Relaciones íntimas

<i>Categoría: Personal</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 12.Relaciones íntimas</i>	2%	1%	0%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
<i>12.1. Buena convivencia y ayudar a otros</i>	1,4	0,4	0
<i>12.2.Pareja sentimental</i>	0,6	0,6	0

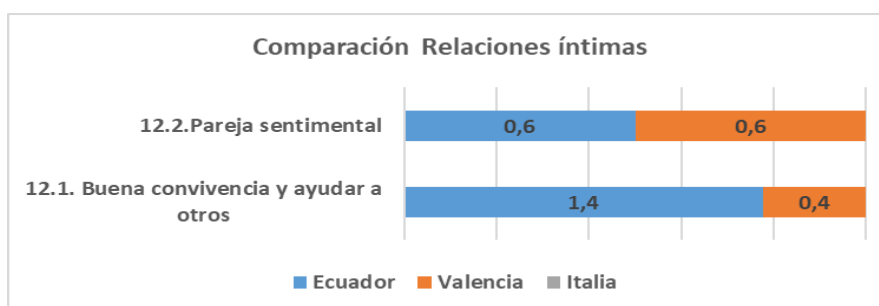


FIGURA 69. Comparación Subcategoría Relaciones íntimas en Ecuador, Valencia e Italia

Sobre la subcategoría **Educación** el mayor peso es en Valencia 2%, tanto en los aspectos negativos como la *falta de integración y los problemas de concentración*, como en los aspectos positivos referidos al *interés y acceso*. Cabe señalar, que en caso de Italia se prohibió por ley la educación “especial” y se realizan intervenciones educativas de tipo holístico con combinación de generación de habilidades y cambios en el entorno, en particular en aquellas franjas de edad que siguen a la escolaridad obligatoria.

Tabla 274. Comparación del contenido en la Sub-categoría 13. Educación

<i>Categoría: Personal</i>	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Subcategoría: 13.Educación</i>	1%	2%	1%
<i>Contenido</i>	Porcentaje		
<i>13.1.Poco acceso e integración</i>	0,3	0,4	0
<i>13.2.Problemas de concentración</i>	0,3	0,6	0
<i>13.3.Positivo interés y acceso.</i>	0,4	1	1

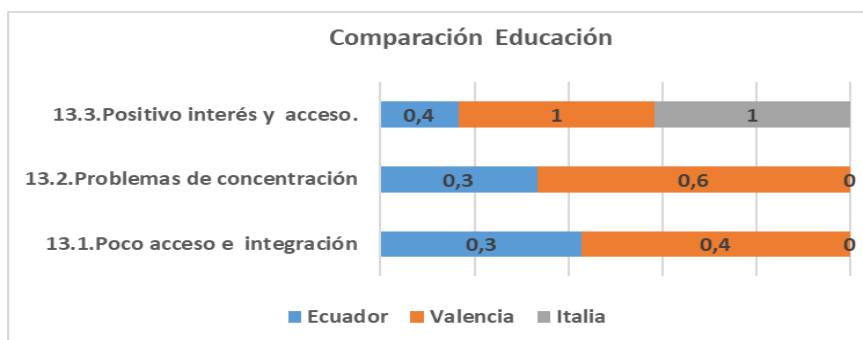


FIGURA 70. Comparación Subcategoría Educación en Ecuador, Valencia e Italia

Respecto de la subcategoría *Proyecto vital* es igual en Ecuador y Valencia con 1%.

Tabla 275. Comparación del contenido en la Sub-categoría 14. Proyecto vital

Categoría: Personal	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 14. Proyecto vital	1%	1%	0%
Contenido	Porcentaje		
14.1. Proyecto vital positivo	1	1	0



FIGURA 71. Comparación Subcategoría Educación en Ecuador, Valencia e Italia

4.4.2.5. Comparación Categoría Familiar

La subcategoría *Apoyo* se presenta igual en los tres países, en Ecuador y Valencia se valoran más los *cuidados* y *la comprensión*, mientras que en Italia es más relevante la *unión familiar*.

Tabla 276. Comparación del contenido en la Sub-categoría 15. Apoyo

Categoría: Familiar	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 15. Apoyo	3%	3%	3%
Contenido	Porcentaje		
15.1. Unión familiar	1	1	1,5
15.2. Cuidados y Comprensión	2	2	1,5

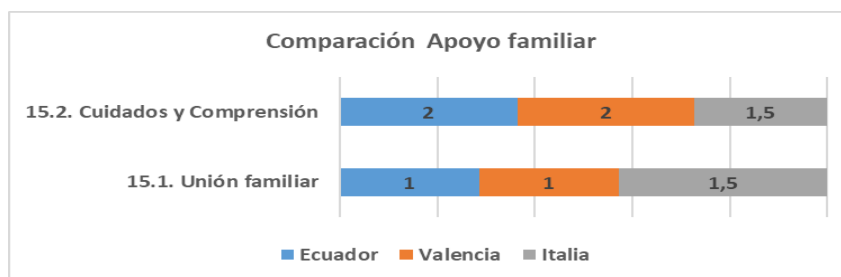


FIGURA 72. Comparación Subcategoría Apoyo Familiar en Ecuador, Valencia e Italia

La subcategoría *Sobreprotección* es mayor en Valencia 3% con más peso en los contenidos *dependencia* y *falta de confianza*. Se han encontrado pocos datos sobre la categoría Familiar en Italia, como se observa en las siguientes dos tablas.

Tabla 277. Comparación del contenido en la Sub-categoría 16. Sobreprotección

Categoría: Familiar	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 16. Sobreprotección	2%	3%	0%
Contenido	Porcentaje		
16.1. Dependencia	1,3	2	0
16.2. Falta de confianza	0,7	1	0

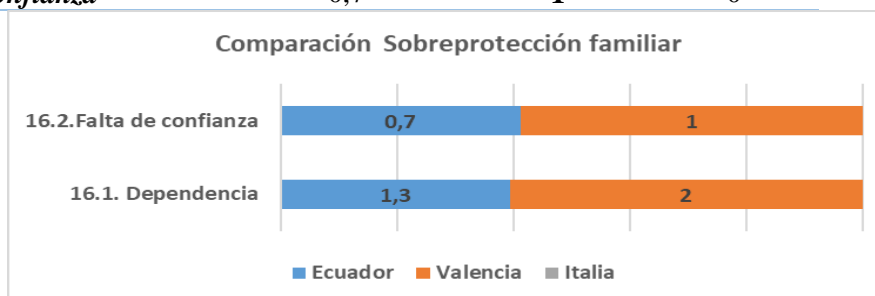


FIGURA 73. Comparación Subcategoría Sobreprotección Familiar en Ecuador, Valencia e Italia

La subcategoría *Aislamiento* adquiere igual peso en Ecuador y Valencia (2%), sin embargo, en el primero alcanza más relevancia el *rechazo familiar* y en Valencia aparece más elevado el *miedo* de la familia.

Tabla 278. Comparación del contenido en la Sub-categoría 17. Aislamiento

Categoría: Familiar	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 17. Aislamiento	2%	2%	0%
Contenido	Porcentaje		
17.1. Rechazo	1,2	1	0
17.2. Miedo	0,8	1	0

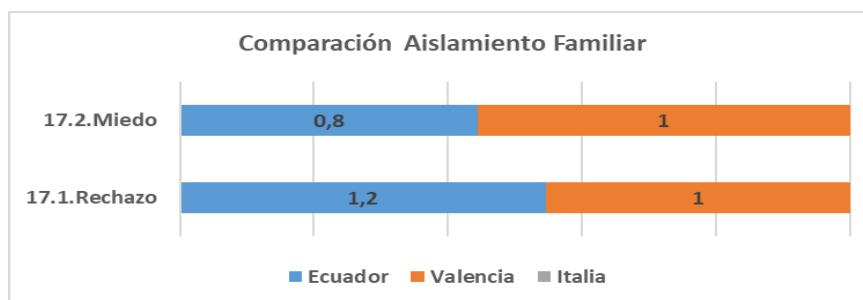


FIGURA 74. Comparación Subcategoría Aislamiento Familiar en Ecuador, Valencia e Italia

4.4.2.6. Comparación Categoría Social

La subcategoría *Ocio y recreación* tiene el mismo peso en Ecuador y Valencia con 2%.

Tabla 279. Comparación del contenido en la Sub-categoría 19. Ocio y recreación

Categoría: Social	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 19. Ocio y recreación	2%	2%	1%
Contenido	Porcentaje		
18.1. Deporte y entretenimiento	2	2	1



FIGURA 75. Comparación Subcategoría Ocio y recreación en Ecuador, Valencia e Italia

La subcategoría *Vivienda* es mayor en Italia 6%, hecho que se explica por la inversión considerable en recursos sociales como la existencia de diversas modalidades de *pisos tutelados públicos*, mientras que en Valencia son poco las opciones públicas; y, en Ecuador no se han implementado aún estos dispositivos.

Tabla 280. Comparación del contenido en la Sub-categoría 19. Vivienda

Categoría: Social	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 19. Vivienda	1%	3%	6%
Contenido	Porcentaje		
19.1. Vivienda independiente dependiente y asistida	1	3	6

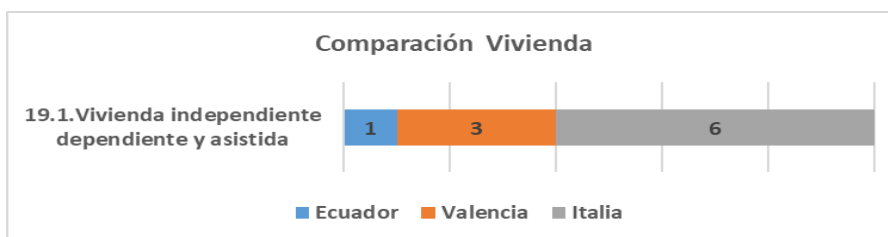


FIGURA 76. Comparación Subcategoría Vivienda en Ecuador, Valencia e Italia

La importancia de la subcategoría *Relaciones de amistad* es más alta en Italia con un 3%, lo que podría estar relacionado con la efectividad de la implementación de un modelo realmente comunitario y la vinculación real de las y los usuarios con su territorio.

Tabla 281. Comparación del contenido en la Sub-categoría 20. Relaciones de amistad

Categoría: Social	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 20.Relaciones de amistad	1%	2%	3%
Contenido	Porcentaje		
20.1. Relaciones de amistad	1	2	3



FIGURA 77. Comparación Subcategoría Relaciones de Amistad en Ecuador, Valencia e Italia

De la subcategoría *Ayudas económicas*, Valencia tiene mayor peso 2% en razón de que se ha implementado *pensiones contributivas, no contributivas, por orfandad y por hijo a cargo*, algo similar al modelo italiano; mientras que en Ecuador hay bonos para discapacidad y pobreza.

Tabla 282. Comparación del contenido en la Sub-categoría 21. Ayudas económicas

Categoría: Social	Ecuador	Valencia	Italia
Subcategoría: 21.Ayudas económicas	1%	2%	1,4%
Contenido	Porcentaje		
21.1.Bonos y pensiones	1	2	1,4

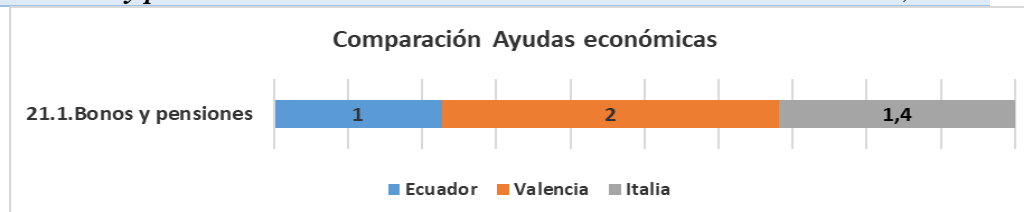


FIGURA 78. Comparación Subcategoría Ayudas económicas en Ecuador, Valencia e Italia

4.5 MODELO TEÓRICO SOBRE LA INCLUSIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

El último nivel de análisis dentro de la Teoría Fundamentada es el Selectivo, en el cual se elabora una relación entre las categorías y se da una explicación acerca del fenómeno estudiado, en nuestro caso, la inclusión laboral de las personas con trastorno mental graves, tomando en consideración los tres países estudiados.

En este análisis se incluye la recopilación de datos obtenidos mediante las entrevistas realizadas, la bitácora de anotaciones de la investigadora y los documentos revisados en el marco conceptual, lo que permite la elaboración de una teoría utilizando el proceso inductivo y la interpretación de datos.

El objetivo de esta fase es analizar e identificar los factores relacionados, determinantes y resultantes en la inclusión laboral de personas con trastorno mental graves, lo que corresponde a la elaboración de un modelo comprensivo que se basa en la interpretación estructurada de los datos y confiere un mayor nivel de análisis. De esto, resultaron dos modelos diferenciados, pero no discordantes, por un lado, el fenómeno de la inserción en el empleo visto desde el punto de vista solamente de los usuarios/as y, otro que incluye la perspectiva de la salud pública y la promoción de la salud.

4.5.1. MODELO RESULTANTE 1: Inclusión socio-laboral en primera persona

De la información recopilada durante el proceso investigativo se elabora el siguiente modelo para los usuarios/as, en el cual el proceso de rehabilitación tiene cuatro elementos fundamentales que definen su recuperación, los cuales son más relevantes en orden de importancia el área **laboral** (33%), su **salud** (31%), su parte **personal** (12%), **social** (11%), **familiar** (8%) y la **estructura y organización de salud mental de los servicios** (7%).

Para las personas con trastorno mental grave, el poder tener una salud mental en equilibrio es como estar en una base que se sostiene en cuatro pilares fundamentales que son la **familia, la sanidad, el empleo y la sociabilidad**, sin los cuales no puede llegar a una estabilidad real. La **estructura y organización de salud mental** es un elemento transversal, que se relaciona con la forma de funcionamiento de los servicios sanitarios y

sociales, y con las políticas de inclusión laboral, como se muestra en la siguiente representación gráfica.

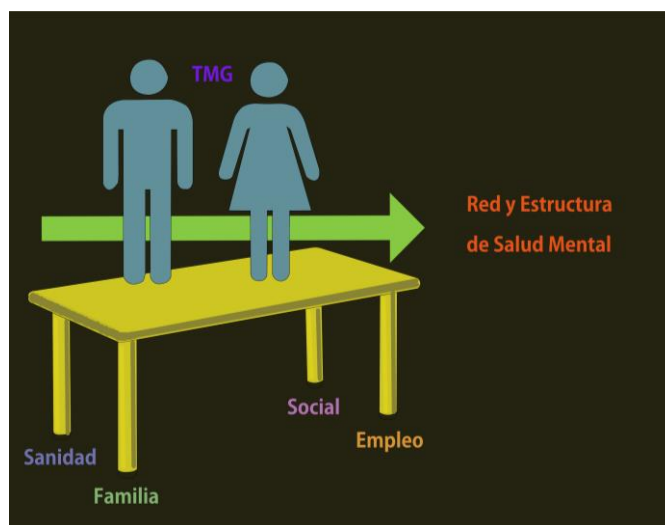


FIGURA 79. Modelo 1: Perspectiva de los usuarios/as con trastorno mental grave sobre su inserción socio-laboral. Elaboración propia

Los elementos que pueden **desestabilizar** la situación de las personas con trastorno mental grave son en el caso de la *familia* la dependencia y el rechazo generado por el miedo ante los síntomas; en el área de *sanidad* el no contar con los centros y servicios adecuados para su rehabilitación; en el *empleo* la falta de oportunidades por el rechazo laboral derivado de la enfermedad; y *social* el aislamiento y poca sociabilidad. Es posible observar que todas las dificultades provienen del **estigma**, ya sea de la familia, los empleadores, los amigos y la sociedad en general. La *estructura y organización de salud mental* funciona de forma inadecuada cuando las personas encargadas de realizar las políticas y leyes no están sensibilizadas o poseen poco conocimiento sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental grave.

Por el contrario, si toda la estructura de **estabilización** de los usuarios/as con trastorno mental grave funciona bien, las personas tendrían mayor capacidad de rehabilitación e inclusión socio-laboral, y si uno de los pilares no fuera el idóneo el resto soportaría la carga con mayor esfuerzo. Un ejemplo, sería el caso en que se desarrollara de forma adecuada la parte social, sanitaria y familiar, y el trabajo fuera deficiente, los familiares podrían hacerse cargo de emplear al sujeto y se podría funcionar de forma más o menos adecuada, siempre y cuando, la familia fuera un pilar con capacidades para ello.

4.5.2. MODELO RESULTANTE 2: Inclusión laboral desde la perspectiva de la Salud Pública y los determinantes de la salud.

El segundo modelo se elabora considerando a las personas como parte de un contexto mayor, en base a los determinantes de su salud mental tal como se entiende desde la salud pública y la promoción de la salud que se evidencia en barreras y facilidades, pues la forma de afrontamiento de un sujeto a sus problemas de salud mental depende también de su contexto socio-político, en cual se describen a continuación:

- a) **Facilidades:** en el escenario más favorable nos encontramos con un usuario/a que a nivel *personal* cuenta con independencia, y se relaciona con un entorno *familiar* que ha reaccionado de forma positiva con cuidados y comprensión ante su situación de salud; tiene acceso a recursos *sanitarios* de rehabilitación, donde aprenda a manejar los síntomas y con mínimos efectos secundarios de los medicamentos; la inclusión *laboral* se caracteriza por oportunidades en empresas, centros o cooperativas de trabajo y que pueda ser acogido sin prejuicio, llegando a tener una clima positivo, satisfacción laboral y se considere al trabajo como una terapia; cuente con opciones de inclusión *social* en su comunidad, relaciones de amistad, espacios de socialización, vivienda asistida o tutelada; y, finalmente a nivel macro se cuente con una *estructura y organización de salud mental* dada por el Estado del que se destaca un modelo de salud mental comunitario, con políticas y leyes laborales ajustadas a las necesidades del colectivo y una red de servicios socio-sanitarios para una atención en salud mental integral.
- b) **Barreras:** Si por el contrario, se plantea un escenario desfavorable nos encontraríamos con un usuario/a que a nivel *personal* prevalece el auto-estigma, que cuenta con un entorno *familiar* de sobreprotección y dependencia ante su trastorno; sin recursos *sanitarios* de rehabilitación disponibles, por lo que sus síntomas le harían que tenga descompensaciones e internamientos frecuentes y sin solución a los efectos secundarios de la medicación; la inclusión *laboral* se caracterizaría por una falta de oportunidades de empleo, con un alto prejuicio por parte de la empresa, negándosele un derecho y una posibilidad de satisfacción laboral y personal; las opciones de inclusión *social* en la comunidad serían limitadas

y la persona estaría en situación de aislamiento y exclusión, sin poder optar a la independencia de una vivienda y con el gran peso del estigma social; y a nivel de la *estructura y organización* estatal, nos encontraríamos con un modelo de salud mental medico céntrico, con pocas políticas de salud mental y leyes poco efectivas y sin control, lo que derivaría en servicios socio-sanitarios de rehabilitación escasos e ineficientes.

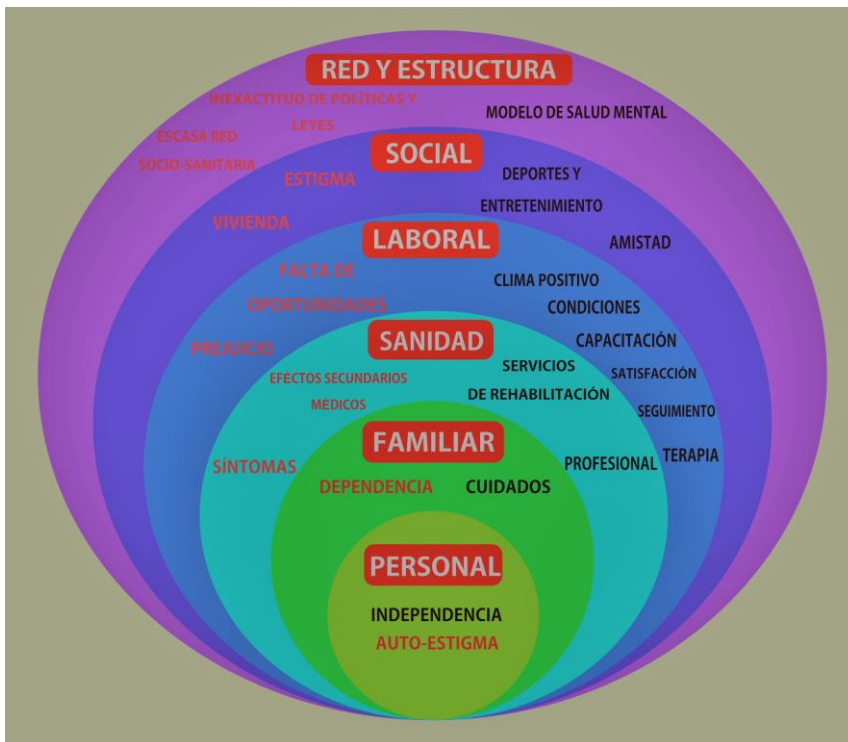


FIGURA 80. Modelo 2: Perspectiva desde la Salud Pública y sus determinantes sobre la inclusión laboral de personas con trastornos mental grave. Elaboración propia

En resumen, se puede decir que el modelo presentado muestra que en la realidad existen elementos facilitadores y obstaculizadores que influye en la inclusión laboral de personas con TMG, que incluye la realidad económica, política y social de cada país.

V. DISCUSIÓN

En este capítulo se reflexiona respecto de los resultados de la investigación, en su conjunto intenta contribuir al desarrollo del debate en materia de inclusión laboral de personas con trastorno mental grave, sin embargo, para su mejor comprensión se ha dividido en cuatro puntos:

- **Características generales de la muestra:** se analiza la validez de los aspectos metodológicos.
- **Salud Pública y Salud Mental en Ecuador, Valencia Italia:** comprende la descripción y el análisis de resultados de los modelos de atención en salud mental en cada uno de los países por separado, además, se argumentan los resultados obtenidos con lo expuesto en el marco conceptual e investigaciones previas en este ámbito.
- **Comparación de los Modelos de Salud Mental y propuestas para los países de estudio:** permite extraer los principales aprendizajes respecto a los avances y limitaciones de las tres experiencias analizadas, y, la pertinencia de la discusión en otras situaciones, contextos y publicaciones relacionadas.
- **Limitaciones de la investigación:** factores de la muestra y la metodología que podrían mejorarse.

5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

En este apartado discutiremos sobre las características tanto de la muestra como de las variables género, ocupación, edad y las particularidades sociodemográficas.

5.1.1. Metodología y muestra

La evidencia obtenida con el método cualitativo implicó un diseño de investigación apropiado para un mejor conocimiento de las realidades que atraviesan las personas con trastornos mentales graves para su inserción laboral, saber que tiene como propósito aportar desde un enfoque de la Salud Pública y promoción de la salud mental al desarrollo de nuevas políticas de inclusión laboral y social que se traduzcan en respuestas más adecuadas a este colectivo. Una gran cantidad de investigaciones cualitativas a lo largo del tiempo, aplicadas a problemáticas relacionadas con la salud mental y salud pública (Martín &

Sanchez, 2016; Muñoz et al, 2009; Rodríguez, 2006; Ulin et al, 2006; Tewenge et al, 2003; Pacheco et al, 1999, Castel, 1997; Basaglia, 1978) consideran al trabajo como un elemento importante para la integración social y la participación plena en la comunidad de las personas con trastorno mental grave, pero, a pesar de los avances en el reconocimiento jurídico de sus derechos, a nivel nacional (Blanco, 2004, 2007, 2012) e internacional (ONU y el Consejo de Europa), sigue siendo una de las minorías más desventajada y excluida.

Una de las características principales de la muestra del presente estudio es que esta es diferente en Valencia (España) y Ecuador, donde se realizaron entrevistas para intentar abarcar la mayor cantidad de lugares posibles que fueran representativos de la red de salud mental, logrando un total de **114 personas consultadas en ambos países y de manera prácticamente homogénea (51% en Ecuador y 49% en Valencia)**, recabadas en **18 centros de atención en salud mental en atención comunitaria y especializada**, lo cual se considera acertado ya que se consiguió circunscribir establecimientos de atención primaria y especializada.

La guía metodológica (Hernández et al., 2007) indica que en el **análisis cualitativo** hay dos características básicas que lo definen en cuanto a la muestra, que son: 1) **la no existencia de criterios preestablecidos**. En estudios como el de Sánchez (2015) y Arias (2014) se muestra que el reconocimiento de la parcialidad del conocimiento en la investigación cualitativa, la implicación de los sujetos y la flexibilidad en el diseño no son excluyentes de su rigurosidad, por el contrario, garantizan un proceso que trasciende la adhesión acrítica a los métodos y se orienta hacia el resguardo ético del proceso de investigación. 2) **El tamaño muestral se determina según las necesidades de información hasta llegar a la saturación de datos**, por tanto, no hay cálculos numéricos para determinarla. Contrariamente a la percepción general la investigación cualitativa puede producir grandes cantidades de datos (Pope et al, 2011), por lo que cabe señalar que en la investigación se contó con una muestra lo suficientemente representativa como para poder conformar categorías completas con la información de los datos recabados, es decir, hasta observarse una redundancia de los mismos durante su análisis, por lo que se estima que se cumplió con lo establecido por la metodología empleada.

Un ejemplo respecto a la variabilidad del tamaño de la muestra se observa en la tesis doctoral cualitativa sobre pacientes psiquiátricos de Vaccari (2013) donde se entrevistó a 13 personas entre usuarios/as, profesionales y familiares, con resultados relevantes sobre el proceso de desinstitucionalización. Otro estudio relativo a la salud mental (López, 2017) indica haber contado con 24 familiares o cuidadores de personas con problemas de salud mental. Una investigación similar (Olaiz et al, 2006) señala que realizó 26 entrevistas en profundidad a usuarias de los servicios de atención primaria y 60 de estas entrevistas a prestadores de servicios de salud (16 médicos, 14 enfermeros, 11 psicólogos y 19 trabajadores sociales), realizando el análisis mediante la Teoría Fundamentada.

La *entrevista en profundidad semiestructurada* como técnica de investigación cualitativa para la recolección de datos, permitió una conversación entre iguales permitiendo que los entrevistados/as se expresen libremente y entender su realidad. Lo cual es similar a otro estudio (López, 2017) que evidencia que esta herramienta es útil para obtener datos y comprender la subjetividad de los entrevistados respecto del tema de salud mental abordado. Además, permite conocer la situación percibida por los propios sujetos (Gómez, et al, 2011); así como para dar cuenta de las dificultades de la instalación del modelo comunitario en la práctica de los propios profesionales de la salud (Tapia & Carreño, 2013); y tienden a permitir comprender la búsqueda del investigador de información acerca de un fenómeno que el participante ha experimentado (Ulin et al., 2006).

Otro elemento relacionado con el criterio de saturación de datos tiene que ver con la población objetivo compuesta por varios grupos vinculados con la problemática como son los *usuarios/as, familiares, profesionales y directivos de centros de salud mental*, lo que fue posible mediante el análisis cualitativo pues permite obtener *datos ricos y profundos* acerca de los factores que intervienen en la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave. En la actualidad existe consenso (Moreno, 2015; Tambuyzer y Van Audenhove, 2012; Tait y Lester, 2005) respecto a los beneficios de incluir a usuarios/as, familias y profesionales de la salud en las investigaciones sobre el diseño de servicios y políticas públicas en salud, tal como se ha realizado en el presente estudio; así como

escuchar la voz de los usuarios/as que muestran su subjetividad y les ayuda a empoderarse (Villasante et al, 2018).

Respecto de Italia, los datos permiten analizar el modelo de salud mental y el énfasis se pone en las cooperativas sociales de trabajo, cabe señalar que la recolección de datos se realiza mediante un *meta-análisis bibliográfico de documentos relativos a las cooperativas de trabajo*, sobre todo de su desarrollo en la ciudad de Trieste, por ser pionera en el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica.

Sumado a lo expuesto, esta aportación es similar a los trabajos de Moreno (2015) y Urrutia & Bonfil (2010), en los cuales se utilizaron tanto información directa de participantes como meta-análisis de datos, lo que permitió sistematizar, evaluar e interpretar los recursos según un marco conceptual comprensivo acerca de las estrategias de inclusión laboral para personas con trastornos mentales graves.

La codificación y categorización de la información mediante la Teoría Fundamentada permitió comparar los datos y la construcción de categorías conceptuales sobre la forma como las personas definen su realidad, hasta finalizar en un modelo que explique el fenómeno de la inclusión laboral. El análisis mediante esta metodología ha demostrado su utilidad en estudios similares al nuestro (López, 2017) con familias de pacientes con trastorno mental en España; en otras investigaciones (Aguirre et al, 2010) sobre experiencias de rehabilitación psicosocial y programas laborales de población con personas con trastornos mentales severos en Uruguay; y, sobre las necesidades de apoyo en la enfermedad mental en un hospital psiquiátrico en México (Cruz et al, 2011).

El análisis se realizó con apoyo del programa informático MAXQDA (versión 2018). Este instrumento ha sido utilizado en otras investigaciones (Blasco & Mengual, 2010) en las que ha demostrado su utilidad para estudios en salud. Investigaciones en el mundo anglosajón (Álvarez et al, 2017) y en el mundo hispano (Cervio, 2015), reconocen los aportes del software vinculado a la investigación con metodología cualitativa, abogando por la generalización de su uso.

Se considera también relevante referirse a la forma en que se escogió los países estudiados, por un lado, *Italia* es un referente internacional sobre el Modelo de atención en

salud mental comunitario y sobre la implementación de cooperativas sociales de trabajo. Hemos podido consultar numerosos estudios (Tulla et al, 2018, Novella, 2008, Rotelli, 2000) que resaltan la forma de cooperativa como una estrategia viable para la inclusión socio-laboral de personas con trastorno mental grave, en especial la ciudad de *Trieste* en donde tiene más de 40 años de desarrollo.

Del Modelo de atención italiano se desprenden los modelos de salud mental tanto de España como de casi todos los países de Latinoamérica, tal es el caso de Ecuador, y, lo que se trasmite no es solo la forma de estructurar los servicios de salud mental sino, principalmente el cambio del paradigma manicomial a una *perspectiva comunitaria* que vela por los derechos. En *España*, el estudio circunscribe a la ciudad de Valencia donde el modelo comunitario de salud mental se viene implementándose desde hace 30 años. En *Ecuador* el Modelo de salud mental comunitario se establece desde el año 2014, por tanto, se encuentra en las primeras etapas de ejecución, por lo cual es interesante contrastar con las experiencias de otros países en diferentes etapas de implementación de dicho modelo.

Este mismo criterio se encuentra en investigaciones (Moreno, 2015) sobre salud mental que analiza diferentes contextos, no para comparar si un sistema público es más deficitario que otro, sino con el afán de conocer distintas realidades, e identificar y describir aquellos elementos que influyen en la puesta en marcha de un modelo más eficiente e inclusivo, así como orientar la toma de decisiones en políticas socio-sanitarias y laborales.

Desde las guías metodológicas (Hernández, 2003) también se reafirma la idea de que la *comparación permite aportar conocimiento científico* en un campo que no siempre tiene evidencia suficiente, pues puede ocurrir con algunos temas entorno a la salud pública y la promoción de la salud mental que se suele encontrar con evidencia tipo B, es decir, se sabe lo que funciona y por qué funciona, pero la evidencia es limitada. Además, se considera (Mazzaia, 2018) que el proceso sistémico de generación de datos en las investigaciones en salud mental es un objetivo de la OMS (2010) y es una forma de estimular que los cuidados en salud mental sean integrados en la comunidad.

En la misma línea, tanto el estudio de textos, el análisis de las normativas, las entrevistas a diferentes actores implicados y la comparación de contextos sustenta la *triangulación de los datos*, lo que otorga mayor confiabilidad a la investigación.

Igualmente, los datos y resultados fueron analizados por la tutora, la investigadora y una especialista externa (psicóloga), logrando la triangulación de los resultados y garantizando que el trabajo se ha realizado con rigurosidad metodológica. Esto se ha manejado de igual forma en otras investigaciones (López, 2017; Charmaz, 2014) que muestra que el contar con una bitácora de investigación es otro mecanismo que vela por la validez de los estudios cualitativos y es característico de la Teoría Fundamentada.

Sumando a lo anterior, el hecho de haber estudiado dichos factores en un escenario natural como fueron los lugares donde los entrevistados se rehabilitan o trabajan, posibilitó un análisis específico de cada sitio y por país, mostrando la realidad dinámica de cada uno, proporcionando además *validez interna al observar las particularidades contextuales* de funcionamiento de la red de salud mental y la inclusión laboral de este colectivo. Esta es una recomendación que la siguen otras investigaciones (López, 2017, Ulin et al, 2006) donde se observa que la validez del estudio cualitativo se obtiene al recolectar y analizar los datos e indican las percepciones e interpretaciones subjetivas, las acciones o comportamientos objetivos, y el contexto.

Lo que se relaciona con la relevancia de realizar un *trabajo ético y responsable por parte de las investigadoras*, respecto a los resultados encontrados y con las personas entrevistadas. Esto se ratifica en varios estudios (Ugalde & Balbastre, 2013, Chavarría-Gonzalez, 2011, Pita & Pértegas, 2002) que resaltan que el sistematizar resultados en entornos vivos, donde hay consecuencias de la indagación para las personas involucradas, es un proceso más difícil y largo que requiere un alto grado de sensibilidad.

5.1.2 Género y trabajo

Teniendo en cuenta que el género es una variable principal como generadora de inequidades sociales respecto a la división sexual del trabajo, en este estudio se trató de tener *equidad de la muestra entre hombres y mujeres* en los países de estudio, logrando dicho propósito ya que la muestra de *mujeres en los países fue de 56%* y 44% hombres.

Un estudio similar (Moreno, 2015) se realizó con 45,5% de mujeres y 54,5% de hombres, indicando la importancia de la distribución homogénea por sexo. Lo cual también es sugerido en una guía metodológica (Hernández et al, 2007) que reafirma que un similar

porcentaje garantiza que el discurso que se analiza tenga una representatividad del punto de vista del género femenino.

Otro elemento que se consideró fue el análisis respecto de las actividades laborales que realizan hombres y mujeres, con el objetivo de vislumbrar *diferencias de género en cuanto al tipo de trabajo* de personas con trastorno mental grave. Los resultados indican que hay elementos similares y otros diferentes. Entre las variables similares se aprecia que para ambos los tipos de trabajo a los que pueden acceder son de *baja cualificación*, como trabajo administrativo, limpieza y repartidores en supermercados. Esto coincide con evidencia internacional (O'Reilly-OIT, 2007) que indica que las personas con discapacidad están más expuestas a empleos a tiempo parcial, mal remunerados, con pocas perspectivas profesionales y malas condiciones de trabajo. Además, las diversas situaciones que se viven durante la vida laboral afectan la salud mental de las personas, como por ejemplo el tener un trabajo mal remunerado, eventual y no adecuado a las competencias profesionales, siendo un factor de riesgo de mala salud mental. En otro estudio (Espino, 2014) se observa que tener un empleo precario se relaciona con aumento de síntomas afectivos como ansiedad y depresión, pérdida de sociabilidad y mayor siniestralidad laboral.

La diferencia de género se observa respecto a tipos de actividades que desempeñan solo las usuarias mujeres como *venta de maquillaje, costura y diseño*; y las que desempeñan solo los usuarios hombres están en empleos como *venta ambulante y vigilante de seguridad*. En ambos casos nos encontramos con labores que suelen ser estereotipadas a cada sexo, lo que coincide con investigaciones (Pascual, 2014) que indican que las *mujeres con discapacidad mental tienen por lo menos una doble discriminación*, por tener una enfermedad mental grave y por ser mujer, lo que conlleva una mayor exposición a situaciones de discriminación y son más vulnerables. Esto coincide con estudios (ODISMET, 2017) que reflejan que las *mujeres tienen un 11% más barreras que los hombres*, con menor trabajo a tiempo completo (30% de hombres y 12% de mujeres).

Entre los usuarios/as entrevistados no se presentan diferencias significativas entre la proporción de personas que no trabajan pues las mujeres son en promedio de 71% y los hombres 70%, en ambos países. Sin embargo, el dato relevante que se observa en el análisis se refiere a la *baja proporción de usuarios/as con trastorno mental grave que trabajan*,

con un promedio de 30% en hombres y 29% en mujeres en ambos países. Esto concuerda con la evidencia internacional (OIT, 2007) que apunta a que las personas con discapacidad en un alto porcentaje se encuentran desempleadas en comparación con sus homólogas no discapacitadas. También hay estudios (ODISMET, 2017) que evidencian discriminación en el salario, pues las personas con discapacidad reciben un 17% menos salario que los sujetos sin discapacidad y en el caso de ser mujer con discapacidad recibe un 27% menos salario bruto.

5.1.3. Características sociodemográficas

Sobre este último elemento, la edad de los usuarios/as entrevistados fue en promedio entre los países en un rango de 22 a 65 años, por lo que se encontraban en *edad laboralmente activa*, por lo tanto, no es una variable que interfiera en la interpretación de los resultados de desempleo, por ejemplo, si hubiera usuarios/as que se encontrasen jubilados. En un estudio similar (Moreno, 2015) en cuanto al análisis de los sistemas de salud mental, en el cual se observa que la edad de los participantes fue en un rango mínimo-máximo entre 28 y 62 años de edad. Igualmente, en otras investigaciones (Dewa et al, 2003, Ros et al, 2004) muestran que los adultos entre 36 y 60 años son los que más consultan por problemas de salud mental y se encuentran en la franja productiva, lo que influye en las jubilaciones anticipadas, las bajas laborales y la pérdida de empleo.

En cuanto al *nivel socioeconómico de los usuarios/as entrevistados*, este no fue una variable que se interrogó de forma directa, sino que se estima con base en los relatos de profesionales de trabajo social que conocen estos datos de su población de atención e indican que la mayoría de las personas que se atienden en el servicio público vienen de sectores socioeconómicos medio y medio bajo. Si a esto le sumamos los datos anteriormente analizados como la gran proporción de personas desempleadas y la baja cualificación (y por ende remuneración) de los empleos a los que pueden acceder, nos encontramos que las *personas con trastorno mental grave están expuestas a un alto riesgo de pobreza*.

Esto es ratificado por la evidencia internacional (Díaz, 2017, Montgomery et al, 2013, O'Reilly-OIT, 2007) que revela que la mayoría de las personas con discapacidad presentan tasas altas de vulneración y marginación socio-económica, y se observa también

en el discurso de varios usuarios/as que exteriorizan, por ejemplo, que no les es posible tener una vivienda independiente puesto que no tienen los recursos económicos para ello.

Situación que puede llevar a un *círculo de enfermedad y riesgo de pobreza*, pues existe evidencia (INE, 2012) que manifiesta que el riesgo de tener mala salud como el padecer ansiedad o depresión crónica aumenta en las clases sociales más desfavorecidas como son los trabajadores cualificados del sector primario, semi-cualificados y no cualificados. Asimismo, investigaciones latinoamericanas (Lohigorry et al, 2014) y europeas (SEU, 2004) resaltan que en este colectivo hay un alto riesgo de estar atrapados en un círculo vicioso de privación que incluye la enfermedad, la pobreza, la desestructuración familiar, el desempleo y la falta de vivienda. El Estudio SESPAS (2014) en España revela la existencia de un amplio consenso en las investigaciones en cuanto a que la salud mental se ve negativamente afectada en los periodos de recesión económica (Chan et al, 2009); específicamente, los resultados apuntan a un aumento de los trastornos del estado de ánimo en el período de crisis financiera (Gili et al, 2014).

5.2. SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN ECUADOR

En cuanto a los resultados, se expone la discusión de la evidencia encontrada siguiendo el análisis de los determinantes de la salud (OPS, 2011)⁷, los cuales son: las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales; las redes sociales y comunitarias; y el estilo de vida, y se incluye la discusión sobre la inclusión laboral, lo que se replica por cada país de estudio.

5.2.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Ecuador

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de Ecuador

Como se indicó anteriormente, Ecuador es el país que más *recientemente ha implementado su Modelo de salud mental comunitario* en el año 2014. En este contexto, estudios de diversos países (MSB, 2018, MSC, 2018, MSA, 2013) demuestran que en Latinoamérica otros países han sido pioneros en la implementación de servicios de salud mental basados el Modelo de Salud Comunitaria como Argentina (Provincia de Rio Negro

⁷ Refiérase a la Figura 14. Determinantes de la salud. (OPS, 2011).

en 1985; a nivel nacional en 2003), Brasil (Reforma psiquiátrica en 1988, Política Nacional de Salud Mental en 2001) y Chile (Plan de Salud Mental en 1993).

Sin embargo, su implementación a nivel nacional no parece tener los resultados esperados, y las principales *dificultades* referentes al funcionamiento de la red de salud mental y por ende a la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario serían:

- a) **Asignación presupuestaria insuficiente a la salud mental:** se prioriza la financiación de los niveles secundario y terciario de atención. Esto se comprueba en el informe de organismos internacionales (OMS, 2015d) que señala que, si bien el gasto en salud pública se ha incrementado significativamente, casi la mitad del presupuesto de salud mental se destinó a los hospitales psiquiátricos. Otras investigaciones de Región de Las Américas (OPS, 2016, IESM-OMS, 2015) consideran algo similar, donde la proporción dedicada a los establecimientos de salud mental comunitaria dista de ser óptima, ya que en promedio los hospitales psiquiátricos absorben el 73% del presupuesto asignado. Esto coincide un estudio (Analuisa, 2016) que analiza el último Plan Estratégico Nacional de Salud Mental del Ecuador (2015-2017) y una de sus dificultades es que no hay un financiamiento específico para cada uno de los lineamientos indicados en dicho documento. Igualmente, en el Informe de Evaluación la Comisión Lancet (2018), se reconoce que la inversión para promover la salud mental y tratar los trastornos mentales es pequeños, esencialmente en los países de ingresos bajos y medios. Ante esto (Moreno, 2015) se resalta que la falta de estos recursos dificulta la coordinación e intercambio de la atención primaria con los especialistas del área.

- b) **Prepondera el modelo hospitalocéntrico:** observamos que la mayor parte de la rehabilitación no está en la comunidad sino en el *Hospital Psiquiátrico* y *Hospitales Generales*, situación que evidencia una *escasa red socio-sanitaria*. Si bien los Hospitales Psiquiátricos han avanzado en un proceso de reinserción familiar con algunos pacientes, la *falta de recursos sanitarios y sociales son la mayor barrera* para la atención e inclusión social de este colectivo. Esto es contrario a las recomendaciones de organismos internacionales (OMS, 2015d) que sugieren que los servicios de salud mental deben ser ampliados e integrados en el nivel de atención primaria de salud y que las intervenciones biopsicosociales deben focalizarse en la comunidad. Una

investigación en Argentina (Zaldúa et al, 2016) evidencia que la falta de políticas públicas para la creación de dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico es uno de las mayores barreras en la salud mental comunitaria actual.

Si bien la normativa contempla la creación de los *Centros de Atención Psicosocial*, como servicios territoriales (MSP, 2014), estos no se han implementado, lo que es un obstáculo para sustituir el modelo asilar. Esto se confirma con la experiencia brasileña (Amarante, 2018) que reafirma que los Centros de Atención Psicosocial reemplazan al Hospital Psiquiátrico cuando funcionan bajo el principio de intersectorialidad, conformado con profesionales de diversas áreas y estrategias de intervención centradas en lo social.

- c) **Falta de recursos humanos de salud mental en atención primaria:** un indicador importante del proceso de desinstitucionalización es la relación entre los profesionales, asignando mayor peso a psiquiatras y psicólogos y menos a otros agentes más comunitarios como enfermeros, trabajadores sociales y educadores para la salud, dato indicativo de que la atención continúa centrada en especialistas. Los datos nacionales (MSP, 2014) apuntan como positivo el incremento de psicólogos en la sanidad pública, pues aumentó en un 87% en el período 2006 -2014. Los informes de organismo internacionales y regionales (OMS, 2015d, UNASUR/ISAGS, 2015) apuntan que a pesar de los avances existe un déficit general de profesionales de salud mental en especial en el sector público, y que la mayor parte de estos profesionales están insertos en servicios hospitalarios; la falta de personal especializado se evidencia también en las dificultades de acceso a los cuidados continuados.

En la misma línea, la evidencia (OPS, 2016) manifiesta que en Latinoamérica la mayor proporción de profesionales que trabajan en los servicios de salud mental es en el Caribe no latino con una tasa de 69,2 (por 100.000 habitantes), mientras que en América del Sur la tasa es de 27,7. En otra investigación nacional (Camas, 2018) se confirma que un alto porcentaje de profesionales que trabajan en los centros de atención primaria no poseen las competencias en salud mental comunitaria y capacitación respecto a los trastornos mentales graves, lo que refuerza el mecanismo hospitalocéntrico y reproduciendo el estigma sobre la enfermedad mental.

d) La predominancia del modelo biomédico en salud mental: el hecho de que se cuenten con pocos profesionales comunitarios en salud mental refuerza la idea de que no se realiza una intervención psicosocial, sino mayormente biomédica. Un estudio nacional (Camas, 2018) señala que las políticas de salud no tan solo deben centrarse en el tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida. Por otro lado, en Chile (Schade et al, 2010) se resalta la implementación de un modelo de consejería se orienta a aumentar la resolutiveidad en la atención primaria de salud y el seguimiento.

Desde el análisis se observa que los principales *facilitadores* referentes a la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitario son:

- a) **Servicios y medicamentos gratuitos:** sobre los *medicamentos psicotrópicos* se indican que son adecuados pues ayudan a disminuir la sintomatología y no hay dificultades para su acceso. Esto coincide con informes de organismos internacionales (OMS, 2015d, 2010) que muestran que el país cuenta con una dotación de fármacos que cubre las necesidades requeridas en salud mental a nivel básico en los servicios de hospitalización del Estado y sugieren que la intervención en debe ser tanto a nivel farmacológico y mediante estrategias de psicosociales.
- b) **La cooperación de organismos internacionales.** Como positivo se destaca la definición de la Estrategia de Cooperación 2018-2022 de la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2018) en el país, donde se propone fortalecer la implementación del modelo comunitario en salud mental, principalmente la acción intersectorial, comunitaria y las capacidades institucionales. Otras investigaciones (Moreno, 2015, Powell et al, 2015) manifiestan que las alianzas y asociaciones de colaboración con entidades no gubernamentales ayudan a implementar buenas prácticas en salud mental.

Condiciones de vida y trabajo en Ecuador

En la investigación se aprecia que la situación económica del país afecta a la *inclusión laboral* de las personas con trastorno mental grave, dado que una falta de recursos financiero afecta a la inyección de inversiones por parte del Estado a las iniciativas

públicas sobre este tema. Esto se reafirma con datos oficiales (INEC, 2017b, UNASUR/ISAGS, 2015) que revela que la tasa de pobreza en Ecuador por ingresos había disminuido progresivamente en los años 2000-2016 hasta el 21%, en el año 2018 aumentó hasta casi al 40% producto del cambio político que vive actualmente el país.

Por otro lado, existe una *alta percepción de exclusión laboral* dada principalmente por la *falta de oportunidades de empleo* y también la *discriminación laboral*. Esto coincide con datos nacionales (CONADIS, 2018) que indican que solo un 3,2% de los sujetos con discapacidad psicosocial (trastornos mentales) se encuentran trabajando, en comparación con el resto de discapacidades, es decir, 2.100 personas a nivel nacional. Aunque se cuenta con una bolsa de empleo público (Mase, 2014, Zaldúa et al, 2016), se aprecia una precaria situación de inserción laboral y que la Ley no se está aplicando como se debería, principalmente por dificultades en el control y seguimiento. Estudios de organismos internacionales (OIT, 2014b) informan que un aspecto fundamental es el mantenimiento en el empleo a través del reconocimiento del derecho a licencias para ausentarse del puesto y regresar tras una mejoría, el asesoramiento y apoyo desde los servicios socio-sanitarios, así como la lucha contra el estigma.

Respecto de las *ayudas económicas* a este colectivo, aunque las fuentes estatales (CONADIS, 2018) evidencian que el 36% del total de personas con discapacidad psicosocial reciben un bono o pensión: el 86,8% por discapacidad y 13,2% por pobreza extrema. Ninguna persona de nuestro estudio ha tenido la opción de acceder a este tipo de beneficios, lo cual refleja que los establecimientos sanitarios no entregan dicha información a todos los usuarios/as. Investigaciones de organismos regionales (UNASUR/ISAGS, 2015) consideran que las acciones emprendidas para la reducción de la pobreza como las transferencias monetarias a grupos vulnerables tendrán impactos positivos sobre los determinantes sociales de la salud en Ecuador.

Se observan muy pocas *opciones de vivienda* para las personas con trastorno mental grave, dado que la mayoría de usuarios/as viven con algún familiar; existen pocas residencias del Ministerio de Inclusión Social para ex-pacientes psiquiátricos adultos mayores; y solamente un grupo del Hospital de Psiquiátrico tiene opción de una vivienda asistida. En el Modelo de Salud Mental (MSP, 2014) se plantean las Unidades de Acogida

para este colectivo, que serían viviendas insertadas en la comunidad, las cuales no se han implementado. En esta línea varios estudios (De León et al, 2016, Vega-Galdós, 2011, Sacarreno, 2003) demuestran que los más altos niveles de dependencia y cronicidad se asocian a personas que no han logrado una residencia autónoma y siguen viviendo con su familia de origen o en residencias, condiciones sumamente desventajosas para mejorar su calidad de vida.

Sobre la *educación*, la mayor parte de las referencias indican elementos *negativos* pues se considera que el sistema no es incluyente, a lo que se suma problemas cognitivos como baja concentración que es uno de los síntomas de este tipo de trastornos; mientras que lo *positivo* es el interés por parte de los usuarios por continuar con su formación. Lo que se contrapone a lo observado en la legislación ecuatoriana sobre Discapacidad (ECU-LODis-, 2012) que promueve la integración de estudiantes con necesidades educativas especiales y la accesibilidad a la universidad, adaptación curricular y otras medidas de apoyo personalizadas para fomentar su desarrollo académico y social. Investigaciones sobre educación y adolescentes con problemas de salud mental (Rojas-Bernal et al, 2018, Salas et al, 2018, Rojas-Andrade et al, 2017, Chavez et al, 2016, Glukman et al, 2005) señalan que para favorecer la integración de los jóvenes con depresión e intentos de suicidio, se recomienda realizar un programa psicoeducativo que promueva estrategias de autocuidado, estimulación cognitiva individualizada y grupal orientada a desarrollar habilidades socio-laborales y técnicas específicas que les permitan insertarse en el mundo del trabajo.

Redes sociales y comunitarias en Ecuador

En cuanto a los resultados de la muestra, un aspecto que resulta de especial relevancia es la *familia*, valorada como el vínculo de afecto y *apoyo* al que pueden recurrir. Sin embargo, se observan elementos que no favorecen al sujeto dado, por un lado, por la *sobreprotección* al no creerle capaz de realizar acciones independientes, y el *aislamiento* generado por el miedo hacia el usuario/a. Un estudio en México (Cruz, 2010) arrojó datos similares en cuanto que las *familias presentan mayores o menores restricciones*, basadas en una imagen infantil de incapacidad de los usuarios/as, y estos pensamientos se reflejan en conductas y sentimientos de miedo, culpa, agotamiento y huida; aunque también es posible encontrar experiencias positivas, siempre y cuando el cuidador cuente con redes de apoyo

socio-sanitarias. Otras investigaciones (Rivera et al, 2018, Muñoz et al, 2012, Sacarreno, 2003) reafirman que es importante generar espacios que posibiliten el intercambio y consoliden estrategias de afrontamiento, a fin de evitar recaídas y mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.

Es significativo, tanto las actividades de *ocio y recreación* que son un indicador de una vida más saludable y ayudan a controlar los síntomas de ansiedad, como las *relaciones de amistad* pues la relación con pares les sirve para percibir que son incluidos en la sociedad. Un informe internacional (UNASUR/ISAGS, 2015) apunta a la importancia de implantar programas intersectoriales y de desarrollo social integral en los barrios y centros de trabajo.

Un elemento negativo es el *estigma* que es la creencia por parte de la sociedad de que una persona con trastorno mental grave es peligrosa, dada por la falta de información, lo que impiden el pleno desarrollo de este colectivo y su inclusión en la sociedad. El estigma también se manifiesta en cada una de las personas de este colectivo, de esta forma vemos el *auto-estigma* que son sentimientos negativos de incapacidad personal que manifiestan relacionadas con experiencias de exclusión socio-laboral, lo que lleva a que se esconda la enfermedad a familiares y empleadores por miedo al rechazo. Un estudio en Brasil (Amarante, 2018) plantea que la dimensión sociocultural fue considerada estratégica para sensibilizar y movilizar a la sociedad en la discusión sobre la reforma psiquiátrica e involucrarla a partir de la propia producción cultural y artística de los actores sociales.

Estilos de vida en Ecuador

La *autonomía* es un elemento que se relaciona con valerse por sí mismo, tener habilidades sociales y tomar sus propias opciones. También la relación con otras personas con las que establecen *relaciones íntimas*, ya sea de convivencia como de pareja sentimental, y el poder establecer un *proyecto vital*, indicando que pueden vislumbrar expectativas a futuro, sobre todo cuando tienen un trabajo y que antes de eso estaban negadas. Los datos nacionales (CONADIS, 2018) refleja que la mayoría de personas con discapacidad psicosocial (45,6%) presenta un grado de discapacidad medio alto 50-74%, lo cual implica dificultades para realizar las habilidades instrumentales de la vida diaria. En esta línea, un estudio (Cruz, 2010) reafirma que un elemento relevante para este colectivo

es la autodeterminación, la cual es concebida como autoridad del propio sujeto para ejercer el control sobre sus decisiones, autonomía y responsabilidad.

5.2.2 Inclusión Laboral de personas con Trastorno Mental Grave en Ecuador

Los resultados de la investigación indica que la importancia de la *inclusión laboral* es alta, sin embargo, de los usuarios/as que ***trabajaban el 62% lo hacían en el sector privado*** en la Cooperativa de trabajo Huertomanías y el Hospital Psiquiátrico. Esto coincide con los datos nacionales (CONADIS, 2018) de que la mayoría de personas con discapacidad psicosocial trabajan en el sector privado en un 74%. Asimismo, el 26% de los entrevistados laboran como autónomos o estaban insertos en una empresa normalizada. Este es un dato que se repite en la región (MASE, 2014) pues en Argentina se informa que en el año 2011 la tasa de empleo de personas con discapacidad mental es 5,4%, siendo la más baja de todas las minusvalías.

Uno de los elementos más relevantes son las ***condiciones laborales*** que son las características del trabajo que se definen por la flexibilidad, es decir, que se ajuste el empleo a las necesidades de la persona con trastorno mental, como es un horario fijo y una remuneración adecuada que le permita solventar sus gastos personales. Estas condiciones no siempre se dan en los puestos de trabajo normalizados generando dificultades en su inserción a largo plazo. Esto coincide con el Informe de Evaluación de la Comisión Lancet (2018) sobre salud mental global y desarrollo sostenible que manifiesta la necesidad de mejorar la disponibilidad de intervenciones para las personas con trastorno mental graves, cuyo objetivo es facilitar la adquisición de habilidades para abordar los factores de riesgo.

Los ***beneficios del empleo*** se obtienen en un *clima laboral positivo* caracterizado por relaciones sociales respetuosas y amables con los compañeros, en un entorno de trabajo de cercanía y comprensión; mientras que la *satisfacción laboral* es el sentirse parte de un grupo y ser reconocido como un ciudadano ejerciendo sus derechos. Por todo esto, las personas entrevistadas consideran el *trabajo como una terapia*, pues es complementario a la rehabilitación sanitaria, con mejoría de los síntomas y aumento de la autoestima al sentirse parte productiva de la sociedad. Algunos estudios en Brasil, Uruguay y Argentina (Hopp, 2018, Acosta, 2016, Gaiger, 2013, Lussi et al, 2011) han demostrado que las ventajas de las empresas sociales para personas con trastornos mentales es que el sujeto es

entendido como un ser social y su proceso de formación le sirve para lograr la autonomía, sobre todo cuando estas son subsidiadas tanto por el Estado como por organizaciones no gubernamentales.

Los resultados acerca de la inclusión laboral en la cooperativa de trabajo en nuestro estudio fueron favorables, por lo cual es una experiencia a replicar. Esto coincide con evidencia en Uruguay (Acosta, 2016) que reconoce el beneficio de que las cooperativas sociales reciban apoyo del Estado como una forma de promover las oportunidades de desarrollo e inclusión social y económica de personas (y grupos de personas) en situación de vulnerabilidad, como los trastornos mentales.

5.3 SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN VALENCIA

5.3.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Valencia

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de Valencia

En 1986 se establece la Ley General de Sanidad y comienza la Reforma Psiquiátrica en España. En la Comunidad Valencia se inicia el proceso de reforma en el año 1987 (MSSSI, 2005), sin embargo, no se realizan mayores cambios en la salud mental durante los años 90.

Las principales *dificultades* visualizadas en este estudio son la inexactitud de políticas y la escasa red socio-sanitaria:

- a) **Reforma psiquiátrica incompleta o necesidad de una nueva:** si bien se observa avances desde el inicio de la Ley General de Sanidad, su implementación no se ha llevado a cabo en su totalidad. Esto coincide con algunos estudios en España (Desviat, 2011, Navarro-Mateu et al, 2015, Molina et al, 2018, Sadeniemi et al, 2018) que confirman que la Ley fue positiva porque cambió el modelo asistencial, sin embargo, el desarrollo de la misma fue desigual en las diferentes Comunidades Autónomas, ya que dependían de la voluntad política y la toma de conciencia por parte de los profesionales.
- b) **Inexactitud de políticas públicas:** esta es la mayor dificultad ya que en la práctica se observa un modelo médico y no comunitario, pues no hay suficiente atención en el territorio, y existen vacíos en algunas políticas, las cuales hacen que su implementación no sea la adecuada ni tenga los resultados esperados. Además, se aprecia una *escasa red*

socio-sanitaria pues si bien se cuentan con una gran variedad de centros, a nivel público existe una falta de profesionales (sobre todo de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) y pocas viviendas tuteladas públicas. Un informe nacional (GVA, 2018a) concuerda con que existe una desarticulación y falta de coordinación entre las Administraciones (estatal, autonómico y local) y las diversas áreas de atención (Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Cultura), y funciona en paralelo la Red de conductas adictivas (UCAS) y la Red infantojuvenil.

Sumado a lo expuesto, varios estudios (Navarro-Mateu et al, 2015, Polo, 1999) sugieren que la falta de recursos es el aspecto más relevante que incide en una escasa red de salud mental, dificultad que se remonta a inicios de la reforma psiquiátrica en España, mientras que son los Centros de Salud Mental los que absorben las deficiencias del sistema.

- c) **Dos ejes divididos en la atención de salud mental:** la *organización en salud mental* está conformada por el sistema sanitario, distribuido en 24 departamentos de salud, y la red de servicios sociales. La mayoría de departamentos cuentan con una cartera de *servicios de rehabilitación* que incluye Unidad de mediana y larga estancia, Hospital de Día, Hospitales Generales, Unidades de Salud Mental; además los Centros de Rehabilitación Integral, dispositivos estatales, departamentales y privados, pero se evidencian dificultades en la coordinación. Lo que concuerda con investigaciones (Moreno, 2015, Luciano et al, 2009) que plantean que hay dificultades en los modelos que requieren cooperación por deficiencias en la coordinación entre los servicios de salud mental, pues se requiere un mayor nivel de articulación mediante una estructura técnica y organizativa, y que no dependa solo de la voluntad e iniciativa de los profesionales. Un estudio en Andalucía (López & Laviana, 2007) coincide en que los problemas de funcionamiento de la red de salud mental es la diversidad de orientaciones y el grado de desconocimiento entre los servicios de rehabilitación y apoyo social.
- d) **Mantenimiento de las Unidades de mediana y larga estancia:** Cabe señalar que, si bien la Reforma psiquiátrica plantea el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, se siguen manteniendo estancias para largos internamientos en algunas Comunidades Autónomas como Valencia. Un estudio (Novella, 2018) expone que el proceso de

desinstitucionalización no ha finalizado y cuestionan su carácter transformador en la esfera socio-política al haber aún exclusión hacia este colectivo. Asimismo, se plantea (Desviat, 2011) que hay mayores avances en salud mental en ciudades como Madrid, Andalucía, Asturias y Navarra gracias al apoyo de las Administraciones al crear mayores recursos y programas en la comunidad.

- e) **Prevalencia de los especialistas en los profesionales de salud mental:** se confiere una mayor relevancia a los especialistas de *psiquiatras* y *psicología*, y menos a *otras profesiones* como más comunitarias como enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. Esto coincide con los datos autonómicos (GVA, 2018a) que informan una baja proporción de profesionales de salud mental comunitarios, siendo la tasa de psicólogos de 3,36 (por 100.000 habitantes), tasa de 5,92 de enfermeros, tasa de 1,06 de trabajadores sociales y tasa de 0,26 de terapeutas ocupacionales.

La evidencia (Moreno, 2015, López & Laviana, 2007) refleja la idea de que se requiere otra disposición acerca de los profesionales, con menos énfasis en la especialidad psiquiátrica y más en enfermería comunitaria y psicólogos en atención primaria, lo que mejoraría los servicios. Una investigación (Desviat, 2011) crítica a la Universidad de no impulsar lo suficiente el cambio de visión en la formación de pre-grado de los futuros profesionales de salud mental hacia un modelo más comunitario y menos bio-médico.

- f) **Falta de recursos económicos:** la mayor dificultad para no implementar los servicios comunitarios es la falta de recursos financieros. Datos nacionales (GVA, 2018a) evidencian que el país pasó por una grave *crisis económica* desde el año 2008, de la cual no se ha recuperado totalmente. Sobre el gasto estatal, un informe (MSSSI, 2018c) señala que la *inversión en salud* en España es el 9,3% del PIB y un alto porcentaje (64%) se destina a servicios de atención especializada y en menor medida a la atención primaria (14%). Diversos estudios (Espino, 2014, Legido-Quigle et al, 2013) cuestionan los recortes presupuestarios y cambios organizativos llevados por los gobiernos nacionales en sanidad y bienestar social, en razón del impacto negativo sobre el cuidado de la salud de la población, lo que concuerda (McKee & Stuckler, 2011) con recomendaciones a los Estados que ante una crisis económica protejan a los grupos de riesgo como las personas con alguna enfermedad y los desempleados, por lo cual las personas con trastorno mental requieren un apoyo especial.

Por otro lado, las *facilidades* para la implementación de la salud mental comunitaria son:

- a) **Contar con un Modelo de salud mental comunitario:** resulta relevante contar con la *Estrategia Autonómica de Salud Mental (2016-2020)*, la cual está orientada a consolidar el modelo comunitario. Algunas investigaciones nacionales (Pérez & Eiroá, 2017, López & Laviana, 2007) concuerdan en que es necesario contar con un documento guía que proporcione las pautas de lo que es la “filosofía de la rehabilitación”, es decir, entenderla desde un enfoque bio-psicosocial, enfatizando en la prevención, el tratamiento y la integración territorial.
- b) **La red de salud mental incluye asociaciones y organizaciones sin fines de lucro:** se dispone del apoyo de otras organizaciones públicas como el *Ayuntamiento*, la *Federación Valenciana de Salud Mental*, servicios de *medicina laboral* y desde el ámbito académico la *Universidad* pública; asimismo asociaciones como Asiem, Ambit, Bonagent y Creap. Esto coincide con un estudio nacional (López & Laviana, 2007) que reconoce que un elemento que da operatividad a la red de salud mental es el contar con diversos dispositivos sanitarios y no sanitarios que ayuden a cubrir las prestaciones a este colectivo, accesibles y adaptados a las necesidades de los usuarios/as. Otra investigación (Moreno, 2015) destaca el valor del entorno universitario en la producción de materiales específicos y adecuadamente elaborados para garantizar la entrega de información a personas relacionadas con la salud mental, como usuarios, familias y profesionales de salud.

Condiciones de vida y trabajo en Valencia

Respecto de los factores que favorecen la inclusión laboral de este colectivo, se cuenta con varias *legislaciones sobre los derechos de las personas con discapacidad mental* y su inclusión social, pero el porcentaje de inserción en el empleo es bajo. Esto se relaciona con una investigación nacional (Díaz, 2017) que expone como dificultad que se han ido flexibilizando las condiciones a beneficio de las empresas, como el Decreto 364/2005 (BOE-A-2005-364), que facilita los procedimientos para solicitar la declaración de excepcionalidad en el cumplimiento de la cuota de reserva.

A pesar del apoyo normativo, del total de usuarios/as entrevistados el **68% se encuentran en desempleo**. Los datos nacionales (INE, 2018) confirman un mayor porcentaje de desempleo para las personas con discapacidad mental a nivel nacional (82%). Esta diferencia puede deberse a que algunos centros de la muestra se dedican a la búsqueda de empleo, por lo tanto, se intentó que la muestra represente a personas con trabajo.

Otro elemento relacionado con la exclusión es la **discriminación laboral** hacia trabajadores con trastorno mental grave. Lo cual coincide con una investigación que incluye España y países de Latinoamérica (Runte, 2005) que destaca que existe un estigma ligado al trabajo porque las exigencias del mercado laboral son muy altas y esto no favorecen al empleo de las personas con discapacidad. Otros estudios (Buckby, et al., 2008; Zamarchi & Jester, 2007; Perkins & Rinaldi, 2002) muestran que esta área es una de las más afectadas en las personas con enfermedad mental, siendo la mayor barrera la falta de oportunidades por parte de las empresas; y que muchas veces la visión desde el Estado se mantiene centralizada en las estrategias de mercado y empresariales.

En la misma línea, un informe (ODISMET, 2017) proporciona datos nacionales que indican que dentro de las discapacidades hay discriminación ya que se contrata menos a personas con discapacidad mental (tasa de 23,4) en comparación a quienes tienen problemas físicos (tasa de 115,9). Esto se refleja también en el salario, pues los usuarios con discapacidad reciben un 17% menos salario que los sujetos sin discapacidad, y si es una mujer con discapacidad recibe un 27% menos de salario bruto.

Las **ayudas económicas** son consideradas como un apoyo para cubrir sus necesidades básicas vitales. Al respecto Díaz (2017) evidencia la ventaja de contar con prestaciones financieras que contrarresten las situaciones de desventaja social dada por la discapacidad, sobre todo por la dificultad de inserción en el empleo.

Por otro lado, las compensaciones pueden ser vistas como una dificultad por la **inexactitud de las políticas públicas** al respecto, convirtiendo a las **pensiones en una barrera que impide la inclusión laboral**, puesto que si trabajan se les retira la pensión, pero si se quedan sin empleo el procedimiento administrativo para re-clasificar es complejo, por lo cual hay un porcentaje de usuarios/as y sus familias que prefiere no trabajar por temor a perder dicha pensión. Un informe nacional (ODISMET, 2017) considera que la mayor

razón de inactividad laboral entre las personas con discapacidad es la incapacidad (61,4%). Igualmente, otra investigación (López & Laviana, 2007) refiere que lo importante del apoyo en la comunidad es recuperar la funcionalidad personal y social, de forma que pueda ejercer su ciudadanía, lo que se logra mediante apoyos económicos que no impidan el desempeño laboral.

Otro elemento relevante en la condición de vida es la *vivienda*, ante lo cual los usuarios/as entrevistados indican que la mayoría viven con sus padres (56%), el 20% con un compañero de piso, el 12% solos y el 12% en una vivienda tutelada. Esta falta de autonomía se puede relacionar con que existen pocos pisos tutelados públicos, y los privados son de un alto coste (2000 euros mensuales por persona). Una investigación (García-Pérez, et al, 2017) observa que la vivienda es un elemento aglutinador a diversos apoyos como la educación, el trabajo y el ocio. Lo que coincide con otros estudios (López & Laviana, 2007, López et al, 2004a) que manifiestan que existe un consenso respecto a que la vivienda es un componente esencial, pues no solo acuden a estos dispositivos personas sin hogar, sino también quienes no quieren vivir con sus familiares y desean mayor autonomía, por lo que se requiere una variedad de alojamientos que satisfagan sus necesidades.

Sobre la *educación* la mayor importancia está dada a los *elementos positivos* ya que pueden acceder a diferentes tipos de formación técnica y profesional con algunas ventajas como reducción de tasas por discapacidad. Una investigación (García-Pérez et al, 2017) muestra que en España hay una ausencia de planteamientos socioeducativos en la política de social de salud mental. López y Laviana (2007) sugieren que la educación es considerada como un recurso de apoyo social necesario para la cobertura de necesidades básicas de los usuarios.

Por otro lado, el aspecto negativo está dado por los *problemas de concentración* y agilidad mental, lo cual interfiere en el proceso educativo, aunque la mayoría sigue realizando cursos y estudios; y la *falta de acceso* describiendo que en los lugares de formación normalizados no hay una adecuación real de currículo. Esto es similar a un estudio (ODISMET, 2017) en la Comunidad Valenciana que advierte una menor tasa (0,4) de adolescentes y jóvenes que se encuentran realizando una formación escolar en escuela

ordinaria, mientras que el 82,1% están en centros de educación especial, lo cual es lo opuesto a lo que ocurre en la mayoría de Comunidades Autónomas.

Redes sociales y comunitarias en Valencia

Una red relevante es la familia, en el eje positivo observamos el *apoyo familiar* principalmente de padres y/o hermanos, e incluso en algunos han llegado a formar Asociaciones de Familiares y Usuarios en los centros de rehabilitación. Varias investigaciones (Espino, 2014, Cruz, 2010) informan que si se cuenta con una red de apoyo familiar y social que les respalde se pueden paliar la carga negativa de la enfermedad, por ejemplo, cuando tienen problemas económicos; y muchas veces son los cuidadores los que tienen que implementar diversas estrategias pues faltan recursos públicos.

A pesar de esto, la familia tiene un eje *negativo* al *sobreproteger* principalmente en una co-dependencia con los padres; también puede darse el *aislamiento* que son las actitudes de las familias de no querer apoyar al usuario/a. El estudio de López Gracia (2017) refiere que las familias viven las crisis como un sentimiento de pérdida, pues durante ellas el usuario se transforma en una persona extraña e inaccesible y llegan a desconfiar de ellos. Asimismo, las familias pueden atravesar situaciones de estrés que les haga tener este tipo de actitudes, no solo por la situación de salud del usuario sino también por la vulnerabilidad económica que genera el desempleo (Cruz, 2010).

Otro elemento que ayuda a los usuarios/as a estar insertos en la sociedad es el *ocio y la recreación*, que son actividades que les agrada, les ayuda a disminuir los síntomas, y crear *relaciones de amistad*, puesto que para la mayoría el tener una enfermedad mental grave ha tenido como consecuencia una ruptura con el lazo social, y para esto el participar de centros sanitarios o sociales les han servido de forma relevante. La evidencia (Drobny, 2018; López & Laviana, 2007) reconoce que el promover la interacción social de este colectivo a través de programas específicos de rehabilitación como puede ser el deporte es una intervención eficaz, pues el ejercicio tiene un impacto positivo en la salud física y amplía los vínculos sociales.

Muchas de las dificultades en el contacto con otras personas están relacionadas con el *estigma*, por lo cual son discriminados tanto del ámbito social como laboral. Al respecto,

una investigación de campo (Hipes et al., 2016) analizó la discriminación hacia las personas con trastorno mental grave en el mercado laboral, quienes tenían menos solicitudes de empleo que sujetos con discapacidad física, aunque tuvieran la misma formación y experiencia.

Una forma de estigma es el *auto-estigma*, que son las ideas erróneas de no poder realizar actividades laborales por los síntomas de su enfermedad, lo que afecta a su autoestima y estado de ánimo. Investigaciones en la línea de la psicología y sociología (Pérez & Eiroá; 2017, López & Laviana, 2008) concuerdan que hay una relación entre el estigma público y el auto estigma, siendo este último la falta de empoderamiento personal, lo que limita a los usuarios/as y hacen que pierdan la confianza en sus capacidades y recuperación. Esto coincide con estudios previos (Runte, 2005) que argumentan que los estigmas influyen negativamente, por ejemplo, cuando las familias o profesionales de salud utilizan la estrategia de ocultamiento de la enfermedad para evitar la discriminación en el ambiente de trabajo.

Estilos de vida en Valencia

Un elemento importante en la *autonomía* es la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria y manejar su tratamiento. También les permite tener la posibilidad de *relaciones cercanas* con compañeros de vivienda y de los centros de rehabilitación. El máximo nivel de autonomía que se pueda alcanzar es el *proyecto vital* en el que esperan tener un trabajo que les permita la independencia familiar, poder cuidar de sus hijos, vivir en una casa propia y mantener estables los síntomas de su enfermedad. Varias investigaciones (Moreno, 2015; González & Rodríguez, 2010) destacan que algunas personas requieren el apoyo de programas específicos de autoayuda y autocuidado para alcanzar un nivel mayor independencia, específicamente para la psicosis se recomienda realizar entrenamientos en un contexto real para reforzar las competencias y tener apoyo del entorno.

En la misma línea, un estudio en España (Díaz, 2017) critica la *Ley de dependencia* al indicar que solo se toma en cuenta la autonomía como habilidades de la vida diaria, pero no considera las habilidades instrumentales, por lo cual no es una ley pensada para las personas con discapacidad sino más bien para adultos mayores. Otro estudio nacional

(Espino, 2014) revela que un factor que influye de forma negativa sobre la independencia es el desempleo y este se relaciona con el contexto actual de globalización financiera (primacía del mercado sobre el Estado).

Otro elemento relacionado con la autonomía es la responsabilidad, por ejemplo, en la toma de la *medicación*, sin embargo, los usuarios refieren como un problema los *efectos secundarios indeseables* como las molestias provocadas por los fármacos suelen ser sedación diurna, dificultad para concentrarse y pérdida de memoria, cansancio y fatiga, que puede interferir al realizar actividades laborales. Un estudio (Moreno, 2015) expone que de la medicación psicotrópica que se receta en atención primaria el 46% corresponde a antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo para trastornos mentales graves, la mayoría pueden presentar efectos secundarios molestos. Otra investigación (López & Laviana, 2007) refiere que la administración de fármacos debe adaptarse a las necesidades individuales de los usuarios/as, de forma que afecten lo menos posible su repertorio de actividades cotidianas y básicas.

5.3.2 Inclusión Laboral de Personas con Trastorno Mental Grave en Valencia

Dentro de las ventajas en este tema es que se cuenta con *leyes de inclusión laboral*, no obstante, un problema que se observa es la *inexactitud* de dicha legislación, particularmente, la dificultad es acerca del sistema de cuotas que no es específico para salud mental, e incluso los empresarios prefieren pagar las multas a contratar a una persona con discapacidad, dado que la Ley es permisiva con empleadores. Varios estudios (Fuentes, 2017, López, 2010; López et al., 2004) coinciden con lo expuesto al indicar que las Administraciones asumen escasas responsabilidades en el desarrollo de programas y servicios de apoyo al empleo para este colectivo, y que dichas responsabilidades no pueden ser suplidas por asociaciones privadas si es que éstas no cuentan con una base gubernamental más sólida en que apoyarse.

Otro inconveniente es la subvención para la modalidad de *Empleo con Apoyo*, ya que se pide como objetivo 50 inserciones al año, lo cual es muy difícil de cumplir teniendo en cuenta el colectivo, el cual además requiere un apoyo a largo plazo para que sea efectivo, por lo que muchas entidades no se acogen a esta modalidad. Algunos trabajos en España (Díaz, 2017, Pasillera, 2012) muestran que esta metodología se aplica desde hace

más de 30 años para personas con discapacidad intelectual y hace diez años se empieza a utilizar para personas con trastornos mentales graves; sin embargo, su aplicación no es efectiva y se observan muchas dificultades en el mercado ordinario.

En cuanto a las *Centros Especiales de Empleo*, los entrevistados/as refieren que algunos de estos funcionan adecuadamente y que otros se basan en la productividad con una alta exigencia sin considerar la discapacidad, por lo que suele haber abandono del empleo generando una alta rotación y mencionan, además, que estos se encuentran mal regulados. La información proveniente de algunos estudios (Pasillera, 2012, Díaz, 2017) sustenta que esta es la modalidad que más contrata a personas con discapacidad; sin embargo, se trataría de empleos temporales, y donde se observa una mayor ganancia para la empresa al existir una flexibilización laboral sin compromiso de puesto de trabajo, situación que permite a las compañías realizar un marketing solidario por su colaboración con este sector y el ahorro de costes.

Esto pone sobre la mesa una discusión vista por las y los profesionales de la salud en cuanto a cuál es la *mejor modalidad de inclusión laboral* para este colectivo, con opiniones que apoyan a la inserción normalizada como la única forma de inserción real y otras que afirman al empleo protegido dada la dificultad de inclusión en una empresa ordinaria. Al respecto, existe evidencia que apoya a ambos argumentos, por un lado, Díaz (2017) analiza la disyuntiva entre empleo ordinario y el protegido desde la perspectiva del paradigma de la autonomía personal, y sostiene que la modalidad de empleo normalizado facilita una inserción en la sociedad, y que el empleo protegido debe considerarse solo como una medida excepcional. Mientras que otra investigación (FAISEM, 2008) que sistematiza los modelos de programas de trabajo mantiene que el empleo en empresas normalizadas es difícil de aplicar en contextos de alto desempleo general, mientras que las empresas sociales tienen ventajas al ser una organización específica y de resultados positivos.

Si bien, las y los participantes se atienden por la sanidad pública, el *sector privado* es relevante principalmente por las asociaciones privadas sin fines de lucro que apoyan la rehabilitación socio-laboral, como *ASIEM* que efectúa cursos de capacitación y búsqueda activa de empleo; *CREAP* que realiza rehabilitación que incluye un plan de inserción en el

trabajo; *AMBIT* que ofrece una alternativa de culminación de la pena carcelaria mediante vivienda tutelada y seguimiento; y *Bonagent* que cumple acciones de orientación e intermediación laboral. Varios estudios (Madoz-Gúrpide, et al., 2017; López & Laviana, 2008) demuestran que cuando los servicios de salud mental se organizan en red con los otros dispositivos sanitarios y sociales, se disminuye el estigma ya que más profesionales conocen a las personas de este colectivo. A pesar de esto, una crítica que se hace es que el sector privado está realizando las acciones que debería hacer la Administración, y que entidades privadas con fines de lucro sacan provecho económico de ello.

En cuanto a las *condiciones laborales*, este es un elemento relevante para una inclusión laboral efectiva, en las que se encuentra principalmente la flexibilidad (cantidad de tarea, rapidez y nivel de estrés), el horario (evitar que sea nocturno o rotativo) y el tipo de trabajo que realicen deben poder adaptarse al colectivo. En concordancia, varios estudios (Fuentes, 2017, Runte, 2005) recomiendan realizar ajustes razonables como son las jornadas reducidas, el contar con un proceso de acogida en la empresa, el efectuar un seguimiento por parte de los profesionales socio-sanitarios y la creación de talleres de formación que realmente les inserten en el mercado laboral.

Aunque se mencionan las ventajas de una *Cooperativa de trabajo*, en el presente estudio no se encontró ninguna experiencia concreta en la ciudad de Valencia; en cambio, a nivel de Comunidades Autónomas citan varias experiencias exitosas, sobretodo en Madrid, Cataluña y Andalucía. Una investigación en Cataluña (Guirado, et al, 2014) realza el uso de la agricultura social, que tiene más funciones que la productiva y que ha servido para la inclusión de personas en situación de riesgo de exclusión, como nuevas prácticas económicas y organizativas.

Los *beneficios del trabajo* son indiscutibles cuando se insertan en lugares con un *clima laboral positivo* con pares y superiores que permiten una buena convivencia, caracterizada por el respeto. Esto les produce *satisfacción laboral*, llegando a considerar el *trabajo como una terapia* pues permite a la persona insertarse en la sociedad. Los resultados obtenidos son coincidentes con evidencia (Espino, 2014) que apunta que el empleo es un factor que estructura y estructurante de la vida, que aporta relaciones interpersonales, amplía las metas personales, aporta en la definición de estatus social, apoya

la construcción de una identidad personal y aumenta la motivación. Asimismo, otro estudio (López & Laviana, 2008) confirma que se debe intentar que las personas con sufrimiento mental grave estén incluidas en ámbitos normalizados como el empleo, ya que esto es un factor positivo para la reducción del estigma y la discriminación.

5.4. SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL EN ITALIA

5.4.1. Estructura de Salud Pública y Modelo de Salud Mental de Italia

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de Italia

La *red y estructura de salud mental* de Italia nace en el movimiento anti psiquiátrico de inicios de los años 70 que cuestiona al paradigma racionalista y se centra en la persona enferma y su tejido social.

El análisis de este Modelo es muy interesante porque cuenta con muchas **facilidades** o ventajas para su implementación:

- a) **Modelo de salud mental comunitario y leyes que lo respaldan:** la mayor facilidad observada es tener una estrategia comunitaria, colectiva y territorial, la cual fue apoyada por la Ley 180 de 1978, donde la rehabilitación es entendida como el desarrollo de 3 ejes: la Vivienda, la Red Social y familiar, y el Trabajo. Investigaciones (Barbui y Saraceno, 2015; Mauri, et al., 2019) confirman que recientemente en el año 2014 el Parlamento italiano aprobó una nueva legislación para cerrar los seis hospitales psiquiátricos forenses con un total de 1000 pacientes, marcando tal vez otra revolución en el cuidado de la salud mental en Italia.
- b) **Funcionamiento y estructura de la red de salud mental:** en cuanto a los *recursos de rehabilitación* en cada distrito opera un *Centro de Salud Mental* que es el eje de la intervención. Se entiende por territorio no solamente al área geográfica determinada sino todas las personas, saberes, instituciones, recursos existentes y los potenciales. Esto concuerda con los estudios (Madoz-Gúrpide, et al., 2017; González & Rodríguez, 2010) que sostienen que la rehabilitación para personas trastornos como la psicosis debe contar con un programa inclusivo de las áreas sanitarias y sociales.

c) **Profesionales de salud mental comunitarios:** este es un ítem relevante y una particularidad al darle mayor peso a agentes que se relacionan más con la comunidad como los *enfermeros*, quienes son iguales a los especialistas de psiquiatría y psicología, ya que todos son denominados “operarios de salud mental”, no utilizan bata blanca, están capacitados y con compromiso hacia las necesidades de los usuarios. En la misma línea (Caldas de Almeida et al., 2015) se analiza la importancia de cambiar las prácticas entre los profesionales de salud hacia el proceso de desinstitucionalización, poniendo como ejemplo que en Trieste se crearon reuniones o asambleas que reemplazaron los acuerdos formales entre médicos, enfermeras y pacientes, donde los usuarios/as eran libres de asistir. Asimismo, la evidencia (Knapp et al, 2007) plantea que la rehabilitación debería asegurar los derechos de los usuarios/as a la propia determinación y ayudarles a recuperar los roles sociales significativos.

d) **Redistribución del gasto en salud:** los resultados muestran que los nuevos métodos permiten también una reducción significativa del coste para la atención psiquiátrica. Un informe (Dell'Acqua P, 2012) indica que mientras a finales de 1971 el presupuesto para la gestión del hospital psiquiátrico ascendía a unos 55 millones de euros, en 2010 el costo de la gestión de todos los servicios territoriales llegó a ser de 18 millones de euros. Los datos obtenidos en base al PIB (OMS, 2011b) indican que el gasto total en salud alcanza al 9,2 % (en el 2001 era de 8,1%) y los gastos de salud mental representan el 5% del presupuesto total de salud por parte del Ministerio de Salud. Sin embargo, aun cuando se contase con financiamiento suficiente y adecuado, los estudios (Holmes et al., 2014, Haro et al., 2013, Knapp, et al, 2007) coinciden en la necesidad desplazar los fondos asignados a la institucionalización en Hospitales Psiquiátricos hacia servicios comunitarios para una atención en salud mental de calidad (Fuentes, 2017).

Por otro lado, el análisis indica que actualmente las *dificultades* se refieren a:

a) **Implementación desigual de las políticas a nivel regional:** un impedimento que se observa y que se repite hasta la actualidad es que no en todas las regiones se implementa el modelo comunitario de la misma manera. Esto concuerda con una

investigación (Fioritti & Amaddeo, 2014) que refiere que la responsabilidad de implementar la reforma fue otorgada a los 21 gobiernos regionales, pero cada una difiere ampliamente y por esta razón la implementación de la reforma fue desigual.

- b) Reducción del financiamiento público:** dentro de otros obstáculos se encuentra el contar con poca capacitación no académica para los profesionales, poca sensibilización continuada hacia los ciudadanos para lograr un cambio cultural, y una reducción del presupuesto en bienestar social y salud pública. Este último elemento se considera el de mayor riesgo, ya que se requiere de *financiación pública* para mantener la red, el funcionamiento de los servicios y hacer mejoras a los mismos. Lo que concuerda con un estudio (SEU, 2004) que destaca que las razones de la exclusión social de las personas con trastornos mentales son la falta de promoción de los derechos sociales y la inexistencia de apoyo continuado para la inserción laboral. Otra investigación en Italia (Bruschetta, et al, 2016) sugiere que un tipo de intervención comunitaria no solo debe abarcar la psicoterapia sino también definir los mecanismos de financiamiento y el monitoreo de resultados.

Condiciones de vida y trabajo en Italia

Italia tiene un modelo más inclusivo de *vivienda* que el resto de países de estudio, pues existen diversos tipos, las cuales son supervisadas por los operadores sanitarios de acuerdo a las necesidades y niveles de autonomía de los usuarios. La evidencia (Killaspy, et al, 2018) recomienda desarrollar una cooperación articulada entre los servicios de salud mental y servicios sociales para garantizar que las instalaciones residenciales en la comunidad. Sin embargo, se debe considerar el contexto en el que se aplican, pues la encuesta Public Health Alliance Ireland (2004) señala que solo el 30% de las personas indicaban que se sentían cómodas en su vecindario si compartían con un usuario que tuviera un trastorno mental, demostrando que hay un estigma.

Si bien en los resultados no es un tema que se trate en profundidad, en Italia existen leyes que regulan las *ayudas económicas* que se otorgan desde el Estado para personas con discapacidad y jubilación por enfermedad mental crónica. Esta es una medida que se debe realizar con precaución y adecuada reglamentación, pues un estudio en 12 países de Europa (Kilian y Becker, 2007) resalta que hay una correlación negativa entre el gasto de

subvenciones por discapacidad y participación de personas con esquizofrenia en el mercado laboral, siendo Italia el país con menores problemas al respecto.

Redes sociales y comunitarias en Italia

El Centro de Salud Mental también es un espacio en el cual se trata de mejorar las relaciones *familiares*, mediante el *apoyo* a los usuarios/as para reforzar sus vínculos afectivos, lo que a su vez es un factor protector que ayuda a prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida de toda la red familiar. Esto coincide con una investigación en Italia (Caldas de Almeida et al., 2015) que expone la importancia de las familias, sin embargo, algunos pueden estar reacios a recuperar a los sujetos que habían tenido conductas difíciles en el pasado, por lo que es fundamental la figura del trabajador/a de salud mental, quien debe ayudar en este proceso.

Sumado a lo expuesto, otras investigaciones (Juan-Porcar, et al, 2015; Samele & Manning, 2000) realizadas a familiares que cuidan de personas con esquizofrenia y depresiva en el sur de Italia, encontraron que los principales efectos negativos para los cuidadores fueron problemas psicológicos (67%) y actividades recreativas reducidas (57%); y coincide con que el mayor tema abordado por los parientes cercanos es la sobrecarga. Sin embargo, los hallazgos positivos incluyeron altos niveles de contacto social entre diversos familiares y la reducción de los niveles de carga si el usuario se encontraba empleado.

En los espacios de rehabilitación los usuarios pueden encontrar opciones para el *ocio y la recreación* mediante la inclusión sin etiquetas, esto también les permite establecer *relaciones de amistad*. Un estudio (Faulkner et al., 2013) para aumentar la conectividad con la comunidad y reducir la soledad en personas con depresión en servicios de salud mental, reafirma que el apoyo entre pares promueve la recuperación, ayuda al empoderamiento, mejora la autoestima, disminuye auto estigmatización y facilita la creación de redes sociales.

Para combatir los impedimentos generados por el *estigma*, en la ciudad de Trieste se han creado *micro-áreas* que son centros territoriales de información sobre salud mental para favorecer la accesibilidad al sistema sanitario. Esto concuerda con la evidencia internacional (Killaspy, et al, 2018) que argumenta que el estigma es un elemento a batallar

sobre todo en los momentos de transición a la atención de salud mental comunitaria, donde se resalta el fortalecimiento de redes, el mapeo de recursos y prácticas, y la promoción de la investigación.

Estilos de vida en Italia

Para una persona que ha estado por largo tiempo internada en un Hospital Psiquiátrico la *autonomía* es un área relevante y nueva. Esto coincide con un estudio realizado por la organización Rethink Mental Illness (Reconsiderar la Enfermedad Mental) (RMI, 2013) aplicado a usuarios/as acerca de la mejor forma en que familiares y amigos podían ayudar, el cual refiere que lo más importante es la aceptación, mostrar cariño, validar las opiniones y apoyarles a recuperar su independencia. Otras investigaciones (Moreno, 2015; Banfield, et al, 2014; Tlach, et al, 2014) destacan que otra forma de alcanzar sentimientos de auto-control y auto-eficacia es el poder contar con información y programas que les permitan aumentar su participación en la recuperación de su propia salud.

5.4.2 Inclusión Laboral de Personas con Trastorno Mental Grave en Italia

Como se indicó anteriormente, el trabajo es uno de los 3 ejes para la rehabilitación de las personas con trastorno mental grave, por lo tanto, la *inclusión laboral* es un elemento relevante dentro del Modelo de salud mental, pues es lo que hace que las personas tengan mejor calidad de vida. Un estudio (Knapp, et al., 2007) sostiene que el trabajo es una parte indispensable para personas con problemas mentales pues representa la oportunidad de ganar un salario, proporciona una identidad y posición social. Sin embargo, evidencia en Italia (Veltro & Colavita, 2015) que para que la inclusión sea efectiva se requiere definir los participantes y responsabilidades de las personas implicadas, un sistema de gobierno que apoye económicamente, las empresas y el monitoreo de las inserciones laborales realizadas.

Durante el movimiento de desmanicomialización italiano, una de las preocupaciones fue el contar con dispositivos que garantizaran una adecuada inserción socio-laboral de los ex-pacientes, sin embargo, se percataron que el sector empresarial privado no estaba interesado en incluir a este colectivo, razón por la cual se estructuran las

cooperativas sociales, siendo Italia el país donde se concentra el mayor número de estas (11.264). Es así que las **condiciones laborales** pasan a tener un peso relevante por su valor en sí y su vinculación con la comunidad; además se cuenta con una **legislación** que respalda las cooperativas sociales. Esto coincide con un estudio italiano (Veltro y Colavita, 2015) que señala que las cooperativas sociales de tipo B tienen un papel central, pero es necesario la responsabilidad corporativa, y el apoyo de las autoridades de salud regionales y locales.

Los **beneficios** que se obtienen cuando una persona es incluida son varios y se destacan un *clima laboral positivo* que se basa en la consecución de objetivos solidarios y la *satisfacción laboral* que abarca el bienestar socio-económico de los socios y el impacto positivo en el entorno. Además, los datos económicos retratan una situación bastante efectiva del sector cooperativo, con aportes al desarrollo económico del país. La evidencia (Zappella, 2017; Mingote, et al., 2008; Crespo, 2007) afirma la importancia del empleo como una variable esencial dentro de la rehabilitación, ya que facilita la autodeterminación, satisfacción personal e integración social de los usuarios/as.

Por lo tanto, el *trabajo es entendido como una terapia* ya que permite desarrollar la potencialidad de los usuarios y sentirse partícipes como ciudadanos de la sociedad. Lo cual se confirma con una investigación (Zappella, 2017, Crespo, 2007) que indica que el trabajo es beneficioso en personas con esquizofrenia ya que mejora su autoestima, les permite establecer nuevas relaciones con sus compañeros de trabajo y ayuda a incrementar los ingresos de la familia.

5.5. COMPARACIÓN DE LOS MODELO DE SALUD MENTAL Y PROPUESTAS

5.5.1. Comparación de Salud Pública y Modelo de salud mental

En este apartado describiremos los aspectos similares y las diferencias encontradas en los países que forma parte del presente estudio, la información se presenta agrupada según los temas más relevantes que desde el punto de vista de la Salud Pública, inciden en la inclusión de las personas con trastorno mental grave, como se observa a continuación.

Tabla 283. Comparación de salud pública y salud mental entre los países de estudio

	Ecuador	Valencia	Italia
<i>Modelo de salud mental comunitario</i>	Si	Si	Si
<i>Ley de salud mental</i>	No	Sí	Si
<i>Servicios especializados comunitarios</i>	No	Si	Sí
<i>Servicios de inclusión laboral</i>	Nacional	Privados	Públicos
<i>Servicios de hospitalización de corta estancia</i>	Si	Sí	Sí
<i>Servicios de hospitalización de mediana estancia</i>	Sí	Sí	No
<i>Profesionales de salud mental (tasa)</i>	Baja	Media	Alta
<i>Servicios de vivienda</i>	No	Pocos	Sí
<i>Ayudas económicas</i>	Si	Si	Si
<i>Nivel de desarrollo económico</i>	Medio	Alto	Alto
<i>Gasto público per cápita (PIB)</i>	233€	1565€	1867€

Fuente: Elaboración propia

Respecto del *Modelo comunitario de salud mental*, los tres países vienen implementando la desinstitucionalización como paradigma en el que conciben la atención sanitaria y rehabilitación en el territorio de personas con sufrimiento mental grave, donde la promoción de la salud tiene un papel relevante:

- *Italia* es el país donde se inicia más concretamente los cambios psiquiátricos y por las características de la estructura en salud mental, posee servicios más incluyentes y una red más coordinada entre los servicios.
- En *Valencia*, si bien la Comunidad posee una organización sanitaria definida en salud mental, se critica el que esta se encuentre separada de los recursos de bienestar social y laboral, en consecuencia, no todas las necesidades de las y los usuarios son identificadas y resueltas en razón de que cada estamento realiza acciones independientes, pese a ello, técnicos y profesionales realizan esfuerzos para lograr una mayor coordinación.
- Mientras que en *Ecuador* se aprecia un serio retraso en la implementación de los servicios establecidos, se podría argumentar desde una falta de recursos específicos y económicos que impiden una adecuada respuesta a los usuarios con este tipo de patologías.

En los tres países se observa una ***legislación específica en salud mental***:

- *Ecuador* cuenta con el Modelo y Estrategia de salud mental comunitario pero la implementación real de los servicios específicos es casi nula. Y no existe una Ley de Salud Mental, lo cual genera desventajas como la falta de articulación de poderes del Estado en torno a la salud mental.
- En España rige la Ley General de Sanidad (1985), la misma que inicia la Reforma Psiquiátrica, y en *Valencia* el último documento normativo es la Estrategia Autonómica de Salud mental (2016-2020) que, si bien plantea la implementación de elementos relevantes como disminuir el estigma, no re-estructura el funcionamiento de los servicios ni realiza una inyección de recursos financieros para mejoras.
- En *Italia* está la reconocida Ley N° 180 que aprueba el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y la Estrategia Comunitaria, Inclusiva y Territorial que ordena los servicios, por lo que se considera el país con mayor desarrollo en este tema.

La ***red de servicios de rehabilitación especializados comunitarios*** que se aprecian en los tres países dependen de los puntos anteriormente descritos, por lo que nos encontramos con que:

- *Italia* se centra en fortalecer principalmente un recurso que es el Centro de Salud Mental que ofrece atención y es además el eje coordinador de la asistencia que se brinda a los usuarios/as en el área social y laboral.
- En *Valencia* se cuenta con la Unidad de Salud Mental en sanidad y el Centro de Rehabilitación Social en bienestar social, donde se realizan actividades de rehabilitación, sin embargo, no se han establecido mecanismos de coordinación entre ambos sectores de manera formal.
- *Ecuador* tiene un servicio especializado sanitario a nivel nacional, por lo que no se observan cambios sustanciales en la atención de personas con trastornos mentales graves, principalmente por la falta de implementación de los dispositivos definidos (Centros de Atención Psicosocial).

Dentro de las actividades que realizan estos servicios se cuenta ***gestiones para la inclusión laboral***:

- En *Ecuador* existe un solo centro Estatal a nivel nacional que realiza las coordinaciones, por lo que está demasiado centralizado y es poco efectivo.
- En *Italia* lo implementan los mismos Centros de Salud Mental, por lo cual las acciones están más focalizadas.
- En *Valencia* es ejecutado por asociaciones privadas sin fines de lucro y por agencias de colocación de empleo públicas y privadas, por lo tanto, los recursos están más dispersos.

Para la ***hospitalización*** ante una crisis, en los tres países se cuentan con dispositivos para ello:

- *Ecuador* cuenta con camas en Hospitales Generales para la atención de crisis durante una semana.
- *Valencia* tiene camas en Hospitales Generales para la descompensación de síntomas con ingresos de hasta 2 meses, que sería el que cuenta con mayor cantidad de días de estancia.
- En *Italia* se cuenta con los Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento para las urgencias psiquiátrica y camas en los Centros de Salud Mental de un promedio de 7 días, siendo este modelo el más territorial.

Para ***internaciones largas***, los países tienen diferentes opciones:

- *Ecuador* cuenta con un Hospital Psiquiátrico público y cuatro privados a nivel nacional, con un tiempo de estancia de 3 meses a un año.
- *Valencia* ciudad tiene dos unidades de mediana estancia que implica internaciones de 6 a 9 meses.
- *Italia* no tiene hospital psiquiátrico ni ninguna unidad para ello, siendo el único país que cumple completamente con la desinstitucionalización.

Sobre los ***profesionales de salud mental***, se observan diferencias en cuanto a las tasas (por cada 100.000 habitantes):

- En *Ecuador* los datos de psiquiatras indican una tasa de 1,5 y una tasa de 1,7 psicólogos, reflejando un déficit general de profesionales de estas especialidades en el sector público. El modelo de atención sigue siendo bio-médico centrado en el especialista.

- En *Valencia* la tasa de psiquiatras es 6,04, psicólogos es 3,36, enfermeros es 5,92, terapeutas ocupacionales es 0,26 y trabajador social es 1,06. Aunque hay avances en el área de enfermería, el modelo sanitario sigue siendo bio-médico.
- En *Italia* se observan las mayores tasas en todas las profesiones con 17,6 de psiquiatras, psicólogos es 7,9, educadores es 9,7, técnicos de rehabilitación es 7, trabajador social es 5,3, y enfermería es 40,5, siendo relevante el rol de estos últimos para la implementación del modelo psicosocial y territorial.

Respecto de la *vivienda* en cada país:

- En *Ecuador* solo hay residencias privadas para personas que han estado internadas por largo tiempo en un Hospital Psiquiátrico privado.
- En *Valencia* la red de bienestar social gestiona las residencias públicas, pero solo hay una en la ciudad, en consecuencia, el tiempo en lista de espera es largo. Las residencias privadas se gestionan por entidades con y sin fin de lucro.
- En *Italia* el Centro de salud mental supervisa tres tipos de residencias, de acuerdo a las necesidades de autonomía de los usuarios: *residencias de integración social* para la asistencia en actividades de la vida diaria; *residencias terapéuticas y de rehabilitación*, para personas con alta discapacidad sin red familiar o social; y *casas arrendadas por varias personas del colectivo*. Siendo el país con más formas de inclusión en una vivienda desde el sector público.

Sobre las *ayudas económicas* se observan diferencias entre los países:

- En *Ecuador* existen tres tipos de pensiones para este colectivo: por discapacidad sanitaria, por discapacidad general y por pobreza extrema, para discapacidades de más del 50%, sin embargo, el acceso a este tipo de beneficios no se encuentra generalizado, y no existe la modalidad de jubilación anticipada.
- En *Valencia* se observa tres modalidades: para familias por hijo a cargo, no contributivas y contributivas, esta última está relacionada a una actividad laboral y puede ser de diverso tipo. A pesar de estos beneficios, se constituye como una barrera para la inclusión laboral puesto que si trabajan se les retira la pensión y el procedimiento administrativo para re-clasificar es largo; además la persona corre el

riesgo de que se le evalué con menor grado de discapacidad y por consiguiente se le reduzca la pensión, lo que causa miedo en los usuarios/as y no buscan.

- En *Italia* hay tres tipos de ayudas para personas con trastornos mentales: bono por discapacidad; tener un acompañante; y la jubilación anticipada, todos para sujetos con 100% de discapacidad y con patologías graves.

Sobre el *nivel económico* de cada país según los criterios del Banco Mundial (BM, 2017):

- *Italia* se encuentra en el grupo de países con *alto* nivel de ingresos
- *España* pertenece al grupo de países de *altos* ingresos también
- *Ecuador* está en el grupo de economías de *medio alto* ingreso, sin embargo, cabe indicar que Ecuador sigue siendo un país donde la pobreza afecta a proporciones importantes de la población.

Se requiere contar un *presupuesto para el gasto en salud y salud mental* (Macro, 2017) para el funcionamiento del Modelo y la red de salud mental, el monto asignado para cada país en año 2017 fue el siguiente:

- *Ecuador* tiene un PIB anual es 92.322M.€ y el gasto en salud es 10,99% para 16.624.858 millones de habitantes, es decir, un gasto publico per cápita de 233€.
- *España* presenta un PIB anual es 1.206.878M.€ y el gasto en salud es 15,14% (72.812,9M.€) para 46.733.038 millones de habitantes, lo que equivale un gasto publico per cápita de 1565€.
- *Italia* indica un PIB anual es 1.724.955M.€ y el gasto en salud es 13,47% (113.131,0 M.€) para 60.483.973 millones de habitantes, con un gasto publico per cápita de 1867€, siendo el más alto de los tres países.

5.5.2 Comparación de la Inclusión Laboral de personas con Trastorno Mental

Grave

Respecto de la inclusión laboral se observan algunos elementos relevantes en los tres países de estudio.

Cada país cuenta con un *marco legal* para la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave:

- En *Ecuador* existe la Ley Orgánica de Discapacidades que en varios artículos protege la inserción de personas con discapacidad, indicando la cuota de inclusión de este colectivo amplio en 4% cada 25 trabajadores, en el sector público y privado. Sin embargo, no hay un organismo de control efectivo.
- En *Valencia* la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013) define el cumplimiento de cuotas de contratación en un 2% de personas con discapacidad en una empresa ordinaria de más de 50 trabajadores y un 70% en un empleo protegido. Sin embargo, la dificultad es que no es específico respecto a la discapacidad mental por lo que se compite con el resto de diversidad funcional.
- En *Italia* la Ley N° 381 de las Cooperativas Sociales (1991) diferencia las cooperativas para la inserción de personas con exclusión social; y la Ley N° 68 de las Reglas para el Derecho al trabajo para discapacitados (1999) que regula la cuota de trabajadores con discapacidad en diferentes medidas: a) 7% de personas con discapacidad, si tiene más de 50 empleados; b) 2 trabajadores con discapacidad, si tienen de 36 a 50 empleados; c) 1 persona con discapacidad, si tienen de 15 a 35 empleados. Siendo estas leyes más específicas que en el resto de países.

Respecto de las *modalidades de empleo* en cada país:

- En *Ecuador* existe una cuota de ingreso a *empresas privadas o públicas*, pero no se regula sobre tipos especiales de modalidades de empleo para personas con discapacidad. Además, contempla la posibilidad de constituir centros especiales de empleo públicos o privados integrados por al menos un 80% de trabajadores con discapacidad, para el efecto, pero esta modalidad no se difunde y que requiere de un alto grado de participación y organización del colectivo de personas con discapacidad por lo que en la práctica no se realiza. A pesar de esto, se conoció la experiencia de una cooperativa social de trabajo para usuarios/as con trastorno mental grave creada por una iniciativa privada.
- En *España* se cuenta con tres opciones: el *empleo ordinario* en las empresas y administraciones públicas; *empleo protegido* en los CEE que la mayoría deben ser personas con discapacidad y su objetivo es facilitar la transición al empleo

ordinario; y el *empleo autónomo* para el desarrollo de iniciativas económicas por cuenta propia, o a través de entidades de la economía social. Se aprecian muchas críticas puesto que ninguna de las modalidades funciona como se espera y no ha aumentado la inclusión laboral del colectivo.

- En *Italia* se describen las *cooperativas sociales* de trabajo Tipo B para la inserción laboral de las personas en exclusión o en riesgo de ello y mantiene como requisito que al menos el 30% de su fuerza de trabajo deben tener esta condición, desempeñando una diversidad de actividades (cajas bancarias rurales; cooperativas de consumo, de trabajo, sociales, servicios y vivienda, y agrícolas). La evidencia nacional e internacional sobre la inclusión laboral y de eficiencia de estas empresas es favorable.

El *estigma* es un elemento relevante que impide la inclusión socio-laboral de este colectivo:

- En *Valencia* es relevante el prejuicio que existe sobre las personas con alguna patología mental grave, la que se caracteriza por la creencia de que son peligrosos e incapaces. Esto es interiorizado por los mismos usuarios y se llega al auto-estigma razón por la cual muchas veces ocultan su enfermedad en el posible empleo, impidiendo la adaptación que se podría hacer al puesto de trabajo.
- En *Ecuador* el estigma social y el auto-estigma percibido en menor peso que en Valencia, sin embargo, se sigue relacionando con experiencias de exclusión socio-laboral, lo que lleva a que se esconda la enfermedad a familiares y empresarios por miedo al rechazo, hecho que no solo vulnera sus derechos, sino que perjudica directamente a las familias y a la comunidad.
- En *Italia* el estigma se considera como uno de los impedimentos para la inclusión de personas con este tipo de problemas de salud en la sociedad, por lo que en la ciudad de Trieste se crearon *micro-áreas* que son centros territoriales de información y accesibilidad a la salud mental cercano a la población, siendo el único país del estudio que realizó una acción concreta al respecto a nivel de la estructura y red de salud mental.

Si una persona se inserta de forma adecuada en un trabajo trae grandes beneficios para el usuario/a, tanto así que en los tres países se considera el *trabajo como una terapia*:

- *Italia* considera el trabajo como *un eje de la rehabilitación* por lo que se trabaja de forma *paralela* a la rehabilitación sanitaria, es lo que *permite la inclusión social*, es decir es visto como un proceso, y los beneficios es a nivel del bienestar de los *socios* y el impacto positivo en el *entorno*.
- En *Valencia* se concibe el trabajo como el *último escalón de la rehabilitación*, por lo cual se trabaja de forma *posterior* a la rehabilitación sanitaria y conseguir un empleo es el *mayor nivel de inclusión social*, es decir es visto como un resultado, y los beneficios son a nivel *individual*.
- En *Ecuador*, dado que parte de la muestra fue una cooperativa de trabajo, hay un mayor peso a los beneficios del trabajo como el clima laboral positivo, la satisfacción laboral, el ejercicio de sus derechos y considerar al trabajo como una terapia, es decir *complementario a la rehabilitación sanitaria*, algo similar al planteamiento italiano.

5.5.3. Propuestas y Recomendaciones

En este apartado realizaremos algunas sugerencias de elementos generales observados en los tres países de estudio y también propuestas específicas en relación a las particularidades de cada uno, basado en el Modelo teórico sobre la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave⁸ que es el resultado de esta investigación desde la Teoría Fundamentada.

5.5.3.1. Sugerencias generales

Según vimos en este estudio, el *estigma y la discriminación* son una realidad constante en el contexto de las personas con trastornos mentales graves. Situación que se observa en diversas investigaciones (Vasconcelos & Desviat, 2017, Grandón et al 2016, Runte, 2005) que reflejan que este colectivo es más vulnerable a ser discriminado. Este no es solo un hecho actual (Polo, 1999) pues desde hace décadas en la sociedad hay estereotipos sobre la enfermedad mental, los cuales se refuerzan por los medios de comunicación, lo que conlleva serias implicaciones éticas, pues los estereotipos influyen en

⁸ Ver apartado 4.5.2 MODELO RESULTANTE 2: Inclusión laboral desde la perspectiva de la Salud Pública y los determinantes de la salud.

el orden social ya que subyace a la cultura común de los individuos. Otra evidencia (Muñoz et al, 2011) reconoce que existe en los medios un uso inadecuado de términos relacionados con los trastornos mentales, incluidos contenidos estigmatizadores y estereotipos relacionados con peligrosidad e impredecibilidad, por lo que se necesita mayor información.

Es por esto que una acción que se puede realizar son *campañas de promoción* específicas de salud mental a gran escala en medios masivos de comunicación sistemática y prolongado en el tiempo, mostrando las capacidades de las personas con trastornos mentales graves y los beneficios que tiene su inserción en la comunidad, y así romper la asociación entre locura y peligrosidad. En el mismo sentido, respecto del género, varias investigaciones (Davila & Malo, 2015, OIT, 2007) indican que ser mujer y tener una discapacidad afecta negativamente la probabilidad de participar en el mercado laboral, por lo que se sugiere sumar *campañas concretas destinadas a promocionar el empleo de las mujeres con discapacidad* y fomentar una discriminación positiva. La evidencia (Moloney, 2018) apunta a que este tipo de campañas destinadas a la población general funcionan mejor cuando se trata de eliminar la dicotomía entre las personas con y sin enfermedad mental. Asimismo, es posible realizar programas anti-estigma en lugares estratégicos como escuelas, comunidades, profesionales de salud y redes sociales a través de talleres, sesiones de sensibilización y artes creativas. Esto coincide con un ejemplo de una buena práctica en Brasil (Amarante, 2018) donde se viene realizando desde el año 1992 durante el carnaval una coreografía de personas con problemas de salud mental "comparsa del loco lindo", siendo un éxito en el desfile y en los medios de comunicación, lo cual se sigue replicando anualmente por usuarios/as, familiares y voluntarios.

También es importante transformar con los usuarios su *auto-concepto*, ya que el auto-estigma les impide funcionar en el mundo de forma autónoma y segura. La evidencia (Moloney, 2018) revela que las formas efectivas de combatir este tipo de estigma son mediante la psicoeducación y el uso de la técnica de reestructuración cognitiva (Terapia Cognitivo Conductual). Asimismo, realizar acciones de *empoderamiento de los usuarios y sus familias*, para que sean ellos mismos quienes pueda trabajar en la superación de las barreras sociales y laborales que los colocan en situación de desventaja (Grandón et al,

2016, Pérez & Eiroá, 2017). Estas también se consideran formas de ***promover los derechos*** de las personas con sufrimiento mental y abogar en la comunidad por la importancia del bienestar y desarrollo humano. Esto es parte de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, las cuales requieren ser parte integral de las políticas de salud pública y promoción de la salud a nivel local y nacional (Briones et al, 2018, Errázuriz et al, 2015).

Otra recomendación es realizar una sensibilización específica en las empresas, mostrando que el bienestar laboral es una forma de mejorar el capital humano y generar entornos de trabajo saludables. Desde la ***promoción de la salud mental en las empresas*** se recomienda promover una forma de vida plena, aunque la persona ya tenga una enfermedad mental, a través de incrementar la conciencia sobre sus propias capacidades y mejorar la salud mediante prácticas saludables como una dieta equilibrada, tener espacio de descanso, actividad física, lúdicas y recreacionales, lo cual a su vez mejora la productividad de los trabajadores, convirtiéndose en un círculo virtuoso al interior de la organización. Esto se corrobora con una investigación (Salanova et al, 2016) sobre organizaciones positivas que indica que los elementos relevantes son los recursos y prácticas saludables, que van a generar empleados saludables y que dará como consecuencia resultados empresariales positivos. Esto se refuerza por otro Estudio (Moreno, 2015) que demuestra que en las empresas hay altos costes por absentismos dado por enfermedades mentales como la depresión, lo cual disminuye cuando se realiza atención preventiva en el lugar de trabajo.

Aumentar el trabajo remunerado además tiene ***efectos positivos en la salud general*** de los usuarios, pues si una persona posee un empleo es un factor protector. Investigaciones reconocen (Errázuriz et al, 2015, Espino, 2014, Gili et al, 2014) que el estrés del desempleo es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, percepción negativa de la propia salud y conductas de riesgo como tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, ansiedad, depresión, consumo de drogas, recaídas en las personas con trastornos mentales previos e incluso intentos de suicidio. Mientras que el tratamiento adecuado en salud mental disminuye los días de trabajo perdidos y la incapacidad laboral.

5.5.3.2. Sugerencias de implementación en Ecuador

Desde la promoción de la salud podemos realizar algunas orientaciones que pueden ser positivas para mejorar las prácticas del país en materia de salud mental.

Ecuador cuenta con legislación relativa a la inclusión de personas con discapacidad y con un Modelo de salud mental comunitario, pero se observa relevante contar con una **ley de salud mental**, que enfatice los derechos humanos de los usuarios y que permita la coordinación entre las áreas sanitaria, social, laboral, educativa, jurídica y cultural; esto va a permitir implementar políticas públicas que mejoren las condiciones para este colectivo. Un ejemplo a considerar es el modelo europeo (Knapp et al, 2007) donde se observa que las leyes en salud mental se basan principalmente en el proceso de desinstitucionalización, el desarrollo de servicios sanitarios comunitarios y la integración de los servicios sociales. Lo cual concuerda con la recomendación de la OMS (2013) de que todos los países establezcan leyes y políticas de salud mental, de forma que esta sea una prioridad máxima.

La implementación parcial del Modelo Comunitario de Salud Mental en Ecuador se justifica por la falta de recursos financieros. Sin embargo, se podría reducir considerablemente el **Hospital Psiquiátrico, incluso hasta su cierre, y redistribuir los recursos** a la creación de centros de salud mental comunitarios. Los organismos internacionales (OPS, 2009) sugieren que los servicios deben estar seguidos de presupuestos adecuados y la canalización de fondos desde la asistencia hospitalaria hacia la comunitaria. En este sentido, la experiencia de presupuestos en Argentina (Almeida et al, 2018) afirma que es relevante ampliar el sistema público al redistribuir el ingreso de los manicomios en centros territoriales.

En esta línea, se considera positivo que se puedan implementar los servicios contemplados en el actual Modelo de salud mental, como es la creación de los **Centros de Atención Psicosocial** para la rehabilitación sanitaria mediante un acompañamiento terapéutico diario y ambulatorio. Esto se apoya en una investigación en Brasil (Gonçalves & Campos, 2017) en la cual el centro especializado apoya a los usuarios a los niveles máximos de autonomía que puedan lograr, lo cual les permite auto-regularse y velar por sus derechos.

Otro dispositivo definido e importante son las *Unidades de Acogida* que son espacios de vivienda. En el Modelo se plantean que su ejecución debe ser realizada en coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, lo cual no se ha concretado. Estudios en Estados Unidos y Canadá (Montgomery et al, 2013, Furtado, 2013) refuerzan la idea de la relevancia de las viviendas tuteladas para este colectivo, destacando que la existencia de distintos modelos posibilita diferentes soportes para los usuarios según sus necesidades, desde personas que están en la calle como otros que solo requieren ser independientes de sus familias.

Para establecer equidad es necesario fortalecer el componente de salud mental en la *formación de los profesionales de la salud*, de manera especial en la atención comunitaria quienes son los encargados de potenciar la promoción de la salud y la perspectiva psicosocial. La evidencia confirma (Briones et al, 2018) que el rol de los profesionales como los psicólogos y enfermeros son relevantes en este ámbito ya que combinan los conocimientos teóricos con la práctica e intervención en el territorio, siendo agentes de cambio. En Brasil (Salles & Miranda, 2016) del proceso de desinstitucionalización, se recomienda para su efectividad contar con viviendas tuteladas y que los usuarios/as se apropien de los recursos disponibles.

Específicamente a nivel del empleo, se requiere contar con *leyes laborales más específicas e incluyentes* con cuotas fijas para discapacidad mental en las empresas; también poder realizar un mayor seguimiento y rigurosidad en la aplicación de las multas en caso de incumplimiento. Se considera importante que el *Estado pueda invertir en las cooperativas sociales* para personas con riesgo de exclusión, pues son iniciativas que tienen evidencia tanto de los beneficios en términos de rehabilitación como de su productividad empresarial. Varios estudios cualitativos (Knapp et al, 2007, Secker et al, 2003) manifiestan la importancia de las cooperativas de trabajo, así como las condiciones de estas para que sean eficaces, como es la participación de los empleados en el desarrollo de la compañía. Esto se refuerza por otra investigación (Díaz-Castro et al, 2017) que expone que la gobernanza es un buen ejemplo a seguir, es decir, cuando los sistemas de salud determinan sus políticas siguiendo los principios de atención de experiencias exitosas, como es el caso de las cooperativas sociales de trabajo en Italia.

Para esto es necesario contar con el *compromiso* de las autoridades políticas y técnicas de los diferentes sectores involucrados. Una investigación en varios países de Sudamérica (Henaó et al, 2016) refiere que cuando los Gobiernos contraen un compromiso explícito para invertir en salud mental generan políticas de fortalecimiento de este ámbito. En esta misma línea (Knapp et al, 2007) hemos encontrado que las normativas realizadas en los países reflejan los cambios que ocurren en las actitudes políticas respecto del tratamiento de la salud mental. Al respecto, un estudio en Argentina (Zaldúa et al, 2016) afirma que la desinstitucionalización es un proceso de transformación de las estructuras de acción e ideológicas que implica decisiones políticas para generar nuevas alternativas, así como el compromiso y consenso participativo entre diversos actores.

Por lo tanto, se requiere *mayor participación y activismo de usuarios/as y familiares*, con el apoyo de los profesionales de salud mental, con la finalidad de que se creen más organizaciones que puedan velar y negociar con el Estado en la implementación de recursos de rehabilitación e inclusión laboral. En varias investigaciones (López, 2017, Acero et al, 2016, Calgary, 2012) se advierte que el apoyo de la familia es crucial en la recuperación de una persona con sufrimiento mental crónico, lo que incluye el funcionamiento y empoderamiento del sujeto. Otro estudio (Badallo et al, 2018) sostiene que la estigmatización es un proceso dialéctico en el que forman parte tanto la sociedad como el usuario, por lo tanto, es fundamental el asociacionismo para combatir la discriminación.

5.5.3.3. Sugerencias de implementación en Valencia

En Valencia se cuenta con políticas, normativas y programas específicos para personas con trastorno mental grave, sin embargo, hay algunos ajustes que se pueden realizar, con la finalidad de que se desempeñen de mejor manera.

En cuanto al funcionamiento de la red y estructura de salud mental, a nivel sanitario se pueden *fortalecer las Unidades de Salud Mental* tanto con profesionales de psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional, implementar más visitas domiciliarias y trabajo con los actores de la comunidad contra el estigma. En un estudio (Moreno, 2015) se sugiere que los trastornos mentales como la depresión deben ser atendidos en los centros comunitarios para su rehabilitación. Asimismo, se plantea un aumento del presupuesto en

atención primaria y que se disminuya el gasto en los hospitales especializados en salud mental (Desviat, 2011).

Además, se propone contar con un solo *Plan de Intervención Individual unificado* con el resto de instituciones en las que participe el usuario/a, fortaleciendo y funcionando como una verdadera red, y mejorar así el manejo y gestión de la información. Existen recomendaciones (Moreno, 2015) que muestran que es necesario el desarrollo de bases de datos para la gestión sanitaria de los procesos asistenciales, para aumentar la calidad y elaborar estándares clínicos. Otra evidencia (Desviat, 2011) indica que las ventajas de este tipo de herramientas es que pueden acceder todos los servicios que atiendan a cada usuario, y también sirve para evaluar y contrastar el Modelo de salud mental.

Se aprecia como fundamental que cada departamento de salud cuente con un *Hospital de día*, lo que ayudará a reducir las estancias hospitalarias para la compensación de la crisis psiquiátrica, y que la persona regrese lo más pronto posible a su comunidad. En esta línea la OMS (2015) pone de manifiesto que un obstáculo actual son los problemas de organización de la salud mental y la falta de integración de los tratamientos en la atención primaria. Asimismo, un estudio (Knapp et al, 2007) señala que una alternativa económicamente rentable es tener una menor hospitalización y una mayor atención comunitaria, ya que implica una reducción de los gastos en salud mental.

Si se fortalecen los servicios comunitarios, las *Unidades de mediana estancia* reducirán también sus ingresos, pues la contención se haría antes, incluso previniendo las crisis, por lo que se utilizaría este servicio en menor medida. Una investigación en España (Moreno, 2015) resalta el hecho de que la atención comunitaria es menos costosa, más asequible y rentable que las grandes instituciones psiquiátricas, y se disminuye el estigma y la discriminación. Asimismo (Desviat, 2017) el aumento de camas psiquiátricas se considera como un retroceso de la atención comunitaria.

Otra propuesta es que se potencie en el ámbito local los *centros privados sin ánimo de lucro* que están llevando iniciativas como ASIEM, Ambit y Bonagent, y que no se conviertan en lugares de institucionalización. Reforzando lo expuesto, algunas investigaciones (Desviat, 2017, 2011) demuestra que la concesión de la atención sanitaria y asistencial en centros privados con fines de lucro tiene mayor coste y complejidad, menor

calidad y flexibilidad, pues hay menor poder de los profesionales y ciudadanos, y se convierte a la salud en un negocio.

Sobre la vivienda, hemos visto que las actuales residencias públicas son muy escasas para los requerimientos del colectivo, además los usuarios tienen múltiples necesidades de autonomía, por lo que se sugiere contar con *diversas opciones de viviendas públicas* con acompañamiento de los profesionales de las Unidad de Salud Mental, como puede ser domicilios tutelados para pocas personas y pisos independientes que sean costeados por los mismos usuarios/as; en cuanto a las residencias, que estas sean solo para personas adultas mayores dependientes que no puedan valerse por sí mismas. Ante esto, vemos que un estudio (Montgomery et al, 2013) refiere que la vivienda es un recurso rehabilitador efectivo que mejora los aspectos clínicos, funcionamiento básico y pertenencia a la comunidad. Se afirma en otra investigación (López et al, 2004a) que cuando las personas tienen un mayor grado de participación en el funcionamiento cotidiano, privacidad y pocas restricciones, hay un aumento en su calidad de vida. No obstante, se debe considerar el sensibilizar a vecinos y la comunidad cercana para evitar el rechazo y el estigma.

Las pensiones son un tema de gran relevancia ya que se necesitan para cubrir los gastos básicos, pero a algunas personas les genera dependencia y se convierten en una barrera para su inclusión laboral. Es por esto que se sugiere una *revisión del sistema de las pensiones* y que sean más flexibles, de forma que esta se congele cuando el usuario/a tenga un empleo pero que esto no implique una re-evaluación de la misma, y que cuando esté sin trabajo se le reactive de forma inmediata. Existe evidencia (Pérez & Eiroá, 2017) de que la adjudicación de pensiones se basa en el supuesto de incapacidad permanente y absoluta, pero los sujetos pueden experimentar periodos de mejora en los cuales pueden trabajar, por lo que se requiere una legislación que garantice la recuperación completa y automática de la ayuda económica en caso de recaídas. Otros estudios (Fuentes, 2017, Knapp et al, 2007) recomiendan que los Estados reformen sus sistemas de subvenciones para que sean compatibles con el empleo, de forma que se estructuren los subsidios sociales para incentivar a los individuos a que vuelvan a la actividad laboral.

En cuanto a *políticas de empleo*, se debe partir por reconocer que las necesidades de las personas con trastorno mental grave son diversas. Lo cual se afirma en investigaciones (Pérez & Eiroá, 2017, López et al, 2004) que sostienen que los usuarios de los programas de inserción laboral son heterogéneos, pues algunos están en riesgo de perder su empleo, otros están en búsqueda de uno, otros nunca han trabajado y hay personas que trabajan como voluntarios, por lo que necesitan alternativas diferentes.

En este contexto, es muy loable que se considere que la inclusión en la sociedad es el máximo objetivo, pero la empresa normalizada no es la única opción válida para estar inserto en el medio laboral, de hecho, en España existe mucha cooperación, por ejemplo, en el sector agrícola. Es por esto que se recomienda ser abierto a tres opciones de empleo y que la Administración pueda dar *subvenciones para las empresas sociales*, puesto que actualmente no se fomenta, aunque se ha expuesto que es una manera valiosa y efectiva de inserción para los sujetos con trastorno mental grave en otras Comunidades Autónomas y a nivel internacional. En Cataluña existen algunas experiencias de agricultura social (Tulla et al, 2018) que comprenden actividades relacionadas con rehabilitación y capacitación con recursos agrícolas principalmente en zonas rurales, y que acoge a personas con trastornos mentales en riesgo de exclusión, proyectos que están apoyados económicamente por el Gobierno.

Respecto de los *Centros Especiales de Empleo* (CEE) se debe potenciar aquellos que tienen una orientación social (Santos & Gracia, 2018), y realizar una mayor supervisión de las condiciones laborales, de manera que se cumplan los requerimientos de los usuarios en cuanto a horarios y carga de trabajo. Además, se sugiere que se destine un porcentaje de puesto de empleo solamente para personas con trastorno mental grave. Asimismo, se recomienda que se implemente un sistema de alerta o denuncia desde los centros sanitarios y sociales que son los que tienen contacto directo con los usuarios, y así se pueda monitorear de forma más eficiente. Una investigación (Valmorisco, 2015) realza que en la Comunidad de Madrid el 70% de los contratos para personas con trastorno mental proceden de los CEE, por lo que se requiere que estos centros incrementen sus plazas para garantizar espacio a más personas y con un mayor salario (Pérez & Eiroá, 2017). Otro estudio en Andalucía (FEAFES, 2017) revela que existe una Ley de los derechos y la atención a las

personas con discapacidad que obliga a la Administración a reservar un 1% de las plazas para personas con problemas de salud mental en el empleo público y bolsas de trabajo temporal. Un ejemplo en Cataluña (Ahumada, 2018) es la Cooperativa L'Olivera, la cual es un Centro Especial de Trabajo que cultiva y produce vino y aceite de oliva con un alto valor agregado debido a la calidad y la contribución social que realiza, ya que en el año 2015 el 50% de sus empleados eran personas con discapacidad mental o intelectual.

En relación al *Empleo con Apoyo*, modulado por la técnico de inserción laboral en ajustes a las condiciones de flexibilidad, es relevante que se implemente de forma más generalizada, puesto que es una ayuda a las personas en un entorno normalizado, pero que este no tenga cuotas altas de inserción para cumplir con la subvención porque de otra forma se convierte en una medida en contra de las organizaciones que las aplican, y por otro lado que sea a largo plazo, pues una persona puede requerirlo al año de encontrarse trabajando. Consta como evidencia exitosa los Centros de Rehabilitación Laboral en el Comunidad de Madrid (Valmorisco, 2015) donde se realiza esta modalidad de apoyo, los cuales tienen una tasa de empleabilidad del 47,4%, la cual no se realiza de esta manera en la Comunidad Valenciana.

Sumado a lo expuesto, sugerencias nacionales e internacionales (Rodríguez et al, 2017, Valmorisco, 2015, Marshall & Rathbone, 2011) informan que el *empleo protegido* es más efectivo tanto en la obtención como el mantenimiento del puesto de trabajo, y se potencia su efectividad si se combina con programas de rehabilitación en habilidades sociales, vocacionales y laborales de los sujetos.

Finalmente, sobre el *contingente empresarial*, solo el 28% de las personas con discapacidad se encuentra contratada en una empresa ordinaria (ODISMET, 2017), por lo que se sugiere mejorar las condiciones al reservar un porcentaje fijo y específico para la inserción de personas con trastorno mental grave. Un estudio acerca de las leyes sobre la inclusión laboral de este colectivo en España (Fuentes, 2017) recomienda que las prácticas de no acoger a las personas con discapacidad sean más restrictivas, que se considere mayormente la incorporación de ajustes y adaptaciones al puesto de trabajo, con impuestos más altos ante el incumplimiento y con menor cantidad de trámites burocráticos para la aplicación en las empresas. Al mismo tiempo se puede realizar campañas promocionales

con las empresas sobre los beneficios y responsabilidad social corporativa hacia este colectivo.

5.5.3.4. Sugerencias de implementación en Italia

En cuanto a Italia no son muchas las dificultades que se observan en el modelo de salud mental puesto que es un referente a nivel internacional con más de 40 años de implementación.

Respecto de la *red y estructura de salud mental*, se sugiere que esta sea similar y equitativa en todas las regiones, pues las que se encuentran en el sur suelen tener más dificultades en su funcionamiento. Esto es corroborado en estudios (Starace, 2018, Knapp et al, 2007) que plantean que la legislación si bien determinó una revolución en la atención en salud mental, se mantienen desigualdades regionales en comparación con los estándares establecidos por las directrices nacionales, que relativizan la organización de los servicios y el funcionamiento de los profesionales de salud mental.

En relación al estigma, se recomienda que se siga trabajando en *campañas para mejorar la aceptación* por parte de la sociedad a las personas con trastornos mentales graves, y que éstas puedan ser difundidas a nivel internacional. Varias investigaciones en Europa (Moloney, 2018, Knapp et al, 2007) observan que las estrategias exitosas para combatir el estigma son la educación, el contacto con los usuarios/as y la protesta, que es una reacción para desafiar las actitudes estigmatizantes.

Sobre la inclusión laboral, se recomienda que se *mantengan las subvenciones a las cooperativas sociales de trabajo*, dado que la economía nacional no se encuentra en auge. Esto es respaldado por distintos artículos que aportan evidencia (Zappella, 2017) que confirma que las cooperativas requieren del apoyo de la Administración para seguir beneficiando a sujetos con discapacidad de la comunidad local, lo cual además trae una reducción de los costes de los servicios sociales, pues los solicitan menos. Otro estudio (Knapp et al, 2007) argumenta que se deben implementar medidas para combatir la situación de privación económica de las personas con problemas mentales graves mediante iniciativas que combatan la discriminación en el ámbito laboral.

5.6 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre la muestra del estudio

Una limitación en nuestro estudio para el análisis de la inclusión laboral de las personas con trastorno mental grave en varios países puede estar relacionada con la muestra de participantes, pues si bien se intentó abarcar a toda la red de salud mental en los tres países por igual, se observó que fue ambicioso tomando en cuenta que solo una investigadora realizaba el trabajo de campo.

En los tres países el impedimento fue la dificultad en tener una respuesta favorable de aceptación de participar por parte de todas las instituciones, puesto que hubo algunos centros que decidieron no ser parte del estudio, a pesar de las invitaciones que se les hizo.

Se realizó una indagación específica y detallada en cada país, pero proporcionado por *pocas personas o recursos*, por lo que la información que se obtenga no va a ser posible generalizarla a otros contextos o grupos que sean muy diversos.

De esto se desprende como sugerencia para futuras investigaciones, el incluir en el meta-análisis una búsqueda de recursos como blogs, formatos multimedia, campañas de sensibilización y folletos, con la finalidad de ampliar las fuentes de información.

Otra limitación es que se realizó en pocas ciudades de los países analizados, por lo que no todos los datos se pueden generalizar al resto de regiones o Comunidades Autónomas de su entorno, y este punto podría ser mejorado en futuras investigaciones al ampliar el estudio a otras realidades.

Los participantes son de zonas urbanas grandes, por lo que se restringe a lo que sucede en estos contextos y no fue posible conocer las particularidades de las pequeñas ciudades y zonas rurales, donde seguramente el acceso a los servicios socio-sanitarios es menor, por lo que se recomienda seguir investigando en estos contextos.

Sobre el método de análisis cualitativo

Una crítica que se suele hacer es que la investigación implica un proceso subjetivo, el cual es una observación que se realiza desde la objetividad. Para paliar esta inquietud, la investigadora practica la *reflexibilidad*, que es un proceso en el que se tienen en cuenta

elementos diversos como la propia identidad del investigador que puede influir sobre la interpretación de los datos, sin embargo, se contó con otra psicóloga que realizó un análisis de datos para corroborar las categorías encontradas y se utilizó un programa de ordenador que le otorga mayor objetividad.

El analizar tres países tiene la limitación de toparnos con algunos elementos y *realidades muy diversas*, como por ejemplo los recursos económicos que tiene cada Estado para implementar el Modelo de salud mental y de inserción laboral, lo cual es un fenómeno que se debe examinar con cuidado para poder realizar recomendaciones acertadas a cada uno.

La evidencia aportada por otros estudios indica que las mujeres con trastorno mental grave son un grupo de mayor vulnerabilidad por la doble discriminación que sufren en su inclusión laboral, sin embargo, esto no se mostró como un resultado fundamental en nuestra investigación, lo cual puede estar dado por el tipo de datos recogidos, en base a esto sugerimos futuras investigaciones en esta línea recogiendo datos sobre salario, contratación y tiempo de rotación en el trabajo.

VI.CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. El estudio de los datos de esta tesis nos ha permitido elaborar resultados que sustentan el conocimiento de la inclusión laboral de personas con trastornos mentales graves, desde el ámbito de la Salud Pública y su relación con el Modelo de salud mental comunitario en los tres países de estudios. Pudiendo ser este análisis una contribución de interés en el campo de la inserción socio laboral de este colectivo.

2. Al comparar el estado actual de las políticas públicas y modelos de salud mental para la atención sanitaria y social en los tres países de estudio, destaca que presentan un proceso común basado en la desinstitucionalización y el desarrollo de la atención comunitaria como un objetivo principal de la política de salud mental. Por el contrario, difieren en un progreso desigual en la implementación del mismo que se detalla en la estructuración de los servicios, la disposición de los profesionales de salud mental hacia la comunidad, opciones de vivienda pública y discrepantes ayudas económicas para cubrir las necesidades de los usuarios.

3. La evaluación y conocimiento de los apoyos institucionales apunta que contar con centros socio-sanitarios especializados en la comunidad, y recursos específicos para la búsqueda de empleo y seguimiento en las empresas, son factores positivos que sustentan la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave.

4. En las síntesis de los relatos sobre el estado de salud percibido por los usuarios/as con trastorno mental grave mediante la Teoría Fundamentada, resaltamos la importancia de su participación y encontramos que el perfil de necesidades de apoyo se observa en los siguientes ámbitos:

4.1. Ámbito laboral: su principal interés es referido a su inserción laboral, destacando las condiciones como la flexibilidad, los horarios de trabajo y las tareas a realizar; pero también la satisfacción dada por un clima de trabajo positivo y el poder ejercer su derecho al empleo, lo que hace que conciban el trabajo con una terapia, pues les permite tener una rehabilitación completa y sentirse parte de la sociedad. Por el contrario, indican que la discriminación por su enfermedad genera escasas oportunidades en el mercado de trabajo y mayor desempleo.

4.2. **Ámbito sanitario:** con referencia a sus respuestas la atención sanitaria es un tema relevante y se encuentra enfocada en sus relatos a cuatro puntos fundamentales: a) contar con profesionales de salud mental que estén en los servicios de rehabilitación, especialmente en psiquiatría y psicología, b) acceder sin dificultad a lugares de hospitalización ante una crisis, c) poder estar estables y controlar sus síntomas y d) percibir una reducción de los efectos secundarios indeseables de su medicación.

4.3. **Ámbito social:** a destacar en los factores personales consideran relevante la independencia, el poder contar con acceso a la educación y formación laboral, la socialización y las relaciones de familia y pareja, y proyectan un futuro de mayor autonomía.

5. Hemos encontrado en el discurso del entorno familiar tres aspectos fundamentales en torno al cuidado y convivencia con las personas con trastorno mental grave:

5.1. Por un lado, las familias ante la enfermedad pueden tener conductas positivas de apoyo y comprensión, ayudándoles a cubrir sus necesidades y siendo proactivos para que logren sus máximas capacidades.

5.2. Por el contrario, hay familias que no favorecen el proceso de recuperación del sujeto, ya sea realizando acciones de sobreprotección o aislamiento que no permiten la autonomía.

5.3. También destacan las preocupaciones sobre el alto desempleo laboral, y su proyección hacia el futuro pues dudan de la efectividad del sistema socio-sanitario público para velar por sus familiares a largo plazo.

6. Escuchando la narrativa de los profesionales y directivos de salud mental observamos una visión más amplia del funcionamiento de los servicios socio-sanitario-laborales disponibles para las personas con trastorno mental grave, y destacan como factores condicionantes los siguientes:

6.1. Los equipos profesionales interpretan que la dificultad de la inclusión laboral se fundamenta en el estigma que la mayoría de los empresarios presupone a este colectivo, junto a esto, destacan la falta de especificidad recogida en las leyes laborales que atañen al mismo.

6.2. Respecto de la organización y estructuras destacan como factores desfavorables una falta de políticas públicas específicas para la implementación total del modelo comunitario de salud mental, escaso personal en las áreas de enfermería, trabajo social y psicología, evidenciando un modelo hospitalocéntrico, así como bajas pensiones y pocas opciones de vivienda. Como factores favorables se aprecia tener equipos humanos sensibilizados con la inclusión socio-laboral de este colectivo.

7. El estigma valorado por todos los participantes usuarios, familiares, profesionales y directivos, vemos que se encuentra ligado socialmente a las conductas y actitudes del sujeto cuando sufre el estado agudo de su enfermedad, y que posteriormente configura un obstáculo en los siguientes ámbitos:

7.1. **Ámbito laboral:** es el más prevalente por un rechazo y discriminación hacia el colectivo, evidenciado en la resistencia de los empresarios a contratar a personas con discapacidad mental, a pesar de contar con una legislación reguladora de base.

7.2. **Ámbito personal:** el auto-estigma es la percepción de los propios usuarios de ser incapaces de desenvolverse en la sociedad, lo que lleva a que oculten su enfermedad por miedo al rechazo.

7.3. **Ámbito social:** se basa en las ideas erróneas de la sociedad al considerar que las personas con patología mental grave son peligrosas e inhábiles, lo que impide su pleno desarrollo e inclusión en la comunidad.

8. El conocimiento obtenido acerca de las características y tipos de trabajo para las personas con trastorno mental grave muestra por sus discursos en los países de estudio que la inclusión laboral se realiza principalmente por tres modalidades:

8.1. **Empleo normalizado:** es la inserción en cualquier empresa con o sin conocimiento de que el trabajador padezca una enfermedad mental y la mayoría de veces con nulas adecuaciones al puesto de trabajo, por lo cual hay alta rotación o abandono laboral, siendo usada mayormente en Ecuador y Valencia.

8.2. **Empleo protegido:** se realiza mediante los Centros Especiales de Empleo, que no siempre cumplen con su función de ser un paso intermedio al empleo normalizado y no

todos cuentan con condiciones de flexibilidad laboral o salarios adecuados, siendo esta estrategia ampliamente utilizada en Valencia.

8.3. Cooperativas sociales de trabajo: es una opción para todas las personas con riesgo de exclusión social, sin embargo, presentan una alta protección hacia los socios quienes participan activamente de la empresa y cuentan con un enfoque de beneficio comunitario, siendo la más empleada en Italia.

9. Sobre el estudio por género e inclusión laboral se identifican dos aspectos: las actividades laborales desempeñadas cumplen los estereotipos por género, y presentan similitudes en que no perciben diferencias en oportunidades pudiendo llegar a un puesto de trabajo de forma similar, y desarrollando trabajos de baja cualificación, baja remuneración y pocas perspectivas profesionales a largo plazo.

10. Como resultado de lo analizado hemos reflexionado y adquirido una visión global y profunda para el desarrollo de propuestas desde el enfoque de la Salud Pública que pueden apoyar la implementación del Modelo de salud mental comunitario y específicamente la inclusión laboral en cada país:

10.1. Valencia: las propuestas son fortalecer las Unidades de Salud Mental para que se constituyan en el eje de la rehabilitación, contar con mejores opciones de vivienda asistida, tener una legislación sobre las pensiones que facilite la inclusión laboral del colectivo y contar con leyes laborales más específicas, y potenciar las cooperativas sociales de trabajo.

10.2. Ecuador: las recomendaciones en base a la evidencia serían el contar con una Ley de Salud Mental, implementar servicios sanitarios especializados territoriales públicos, tener opciones de viviendas tuteladas, aumentar las ayudas económicas sociales reales, cumplir con la legislación laboral específica recomendada y dar financiación a la creación de cooperativas sociales de trabajo para personas en riesgo de exclusión.

10.3. Italia: se sugiere realizar una implementación más equitativa de los servicios de salud mental comunitarios en las distintas regiones, seguir siendo pioneros en la promoción de la salud mental en este colectivo y mantener las subvenciones económicas a las cooperativas sociales de trabajo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

ACERO GONZÁLEZ, AR, CANO-PROUS, A y CANGA, A. 2016 . Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra [En línea] Ago de 2016 [Citado el: 20 de febrero de 2019] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003&lng=es.. ISSN 1137-6627.

ACOSTA, M. 2016. Locura y trabajo: modelos alternativos de inclusión laboral [En línea] 2016 [Citado el: 25 de febrero de 2019] Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8576>.

AGUIRRE, M, y otros. 2010. Trabajo Y Locura”: Investigación sobre experiencias y programas laborales de población con personas con trastornos mentales severos y persistentes [En línea] 2010 [Citado el: 10 de febrero de 2019] Disponible en: www.csic.edu.uy/renderResource/index/resourceId/7501/siteId/3.

AHUMADA, C. 2018. Masia Can Calopa de Dalt (Cooperativa L’Olivera) [En línea] 2018 [Citado el: 12 de enero de 2019] Disponible en: http://www.olivera.org/php/09_barcelona_01_barcelona.php.

ALMEIDA, V, y otros. 2018. Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el Estado. [En línea] 2018. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://revistas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/368..> ISSN 2447-861X.

ALONSO SUAREZ,, M. y HAMILTON, A. 2004. Integración laboral en salud mental en el área de Londres (II): algunas debates. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.89: p.145-166, Madrid.* [En línea] 2004. [Citado el: 19 de enero de 2018.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN: 2340-2733.

ALVAREZ, G, GIRALDO RAMIREZ, M y NAVARRO PLAZAS, C. 2017. Uso de TIC en investigación cualitativa: discusión y tendencias en la literatura. [En línea] 2017. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.

AMARANTE, P. 2018. Salud mental y atención psicosocial. . [En línea] 2018. [Citado el: 11 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencin_Psicosocial.pdf.

ANALUISA, P. 2016. Análisis del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud. *Universidad San Francisco de Quito.* [En línea] 2016. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6012/1/129441.pdf>.

ANE. 2016. Ecuador. Asamblea Nacional del Ecuador. *Proyecto de Ley del Nuevo Código Orgánico de Salud. Memorando N°SAN-2016-1747 del 12 de mayo de 2016.* [En línea] 2016. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_24.

APA. 2013. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Arlington, VA. [En línea] 2013. [Citado el: 6 de junio de 2018.] Disponible en: <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>.

ARIAS LOPEZ, BE. 2014. Las tramas de un estudio cualitativo en salud mental y violencia política. Lecciones aprendidas. La Rioja : Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia,, 2014. Vol. Vol. 32, Nº. 0. ISSN-e 0120-386X.

ASIEM. 2016. Asociación de Salud e Integración de la Enfermedad Mental. [En línea] 2016. [Citado el: 29 de octubre de 2018.] Disponible en: <http://www.asiem.org/mision-vision-valores/>.

BADALLO, A, y otros. 2018. La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. [En línea] 2018. [Citado el: 25 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n1a12.pdf>.

BADOS, A. y GARCÍA GRAU, E. 2010. La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. RC-I*. [En línea] 15 de abril de 2010. [Citado el: 25 de abril de 2018.] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>.

BALCELLS, M. 2014. Historia de la leucotomía. *En: Sociedad Española de Neurología. Neurosciences and History 2014; 3(3):130-135, Barcelona, España*. [En línea] 2014. [Citado el: 5 de febrero de 2018.] Disponible en: http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV3N32015130_135ES.pdf.

BANFIELD, M.A., y otros. 2014. Australian mental health consumers' priorities for research: Qualitative findings from the SCOPE for Research project. . [En línea] 2014. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1369-7625.2011.00763.x>.

Bañuelos Ramírez, D., González Martínez, A y Ramírez Palma, M. 2016. El campo simbólico y la complejidad de la interdisciplinariedad entre salud pública, la comunicación y educación: Un reto vigente. *Razón y palabra. Primera Revista Electrónica en Iberoamérica Especializada en Comunicación*. [En línea] 3 de mayo de 2016. [Citado el: 20 de octubre de 2018.] Disponible en: <http://revistas.comunicacionudlh.edu.ec/index.php/ryp>.

BARBUI, C. y SARACENO, B. 2015. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *British Journal of Psychiatry, 206, p. 445-446*. [En línea] 2015. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>.

BASAGLIA, F. 1979. *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires : Topia, 1979.

—. 1978. *Razón, locura y sociedad*. México D.F. : Siglo veintiuno editores, 1978.

BENEDETTO SARRACENO. 2003. *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible*. México : Pax, 2003. ISBN: 9789688606674.

BERNARDI, A. y TRIDICO, P. 2011. El mercado de trabajo y el sector cooperativo en Italia. *CIRIEC-España, Rev. Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 70, .* [En línea] abril de 2011. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260190130_El_mercado_de_trabajo_y_el_sector_cooperativo_en_Italia.

BLANCO, E. 2012. El marco jurídico de la no discriminación de las personas con discapacidad en la Unión Europea. [aut. libro] LC PEREZ BUENO y GLORIA ESPERANZA ALVAREZ RAMIREZ. *10 años de legislación sobre no discriminación de personas con discapacidad en España : estudios en homenaje a Miguel Ángel Cabra de Luna*. Madrid : Madrid, 2012.

— **2004.** La promoción y protección de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Respuestas desde el ordenamiento jurídico. [aut. libro] I CAMPOY CERVERA. *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid : Dykinson, 2004.

— **2007.** La protección jurídica en el ámbito del Consejo de Europa. [aut. libro] LC PEREZ BUENO y ME CASAS BAHAMONDE. *Tratado sobre Discapacidad*. Navarra : Thomson-Aranzadi, 2007.

BLASCO MIRA, J y MENGUAL ANDRÉS, S. 2010. Análisis de datos cualitativos asistido por ordenador en Ciencias de la Educación. En Roig Vila, R. & Fioruci, M. (Eds.), *Claves para la investigación en innovación y calidad educativas. La integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la Interculturalidad en las aulas*. [En línea] 2010. [Citado el: 17 de octubre de 2018.] Disponible en:
<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17059/4/Blasco%20%20Mensual%202010.pdf>.

BLAS-OMS. 2010. Organización Mundial de la Salud & Blas, Erik.; Sivasankara, Kurup (editors). *A Equity, social determinants and public health programmes*. [En línea] 2010. [Citado el: 5 de agosto de 2018.] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

BM. 2017. Banco Mundial. *Grupos de países y préstamos del Banco Mundial*. . [En línea] 2017. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en:
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.

— **2014.** BANCO MUNDIAL. *Inclusión Social: clave de la prosperidad para todos*. [En línea] 2014. [Citado el: 24 de octubre de 2018.] Disponible en:
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/175121468151499527/pdf/817480WPOspani01C00InclusionMatters.pdf>.

BOE-A-1983-1451. ESPAÑA. Real Decreto 1451, de 11 de mayo de 1983, por el que en cumplimiento de lo previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril. *Publicado en: BOE núm. 133, de 4 de junio de 1983, p. 15548 a 15549; Referencia: BOE-A-1983-15813. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*. [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-15813>.

BOE-A-1985-1368. ESPAÑA. Real Decreto 1368, de 17 de julio de 1985. Publicado en: BOEnúm. 189, de 08/08/1985; Entrada en vigor: 01/10/1985; Referencia: BOE-A-1985-16663. *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*. [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-16663>.

BOE-A-1986-10499-. 1986. ESPAÑA. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado-BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, Referencia:BOE-A-1986-10499; p. 15207-15224. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. [En línea] 1986. [Citado el: 24 de

septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>.

BOE-A-1998-279. ESPAÑA. Orden de 16 de octubre de 1998. Publicado en: BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 1998; p. 38411 a 38414 (4 p.). *Sección: III. Otras disposiciones; Referencia: BOE-A-1998-26877; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-26877>.

BOE-A-1999-15. ESPAÑA. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Publicado en: «BOE» núm. 298, de 14/12/1999. *Entrada en vigor: 14/01/2000; Referencia: BOE-A-1999-23750. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, España.* [En línea] [Citado el: 20 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>.

BOE-A-2000-27. ESPAÑA. Real Decreto 27, de 14 de enero de 2000, Publicado en: BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000, p. 3410 a 3412 (3 p.). *Sección: I. Disposiciones generales, Referencia: BOE-A-2000-1547. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-1547>.

BOE-A-2003-10715. 2003. ESPAÑA. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Publicado en Boletín Oficial del Estado BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. Entrada en vigor: 30 de mayo de 2003. Referencia: BOE-A-2003-10715; p. 46.* [En línea] 2003. [Citado el: 15 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>.

BOE-A-2004-290. ESPAÑA. Real Decreto 290, de 20 de febrero de 2004, Publicado en: BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2004, p. 8386 a 8391 (6.). *Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2004-3277. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-3277>.

BOE-A-2005-364. ESPAÑA. Real Decreto 364, de 8 de abril de 2005, Publicado en: BOE núm. 94, de 20 de abril de 2005, p. 13466 a 13469 (4.). *Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2005-6308. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-6308>.

BOE-A-2006-21990. 2006. ESPAÑA. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Publicado en Boletín Oficial del Estado BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, Referencia: BOE-A-2006-21990; p.30.* [En línea] 2006. [Citado el: 15 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>.

BOE-A-2006-43. ESPAÑA. Ley 43, de 29 de diciembre de 2006, Publicado en: BOE núm. 312, de 30/12/2006, Entrada en vigor: 31/12/2006. *Departamento: Jefatura del Estado, Referencia: BOE-A-2006-22949; Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22949>.

BOE-A-2007-870. ESPAÑA. Real Decreto 870, de 2 de julio de 2007, Publicado en: BOE núm. 168, de 14 de julio de 2007, p. 30618 a 30622 (5 p.). *Sección: I. Disposiciones generales; Referencia: BOE-A-2007-13588. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-13588>.

BOE-A-2011-13241. ESPAÑA. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Publicado en BOE núm. 184, de 02/08/2011. Entrada en vigor el 03/08/2011. Referencia: BOE-A-2011-13241.* [En línea] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/08/01/26/con>.

BOE-A-2012-20. ESPAÑA. Real Decreto-ley 20, de de 13 de julio de 2012; Publicado en: BOE núm. 168, de 14/07/2012; Entrada en vigor: 15/07/2012. *Departamento: Jefatura del Estado; Referencia: BOE-A-2012-9364. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-9364>.

BOE-A-2013-1. ESPAÑA. Real Decreto Legislativo 1, de 29 de noviembre de 2013, Publicado en: BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013; Referencia: BOE-A-2013-12632. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.* [En línea] [Citado el: 19 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>.

BOE-A-2013-12632. ESPAÑA. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre de 2013. *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.* [En línea] [Citado el: 9 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>.

BOE-A-2015-2. Real Decreto Legislativo 2, de 23 de octubre de 2015; Publicado en: BOE núm. 255, de 24/10/2015; Entrada en vigor: 13/11/2015. *Referencia: BOE-A-2015-11430. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.* [En línea] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430>.

BOE-A-2015b-11724. ESPAÑA. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre de 2015, registro oficial 11724. *Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.* [En línea] [Citado el: 8 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/31/pdfs/BOE-A-2015-11724.pdf>.

BON, GR., y otros. 2001. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Rev Psychiatr Serv., 52(3): p.313-22. EEUU* [En línea] marzo de 2001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239097>.

BONAGENT. 2016. Bona Gent. agencia de colocación autorizada por el Servicio Público Español desde Octubre de 2015. *Inserción laboral.* [En línea] 2016. [Citado el: 29 de Octubre de 2018.] Disponible en: <https://www.bonagent.org/insercion-laboral/>.

BORJA JORDÁN DE URRIES VEGA, F. 2008. Empleo con apoyo para personas con enfermedad mental. *Rev. Intervención Psicosocial, 17(3); p.299-305.* [En línea] 2008. [Citado el: 19 de enero de 2018.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a06.pdf>. ISSN: 1132-0559.

BOURDIEU, P. 1986. Le capital social. Notes provisories Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 31; p. 2-3. *En: Vargas Gonzálo. Hacia una teoría del capital social. Rev. de Economía Institucional, vol. 4, n° 6, (1) 2002, p. 71-108. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.* [En línea] 1986. [Citado el: 8 de abril de 2018.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/419/41900604.pdf>. ISSN: 0124-5996.

BRAVO LIRA, B. 2009. Construcción y desconstrucción: El sino del racionalismo moderno de la ilustración a la postmodernidad. *Rev. hist. derecho [online]. 2009, n.37 Buenos Aires, Argentina.* [En línea] enero-junio de 2009. [Citado el: 20 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-17842009000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1853-1784.

BRIONES PALACIOS, YM, GILCES BERMUDEZ, VP y ESCOBAR GARCÍA, MC. 2018. La participación del psicólogo clínico en la promoción y prevención de la salud mental". [En línea] marzo de 2018. [Citado el: 5 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/psicologo-clinico-saludmental.html>.ISSN: 2254-7630.

BRUSCHETTA, S., FRASCA, A. y BARONE, R. 2016. Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented. [En línea] 2016. [Citado el: 9 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Simone_Bruschetta/publication/309379279_Verso_Servizi_Comunitari_di_Salute_Mentale_Recovery-Oriented/links/580c69cb08ae2cb3a5da7163/Verso-Servizi-Comunitari-di-Salute-Mentale-Recovery-Oriented.pdf.

BUCKBY, J., y otros. 2008. A factor analytic investigation of the Tripartite model of affect in a clinical sample of young Australians. *BMC Psychiatry, Vol. 8, (1).* [En línea] 18 de septiembre de 2008. [Citado el: 12 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-79>.

BUZZI, A. 2010. Egas Moniz. Historia. *Rev. RAR, Vol. 74, n°1- 2010, p.33-42.* [En línea] 2010. [Citado el: 2 de febrero de 2018.] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v74n1/v74n1a02.pdf>.

C.ESPAÑA. 1978. CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. *Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada en Referendum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada el 27 de diciembre de 1978.* [En línea] 1978. [Citado el: 15 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.

CALDAS de ALMEIDA, J.M., y otros. 2015. Schizophrenia diagnosis and treatment by general practitioners: A cross-sectional study in district Peshawar, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association, (65) 9: p. 937-942.* [En línea] septiembre de 2015. [Citado el: 12 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/journal/0030-9982_Journal_of_the_Pakistan_Medical_Association.

CALGARY, AB. 2012. Mental Health Commission of Canada. *Changing directions changing lives: The Mental Health Strategy for Canada.* [En línea] 2012. [Citado el: 12 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf.ISBN: 978-0-9813795-2-4.

CAMAS BAENA, V. 2018. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. [En línea] 2018. [Citado el: 9 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>.

CARDONA ARIAS y ANTONIO JAIBERTH. 2016. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Col) 2016, 16.* [En línea] enero-junio de 2016. [Citado el: 10 de octubre de 2018.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=273846452019>. ISSN 1657-320X.

CARO, I. 2013b. El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck: Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, n°109; 19-49. Universidad de Valencia. [En línea] noviembre de 2013b. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>.

—. **2013.** Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica . *Boletín de Psicología*, No. 107, p.37-69. Universidad de Valencia, España. [En línea] marzo de 2013. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N107-3.pdf>.

CASTEL, R. 1997. *Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires : Paidós. Primera Edición 1997, 1997. ISBN 9789501254570.

CASTRO, R. 1997. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31 (4): 425-35. [En línea] 1997. [Citado el: 18 de enero de 2017.] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>.

CAZZANIGA PESENTI , J. y SUSO ARAICO, A. 2015. Red2red Consultores. *Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Dirección, coordinación y distribución: Confederación Salud Mental España. Primera Edición*. [En línea] 2015. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>. Depósito Legal: M-33256-2015.

CBS. 2010. Conselleria de Bienestar Social de la CV. *Orden 1/2010 sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana*. [En línea] 2010. [Citado el: 16 de mayo de 2018.] Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=002185/2010&L=1.

CdE. 1994. Consejo de Europa. *Recomendación 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos*. [En línea]1994.[Citado el: 15 de junio de 2018.] Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi1ncDIqYzbAhWFXBQKHdpYDJlQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Fsb86eb09335ad47f5.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1345663929%2Fmodule%2F6300200052%2Fname%2FConsejo%2520de%2520Europa%25201>.

—. **1997.** Consejo de Europa. *Convenio de derechos humanos y biomedicina*. [En línea] 1997. [Citado el: 17 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvenion.html>.

—. **2000.** Consejo de Europa. *Resolución sobre la promoción de la salud mental. Diario Oficial C86 de 24 de marzo de 2000*. [En línea] 2000. [Citado el: 18 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570>.

—. **2002.** Consejo de Europa. *Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión*. [En línea] 2002. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570a>.

—. **2003.** Consejo de Europa. *Conclusiones de la Conferencia Europea sobre la enfermedad y la estigmatización en Europa*. [En línea] 2003. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:c11570>.

—. **2005.** Consejo de Europa. *Libro verde sobre la salud mental: mejorar la salud mental de la población.* [En línea] 2005. [Citado el: 25 de mayo de 2017.] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11570c>.

—. **2006.** Consejo de Europa. *Plan de acción para las personas con discapacidad.* [En línea] 2006. [Citado el: 28 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/paccion_disc_ce20062015.pdf.

—. **2009.** Consejo de Europa. *Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales.* [En línea] 2009. [Citado el: 28 de mayo de 2018.] Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf.

—. **2010.** Consejo de Europa. *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras.* [En línea] 2010. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A52010DC0636>.

—. **2003.** Consejo de Europa. *Declaración ministerial de Málaga: “Avanzar hacia la plena participación como ciudadanos”. En el marco de la Conferencia ministerial realizada en Málaga, España.* [En línea] 7-8 de mayo de 2003. [Citado el: 15 de abril de 2018.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10047/3-10047.pdf>.

CE. 1998. Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales. *100 palabras para la igualdad* Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. En: Valle Salas, Beatriz.; *Género y Reforma Laboral; Rev. Alegatos, vol. 24, n°76, Universidad Autónoma Metropolitana, México* 76, México. [En línea] 1998. [Citado el: 3 de julio de 2018.] Disponible en: <http://alegatos.azc.uam.mx/index.php/ra/article/view/322/313>.

CEA MADRID, J.C. y CASTILLO PARADA, T. 2016. Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balances y perspectivas. En: *Rev. Teoría y Crítica de la Psicología 8 (2016), p.169-192, Chile.* [En línea] 2016. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/159/143>. ISSN: 2116-3480.

CEEM. 2015. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. *Formación Especializada en Italia. Comisión de residencia y profesión.* [En línea] 2015. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/italia.pdf>

CEPAL. 2011. Comisión Económica para América Latina. *Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Elaborado por: Stang María Fernanda. CEPAL, Serie Población y desarrollo 103. Santiago de Chile.* [En línea] Abril de 2011. [Citado el: 10 de julio de 2018.] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7135/S1100074_es.pdf. ISBN:978-92-1-121-769-8.

CERVIO, AL. 2015. El análisis de datos cualitativos asistido por programas informáticos. Notas desde experiencias de enseñanza en posgrados en Ciencias Sociales. [En línea] 2015. [Citado el: 13 de febrero de 2018.] Disponible en: <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/161>. ISSN: 1853-6190.

CHAN, S, y otros. 2009. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. [En línea] 2009. [Citado el: 16 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/23988083_Was_the_economic_crisis_1997-1998_responsible_for_rising_suicide_rates_in_EastSoutheast_Asia_A_time-trend_analysis_for_Japan_Hong_Kong_South_Korea_Taiwan_Singapore_and_Thailand.

CHARMAZ, K. 2014. Constructing Grounded Theory. [En línea] 2014. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/constructing-grounded-theory/book235960#preview>. ISBN: 9780857029140 .

CHAVARRÍA-GONZALEZ, MC. 2011. La dicotomía cuantitativo/cualitativo: falsos dilemas en investigación social. [En línea] 2011. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/70/pdf_56.

CHAVEZ ESPINOZA, JA, BALDERRAMA TRÁPAGA, JA y FIGUEROA RODRIGUEZ, S. 2016. Análisis de Necesidades de Formación Docente para la Inclusión Educativa en el Nivel Superior. . *Memorias del Encuentro Internacional de Educación a Distancia*. [En línea] 2016. [Citado el: 24 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.udgvirtual.udg.mx/remeed>. ISSN: 2395-8901.

CHICO LIBRÁN, E. 2016. Manual de Psicología Diferencial: Inteligencia y personalidad. *Editorial Club Universitario, Alicante, España*. [En línea] 2016. [Citado el: 20 de febrero de 2018.] Disponible en: <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/9663.pdf>. ISBN: 978-84-16704-74-3.

CICOPA. 2013. Organización Internacional de las Cooperativas de Producción Industrial, Artesanal y de Servicios. Recopilación de datos a nivel mundial sobre las cooperativas de trabajo asociado, sociales y de artesanos. [En línea] 2013. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.cicopa.coop/Datos-a-nivel-mundial.html>.

CIE 10. 1994. Transtornos mentales y del comportamiento. [En línea] 1994. [Citado el: 20 de abril de 2018.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=388F230976F6810951B998BBC387FEF6?sequence=1.

CNUDPD. 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *La Convención y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 . Naciones Unidas, Nueva York (abiertos a firma el 30 de marzo de 2007)*. [En línea] 2006. [Citado el: 15 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.

COMPTON, M.T., DAUMIT, G.Z. y DRUSS, B.C. 2006. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. *Harv Rev Psychiatry*. p. 212-22. [En línea] julio-agosto de 2006. [Citado el: 15 de abril de 2018.] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16912007>.

CONADIS. 2018a. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, Ecuador. *Estadística de la prevalencia de la discapacidad*. [En línea] 2018a. [Citado el: 8 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/04/Prevalencia-de-Discapacidad-pie.pdf>.

—. **2018.** Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, Ecuador. *Personas con discapacidad registradas*. [En línea] 2018. [Citado el: 8 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/index.html>.

CORRIGAN, P.W y WATSON, A.C. 2002. The paradox of selfstigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53. En: *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud Año 2011, Vol. 07, p. 41 a 50*. [En línea] 2002. [Citado el: 3 de julio de 2018.] Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_41-50.pdf.

COSTA, S., FARRUGIA, R. y GUCIONE, F. 2018. Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva. En: *Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA 2018;38:57-72, Italia*. [En línea] 2018. [Citado el: 15 de septiembre de 2018.] Disponible en: https://www.sinpia.eu/wp-content/uploads/2018/10/01_Linee-Guida.pdf.

CRE-ANE. 2008. Constitución de la República del Ecuador - Asamblea Nacional del Ecuador. *Ciudad Alfaró: Asamblea Constituyente*. [En línea] 2008. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf.

CREAP. 2015. Centro Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave. [En línea] 2015. [Citado el: 29 de Octubre de 2018.] Disponible en: http://www.creap.es/creap_01/serv_usu/index.htm.

CRESPO HERVAS, M.D. 2007. Rehabilitación y Psicoeducación en la esquizofrenia. Cap. 33. [aut. libro] Elsevier Masson. *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Madrid : s.n., 2007.

CRUZ ORTIZ, M, y otros. 2011. Vivenciando las necesidades de apoyo en la enfermedad mental. [En línea] 2011. [Citado el: 9 de febrero de 2019.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100004&lng=es.

CRUZ ORTÍZ, M. 2010. Necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental grave y carga familiar en cuidadores primarios de México. *Tesis doctoral. Cristina Jenaro Río Cristina (dir.), Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca: 354p*. [En línea] 2010. [Citado el: 20 de abril de 2018.] Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83299/1/DPETP_CruzOrtiz_Necesidadesdeapoyoenpersonasconenfermedad.pdf.

CSME. 2018. Confederación Salud Mental España. *Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España 2017. Coordinación y redacción: Irene Muñoz, Servicio de Asesoría Jurídica Confederación Salud Mental España*. [En línea] abril de 2018. [Citado el: 13 de junio de 2018.] Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2017.pdf>. Licencia de contenidos Creative Commons: Reconocimiento-NoComercial (by-nc).

CSP. 2018a. Generalitat Valenciana. *Consilleria de sanidad universal y salud publica. Registro de centro*. [En línea] 2018a. [Citado el: 19 de abril de 2018.] Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/registros/centros-sanitarios>.

—. **2016c.** Generalitat Valenciana. Consilleria de sanidad universal y salud publica. *Indicadores de mortalidad para los grandes grupos de causas año 2016*. [En línea] 2016c. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/mortalidad/pdfs/generarInformePDF.jsp?Informe=21GG&Anyo=2016&GenerarTodo=true>.

CSS. 2001. Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid. *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. [En línea] 2001. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007056.pdf>. ISBN: 84-45 1-2128-6.

CUESTA, P., y otros. 2016. Salud Mental y Salud Pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Art. publicado en: Psiquiatría Biológica, vol. 23, Issue 2: p. 67-73*. [En línea] mayo-agosto de 2016. [Citado el: 5 de agosto de 2018.] Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1134593416000105/1-s2.0-S1134593416000105-main.pdf?_tid=8904878a-8a5b-4140-9e0e-09299be81f1b&acdnat=1532996549_4431b2ba6eddb4cf01cbef11badb4ac3.

DAVILA , D y MALO, MA. 2015. GÉNERO, DISCAPACIDAD Y POSICIÓN FAMILIAR: La participación laboral de las mujeres con discapacidad . [En línea] 2015. [Citado el: 28 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/985/Art_DavilaD_GeneroDis capacidadLaboral_2006.pdf?sequence=1.

DE LEÓN , N, BAGNATO, MJ y LUZARDO, M. 2016. Proceso de cronificación en el campo de salud mental: índice de cronicidad, concepto y medición. [En línea] 2016. [Citado el: 14 de febrero de 2019.] Disponible en: rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/192/187. ISSN On line: 2301-0371.

DELGADO et al, J. 1994. *Método y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid : Editorial síntesis, 1994.

DELL'ACQUA, P. 2012. Desde el manicomio a los servicios de salud mental en el territorio. *IDEASS-Italia, Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur, BrochureTriesteESP.pdf: 16p*. [En línea] 2012. [Citado el: 10 de agosto de 2016.] Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>.

DESVIAT, M. 2011. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. . [En línea] 2011. [Citado el: 17 de enero de 2019.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es..

—. **2017.** «Precariado» y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental. [En línea] 2017. [Citado el: 14 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318021607_Precariado_y_control_social_asistencialismo_y_exclusion_en_el_ambito_de_la_salud_mental.

DEWA, C, y otros. 2003. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work of depression-related absence from wo. [En línea] 2003. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://pdfs.semanticscholar.org/b22e/0265f3e2bd2394bfc25f584ae48ee217894f.pdf>.

DÍAZ VELÁZQUEZ, E. 2017. El acceso a la condición de ciudadanía de las personas con discapacidad en España. Vol. 76. [En línea] 15 de diciembre de 2017. [Citado el: 27 de agosto de

2018.] Disponible en: <https://www.cermi.es/es/colecciones/volumen-76-el-acceso-la-condici%C3%B3n-de-ciudadan%C3%ADa-de-las-personas-con-discapacidad-en>.

DÍAZ, R. 2006. Poder y Resistencia en Michel Foucault. *UCEVA -Unidad Central del Valle del Cauca, Colombia*. [En línea] 2006. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n4/n4a06.pdf>. ISSN: 1794-2489.

DÍAZ-CASTRO, L, y otros. 2017. Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. [En línea] 2017. [Citado el: 25 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126171/122942>.

DORIGATTI, M. 2017. De la marginalidad al florecimiento: la historia de las buenas prácticas del distrito cooperativo trentino (Italia). *En: La integración, clave para el éxito de los actores de la economía popular y solidaria. Superintendencia de Economía Popular y Solidaria. Impresión: LHG Studio, Primera edición, Quito, Ecuador*. [En línea] octubre de 2017. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://cpalsocial.org/documentos/496.pdf>. ISBN: 978-9942-22-189-6.

DREW, N., FUNK, M. y TANG, S. 2011. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378 (9803), p.1664 -1675. [En línea] 2011. [Citado el: 2 de julio de 2018.] Disponible en: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067361161458X.pdf?id=40bade4753939e7f:2e5f8cf2:13a9c2030d0:54121351243806649> En: Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020.

DROBNEY, J. 2018. La inclusión de las personas con enfermedad mental a través del deporte. Proyecto M.E.N.S. *Red Europea de Deporte y Salud Mental*. [En línea] 2018. [Citado el: 12 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=76>.

DUFFAU, N. 2015. Alienados, médicos y representaciones de la "locura". Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1911). *Director: Ernesto Bohoslavsky. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. Argentina*. [En línea] septiembre de 2015. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4657/uba_ffyl_t_2015_70417.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ECNP. 2011. Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología. *Un tercio de Europa sufre problemas de salud mental. Noticia: BBC-Mundo*. [En línea] 2011. [Citado el: 18 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110905_salud_mental_europa_men.

ECU-LODis-. 2012. ECUADOR. Ley Orgánica de Discapacidades. *Consejo de Discapacidades de Ecuador, CONADIS. Registro Oficial No796, del 25 de septiembre de 2012*. [En línea] 2012. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf.

ECU-LOS-. 2006. ECUADOR. LEY ORGANICA DE SALUD. *Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Ultima modificación: 24-ene.-2012. Estado: Vigente. p. 61*. [En línea] 2006. [Citado el: 20 de mayo de 2018.] Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.

EDAD. 2008. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de España. [En línea] 2008. [Citado el: 8 de febrero de 2018.] Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=125473619.

EHLABE. 2011. Consalud Mental. *Estudio cualitativo sobre la situación laboral de las mujeres con discapacidad intelectual y/o trastorno mental. Tesis doctoral.* [En línea] 2011. [Citado el: 19 de abril de 2018.] Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudiosituacionlaboralmujerestrastornomental.pdf>.

ELLIS, A. 1994. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). [En línea] 1994. [Citado el: 25 de abril de 2018.] Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdf/filosofia/AEllis2.pdf>.

ERRAZURIZ, P, y otros. 2015. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. [En línea] Septiembre de 2015. [Citado el: 10 de enero de 2019.] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900011&lng=es..

ESPARZA CATALÁN, C. 2011. Discapacidad y dependencia en España. *Informes Portal Mayores, nº 108, Madrid.* [En línea] 4 de abril de 2011. [Citado el: 9 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>.

ESPINO GRANADO, A. 2014. Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). [En línea] 2014. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200010&lng=es. .](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000200010&lng=es.)

EURICSE. 2016. WORLD CO-OPERATIVE MONITOR . *Exploring the co-operative economy .* [En línea] 2016. [Citado el: 12 de Diciembre de 2017.] Disponible en: <https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2017/11/WCM-2016.pdf>.

EUROSTAT. 2018. European Commission Products Digital Publications. *The European economy since the start of the millennium.* [En línea] 2018. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/european_economy/bloc-1a.html — a statistical portrait — 2018 edition..

EVARISTO, P. 2011. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Departamento Salud Mental de Trieste. En: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (110), p. 345-351.* [En línea] 2011. [Citado el: 1 de agosto de 2016.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/11.pdf>. ISBN:10.4321/S0211-573520110002000011.

FAISEM. 2008. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. *Guía para el desarrollo de programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave.* [En línea] 2008. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiadesarrolloprogramasempleoconapoyo.pdf>. ISBN:84-931879-8-4.

FAULKNER, A., y otros. 2013. Mental health peer support in England: Piecing together the jigsaw. [En línea] 2013. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/peer-support/peer-support-research/>.

FAZEL, S, y otros. 2009a. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 2009. [En línea] 2009a. [Citado el: 15 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183929>.

FAZEL, S., y otros. 2009. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine - journals.plos.org*. [En línea] 11 de agosto de 2009. [Citado el: 4 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000120>.

FEAFES. 2017. Confederación de Salud Mental. *FEAFES Andalucía Salud Mental*. [En línea] 14 de Sep de 2017. [Citado el: 28 de enero de 2019.] Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/feafes-andalucia-reserve-1-empleo-publico-personas-problemas-salud-mental-34043/>.

—. **2015.** Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. [En línea] 2015. [Citado el: 29 de Octubre de 2018.] Disponible en: <http://www.salutmentalcv.org/quienes-somos-federacio-salut-mental-comunitat-valenciana>.

FIERRO. 2000. Salud (Comporta) Mental: Un Modelo Conceptual. *Rev. de Psicología general y aplicada. Universidad de Málaga, España, p. 147-164*. [En línea] 2000. [Citado el: 6 de junio de 2018.] Disponible en: https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_comportamental_un_modelo_conceptual.pdf.

FINKIELMAN. 2011. Hipócrates el arte médico, el racionalismo y la astrología. [En línea] 2011. [Citado el: 23 de Enero de 2018.] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v71n3/v71n3a19.pdf>.

FIORITTI, A. y AMADDEO, F. 2014. Community mental health in Italy today . *Rev. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202: p.425-427* . [En línea] 2014. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24879570>.

FORNER, A. 2013. Los Descoplados Hoy. Una reflexión sobre la obra Historia de la Locura de M. Foucault. *Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Filosofía, Madrid, España*. [En línea] 2013. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:masterFilosofiaHistoria-Pforner/Documento.pdf>.

FOUCAULT, M. 1984. *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona : Paidós, 1984. ISBN: 9788475093062.

FREUD, S. 1910. Cinco conferencias sobre psicoanálisis. [En línea] 1910. [Citado el: 30 de abril de 2018.] Disponible en: <http://www.colpsicoanalisis-madrid.com/wp-content/uploads/Cinco-conferencias-sobre-psicoana%CC%81lisis.pdf>.

—. **1929.** *El malestar en la cultura*. Madrid : Alianza, 1929.

FUENTES GARCIA-ROMERO de TEJADA, C. 2017. La inserción laboral de las personas con discapacidad mental. Tesis doctoral; p.380. *Yolanda Sánchez-Urán y Juan Gil Plana (direc.); F. de Derecho, U. Complutense, Madrid*. [En línea] 2017. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/43169/1/T38886.pdf>.

FUENTES, I., JARAMILLO, P. y RUÍZ, J.C. 2011. Relaciones entre neurocognición, procesamiento emocional y funcionamiento social en la esquizofrenia. *Psychology, Society, &*

Education. 2011, Vol.3, nº 2; p. 99-112. [En línea] 2011. [Citado el: 3 de octubre de 2018.] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/143457713.pdf>. ISSN: 1989-709X.

FURTADO, JP. 2013. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. [En línea] Sep de 2013. [Citado el: 11 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300011&lng=en.

GAIGER, LI. 2013. A economia solidária e a revitalização do paradigma cooperativo. [En línea] 2013. [Citado el: 3 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092013000200013&script=sci_abstract&lng=pt.

GALLI, V. 2015. Prólogo del libro de Rotelli, Franco. Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste. *Buenos Aires, Argentina*. [En línea] 2015. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://declaraciondeatocha.wordpress.com/2014/08/11/vivir-sin-manicomios-la-experiencia-de-trieste-nuevo-libro-de-franco-rotelli/>.

GARCÍA-PÉREZ, O., FERNÁNDEZ GARCÍA, C.M. y INDA CARO, M. 2017. Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. *Rev. Complutense de Educación*, 28 (2), p.573-590. [En línea] 2017. [Citado el: 12 de septiembre de 2018.] Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n2.49633. ISSN: 1988-2793.

GILI, M, GARCIA CAMPAYO, J y ROCA, M. 2014. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. [En línea] 2014. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>.

GIOVANELLA. 2013. Observatorio MERCOSUR. *Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada, Rio de Janeiro*. [En línea] 2013. [Citado el: 8 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>.

GLUKMAN, Y, y otros. 2005. Desafiando la realidad laboral: programa de capacitación laboral para personas con discapacidad intelectual. [En línea] 2005. [Citado el: 14 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/124>.

GOFFMAN, E. 1963. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. *A touchstone book. Published by Simon & Schuster Inc, New YORK*. [En línea] 1963. [Citado el: 16 de abril de 2018.] Disponible en: <https://www.freelists.org/archives/sig-dsu/11-2012/pdfKhTzvDli8n.pdf>. ISBN:0-671-6244-7.

GONÇALVES, LLM y CAMPOS, RTA. 2017. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. [En línea] Nov de 2017. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105002&lng=en.

GONZALEZ CASES, J. y RODRIGUEZ GONZALEZ, A. 2010. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud [online]*. 2010, vol.21, n.3; p.319-332. [En línea] 2010. [Citado el: 12 de febrero de 2019.] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=pt&nrm=iso. ISSN: 2174-0550.

GONZÁLEZ-GIL, T & CANO, A. 2010. Los softwares como recurso de apoyo al procesamiento y organización de los datos cualitativos. *Nure Investigación*. [En línea] 2010. [Citado el: 17 de octubre de 2018.] Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/262685697_Los_softwares_como_recurso_de_apoyo_al_procesamiento_y_organizacion_de_los_datos_cualitativos.

GRANDÓN, P, y otros. 2016. Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental. *Global Journal Community Psychology Practice*. [En línea] 2016. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en:

https://www.gjcpp.org/pdfs/ESP2_Grandon%20et%20al%20-%20Pr__cticas%20Anti-estigma%20como%20Eje%20Articulador%20del%20Trabajo%20Comunitario%20en%20Salud%20Mental%20-%20FINAL-FORMATTED.pdf.

GU-1971-118. ITALIA. Legge 30 marzo 1971, núm. 118. GU Serie Generale n.82 del 02-04-1971. *Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili. Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica. Gazzetta Ufficiale*. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en:

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=D5JzJqKNFQNPdFRWAuETXg__ntc-as2-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1971-04-02&atto.codiceRedazionale=071U0118&elenco30giorni=false.

GU-1978-180. ITALIA. Ley núm. 180, de 13 de mayo de 1978. Ley de tratamientos de salud voluntarios y compulsivos. [En línea] [Citado el: 15 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf.

GU-1978-833. ITALIA. Ley núm. 833, de 23 de diciembre de 1978. Reforma Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. *En: Reporte de la salud mental Italia, 2016. Ministero della Salute. Direzione generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-Ufficio III*. [En línea] [Citado el: 1 de agosto de 2018.]

GU-1980-18. ITALIA. Legge 11 febbraio 1980, núm. 18. Indennita' di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili. (GU Serie Generale n.44 del 14-02-1980). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1980/02/14/080U0018/sg>.

GU-1991-381. ITALIA. Legge n. 381, 8 novembre 1991, Disciplina delle cooperative sociali. (GU Serie Generale n.283 del 03-12-1991). Entrata in vigore della legge: 18/12/1991. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. [En línea] [Citado el: 20 de septiembre de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/12/03/091G0410/sg>.

GU-1992-104. ITALIA. Legge, 5 febrero 1992, n.104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. (GU Serie Generale n.39 del 17-02-1992 - Suppl. Ordinario n. 30). *Entrata in vigore della legge: 18-2-1992. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. [En línea] [Citado el: 9 de agosto de 2018.] Disponible en: http://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2006/allegati/legge104_92.pdf.

GU-1992-47. ITALIA. Decreto Ministeriale di 5 febbraio 1992. GU Serie Generale n.47 del 26-02-1992 - Suppl. Ordinario n. 43. *Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali*

d'invalidita' per le minorazioni e malattie invalidanti. Gazzetta Ufficiale. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/26/092A0771/sg>.

GU-1998-286. ITALIA. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, núm. 286. GU Serie Generale n.191 del 18-08-1998 - Suppl. Ordinario n. 139. Entrata in vigore: 2-9-1998. *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.Presidente della Repubblica. Gazzetta Ufficiale.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1998/08/18/098G0348/sg>.

GU-1999-274. 1999. ITALIA. Decreto del Presidente della Repubblica 1 noviembre 1999 (Gaceta Oficial No. 274 del 22.11.1999). *En el marco del Proyecto Objetivo "Protección de la Salud Mental". Parlamento Italiano. Italia.* [En línea] 1999[Citado el: 8 de agosto de 2018.]Disponible en: <http://www.unasam.it/documenti/Progetto%20Obiettivo%20Nazionale%20Salute%20Mentale%201999-2000.pdf>.

GU-1999-68. ITALIA. Legge 12 marzo 1999, núm. 68. GU Serie Generale n.68 del 23-03-1999 - Suppl. Ordinario n. 57. Norme per il diritto al lavoro dei disabili. *Le disposizioni di cui agli artt. 1, comma 4, 5, commi 1, 4 e 7, 6, 9, comma 6, secondo periodo, 13, comma 8, 18, comma 3, e 20 entrano in vigore il 24-3-1999. Le restanti disposizioni entrano in vigore il 17-1-2000. Gazzeta Ufficiale.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/23/099G0123/sg>.

GU-2000-328. ITALIA. Legge 8 novembre 2000, núm. 328.GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Suppl. Ordinario n. 186. Entrata in vigore della legge: 28-11-2000. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica. Gazzetta Ufficiale.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>.

GU-2000-53. ITALIA. Legge 8 marzo 2000, núm. 53.GU Serie Generale n.60 del 13-03-2000.Entrata in vigore della legge: 28-3-2000. *Disposizioni per il sostegno della maternita' e della paternita', per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle citta'.Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica. Gazzetta Ufficiale.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-03-13&atto.codiceRedazionale=000G0092&elenco30giorni=false.

GU-2001-151. ITALIA. Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151. GU Serie Generale n.96 del 26-04-2001 - Suppl. Ordinario n. 93. Entrata in vigore del decreto: 27-4-2001. *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternita' e della paternita', a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53. Gazzetta Ufficiale.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/26/001G0200/sg>.

GU-2003-276. ITALIA. DECRETO LEGISLATIVO 10 settembre 2003, n. 276,Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30. (GU Serie Generale n.235 del 09-10-2003 - Suppl. Ordinario n. 159). *Entrata in vigore del decreto: 24-10-2003. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.* [En línea] [Citado el: 20 de septiembre de 2018.] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2003/10/09/003G0297/sg>.

GU-2004-6. ITALIA. Legge 9 gennaio 2004, n. 6, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 19 gennaio 2004. *Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424,*

426, 427 e 429 del codice civile. . [En línea] [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.camera.it/parlam/leggi/04006l.htm>.

GU-2011-171. ITALIA. Decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 2011, n. 171, Regolamento di attuazione in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche in caso di disabilità permanente. *A norma dell'articolo 55-octies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (11G0212); Entrata in vigore del provvedimento: 21/10/2011, Gazzetta Ufficiale.* [En línea] Disponible en: <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2011-10-20&task=dettaglio&numgu=245&redaz=011G0212&tmstp=1320676846723>.

GUILLÉN, A. y MUÑOZ, M. 2011. Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. Artículo Monográfico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Año 2011, Vol.07 , p.15-24, Universidad Complutense de Madrid.* [En línea] 2011. [Citado el: 12 de julio de 2018.] Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp.pdf#page=41.

GUIRADO GONZÁLEZ, C., y otros. 2014. La agricultura social en Catalunya: innovación social y dinamización agroecológica para la ocupación de personas en riesgo de exclusión. [En línea] 2014. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4868129.pdf>.

GVA. 2017. GENERALITAT VALENCIANA. *Consilleria de sanidad universal y salud pública. Cartera de Servicios de Salud Mental. Cartera de Servicios de Salud Mental.* [En línea] 2017. [Citado el: 7 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6449185/cartera_serveis_salut_mental_cas.pdf.

— **2018a.** GENERALITAT VALENCIANA. *Consilleria de sanidad universal y salud pública. Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020.* [En línea] 2018a. [Citado el: 8 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrateg%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>.

— **2018b.** GENERALITAT VALENCIANA. *Consilleria de sanidad universal y salud pública. Normativas.* [En línea] 2018b. [Citado el: 9 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgas/normativa>.

GVA-186-148. GENERALITAT VALENCIANA. Decreto 148/1986, de 24 de noviembre, del Consejo de la Generalidad Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de salud mental en la Comunidad Valenciana. (DOGV núm. 492 de 12/23/1986). *Fecha de entrada en vigor: 24/12/1986. Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=%202086/1986.

GVA-1996-132. GENERALITAT VALENCIANA. DECRET 132/1996, de 4 de juliol, del Govern Valencià, pel qual s'assignen competències en matèria d'atenció als malalts mentals. (DOGV núm. 2793 de 17.07.1996). *DATA D'ENTRADA EN VIGOR: 18.07.1996. Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=%201429/1996.

GVA-1998-81. GENERALITAT VALENCIANA. DECRET 81/1998, de 4 de juny de 1998, del Govern Valencià, pel qual defineix i estructura els recursos sanitaris dirigits a la salut mental i l'assistència psiquiàtrica a la Comunitat Valenciana. [1998/X5210]. (*DOGV núm. 3269 de 22.06.1998*); *DATA D'ENTRADA EN VIGOR: 23.06.1998*. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/va/index.php?id=26&CHK_TEXTO_LIBRtipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=1155/1998.

GVA-2005-4. GENERALITAT VALENCIANA. LEY 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. [2005/7332] (*DOGV núm. 5034 de 23.06.2005*). *FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 24.06.2005; FECHA FIN VIGENCIA: 01.01.2015*. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1751&sig=3437/2005&L=1&url_lista=+.

GVA-2006-11142. GENERALITAT VALENCIANA. ORDEN de 12 de septiembre de 2006, del conseller de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 26 de septiembre de 2005, por la que se creó el Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. [2006/11142]. (*DOGV núm. 5365 de 11.10.2006*); *Valencia, España*. [En línea] [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=5251/2006&L=1.

GVA-2010-1. GENERALITAT VALENCIANA. Orden 9 de abril 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales. (*DOGV núm. 1291 de 26.04.1990*); *Valencia, España*. [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=24&sig=0992/1990&L=1.

GVA-2012-30. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad. [2012/1201]. (*DOGV núm. 6709 de 08.02.2012*); *FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 09.02.2012; Valencia, España*. [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=001328%2F2012.

GVA-2013-70. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut. [2013/6096] . (*DOGV núm. 7043 de 11.06.2013*); *Conselleria Sanidad, Valencia, España*. [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=26&sig=005674/2013&L=1&url_lista=%26amp%3Bamp%3BCHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26amp%3Bamp%3Btipo_search%3Dlegislacion%26amp%3Bnum_tipo%3D6%26amp%3Bamp%3BTD%3DDecreto%26amp%3Bamp%3BSOLO_NUME.

GVA-2014-10. GENERALITAT VALENCIANA. LLEI 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana [2014/11888] (*DOGV núm. 7434 de 31.12.2014*). *DATA D'ENTRADA EN VIGOR: 01.01.2015*[En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1751&sig=3437/2005&L=1&url_lista=+.

GVA-2015-74. GENERALITAT VALENCIANA. DECRET 74 ,de 15 maig de 2015, del Consell regula la libre elección en el ámbito de la atención y la creación de su registro autonómico. [2015/4539] . *GU: núm. 7530; p. 14973-14978*. [En línea] [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/datos/2015/05/21/pdf/2015_4539.pdf.

GVA-2016-64. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 64/2016, de 27 de mayo, del Consell, regula las bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV [2016/3984]. (*DOGV* núm. 7795 de 01.06.2016); *Fecha de entrada en vigor: 02.06.2016; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: [http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003824%2F2016&url_lista=.](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003824%2F2016&url_lista=)

GVA-2016-SINDIC. GENERALITAT VALENCIANA. Informe a les corts valencianes 2016. . *Sindic de Greuges de la Comunitat Valenciana, Valencia España.* [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.elsindic.com/documentos/675_memoria2016CAS.pdf.

GVA-2017-169. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [2017/9963] (*DOGV* núm. 8166 de 09.11.2017). *FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10.11.2017; Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=009651%2F2017.

GVA-2018-213. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 213/2018, de 23 de noviembre, del Consell, por el que se crea y regula el Observatorio Valenciano de Salud. [2018/11368] (*DOGV* núm. 8440 de 10.12.2018). *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, Valencia España.* [En línea] [Citado el: 8 de diciembre de 2018.] Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=011095/2018&L=1.

GVA-2018-8. GENERALITAT VALENCIANA. LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. [2018/3968] (*DOGV* núm. 8279 de 23.04.2018). *Modifica: Ley 3/2003 de 6 de febrero y Ley 10/2014 de 29 de diciembre; Entrada en vigor: 24.04.2018; Presidencia de la Generalitat, Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 8 de diciembre de 2018.] Disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=003941%2F2018&url_lista=%26amp%3Bamp%3BCHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26amp%3Bamp%3Bamp%3Btipo_search%3Dlegislacion%26amp%3Bamp%3Bnum_tipo%3D9%26amp%3Bamp%3Bamp%3Bsignatura%3D0046.

GVA-2019-24. GENERALITAT VALENCIANA. DECRETO 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana. [2019/2068] (*DOGV* núm. 8497 de 01.03.2019). *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, Valencia, España.* [En línea] [Citado el: 27 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=002009/2019&L=1.

HARO, J.M., y otros. 2013. *Roadmap for mental health research in europe. International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2013;23(S1):1-14. 2013.

HEIDEGGER, M. 1926. Ser y Tiempo. *Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. Edición digital.* [En línea] 1926. [Citado el: 6 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.afoiceomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf>.

HENAO, S, y otros. 2016. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. [En línea] Aug de 2016. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200007&lng=en..

HERAS HERNÁNDEZ, M. 2017. Claves de la Protección Social de la Dependencia En Italia: Discapacidad y Edad Avanzada de la Persona No Autosuficiente. *Revista Derecho Social y Empresa n°8*. [En línea] diciembre de 2017. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: [http://www.Downloads/articulos_RDSyE_DICIEMBRE_2017_-_HERAS%20\(4\).pdf](http://www.Downloads/articulos_RDSyE_DICIEMBRE_2017_-_HERAS%20(4).pdf). ISSN: 2341-135X.

HERNÁN, M., MORGAN, A. y MENA, A.L. 2010. Formación en salutogénesis y activos para la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Bienestar Social. Serie Monografías EASP n°51*. [En línea] 2010. [Citado el: 12 de septiembre de 2018.] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwii5fL_jrXdAhVRIMUKHS9QA58QFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.easp.es%2F%3Fwpdmact%3Dprocess%26did%3DMi5ob3RsaW5r&usg=AOvVaw25gwNo8DA239Ozj9W4_g8_. ISBN: 978-84-695-7462-1.

HERNANDEZ F., L. 2003. ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia? *Rev. Salud Pública 5(1):40-45*. [En línea] 2003. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642003000100004&script=sci_abstract&tIng=en. ISSN: 0124-0064.

HERNANDEZ SAMPIERI, R, FERNANDEZ COLLADO, C y BAPTISTA LUCIO, P. 2007. *Metodología de la investigación*. México : Mc Graw Hill, 2007. Cuarta edición.

HERNÁNDEZ WENCE, J., y otros. 2010. Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. *Artículo publicado en: Rev Mex Med Fis Rehab 2010; 22(4): p.108-112*. [En línea] diciembre de 2010. [Citado el: 27 de enero de 2018.] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>.

HIPES, C., y otros. 2016. The stigma of mental illness in the labor market. . *Social Science Research (56): p. 16-25*. . [En línea] 2016. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26857169>.

HOLMES, E.A., CRASKE, M.G. y GRAYBIEL, A.M. 2014. *Psychological treatments: A call for mental-health science. Nature. 2014;511(7509):287-9*. 2014.

HOPP, MV. 2018. Sostenibilidad y promoción del trabajo asociativo, cooperativo y autogestionado en la Argentina actual. [En línea] 2018. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.revistaotraeconomia.org/index.php/otraeconomia/article/view/14746>.

IESM-OMS. 2015. Organización Mundial de la Salud. *INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL ECUADOR* . [En línea] 2015. [Citado el: 11 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1.

INE. 2012. Instituto Nacional de Estadística de España. *Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012)*. [En línea] 2012. [Citado el: 8 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=125473557.

—. **2016c.** Instituto Nacional de Estadística de España. *Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE, 2016. Fuente: Encuesta Condiciones materiales de vida*. [En línea] 2016c. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=11205>.

—. **2018**. Instituto Nacional de Estadística de España. *El Empleo de las Personas con Discapacidad Año 2017*. [En línea] 2018. [Citado el: 2 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epd_2017.pdf.

—. **2016**. Instituto Nacional de Estadísticas de España. *Encuesta de morbilidad hospitalaria 2016. Altas hospitalarias y estancias causadas según el sexo y el diagnóstico principal*. [En línea] 2016. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2016/l0/&file=01001.px>.

—. **2017b**. Instituto Nacional de Estadísticas de España. *España en cifras 2017*. [En línea] 2017b. [Citado el: 2018 de julio de 25.] Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf.

INEC. 2017. Instituto Nacional de Encuestas y Censos Ecuador. *Densidad de población Ecuador. 76*. [En línea] 2017. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>.

—. **2014b**. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador. *Cuentas Satélite de Servicios de Salud 2007-2014*. [En línea] 2014b. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_Salud/1_Presentacion_CSS_2007-2014.pdf.

—. **2017b**. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador. *Reporte de Pobreza y Desigualdad, Ecuador, 2017. 76*. [En línea] diciembre de 2017b. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2017/Diciembre/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad%20_dic17.pdf.

INNESTI, A. 2014. La noción de discapacidad en el contexto italiano e internacional. *Le parole del lavoro: un glossario internazionale/19*. [En línea] 16 de mayo de 2014. [Citado el: agosto de 8 de 2018.] Disponible en: http://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2014/05/2014_20_innesti.pdf.

IPA. 2018. International Psychoanalytical Association. *Sobre el Psicoanálisis*. [En línea] 2018. [Citado el: 30 de abril de 2018.] Disponible en: https://www.ipa.world/IPA/IPA_Docs/Spanish%20About%20Psychoanalysis.pdf.

ISTAT. 2013. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. *Limitaciones en el trabajo de personas con problemas de salud en Italia. Estadísticas sociodemográficas y ambientales*. [En línea] 3 de mayo de 2013. [Citado el: 8 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www4.istat.it/en/archive/89408>.

—. **2015**. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (Centros residenciales de bienestar social y socio-salud)*. [En línea] 17 de diciembre de 2015. [Citado el: 8 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.istat.it/it/archivio/176622>. id:176622.

—. **2018**. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. *Rapporto Annuale 2018. La situazione del Paese. Capitolo 5: Reti di servizi: offerta e diseguaglianze territorial (Redes de servicios: oferta y desigualdades territoriales): p.244-265*. [En línea] 16 de mayo de 2018. [Citado el: 8 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>. ISBN: 978-88-458-1954-4

—. **2018a**. Istituto Nazionale di Statistica della Italia. *Rapporto Annuale 2018. La situazione del Paese. Capítulo 2: Il Lavoro: p.87-126*. [En línea] 16 de mayo de 2018a. [Citado el: 8 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>.

JIMÉNEZ, WG, y otros. 2017. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Rev. Univ. Salud 2017; 19(1): p.126-139*. [En línea] 2017. [Citado el: 3 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00126.pdf>.

JUAN-PORCAR, M., y otros. 2015. Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora (artículo de revisión). *Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol. 23(2):p.352-60*. [En línea] marzo-abril de 2015. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00352.pdf.

KILIAN, R. y BECKER, T. 2007. Macroeconomic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Ment Health, Vol. 16, (2): p. 211-222*. [En línea] 2007. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638230701279899>.

KILLASPI, H., y otros. 2018. EU Compass For Action on Mental Health and Well-Being. Providing Community-based Mental Health Services. Position Paper. *Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020)*. [En línea] 2018. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_compass_positionpaper_en.pdf.

KINN, L., y otros. 2011. Being candidates in a transitional vocational course: Experiences of self, everyday life and work potentials. *Artículo publicado en: Disability & Society. 26: p. 433-448*. [En línea] 2011. [Citado el: 28 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/233007566_Being_candidates_in_a_transitional_vocational_course_Experiences_of_self_everyday_life_and_work_potentials. DIO:10.1080/09687599.2011.567795.

KNAPP, M., y otros. 2007. Salud mental en Europa: políticas y práctica Líneas futuras en salud mental. [En línea] 2007. [Citado el: 12 de septiembre de 2018.] Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>.

LANCET. 2018. The Lancet Commissions. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development; Published Online, Vol. 392: p. 1553-98*. [En línea] 9 de Octubre de 2018. [Citado el: 12 de enero de 2019.] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).

LEGIDO-QUIGLE, H, y otros. 2013. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? [En línea] 2013. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/989756/>. ISSN 0959-8138.

LLANOS ORTÍZ, JC. 2017. El estado de la pobreza seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2016. *Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. 7 Informe Anual de seguimiento del indicador AROPE*. [En línea] 2017. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf.

LOBATO SORIANO, H., y otros. 2006. Mujer, discapacidad y empleo tejiendo la discriminación. *Revista Acciones e investigaciones sociales*, , Nº Extra 1, 2006: p. 187-188, España. [En línea] 2006. [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: [http://www.Dialnet-MujerDiscapacidadYEmpleo-2125759%20\(2\).pdf](http://www.Dialnet-MujerDiscapacidadYEmpleo-2125759%20(2).pdf). ISSN: 1132-192X.

LOHIGORRY, J, TISERA, A y LENTA, MM. 2014. Salud Mental e inclusión social: Derecho al trabajo en el contexto actual. [En línea] 2014. [Citado el: 17 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/259.pdf>.

LÓPEZ ÁLVAREZ, M. 2010. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: La experiencia de Andalucía. *Revista Norte de Salud Mental. VOL 8- núm. 36: p.11-23.* [En línea] 2010. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: https://psiquiatria.com/at_primaria/el-empleo-y-la-recuperacion-de-personas-con-trastornos-mentales-graves-la-experiencia-de-andalucia/.

LÓPEZ ÁLVAREZ, M., y otros. 2004. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 24(89): p.31-65. Madrid, España. [En línea] marzo de 2004. [Citado el: 19 de enero de 2018.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019661004.pdf>. ISSN: 0211-5735.

LÓPEZ et al. 2003. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. [aut. libro] A. y Olabarría, B. Espino. *La formación de los profesionales de la Salud Mental en España.* Madrid : AEN, 2003.

LÓPEZ GRACIA, MV. 2017. LAS CRISIS DE SALUD MENTAL Y LOS CUIDADOS FAMILIARES: UN ESTUDIO CUALITATIVO. *Tesis doctoral.* Alicante : s.n., 2017.

LÓPEZ MOSTEIRO, C. 2012. Relato de una experiencia de pasantía en Trieste (Art.). *Rev. Topía, Argentina.* [En línea] enero de 2012. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/relato-una-experiencia-pasantí-trieste>.

LÓPEZ, M, y otros. 2004a. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. [En línea] 2004a. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228685756_Los_programas_residenciales_para_personas_con_trastorno_mental_severo_Revision_y_propuestas.

LÓPEZ, M. 2002. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental. [aut. libro] M, López, D y otros. En Verdugo. *Rehabilitación en Salud mental. Situación y perspectivas.* p. 75-105. Salamanca : Amarú, 2002.

LÓPEZ, M. y LAVIANA, M. 2007. Rehabilitación apoyo social y atención comunitaria a prsonas con trastorno mental grave. Una propuesta desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.27 no.1 Madrid.* [En línea] marzo de 2007. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016. ISSN: 2340-2733.

LÓPEZ-IBOR. 2008. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiatrico del mundo. [En línea] 2008. [Citado el: 30 de enero de 2018.] Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-1-9-857704.pdf>.

LUCIANO DEVIS, JV, y otros. 2009. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. [En línea] 2009. [Citado el: 28 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cooperacion-entre-atencion-primaria-servicios-S0212656708000231>.

LUJÁN, I. 2016. El desarrollo cognitivo: las fases de Piaget. *Universidad de Valencia, Máster Universitario en Investigación en Didácticas Específicas*. [En línea] 9 de marzo de 2016. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.uv.es/uvweb/master-investigacion-didactiques-especificas/es/blog/desarrollo-cognitivo-fases-piaget-1285958572212/GasetaRecerca.html?id=1285960943583>.

LUSSI, IAO y PEREIRA, MAO. 2011. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. [En línea] 2011. [Citado el: 21 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200030&lng=en..

MACRO. 2017. Datos macroeconómicos. [En línea] 2017. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>.

MADOZ-GURPIDE, A., y otros. 2017. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev. Esp. Salud Publica 91; España*. [En línea] [Citado el: 21 de septiembre de 2017] Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-7272017000100300&script=sci_arttext&lng=en.

MAEC. 2018. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España. Oficina de Información Diplomática. *Ficha País Italia*. [En línea] abril de 2018. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/ITALIA_FICHA%20PAIS.pdf.

MAIELLO, M. 2001. La cooperación social en Italia en el movimiento cooperativo y en el sector no lucrativo. *CIRIEC-España, Rev. de Economía Pública, Social y Cooperativa, (37): p. 177-202*. [En línea] abril de 2001. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/174/17403708.pdf>. ISSN: 0213-8093.

MARSHALL, M y RATHBONE, J. 2011. Early intervention for psychosis. [En línea] Cochrane Database Syst Rev on page CD004718., 2011. [Citado el: 30 de enero de 2019.] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163966/>.

MARTIN CILLEROS, MV y SANCHEZ GOMEZ, MC. 2016. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. v. 21, n. 8, pp. 2365-2374. *Ciência & Saúde Coletiva*. [En línea] 2016. [Citado el: 25 de febrero de 2019.] <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.04182016>>. ISSN 1678-4561..

MARTÍNEZ RÍOS, B. 2013. Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad, 1 (1): p. 9-32*. [En línea] 2013. [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.01>.

MARX, K. 1867. *El Capital*. Madrid : Halcón, 1867.

—. **1844.** Manuscritos filosoficos y economicos (Escrito: entre abril y agosto de 1844). (*Primera Edición: En Marx/Engels Gesamtausgabe,, Abt. 1, Bd. 3*). Fuente texto digital: Biblioteca

Virtual "Espartaco", enero 2001. [En línea] 9 de marzo de 1844. Disponible en: <https://pensaryhacer.files.wordpress.com/2008/06/manuscritos-filosoficos-y-economicos-1844karl-marx.pdf>.

MASE. 2014. Ministerio de Asuntos Exteriores de España. *Medidas para la promoción del empleo de personas con discapacidad en Iberoamérica.* . [En línea] 2014. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Oiss_Estudio_sobre_medidas_promocion_de_empleo-2.pdf

MAURI, M., y otros. 2019. Aggressiveness and violence in psychiatric patients: a clinical or social paradigm? *CNS Spectrums, Cambridge University Press.* [En línea] 4 de febrero de 2019. [Citado el: 25 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1092852918001438>.

MAXQDA. 2018. Software MAXQDA. [En línea] 2018. [Citado el: 17 de Octubre de 2018.] Disponible en: <https://es.maxqda.com/acerca-de-maxqda>.

MAYA GONZÁLEZ, J. 2015. Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social 5: 128-148.* [En línea] 2015. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/trashumante/article/viewFile/21698/17883>. DOI: [dx.doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a07](https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a07).

MAZZAIA, M.C. 2018. Needs in Mental Health and Research. *Rev. Bras. Enferm. 71 (suppl. 5): p.2077-8; Thematic Issue: Mental health.* [En línea] 2018. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0363>.

MCKEE, M y STUCKLER, D. 2011. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. [En línea] 2011. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/20547/>. ISSN 0959-8138.

MEZZINA, R. 2017. Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. *Art. publicado en: Rev. Topia, Buenos Aires, Argentina.* [En línea] noviembre de 2017. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>.

MICHALAK, J, y otros. 2011. Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. *Art. en: Personality and Individual Differences. 50. 751-754. 10.1016/j.paid.2010.11.029.* [En línea] abril de 2011. [Citado el: 29 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229270275_Buffering_low_self-esteem_The_effect_of_mindful_acceptance_on_the_relationship_between_self-esteem_and_depression. DOI: [10.1016/j.paid.2010.11.029](https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.029).

MINGOTE, J.C., y otros. 2008. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med. Secur. Trab.; Vol LIII n. 208: 24p.* [En línea] septiembre de 2008. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf>.

MOLINA, J, y otros. 2018. Mental Health Care in Spain: From Psychiatric Reform to Community-based Care within the " State of Autonomies " . [En línea] 2018. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en:

<http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?docid=10283684-201809-201812040007-201812040007-173-187%2Bii>.

MOLONEY, P. 2018. La salud mental y el estigma en Europa. . *Proyecto M.E.N.S.Red Europea de Deporte y Salud Mental*. [En línea] 2018. [Citado el: 25 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=76>.

MONTGOMERY, AE, MATRAUX, S y CULHANE, D. 2013. Rethinking Homelessness Prevention among Persons with Serious Mental Illness. [En línea] 2013. [Citado el: 16 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-2409.2012.01043.x>.

MORENO, E. 2015. Abordaje de problemas psicológicos y de salud mental en sistemas públicos de salud: hacia la implementación de estrategias y tratamientos basados en la evidencia. [En línea] 2015. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/13357/2016000001331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

MRL-2013-0041. ECUADOR. Acuerdo Ministerial, de 4 de marzo de 2013, núm. MRL-2013-0041 del Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador . *Mediante el cual se expide el Reglamento para el registro de trabajadores sustitutos de personas con discapacidad*. [En línea] [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/93227/108960/F-2113504140/ECU93227.pdf>.

MSA. 2013. Ministerio de Salud de Argentina. *Plan Nacional de Salud Mental*. . [En línea] 2013. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.

MSB. 2018. Ministerio de Saude Brasil. *Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos*. [En línea] Ministerio de Saude Brasil, 2018. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.saude.gov.br/saudemental>.

MSC. 2018. Ministerio de Salud de Chile. *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. [En línea] 2018. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf.

MSCE. 2007. *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007.

MSI. 2013. Ministerio della Salute, Italia. *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*. [En línea] 2013. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni.

—. **2014.** Ministerio della Salute, Italia. *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*. [En línea] 2014. [Citado el: 27 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_0_fileAllegatoIntervista.pdf.

— **2014b.** Ministerio della Salute, Italia. Accordo n. 137 del 13 novembre 2014. A cura di Conferenza Unificata 13 novembre 2014. *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Data di pubblicazione: 16 ottobre 2015 , ultimo aggiornamento 25 gennaio 2016.* [En línea] 2014b. [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf.

— **2016.** Ministerio della Salute, Italia. *Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM) anno 2016.* [En línea] 2016. [Citado el: 15 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2731_ulterioriallegati_ulterioreallegato_2_all eg.pdf.

— **2016b.** Ministerio della Salute, Italia. *Le strategie nazionali e internazionali per la salute mentale.* [En línea] 2016b. [Citado el: 27 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_442_intervisteRelatori_itemInterviste_0_fileAllegatoIntervista.pdf.

MSP. 2012. Ministerio de Salud Publica de Ecuador. *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud MAIS-FCI. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; p:210.* [En línea] 2012. [Citado el: 20 de mayo de 2018.] Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

— **2013.** Ministerio de Salud Pública de Ecuador. *Proyecto K007: Creación e implementación de servicios de la red de salud mental comunitaria y centros estatales de recuperación de adicciones. en 9 provincias del Ecuador (01/01/2013 – 31/12/2017). Ficha Informativa de Proyecto 2016.* [En línea] 2013. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Salud-mental.pdf>.

— **2013b.** Ministerio de Salud Pública de Ecuador. *Centro de Atención Ambulatoria Especializada San Lázaro.* [En línea] 2013b. [Citado el: 29 de octubre de 2018.] Disponible en: <http://www.sanlazarogob.ec/>.

— **2014.** Ministerio de Salud Pública de Ecuador. *Modelo de Atención en Salud Mental.* [En línea] 2014. [Citado el: 1 de diciembre de 2016.] Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>.

— **2017.** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Salud Mental.* [En línea] 2017. [Citado el: 7 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>.

MSSSI. 2005. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *La atención de Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Toledo, Castilla-La Mancha.* [En línea] 14 de abril de 2005. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf.

— **2014.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. *Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental. Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* [En línea] 2014. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Transversalidad_y_continuidad.pdf. NIPO en línea:680-14-161-3.

—. **2014b**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. [En línea] 2014b. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf.

—. **2016a**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Informes, Estudios e Investigación 2017. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Indicadores demográficos*. [En línea] 2016a. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf. NIPO en línea: 680-17-086-X.

—. **2016b**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Registro de actividad de Atención Especializada. En: Promoción, prevención y atención a los problemas de salud Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016*. [En línea] 2016b. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/4Prom_Prev_Prob_salud.pdf.

—. **2016c**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 Estrategias y acciones destacables Comunitat Valenciana. Informes, Estudios e Investigación 2016*. [En línea] 2016c. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Valencia.pdf>.

—. **2018a**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, España. *Sistema de Información del SNS*. [En línea] junio de 2018a. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf.

—. **2018b**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, SNS*. [En línea] junio de 2018b. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf.

—. **2018c**. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. *Organización institucional, España*. [En línea] 2018c. [Citado el: 25 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm>.

MUÑOZ VALDÉS, YA, POBLETE TOLOZA, YDP y JIMENEZ FIGUEROA, AE. 2012. Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la Ciudad de Talca, Chile. . [En línea] 2012. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18026361003>. ISSN 0325-8203.

MUÑOZ, M, y otros. 2009. *ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid : Editorial Complutense, S. A., 2009. 978-84-7491-980-6.

MUÑOZ, M., SANZ, M. y PÉREZ-SANTOS, E. 2011. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. Artículo Monográfico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud Vol. 07, p 41-50, Univeridad Complutense de Madrid.* [En línea] 2011. [Citado el: 16 de abril de 2018.] Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>.

NAVARRO-MATEU, F, y otros. 2015. Prevalence of mental disorders in the south-east of Spain, one of the european regions most affected by the economic crisis: the cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. [En línea] 2015. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/25616>.

NOVELLA, E. 2008. *Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos.* s.l. : Frenia, 2008. Vols. VIII:9-32. ISSN: 1577-7200.

— **2017.** Els espais de la bogeria (Los espacios de la locura). [En línea] 2017. [Citado el: 14 de octubre de 2018.] Disponible en: <https://www.diarilaveu.com/apunt/74326/els-espais-de-la-bogeria>.

— **2018.** Introducción: Salud mental y ciudadanía. [En línea] 2018. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsi/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0511.pdf>.

O'REILLY-OIT. 2007. Elderecho al trabajo decente de las personas con discapacidades. [En línea] 2007. [Citado el: 9 de marzo de 2018.] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_091966.pdf.

ODISMET. 2017. Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo de La Fundación Once. *Informe general la situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral en España.* [En línea] 2017. [Citado el: 9 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-odismet-2017.pdf>.

OEPSS. 2007. Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Versión española, Primera Edición. Original: Mental Health Policy and Practice across Europe, de Martin Knapp y otros. Ministerio de Sanidad y Consump, España.* [En línea] 2007. [Citado el: 13 de junio de 2018.] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>. ISBN: 10 84-7670-684-7.

OIT. 2004. Organización Internacional del Trabajo. *R195 - Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos, 2004 (núm. 195) Adopción: Ginebra, 92ª reunión CIT (17 junio 2004) - Estatus: Instrumento actualizado.* [En línea] 2004. [Citado el: 12 de abril de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312533.

— **2007.** Organización Internacional del Trabajo. *Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo.* [En línea] noviembre de 2007. [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf.

—. **2009.** Organización Internacional del Trabajo. *Promoción de la igualdad y lucha contra la discriminación: 6.3. La discapacidad enfoques incluyentes para el trabajo productivo. En desafíos Fundamentales.* [En línea] 2009. [Citado el: 1 de marzo de 2018.] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_229858.pdf.

—. **2009b.** Organización Internacional del Trabajo. *Información técnica sobre las enfermedades que plantean problemas para su posible inclusión en la lista de enfermedades profesionales (núm. 194, 2009).* Ginebra,. [En línea] 2009b. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_116916.pdf. ISBN: 978-92-2-322811-8 (web pdf).

—. **2011.** Organización Internacional del Trabajo. *Discapacidad en el lugar de trabajo: Organizaciones de empleadores y redes empresariales. Documentos de trabajo núm.6, Primera Edición. OIT/Cinterfor, 2011; p. 71. Montevideo.* [En línea] 2011. [Citado el: 28 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/actemp/downloads/publications/working_paper_n6_sp.pdf. ISBN: 978-92-2-125563-5.

—. **2014.** Organización Internacional del Trabajo. *Lograr la igualdad de oportunidades en el empleo para las personas con discapacidad a través de la legislación.* [En línea] 2014. [Citado el: 14 de marzo de 2018.] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_322694.pdf.

—. **2014b.** Organización Internacional del Trabajo. *La enfermedad mental en el lugar de trabajo: que no predomine el estigma. Artículo, Noticias, OIT, Ginebra.* [En línea] 31 de octubre de 2014b. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_317010/lang--es/index.htm.

—. **2015.** Organización Internacional del Trabajo. *Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017. Un doble enfoque de acciones transversales y específicas para las personas con discapacidad. Ginebra: OIT.* [En línea] 2015. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/genericdocument/wcms_370773.pdf. ISBN: 978-92-2-329424-3 (web pdf).

—. **2016.** Organización Internacional del Trabajo. *Estrés en el trabajo: un reto colectivo. OIT: Ginebra.* [En línea] 2016. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>. ISBN: 978-92-2-330642-7 (web pdf).

—. **2016b.** Organización Internacional del Trabajo. *¿Por qué el estrés en el trabajo es un reto colectivo y qué medidas podemos adoptar? Noticias OIT, Tema Especial.* [En línea] 27 de abril de 2016b. [Citado el: 28 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/comment-analysis/WCMS_475085/lang--es/index.htm?shared_from=media-mail.

—. **2017.** Organización Internacional del Trabajo. *Fomentando la diversidad y la inclusión mediante ajustes en el lugar de trabajo: una guía práctica. Primera Edición. Ginebra: OIT.* [En línea] 2017. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_560782.pdf. ISBN 978-92-2-331226-8 (web pdf).

—. **2018.** Organización Internacional del Trabajo. *Contribuciones al debate sobre el futuro del trabajo. La integración laboral y social de colectivos especialmente vulnerables: personas con*

enfermedades raras, personas con enfermedades mentales y mujeres con discapacidad. Autoras: M. López & Chicano G. [En línea] 2018. [Citado el: 28 de agosto de 2018.] Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-madrid/documents/article/wcms_548585.pdf.

OLAIZ, G, y otros. 2006. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. Mexico : Salud pública Méx, 2006. 48.

OMS. 1986. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud.* [En línea] 1986. [Citado el: 21 de marzo de 2017.] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.

—. **1992.** Organización Mundial de la Salud. *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid.* [En línea] 1992. [Citado el: 6 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40510>.

—. **1996.** Organización Mundial de la Salud. *Health Care Law: Ten Basic Principles.* [En línea] 1996. [Citado el: 26 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/oms/>.

—. **1997.** Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de La Salud en el Siglo XXI, Yakarta, República de Indonesia; 21-25 de Julio de 1997.* [En línea] 1997. [Citado el: 26 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://parquedelavida.co/index.php/el-parque/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indones>.

—. **2004.** Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental.* [En línea] 2004. [Citado el: 30 de Agosto de 2016.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.

—. **2004b.** Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud.* [En línea] 2004b. [Citado el: 2016 de septiembre de 30.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.

—. **2005.** Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Helsinki y plan de acción europeo para la salud menal.* [En línea] 2005. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.

—. **2007.** Organización Mundial de la Salud. *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS: Washington, DO.* [En línea] 2007. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173230/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf?sequence=1>.

—. **2008.** Organización Mundial de la Salud. *Sistema de Salud Mental en El Ecuador.* [En línea] 2008. [Citado el: 7 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.

—. **2008b.** Organización Mundial de la Salud. *World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* [En línea] 2008b. [Citado el: 5 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.

—. **2010.** Organización Mundial de la Salud. *Guía mhGAP para la atención de trastornos mentales*. [En línea] 2010. [Citado el: 10 de septiembre de 2016.] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es.

—. **2010b.** Organización Mundial de la Salud. *User empowerment in mental health*. [En línea] 2010b. [Citado el: 31 de marzo de 2018.] Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf?ua=1.

—. **2010c.** Organización Mundial de la Salud. *Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. . [En línea] 2010c. [Citado el: 5 de agosto de 2018.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf?sequence=1.

—. **2011.** Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la discapacidad*. [En línea] 2011. [Citado el: 17 de octubre de 2016.] Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.

—. **2011a.** Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. [En línea] 2011a. [Citado el: 8 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf.

—. **2011b.** Organización Mundial de la Salud. *Atlas de Italia de Salud Mental*. [En línea] 2011b. [Citado el: 27 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/ita_mh_profile.pdf?ua=1.

—. **2012.** Organización Mundial de la Salud. *Rehabilitación basada en la comunidad: componente Salud*. [En línea] 2012. [Citado el: 21 de marzo de 2018.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf.

—. **2012a.** Organización Mundial de la Salud. *Salud en Las Américas*. [En línea] 2012a. [Citado el: 1 de junio de 2017.] Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=149&lang=es.

—. **2012b.** Organización Mundial de la Salud. *Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias en el nivel de atención en salud no especializada*. [En línea] 2012b. [Citado el: 9 de febrero de 2016.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/.

—. **2012c.** Organización Mundial de la Salud. *Rehabilitación basada en la comunidad: componente subsistencia*. [En línea] 2012c. [Citado el: 8 de enero de 2017.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/42/9789243548050_Introducci%C3%B3n_spa.pdf.

—. **2012d.** Organización Mundial de la Salud. *Rehabilitación basada en la Comunidad: Componente Social*. [En línea] 2012d. [Citado el: 23 de marzo de 2018.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Social_spa.pdf;jsessionid=919A71D19C5313058863662A4A2BFB6A?sequence=5.

—. **2013.** Organización Mundial de la Salud. *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. [En línea] 2013. [Citado el: 19 de marzo de 2017.] Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf. ISBN 978 92 4 3506002 9.

— **2014**. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio un imperativo global*. [En línea] 2014. [Citado el: 9 de octubre de 2016.] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1. ISBN: 978 92 4 256477 8.

— **2014a**. Organización Mundial de la Salud. *Estimaciones de salud globales. Cuadros de resumen: DALYs por causa, edad y sexo, por región de la OMS, 2000-2012*. [En línea] 2014a. [Citado el: 25 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/.

— **2015**. Organización Mundial de la Salud. *Nota descriptiva N°369, octubre*. [En línea] 2015. [Citado el: 20 de marzo de 2017.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

— **2015a**. Organización Mundial de la Salud. *Suicidio*. [En línea] 2015a. [Citado el: 8 de octubre de 2016.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.

— **2015b**. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales*. [En línea] 2015b. [Citado el: 22 de enero de 2016.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

— **2015c**. Organización Mundial de la Salud. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. [En línea] 2015c. [Citado el: 25 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1.

— **2015d**. Organización Mundial de la Salud. *OMS-OPS. Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental del Ecuador (IESM-OMS), Ecuador*. [En línea] diciembre de 2015d. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1.

— **2016**. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales*. [En línea] 2016. [Citado el: julio de 29 de 2016.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

— **2016b**. Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. [En línea] 2016b. [Citado el: 9 de enero de 2017.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.

— **2016c**. Organización Mundial de la Salud. *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*. [En línea] 2016c. [Citado el: 31 de marzo de 2018.] Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1.

— **2016d**. Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es la promoción de la salud?* [En línea] 2016d. [Citado el: 11 de abril de 2018.] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.

— **2018**. Organización Mundial de la Salud. *Data and statistics*. [En línea] 2018. [Citado el: 17 de enero de 2018.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>.

—. **2018a.** Organización Mundial de la Salud. *Datos sobre la discapacidad.* [En línea] 2018a. [Citado el: 20 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/index1.html>.

—. **2018b.** Organización Mundial de la Salud. *Programa de acción para superar las brechas en salud mental.* [En línea] 2018b. [Citado el: 26 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/. ISBN: 9789241596206..

ONU. 1948. Organización de Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos.* [En línea] 1948. [Citado el: 17 de mayo de 2017.] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

—. **1975.** Organización de las Naciones Unidas. *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 al 12 de marzo de 1995. Acuerdos: Declaración de Copenhague, los diez compromisos y el Programa de Acción.* [En línea] 1975. [Citado el: 25 de abril de 2018.] <https://www.un.org/development/desa/dspd/world-summit-for-social-development-1995.html>.

—. **1982.** Organización de Naciones Unidas. *Programa de Acción Mundial. Década de las Naciones Unidas para las Personas con discapacidad: 1983-1992.* [En línea] 1982. [Citado el: 12 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/.../discapacidad/marcos.../programa_accion_onu.doc.

—. **1991.** Organización de Naciones Unidas. *Principio para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental.* [En línea] 1991. [Citado el: 24 de marzo de 2018.] Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>.

—. **1993.** Organización de Naciones Unidas. *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.* [En línea] 1993. [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://documents-dds-y.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/119/99/PDF/N9411999.pdf?OpenElement>

—. **1993a.** Organización de Naciones Unidas. *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos. Viena, 14 al 25 de junio de 1993. Declaración y Programa de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.* [En línea] 1993a. [Citado el: 12 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>.

—. **1996.** Organización de las Naciones Unidas. *Declaración de Madrid.* [En línea] 1996. [Citado el: 18 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/DOCUMENTOS1.pdf>.

—. **2006.** Organización de Naciones Unidas. *Convención de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La Convención y su Protocolo Facultativo aprobados el 13 de diciembre de 2006.* [En línea] 2006. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.

—. **2008.** Organización de Naciones Unidas. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* [En línea] 2008. [Citado el: 12 de febrero de 2018.] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

—. **2013.** Organización de Naciones Unidas. *Resolución sobre “Las Cooperativas en el Desarrollo Social”, Asamblea General ONU.* [En línea] 2013. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en:

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/133&referer=/english/&Lang=S

—. **2016.** Organización de Naciones Unidas. *Observaciones finales sobre el informe inicial de Italia. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* [En línea] 2016. [Citado el: 14 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/226/70/PDF/G1622670.pdf?OpenElement>.

OPS. 1978. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Alma-Ata.* [En línea] 1978. [Citado el: 4 de abril de 2017.] Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en.

—. **1990.** Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Caracas.* [En línea] 1990. [Citado el: 6 de abril de 2017.] Disponible en:

https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf.

—. **2009.** *Salud Mental en la Comunidad.* [ed.] J RODRIGUEZ. Washington : OPS, 2009. ISBN: 978-92-75-33065-4.

—. **2011.** Organización Panamericana de la Salud. *Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales.* [En línea] 2011. [Citado el: 1 de julio de 2018.] Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es.

—. **2013.** Organización Panamericana de la Salud. *Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe.* [En línea] 2013. [Citado el: 24 de abril de 2018.] Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>.

—. **2015.** Organización Panamericana de la Salud. *Integrando la Atención Primaria de Salud y el nivel especializado en Salud Mental.* [En línea] octubre de 2015. [Citado el: 9 de abril de 2018.] Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11304%3Aregional-conference-on-mental-health-santiago-de-chile-13-15-october-2015&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=es.

—. **2016.** Organización Panamericana de la Salud. *ATLAS REGIONAL DE SALUD MENTAL DE LAS AMÉRICAS.* [En línea] 2016. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. ISBN 978-92-75-11900-6.

ORTH, U. y ROBINS, R.W. 2014. The Development of Self-Esteem. Current Directions in Psychological Science. 23. 10.1177/0963721414547414. [En línea] julio de 2014. [Citado el: 28 de agosto de 2018.] Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/264200525_The_Development_of_Self-Esteem. DOI: 10.1177/0963721414547414.

OTTATI, V., BODENHAUSEN, G. y NEWMAN, I. 2005. Social psychological models of mental illness stigma. In *PW Corrigan (Ed) On he stigma of mental illness: practical strategies for reasarch and social change. En: American Psychological, p.99-128, Washington D.C.* [En línea] 2005. [Citado el: 16 de abril de 2018.] Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2004-20896-004>.

PACHECO BORRELLA, G, PORRAS CABBRERA, A y BILBAO GUERRERO, C. 1999. Posibilidades de intervección en el quehacer cotidiano. s.l. : Cul Cuid, 1999. Vols. ene-jun, III, págs. 69-74.

PARRA-DUSSAN, C. 2010. Convención sobre los derechos de las persona con discapacidad: Antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional.* [En línea] enero-junio de 2010. [Citado el: 12 de enero de 2018.] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041011>. ISSN 1692-8156.

PASCUAL, M. del Pilar. 2014. Violencia contra la mujer con discapacidad. *Revista de Ciencias Sociales, Nº 233-234, 2014 (Ejemplar dedicado a: Tendencias en exclusividad social y discapacidad), p. 95-118, España.* [En línea] 2014. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4554329>. ISSN: 0210-0223.

PASILLERA DÍAZ, M., SUÑÉ, V. y FULLANA NOEL, J. 2012. La inclusión laboral de personas con Trastorno Mental Grave mediante Empleocon Apoyo. Elementos clave a partir de los profesionales. *Rev. Trabajo Social y Salud, nº71, p. 17-30.* [En línea] mayo de 2012. [Citado el: 19 de enero de 2018.] Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/9628/018402.pdf?sequence=1>.

PATEL, V. y KLEINMAN, A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization, 81 (8). p. 609-15. London School of Stropical Medicine.* [En línea] 2003. [Citado el: 4 de mayo de 2018.] Disponible en: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/15976/1/14576893.pdf>. ISSN: 0042-9686.

PE. 2017. Parlamento Europeo. *Documento de Sesión. Informe sobre la aplicación de la Estrategia Europea sobre la Discapacidad, Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. A8-0339/2017.* [En línea] 30 de octubre de 2017. [Citado el: 26 de mayo de 2018.] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2017-0339+0+DOC+PDF+V0//ES>.

PÉREZ PÉREZ, B y EIROÁ OROSA, FL. 2017. Guía de Derechos en Salud Mental. [En línea] 2017. [Citado el: 24 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5545>.

PÉREZ SOTO, C. 2012. *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico.* Santiago de Chile : LOM Editores. Primera Edición, 2012. ISBN: 978-956-00-0361-4.

PERSKINS, R. y RINALDI, M. 2002. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment. *Rev. Psychiatric Bulletin, 26: p. 295-298.* [En línea] 2002. [Citado el: 12 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8de8/e67a099063e946c52f699fc11fe499d39489.pdf>.

PIERÓ et al. 2007. *Tratado de Psicología del Trabajo. Vol I: la actividad laboral en su contexto.* Madrid : Síntesis, 2007.

PIERÓ et al. 1996. *Tratado de Psicología del Trabajo. Vol II: Aspectps psicosociales del trabajo.* Madrid : Síntesis, 1996.

PITA FERNANDEZ, S y PÉRTEGAS DIAZ, S. 2002. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo.* [En línea] 2002. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/cuanti_cuali2.pdf.

POLO, C. 1999. *Crónica del manicomio : prensa, locura y sociedad.* Madrid : Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios Nº 22, 1999. ISBN:8495287005.

POPE, C, ZIEBLAND, S y MAYS, N. 2011. Analysing qualitative data. *British Medical Journal.* BMJ : s.n., 2011. 114.

POWELL, B, y otros. 2015. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. [En línea] 2015. [Citado el: 19 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271211982_A_refined_compilation_of_implementation_strategies_Results_from_the_Expert_Recommendations_for_Implementing_Change_ERIC_project.

PPRÜSS-USTÜN, A. y CORVALÁN, C. 2006. Preventing disease through health environments: toward an estimate of the environmental burden of diase. *Geneva: WHO.* [En línea] 2006. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf. ISBN:92-4-159382-2.

PRATT, H. 1971. *Diccionario de Sociología. Editorial . México.* México D.F. : Fondo de Cultura Económica, 1971.

Public Health Alliance Ireland. 2004. Health in Ireland – An Unequal State. [En línea] 2004. [Citado el: 8 de enero de 2019.] Disponible en: [www. publichealthallianceireland.org](http://www.publichealthallianceireland.org)..

RAE. Real Academia de la Lengua Española. [En línea] [Citado el: 12 de marzo de 2018.] Disponible en:<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=metodolog%C3%ADa>.

RAMÍREZ MECA, M. 2010. Guia metodolgica per a la construcció d itineraris d inserció sociolaboral de les persones en tractament de salut mental a l empresa ordinria. *Servei d'Ocupació de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Barcelona.* [En línea] 2010. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: https://xarxadl.oficinadetreball.gencat.cat/es/system/files/document/attachments/guia_metodologica_insercio_transtormental.pdf. ISBN: 978-84-393-8657-5.

RIVERA, R, ARIAS-GALLEGOS, W y CAHUANA-CUENTAS, M. 2018. Family profile in adolescents with depressive symptomatology in Arequipa City (Peru). [En línea] 2018. [Citado el: 21 de febrero de 2019.] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200117&lng=en.. DOI: 10.4067/s0717-92272018000200117..

RIVERA, Y. 2016. Uso de software aplicado al desarrollo de la investigación en el IIBI y CICINF. *Tesis.* [En línea] 2016. [Citado el: 17 de octubre de 2018.] <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6824>.

RIVEROS, E. 2014. La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Rev. Ajayu*, 12(2); p. 135- 186,. [En línea] agosto de 2014. [Citado el: 27 de abril de 2018.] Disponible en: <http://ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v12n2/v12n2a01.pdf>. ISSN: 2077-2161.

RMI. 2013. Rethink mental illness in Oxford, United Kingdom. [En línea] 2013. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: www.rethink.org/?gclid=CJevo5O1mbsCFW_MtAodCCwArQ.

RO. 2017. Observatorio Nacional de la Salud en la Región de Italia. *Informe de Observación de la salud 2017: salud mental*. [En línea] 2017. [Citado el: 8 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017>.

ROCHA. 2005. Antropología y moral en René Descartes. [En línea] 2005. [Citado el: 29 de enero de 2018.] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/9167/1/T28884.pdf>.

RODRÍGUEZ PULIDO, F., CABALLERO ESTEBARANZ, N. y OMARAS PÉREZ, D. 2017. Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]*. 2017, vol.37, n.131: p.145-168. [En línea] 2017. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN: 2340-2733.

RODRÍGUEZ PULIDO, F., RODRÍGUEZ DÍAZ, M. y GARCÍA RAMÍREZ, M. 2004. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Rev. Psiquis*, 2004; 25(6): p. 264-281. [En línea] 2004. [Citado el: 19 de enero de 2018.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>.

RODRÍGUEZ ZEPEDA, J. 2006. Un marco teórico para la discriminación . *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Colección Estudios, núm. 2, México* . [En línea] 2006. [Citado el: 3 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E0002%281%29.pdf.

ROJAS-ANDRADE, R, y otros. 2017. Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: un análisis multinivel. [En línea] 2017. [Citado el: 23 de febrero de 2019.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592017000300147&lng=es..

ROJAS-BERNAL, LA, CASTAÑO-PEREZ, GA y RESTREPO-BERNAL, DP. 2018. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. [En línea] 2018. [Citado el: 18 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052018000200129&lng=es..

ROS, K, SMITH, J y DICKINSON , M. 2004. The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee Absenteeism and Productivity A Randomized Trial. [En línea] 2004. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.jstor.org/stable/4640876?seq=1#page_scan_tab_contents. 1202-10.

ROSSI, S. 2016. La salute mentale nell'ordinamento costituzionale italiano. *Bol. Mex. Der. Comp.* vol.49, n.145. [En línea] 2016. [Citado el: 15 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332016000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 2448-4873.

ROTELLI, F. 2015. *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*. Buenos Aires : Topia editorial, 2015. ISBN 978-987-1185-76-4.

ROTELLI, F. 1993. 8 + 8 Principios para una Estrategia de Psiquiatría comunitaria, colectiva, territorial (versus Salud Mental). [En línea] 1993. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/02/rotelliochoprincipios-1.pdf>.

—. **2000.** Psiquiatría y salud mental. Prólogo por Franco Roselli. En: *Psiquiatría y salud mental, autor Pasquale Evaristo. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, Asterios Delithanassis Editores, Trieste, Italia*. [En línea] 2000. Disponible en: http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/05-insercion_lab.htm.

RUNTE GEIDEL, A. 2005. Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores. Tesis doctoral. *Francisco Torres G. y Michael King (dir.), Editorial de la Universidad de Granada, Granada, España: 327p*. [En línea] 2005. [Citado el: 17 de abril de 2018.] Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>. ISBN: 84-338-3582-3.

SACARRENO, B. 2003. *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible*. . Mexico : Editorial Pax, 2003. ISBN: 9789688606674.

SACRISTÁN, C. 2009. La locura se topa con el manicomio. Una historia que contar. *Cuicuilco, vol 16, n°45, p. 163-189. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México*. [En línea] enero-abril de 2009. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35112428008.pdf>.

SADENIEMI, M, y otros. 2018. A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study. [En línea] 2018. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325485800_A_Comparison_of_Mental_Health_Care_Systems_in_Northern_and_Southern_Europe_A_Service_Mapping_Study.

SALANOVA, M, LLORENS, S y MARTINEZ, IM. 2016. Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. [En línea] 2016. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77847916004>. ISSN 0214-7823.

SALAS, G, y otros. 2018. Psicología y educación en Chile: problemas, perspectivas y vías de investigación. [En línea] 2018. [Citado el: 24 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-5.pecp>. ISSN 1657-9267.

SALLES, ACRR y MIRANDA, L. 2016. Desvincularse del manicomio, apropiarse de la vida: desafíos persistentes de desinstitucionalización. [En línea] 2016. [Citado el: 14 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00369.pdf>.

SAMELE, C. y MANNING, N. 2000. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry, 15: p. 196-204*. [En línea] 2000. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/12438210_Level_of_caregiver_burden_among_relatives_of_the_mentally_ill_in_South_Verona.

SANCHEZ GOMEZ, MC, SOUZA, N y COSTA, P. 2015. Orígenes y evolución de la investigación cualitativa en España. *Investigação Qualitativa: Inovação, Dilemas e Desafios*. Brasil : Ludomedia, 2015.

SANTACREU, et al. 2017. Desarrollo histórico de la modificación de la conducta. [En línea] 2017. [Citado el: 27 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/TECNICAS/DOCUMENTOS/Desarrollo-historico.PDF.

SANTOS JAEN, JM y GRACIA ORTIZ, MD. 2018. Análisis del modelo empresarial de los Centros Especiales de Empleo. Rentabilidad vs Solidaridad. [En línea] 2018. [Citado el: 4 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.revistalarazonhistorica.com/app/download/.../LRH+38.7.pdf>. ISSN 1989-2659.

SCHAALXS et al. 2018. THE LANCET. *Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study*. Organización Holandesa para la Investigación y el Desarrollo de la Salud, Fonds NutsOhra, Stichting tot Steun VCVGZ, NARSAD. El Fondo de Investigación. [En línea] 2018. [Citado el: 18 de junio de 2018.] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30166-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30166-4/fulltext).

SCHADE Y, N, y otros. 2010. Somatoform disorder in primary health care: Psycho-social characteristics and results of a familiar counseling proposal. [En línea] 2010. [Citado el: 8 de febrero de 2019.] Disponible de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200003&lng=en..

SECKER, J. y MEMBREY, H. 2003. Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work. *Health Education Research, (18)2; p.207–215*. [En línea] abril de 2003. [Citado el: 24 de septiembre de 2018.] Disponible en: <https://academic.oup.com/her/article/18/2/207/820526>.

SEELBACH GONZÁLEZ, G.A. 2013. Teoría de la personalidad. *Red Tercer Milenio, Primera Edición, México*. [En línea] 2013. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf. ISBN: 978-607-733-193-3.

SENEDIS. 2014. Servicio Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile. *Estudio Inclusión Laboral de Personas en Situación de Discapacidad en el Estado Santiago de Chile. 2014*. [En línea] 2014. [Citado el: 27 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://www.Estudio%20Inclusión%20Laboral%20de%20Personas%20en%20Situación%20de%20Discapacidad%20en%20el%20Estado.pdf>.

SENPLADES. 2009. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. *Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultura (Segunda Edición)*. Quito: SENPLADES. [En línea] 2009. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs2>.

—. **2013.** Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. *Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017: SENPLADES, Quito*. [En línea] 2013. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs1>.

—. **2017**. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, Ecuador. *Plan Nacional de Desarrollo, Plan para el Buen Vivir 2017-2021: SENPLADES, Quito*. [En línea] 2017. [Citado el: 4 de julio de 2018.] Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf.

SESPAS. 2014. INFORME SESPAS 2014 . Margarita Gili; Gabriel García Campáyo y Miguél Roca (autores). *Crisis económica y salud mental. Publicado por Elsevier España. En : Gac. Sanit. 2014; 28 (51): p. 104-108; España*. [En línea] 2014. [Citado el: 12 de febrero de 2019.] <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911114000454?token=296AE41EE442C026DDDD6C872F0536775A8268D0775048D7E64C00098FCAE381D94A0B14476A57D0DF4C4CD60B9BCE33>.

SEU. 2004. THE SOCIAL EXCLUSION UNIT. *Mental Health and Social Exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister (report 2004 to improve rates of employment through support both in taking up and retaining work, and how to promote greater social participation and access to services)*. [En línea] 2004. [Citado el: 15 de noviembre de 2018.] Disponible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/seu_leaflet.pdf.

SHORTER, E. 2007. Desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Europa. *En Salud mental en Europa: políticas y práctica: p.16-36*. [En línea] 2007. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=06944c4e-b3f6-4658-952b-eef87252b753&groupId=7294824. ISBN 0813541697.

SPÓTA, J. 2014. Aportes para el estudio de la frenología argentina en la segunda mitad del siglo XIX. *Universidad de Buenos Aires, artículo producto del Proyecto PIP CONICET 112-200801-00026 (2011-2014)*. «Políticas En:Rev. Tabula Rasa. Bogotá-Colombia, No.20:251-281. [En línea] enero-julio2 de 2014. [Citado el: 8 de junio de 2018.] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n20/n20a11.pdf>. ISSN: 1794-2489.

STARACE, F. 2018. 40 anni di Legge 180: dai principi alle pratiche. [En línea] 2018. [Citado el: 6 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?idArticolo=61999.

SURIÁ MARTÍNEZ, R. 2016. Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante. *Art. publicado en: Acciones e Investigaciones Sociales. Núm. 36 (2016); p. 113-140*. [En línea] 2016. [Citado el: 20 de agosto de 2018.] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5740651>. ISSN:1132-192X.

TAIT, L. y LESTER, H. 2005. Encouraging user involvement in mental health services. [En línea] 2005. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/5200fb73e4b08f2e358fbc09/t/52226289e4b062b4a5cdac/1377985161317/Encouraging+user+involvement+in+mental+health+services.pdf>.

TAMBUYZER, E. y VAN AUDENHOVE, C. 2012. Service user and family carer involvement in mental health care: divergent views. [En línea] 2012. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: .

TAPIA, S. y CARREÑO, A. 2013. ¿Es posible la integración del modelo comunitario en la atención de rehabilitación en Chile?: una mirada desde la práctica de los profesionales de salud. *Universidad de Chile. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana*. [En línea]

2013. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/download/43/26>.

TEWENGE, J.M., CATENESE, K.R. y BAUMEISTER, R.F. 2003. Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423. [En línea] 2003. [Citado el: 6 de abril de 2018.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409>.

TLACH, L., y otros. 2014. Information and decision-making needs among people with mental disorders: A systematic review of the literature. [En línea] 2014. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/272097785_Information_and_Decision-Making_Needs_Among_People_with_Anxiety_Disorders_Results_of_an_Online_Survey.

TULLA, A, y otros. 2018. Social Return and Economic Viability of Social Farming in Catalonia: A Case-Study Analysis. [En línea] 2018. [Citado el: 11 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://content.sciendo.com/view/journals/euco/10/3/article-p398.xml>.

UE. 2003. Unión Europea. *Plan de Acción Europeo para las personas con discapacidad 2003-2010*. [En línea] 2003. [Citado el: 12 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/catedras/atenciondiversidade/docs/PLAN_ACCION_EUROPEO.pdf.

—. **2000.** Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Resolución: 2000/C 364/01*. [En línea] 2000. [Citado el: 12 de abril de 2018.] Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf.

UGALDE BINDA, N y BALBASTRE, BENAVENT F. 2013. Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. [En línea] 2013. [Citado el: 1 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>. ISSN: 0252-9521.

ULIN, PR, ROBINSON, ET y TOLLEY, EE. 2006. *Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006. Vol. Publicación Científica y Técnica No. 614. 92 75 31614 7.

UNASUR/ISAGS. 2015. Atención primaria de salud en Suramérica . [En línea] 2015. [Citado el: 9 de febrero de 2019.] Disponible en: http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. ISBN 978-85-87743-24-4.

URRUTIA, G. y BONFIL, X. 2010. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. [En línea] 2010. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>.

VACCARI JIMENEZ, P. 2013. El Fin del Manicomio en los tiempos del Neoliberalismo: Construcción y problematización de la Desinstitucionalización Psiquiátrica. *Tesis doctoral*. BELLATERRA : s.n., 2013.

VALLES, MS. 2002. *Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos, nº 32*. Madrid : Centro de investigaciones sociológicas, 2002. Segunda impresión.

VALMORISCO PIZARRO, S. 2015. Los centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid: un recurso para el empleo en tiempos de crisis (2008-2012). [En línea] 2015. [Citado el: 2 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos/article/viewFile/64/64>. ISSN: 2340-8413 .

VASCONCELOS, EM y DESVIAT, M. 2017. Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations,. [En línea] 2017. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487768.2017.1338068>.

VÁSQUEZ ROCCA, A. 2011. Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón Psiquiátrica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, vol.31, n°3, Universidad Complutense de Madrid.* [En línea] 2011. [Citado el: 6 de febrero de 2018.] Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/viewFile/36823/35644>. ISSN 1578-6730.

VÁSQUEZ-MOREJÓN, R. 2017. La evitación experiencial y la autoestima como factores de vulnerabilidad psicosocial en los trastornos emocionales: ¿variables independientes o relacionadas? *Tesis Doctoral, Directores: José León Rubio; Agustín Martín Rodríguez; Antonio Vázquez Morejón. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España.* [En línea] 2017. [Citado el: 29 de agosto de 2018.] Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/70231/TESIS%20DOCTORAL_RaquelVazquezMorejon%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

VEGA-GALDÓS, F. 2011. Situación, Avances y Perspectivas en la atención a personas con Discapacidad por Trastornos Mentales en el Perú. [En línea] 2011. [Citado el: 20 de febrero de 2019.] Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/286/Art_VegaGaldosF_SituacionAvancesPerspectivas_2011.pdf?sequence=1.

VELTRO, F. y COLATIVA, F. 2015. Disturbo psichico e lavoro. *Osservatorio Isfol n. 4 .* [En línea] 2015. [Citado el: 15 de febrero de 2019.] Disponible en: http://isfoloa.isfol.it/bitstream/handle/123456789/1237/Oss.%204_2015_Franco%20Veltro%20e%20Francesco%20Colavita.pdf?sequence=1.

VERDUGO, M.A. 2003. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental en 2002. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca.* [En línea] 2003. [Citado el: 2 de mayo de 2018.] Disponible en: http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf.

VICENTE, B., y otros. 2005. *Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile.* Santiago de Chile : Rev. Panam Salud Pública, 2005. Vols. 18(4/5):263-270.

VIESCA, C. 2006. Etnomedicina e investigación interdisciplinaria. *En: Vargas L; Viesca C, ed. Estudios de Antropología Médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1986:13-20. En: Salud pública Méx vol.48 no.1 Cuernavaca.* [En línea] enero-febrero de 2006. [Citado el: 23 de junio de 2018.] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634.

VILCHES, A. y GIL PÉREZ, D. 2012. El trabajo cooperativo en el aula: una estrategia considerada imprescindible pero infrautilizada. *Universidad de Valencia*. [En línea] 2012. [Citado el: 6 de julio de 2018.] Disponible en: <https://www.uv.es/vilches/Documentos/Aula%2020011%20trabajo%20cooperativo.pdf>.

VILLASANTE, O, y otros. 2018. *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid : Catarata, 2018. ISBN: 978-84-9097-437-7.

VILLATORO BONGIORNO, K., FRANCESC, X. y MAZA, UCEDA. 2014. Empoderamiento en las personas con diversidad funcional: clave para la inclusión y equidad social. Estudio exploratorio en activistas del Foro de Vida Independiente y Diversidad de la Comunitat Valenciana. [aut. libro] Universidad de Valencia. *Acciones e investigaciones sociales, ISSN 1132-192X, N°34, p. 77-104*. Valencia : s.n., 2014.

VRE. 2012. Vicepresidencia de la República del Ecuador. *Misión Solidaria "Manuela Espejo"*. [En línea] 2012. [Citado el: 2 de julio de 2018.] Disponible en: <http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision.html>.

WFMH. 1989. Federación Mundial para la Salud Mental. *Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales*. [En línea] 1989. [Citado el: 9 de abril de 2018.] Disponible en: https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf.

WITTCHEN et al. 2005. European Neurospsychopharmacology. *Size and burden of mental disorders in Europe: acritical review and appraisal of 27 studies. Vol. 15, n°4: 357-76*. [En línea] 2005. [Citado el: 12 de junio de 2017.] Disponible en: <https://psy2.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/wittchenjacobi-overview-europe-2005.pdf>.

WPA. 1983. Asociación Mundial de Psiquiatría. *Declaración de Hawai*. [En línea] 1983. [Citado el: 17 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=27.

—. **2002.** World Psychiatric Association. *Advance Psychiatry and Mental Health Across the World. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la Psiquiatría*. [En línea] 26 de agosto de 2002. [Citado el: 26 de mayo de 2018.] Disponible en: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=4&content_id=49.

ZALDUA, G, y otros. 2016. Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de SaludMental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. [En línea] 2016. [Citado el: 21 de febrero de 2019.] Disponible en: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/259.pdf>.

ZAMARCHI, M y JESTER, A. 2007. Social cooperation and the labor insertion / La cooperación social y la inserción laboral. [En línea] 2007. [Citado el: 1 de agosto de 2018.] Disponible en: <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/88/87>. ISSN edición electrónica: 1988-205X.

ZAPPELLA, E. 2017. Integrare o includere le persone con disabilità all'interno delle organizzazioni: ¿dibattito terminologico o prospettive differenti? [En línea] 2017. [Citado el: 26 de febrero de 2019.] Disponible en: <http://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/download/2617/2322..>

VIII. ANEXOS

D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 2 de marzo de 2017, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:

"Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en personas con trastornos mentales graves en Italia, España y Ecuador", número de procedimiento HI486033722831,

cuya responsable es Dña. Gabriela Andrea Llanos Román, dirigida por Dña. Carmen Saiz Sánchez,

ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a tres de marzo de dos mil diecisiete.

The image shows a blue circular seal of the Universitat de València on the left, featuring a central emblem and the text 'UNIVERSITAT DE VALÈNCIA'. To the right of the seal is a blue ink signature, which appears to be 'J.M. Montiel Company'.

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS**

Dña. María Tordera Baviera, titular de la Secretaría Técnica del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe,

C E R T I F I C A

Que este Comité ha evaluado en su sesión de fecha 27 de junio de 2018, el Proyecto de Investigación:

Título: "INCLUSIÓN LABORAL COMO ELEMENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN ESPAÑA, ITALIA Y ECUADOR."

Nº de registro: 2018/0233

Versión/fecha de la memoria del proyecto: 07 de mayo de 2018

Versión/fecha de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: 04 de junio de 2018

Que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos y es viable en cuanto al planteamiento científico, objetivos, material y métodos, etc. descritos en la solicitud, así como la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado.

En consecuencia, este Comité acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** de dicho Proyecto de Investigación, que será realizado en el CENTRO DE DÍA MUSEO, por la Dra. GABRIELA ANDREA LLANOS ROMÁN de la **UNIVERSIDAD DE VALENCIA** como Investigador Principal.

Que el CEIm del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, tanto en su composición como en sus procedimientos, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEIm del Hospital Universitario y Politécnico La Fe es la indicada en el anexo I, teniendo en cuenta que, en el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés, no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del estudio clínico.

Lo que firmo en Valencia, a 27 de junio de 2018



Fdo.: Dra. María Tordera Baviera
Secretaría Técnica del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Quito DM, 07 de Marzo de 2017

Doctora
Gabriela Llanos

Presente

Reciba un cordial saludo de los miembros del Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo.

A través de la presente le informamos que, una vez analizado por parte de los miembros del Comité el Proyecto de Investigación: Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en personas con trastornos mentales graves en Trieste (Italia), Valencia (España), Quito y Guayaquil (Ecuador). Se le comunica que al no encontrar ningún criterio que vaya en contra de las normas de la bioética en investigación, este Comité aprueba la realización de dicho proyecto.

El Comité de Bioética en Investigación se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento, informe del avance de su investigación.

Atentamente,


Dr. Carlos Rosero H.
PRESIDENTE


MIEMBRO DEL COMITÉ


Dra. Maribel Cruz
SECRETARIA

Nota 3

Dirección Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi PBX (593)2541-231
Sitio Web: www.hec.gob.ec
Quito - Ecuador