

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Propuesta de protocolo de manejo e intervención psicológica para la
reinserción de personas con discapacidades adquiridas al ambiente
laboral

Proyecto de investigación

Karen Daniela León Ruiz

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 24 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Propuesta de protocolo de manejo e intervención psicológica
para la reinserción de personas con discapacidades adquiridas

Karen Daniela León Ruiz

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo Andrade
Máster en Docencia Universitaria

Firma del profesor

Quito, 24 de abril de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Karen Daniela León Ruiz

Código: 00123747

Cédula de Identidad: 1718367111

Lugar y fecha: Quito, 24 de abril de 2019

RESUMEN

Para lograr la reinserción laboral de una persona que ha adquirido algún tipo de discapacidad sea por accidente, enfermedad o algún evento catastrófico, es necesario aplicar cambios dentro de la empresa que se enfoquen en el empleado y en su bienestar.

Es por esto que la demanda de protocolos que den herramientas enfocadas en las necesidades psicológicas y físicas de personas con discapacidad ha aumentado en los últimos años (Schur, 2002). Este estudio busca examinar el impacto que puede tener un protocolo enfocado en la persona, en su vida laboral y en la empresa.

Para el estudio se requiere la participación de 20 personas laboralmente activas, en el rango de 18-50 años, que hayan adquirido una discapacidad recientemente y hayan sido registradas en el CONADIS hace máximo 1 mes y que actualmente no hayan regresado a su puesto de trabajo. Se dividirá a los participantes en dos grupos: de experimentación y de control; al grupo de experimentación se le aplicará el protocolo para su reinserción laboral en un período de dos meses mientras que al grupo de control se lo reincorporará al trabajo de la manera que su compañía prefiera.

Para el análisis se aplicarán 3 escalas antes y después del estudio (*qBLG, Inventario de Depresión de Beck y Escala de ansiedad de Hamilton*).

Como resultados del estudio se espera que los empleados con discapacidad a quienes se aplique el protocolo para su reincorporación puedan demostrar altos niveles de desarrollo en su independencia y seguridad. También se espera que la estigmatización y sus impactos psicológicos disminuyan ya que el ambiente será más diverso y seguro para todos los trabajadores.

Como conclusión se puede ver que el uso de protocolos enfocados en el bienestar de los trabajadores mejora su desempeño laboral, autonomía y desarrollo personal dentro de la empresa.

Palabras clave: reinserción, discapacidad adquirida, bienestar laboral, intervención psicológica, protocolo, empleo, campo laboral.

ABSTRACT

To achieve the reintegration to the workplace of a person who has acquired some type of disability, whether because of an accident, illness or a catastrophic event, it is necessary to apply changes inside the company that focuses on the employee and its welfare. That is why the demand for protocols that give tools focused on the psychological and physical needs of people with disabilities has increased in recent years (Schur, 2002). This study seeks to examine the impact that a protocol focused in the welfare of the person, its working life and in the company may have.

The study requires the participation of 20 people, in the range of 18-50 years, who have recently acquired a disability and has been registered in CONADIS 1 month ago and that also have not returned to their job yet.

The participants will be divided into two groups: experimentation and control; the experimentation group will be reintegrated in their company using the protocol while the control group will be reincorporated to their work in the way their company prefers.

For the analysis, 3 scales will be applied before and after the study (*qBLG, Beck Depression Inventory and Hamilton Anxiety Scale*).

As a result of the investigation it is expected that the employees with disabilities to whom the protocol was applied, can demonstrate a higher level of development in their independence and security.

Also, it is expected that the stigmatization and its psychological impacts will decrease as the work environment is diverse and safe for all the staff.

In conclusion, it can be seen that the use of protocols focused on the welfare of the staff improve their work performance, autonomy and personal development in the company.

Key Words: reintegration, acquired disability, labor welfare, psychological intervention, protocol, employment, labor field.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Antecedentes.....	7
Problema.....	10
Pregunta de investigación.....	12
Propósito del estudio.....	12
Significado del estudio	13
Revisión de la literatura.....	14
Fuentes.....	14
Formato de la revisión de la literatura.....	14
Modelos de discapacidad.....	14
Discapacidad congénita y adquirida.....	17
Impactos de una discapacidad adquirida.....	19
Metodología y diseño de la investigación.....	24
Diseño y justificación de la metodología seleccionada.....	24
Participantes.....	25
Herramientas de investigación utilizadas.....	26
Procedimiento de recolección y análisis de datos.....	27
Consideraciones éticas.....	28
Resultados esperados.....	31
Discusión.....	33
Limitaciones del estudio.....	34
Recomendaciones para futuros estudios.....	35
Referencias.....	36
ANEXO A: Protocolo.....	40
ANEXO B: Carta para reclutamiento de participantes	52
ANEXO C: Formulario de Consentimiento Informado.....	53
ANEXO D: Herramientas para levantamiento de información	56

INTRODUCCIÓN

El mundo laboral es muy diverso y dentro de este existen grupos que muchas veces son vistos como minoritarios y han recibido discriminación y opresión (Prasad, Pringle, & Konrad, 2006); entre estos está el grupo de personas con discapacidades adquiridas (Olkin, 2002). Las personas con discapacidades por nacimiento, tienen el derecho a una política la cual sea adecuada para sus necesidades tanto físicas como psicológicas (Mor Barak, 2017). En cambio, al tener una discapacidad adquirida estas políticas no están pre-establecidas ya que es un cambio radical tanto para la persona que regresa con una discapacidad como para quienes trabajan con ella y para la empresa, ya que muchas veces las empresas manifiestan no tener conocimiento de cómo trabajar con personas de este grupo (Red de Empresas por la Diversidad, 2015). Por esta razón es necesaria la implementación de protocolos que ayuden a que la persona pueda tener una re-integración a su puesto laboral y para que el ambiente en el lugar de trabajo no lo afecte.

Por medio de este proyecto de investigación se quiere proponer un protocolo de manejo e intervención el cual puede ser implementado para este grupo de personas y así lograr un cambio en su espacio laboral.

Antecedentes

La inclusión de personas con discapacidades en el lugar de trabajo se ha ido abriendo espacio poco a poco hasta alcanzar un alto grado de importancia, ya que en varios países existen normas a favor de este grupo (Schur, 2002).

En el Ecuador, el Ministerio del Trabajo es la entidad que está a cargo del cumplimiento de obligaciones laborales, las cuales se encuentran en el Código de Trabajo. En este Código existen artículos que velan porque las personas con cualquier tipo de discapacidad (sea esta física, auditiva, intelectual, de lenguaje, visual o psicológica) puedan acceder a un campo laboral (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

Dentro del Código del Trabajo, el artículo 42 numeral 33, determina que

“el empleador público o privado, que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, al menos, a una persona con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de discapacidad...” (Congreso Nacional, 2012, pág. 14).

Además del Código de Trabajo en el que existen artículos los cuales velan los derechos legales de personas discapacitadas existen leyes más específicas, las cuales velan no solo por lo antes mencionado sino por una calidad de vida digna (CONADIS, 2014), por ejemplo, la Ley Orgánica de Discapacidades.

Dentro de la Ley Orgánica de Discapacidades, sección quinta del trabajo y capacitación, artículo 45:

“Las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e

indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012, págs. 12-13).

Como se demuestra en la Ley Orgánica de Discapacidades, las empresas las cuales tienen un mínimo de 25 trabajadores están en la obligación de contratar un mínimo de cuatro por ciento (4%) de personas con discapacidad (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012), no todas las personas con discapacidad tienen la misma probabilidad de ser trabajadores activos.

Estos artículos demuestran cómo la legislación de la República del Ecuador se ha preocupado por la inclusión de personas con discapacidad, procurando la equiparación de oportunidades laborales y determinando sanciones si estas no son cumplidas.

La inclusión no debe ser vista como una estrategia por la cual se pretende acoplar a las personas que no entran dentro de las estructuras sociales sino como una transformación a estas estructuras para que todos puedan ser parte de ellas (García & Fernández, 2005). Según el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (2014), las estructuras que necesitan ser transformadas para lograr la inclusión son: sociales, laborales, educativas, de salud, accesibilidad física, seguridad social, legislativa, participación social y en procesos políticos.

Cuando una persona discapacitada ingresa a una empresa ya ingresa bajo la protección de la ley y con todos los derechos asociados a su condición, pero cuando una persona re ingresa a una empresa después de un evento catastrófico con una discapacidad, esto es un reto tanto para la persona como para la empresa.

La implementación del protocolo que pueda facilitar la inserción de las personas con discapacidades adquiridas aseguraría una mejor inclusión social dentro de la empresa donde tanto el ambiente físico como quienes están a su alrededor se adapten a la persona.

Problema

Ser discapacitado muchas veces se ve relacionado con dificultades para conseguir un trabajo, sin importar qué tipo de discapacidad se tenga (Mitra & Kruse, 2016); según Brucker y Scally (2015) las personas con limitaciones físicas leves tienen mayores oportunidades de trabajo que personas con otros tipos de limitaciones.

Según estadísticas del Ministerio de Trabajo (2018) junto al Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, en el Ecuador existen 449.169 personas con discapacidad registradas y de las cuales tan solo 65.804 son laboralmente activas.

De este porcentaje el cuarenta y seis por ciento (46%) tiene una limitación física, veinte y dos por ciento (22%) intelectual, catorce por ciento (14%) auditiva, once por ciento (11%) visual y solo el cinco por ciento (5%) psicológica (CNID, 2018).

Esto demuestra que el campo laboral, aunque ya haya sido ampliado para ser más inclusivo, no todas las personas con discapacidad son activas laboralmente.

Al ser ya contratadas las personas con discapacidades, según Schur (2002) ganan de 10% - 25% menos del promedio que otras personas sin discapacidades en cargos similares, lo cual ya es una limitación de crecimiento personal y económico y como resultado existen mayores rangos de pobreza entre este grupo (Brucker & Scally, 2015).

Aparte de la brecha económica, existen otros temas en los cuales existe inequidad para los trabajadores con discapacidades, por ejemplo, el prejuicio y

discriminación dentro del campo laboral. Según estudios al menos el cincuenta y un por ciento (51%) de personas discapacitadas han reportado recibir algún tipo de discriminación en el trabajo (Schur, 2002). Esta estadística podría parecer poco preocupante, pero existe la sospecha que muchos trabajadores no informan que reciben este tipo de maltrato ya que el miedo a perder su trabajo es mayor a tener un ambiente laboral justo por lo que tienden a no reportarlo (Mitra & Kruse, 2016).

En Ecuador este miedo puede ser desmitificado ya que la ley protege su empleo ya que según el Art. 51 de la Ley Orgánica de Discapacidades “el caso de despido injustificado de una persona con discapacidad o de quien tuviese a su cargo la manutención de la persona con discapacidad, deberá ser indemnizada con un valor equivalente a dieciocho (18) meses de la mejor remuneración, adicionalmente de la indemnización legal correspondiente” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012, pág. 14).

En caso de una persona con discapacidad adquirida existen oportunidades y retos. Por una parte, el empleador puede seguir beneficiándose de la experiencia previa que tiene la persona, pero se deben implementar cambios importantes, algunos tan generales como la infraestructura de la empresa para una correcta movilización hasta tan específicos como una reinserción a un puesto de trabajo distinto ya que la persona ya no posee las mismas capacidades que antes (Forcada, 2015).

Las barreras que se dan dentro de la empresa para la persona que intenta re-ingresar a su trabajo, según la Red de Empresas por la Diversidad (2015) son desconocimientos sobre la discapacidad, espacios arquitectónicos poco accesibles, cultura organizacional poco inclusiva, preconceptos sobre el desempeño y habilidades

de personas con limitaciones, falta de organización de las empresas, temor ante el despido de la persona discapacitada.

Las empresas al tener manuales o guías de intervención los cuales se especialicen en una correcta reinserción al trabajo de personas con discapacidades adquiridas pueden prevenir estas barreras que se dan muchas veces ya que este no es un trabajo solo entre el empleador y el trabajador, al contrario, es una dinámica que implica a todos los que conforman la compañía para lograr crear un ambiente laboral amigable y correcto para todos, sin crear discriminaciones o bullying (Organización Internacional del Trabajo, 2002).

Este trabajo de investigación se basa en esta problemática con el enfoque de sugerir o integrar protocolos para la intervención psicológica que ya existan en diferentes áreas a la estudiada para poder aplicarlas.

Pregunta de investigación:

¿Cómo y hasta qué punto el uso de un protocolo de intervención psicológica mejora la reinserción de personas con discapacidades adquiridas al ambiente laboral?

Propósito del estudio:

La meta de este proyecto de investigación es lograr integrar o adaptar un protocolo de intervención psicológica que ayude a que la persona con una discapacidad adquirida logre una re-inserción positiva en su puesto de trabajo. Además, se quiere integrar un protocolo que demuestre cuál sería el correcto manejo de la situación dentro de la empresa para que no existen repercusiones a futuro.

Significado del estudio:

Este estudio es clave para el abordaje de una problemática social que afecta a grupos minoritarios y que muchas veces pasan desapercibidos en el Ecuador. Con los resultados de esta investigación se podría lograr la implementación obligatoria de diferentes protocolos a las empresas ecuatorianas para que tengan los medios necesarios por si uno de sus trabajadores llegase a necesitarlos y así lograr un cambio en el bienestar laboral.

A continuación se encuentra la revisión de la literatura, dividida en tres secciones principales. Siguiendo con la presentación de la metodología de investigación, análisis de resultados esperados, conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA:

Fuentes

La información presentada en la investigación proviene de revistas indexadas, publicaciones científicas, manuales y libros que abordan el tema a nivel latinoamericano como a nivel mundial. Para acceder a la información se utilizaron las bases de datos: Jstor, ScienceDirect, ProQuest, Taylor & Francis y Research Gate; búsquedas en internet vía <https://scholar.google.com> donde se filtró la búsqueda por palabras claves determinantes para el estudio como *discapacidad*, *discapacidad adquirida*, *impactos de una discapacidad*, *trabajo y discapacidad*, *manejo correcto de discapacidades*.

Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura está estructurada por temas. El contenido se centra en el abordaje de varios temas: modelos de discapacidad, discapacidad congénita y adquirida e impactos de una discapacidad. Cada tema mencionado posee subtemas los cuales ayudan a una mejor profundización y comprensión del tema estudiado.

Modelos de discapacidad:

Para explicar y entender la discapacidad se han creado distintos modelos, cada uno tiene un enfoque diferente que generan controversia (Albert, 2004).

El primer modelo desarrollado fue el modelo *médico* el cual “considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos...” (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 32).

Lo que este modelo resalta es que una discapacidad es vista como consecuencia de un evento, por el cual la persona ha quedado sin una o más de sus capacidades y que

esta además necesita siempre del cuidado directo de otros para poder realizar actividades básicas de la vida diaria, por lo que la persona se vuelve dependiente de ellos (Smeltzer, 2007).

Los elementos del modelo médico se suelen resumir en cuatro partes: afección, insuficiencia, discapacidad y minusvalía (Ferreira, 2008). La afección es la base de la discapacidad, puede darse de manera congénita, por una enfermedad o accidente resultando en una insuficiencia física, psicológica o mental para la persona. Esta insuficiencia crea una discapacidad en la persona dentro de la sociedad, ya que no puede desenvolverse igual que los demás, lo que una minusvalía y por ende se la ve como paciente o persona dependiente (Albert, 2004).

El segundo modelo es el *social*. Este modelo se basa en una concepción sociológica e “interpreta la discapacidad como fenómeno resultante, en una medida importante, de las estructuras opresoras de un contexto social poco sensible a las auténticas necesidades de las personas con discapacidad” (Ferreira, 2008, pág. 143).

Este modelo critica de manera principal a la sociedad, ya que es la encargada de crear limitaciones dentro de sí para las personas con deficiencias, quienes son vistas como un grupo minoritario con las mismas necesidades y problemas (Saavedra, 1996).

La marginación, las representaciones mentales que se tienen sobre la discapacidad, la indiferencia o rechazo por parte de la comunidad dan como resultado limitaciones, las cuales van desde la soledad, el aislamiento y la incomunicación hasta la imposibilidad de obtener un trabajo o una vivienda digna por la falta de estructura y no poder disfrutar de servicios básicos los cuales son componentes para una vida en sociedad; estos servicios básicos van mas allá de la educación, vivienda y empleo,

también incluye sistemas que favorezcan su accesibilidad y le permitan desarrollarse y participar de manera libre y activa (Saavedra, 1996).

Para el modelo social, la discapacidad se ve como un resultado del ambiente de cada persona con una deficiencia, ya que este ambiente la discrimina y la pone en una posición de desventaja (Carrasquero, 2018).

Lo fundamental para este modelo es luchar por la igualdad y en contra de la discriminación para lograr establecer y mantener una sociedad en la que todos puedan experimentar igualdad y valores inclusivos (Barton, 2008).

El tercer modelo es el *biopsicosocial*, el cual tiene un enfoque multifactorial de la discapacidad. Para Smeltzer “el modelo biopsicosocial de discapacidades considera la discapacidad como una combinación de factores a nivel físico, emocional y ambiental” (Smeltzer, 2007, pág. 193). Lo que este modelo busca es enfocarse más allá de la enfermedad o discapacidad de la persona integrando factores biológicos, psicológicos y sociales (Havelka, Lucânin, & Lucânin, 2009).

Un pionero del modelo biopsicosocial en los años 70's fue George Engel, psiquiatra y especialista en medicina interna sugirió que el modelo médico, no demostraba un verdadero interés en aceptar y apoyar al enfermo dentro del campo de la psiquiatría, sino que solo se analizaba al sujeto por su enfermedad y se lo clasificaba (Engel, 1980); al ser el único modelo aceptado por todos los ámbitos en los que se trataba una enfermedad o discapacidad, Engel decidió publicar un artículo en el cual advertía a la comunidad médica la crisis que se daba al tener un modelo cuadrado en el que no se abarcaba el marco psicológico, social y ambiental de la persona (Engel, 1977).

Para Engel el modelo médico “no solo requiere que la enfermedad sea tratada como una entidad independiente del comportamiento social, también requiere que las aberraciones del comportamiento se expliquen a base de procesos somáticos” (Wade & Halligan, 2017, pág. 996). Es decir, el modelo médico era incompleto al no tomar en cuenta enfermedades reconocidas para la época como la histeria ya que no existía evidencia física de la enfermedad (Wade & Halligan, 2017).

Después de varias publicaciones de Engel como “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine” (1977), “The Clinical Application of the Biopsychosocial Model (1980) junto a la polémica que se creó dentro del mundo médico por este modelo, la evidencia etnográfica obtenida demuestra que hubo una mayor investigación dentro del modelo biopsicosocial, el cual se fue estableciendo dentro de la medicina y psiquiatría (Wade & Halligan, 2017).

Este modelo se fue adaptando a otras áreas fuera del ámbito hospitalario y psiquiátrico. Es por esto que Gordon Waddell y Mansel Aylward fueron los pioneros que modificaron el modelo de Engel a una base teórica enfocada a la discapacidad (Shakespeare, Watson, & Abu, 2017).

Dentro del modelo biopsicosocial se resalta que la combinación de diferentes factores como la atención médica, el esfuerzo de la persona, la integración social y laboral dan como resultado una mejor recuperación de la enfermedad y la discapacidad (Hansard, 2012).

Discapacidad congénita y adquirida

Una vez revisados los modelos que existen para clasificar la discapacidad es importante definirla y diferenciar si es congénita o adquirida.

Una *discapacidad* se da por consecuencia de una deficiencia, la cual es la afectación de un órgano o parte del cuerpo (INEGI, 2014). La discapacidad es “la restricción o falta de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano” (Padilla-Muñoz, 2010, pág. 399).

Según el CONADIS (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades) dentro del Ecuador actualmente existen 455.829 personas con discapacidad registradas, de las cuales, según las estadísticas, la discapacidad física tiene la mayor tasa de incidencia siendo el 46.68%, siguiendo con la discapacidad intelectual con un porcentaje de 22.37% (CONADIS, 2019).

Aunque las estadísticas tienen un amplio rango de información como lugar de residencia, tipo, grado, sexo, porcentaje y edad es difícil establecer si estas discapacidades son genéticas o adquiridas ya que la información encontrada no lo detalla.

La discapacidad congénita o defectos congénitos son “anomalías estructurales o funcionales, incluidos trastornos metabólicos, que están presentes desde el momento mismo del nacimiento” (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 1). Este tipo de deficiencias son de origen prenatal, es difícil establecer si la causa de estos es atribuible a la genética, al ambiente o a carencias de micronutrientes por lo que se los junta a todos de manera heterogénea (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La discapacidad adquirida se la puede explicar como “el advenimiento de una situación de salud de manera repentina e imprevista que implica un deterioro funcional,

supone en la vida de una persona un punto de inflexión” (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2015, pág. 10).

Las causas por las que se puede dar este tipo de discapacidad son varias, como enfermedades o accidentes que pueden darse en cualquier momento de la vida de una persona (González, 2017).

Esta discapacidad implica un cambio total en la vida de la persona y de quienes están a su alrededor, ya que se da una transformación a su manera de vivir y necesitan crear un sistema de asimilación rápido para el cual muchas veces ni siquiera estaban preparados. (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2015).

Impactos de una discapacidad adquirida:

Los impactos después de adquirir una discapacidad se pueden dar a niveles: psicológicos, familiares, sociales, y laborales.

La estigmatización es uno de los impactos psicológicos más fuertes por los que debe pasar una persona al adquirir una discapacidad. El estigma “puede ser definido como una reacción desfavorable a la percepción negativa de las diferencias” (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005, pág. 197).

Dentro de la estigmatización existen cinco componentes: etiquetación, estereotipificación, separación, pérdida de status y discriminación (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

El asignar una etiqueta social es el reconocer las diferencias o discapacidades de una persona y discriminarla por estas (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

La estereotipificación es asignar atribuciones negativas a las diferencias de otros. Las diferencias estereotípicas son vistas como no deseadas o muchas veces con lástima (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

La separación ocurre cuando las reacciones de otros producen una sensación de devaluación o irrespeto, hacia quienes tienen una discapacidad, haciendo que se sientan como “los otros” y que ya no pertenecen a la misma sociedad (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

La pérdida de status y discriminación ocurre cuando la estigmatización interfiere con la vida diaria de la persona afectando su vida social y económica. Uno de los aspectos que más los afecta es la habilidad de establecer una relación amorosa por la discriminación que viven a diario (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

Para la persona con una discapacidad adquirida el tener que enfrentarse con la ruptura de su independencia y con las nuevas limitaciones de su situación da como resultado una repercusión en cada miembro de la familia.

Dentro de los aspectos psicológicos, físicos y sociales ya establecidos de una familia existe un cambio que los desajusta y obliga a pasar por un doble proceso “uno de desadaptación al estilo de vida anteriormente llevado... y el otro, un proceso de afrontamiento-aprendizaje de una nueva forma de vida más traumática” (Suriá, 2011, pág. 78)., lo cual los obliga a crear nuevas formas de afrontamiento y de convivencia por la nueva situación que tiene uno de sus miembros.

Generalmente, quien tiene un rol principal en el cuidado de las personas con discapacidades adquiridas son las madres, quienes deben asumir el cambio de vida y la adaptación a una situación traumática por lo que “como consecuencia de todo ello, van

a acontecer cambios en el estado emocional, sentimientos de negación, ansiedad y otros problemas que van a repercutir en la salud y en la adaptación...” (Suriá, 2011, pág. 68).

Como consecuencia de la discapacidad también existe una tasa más alta de pobreza. Las familias con una persona discapacitada en promedio “... tienen mayores tasas de privaciones - como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad y acceso deficiente a atención de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 12).

La falta de recursos económicos dificulta que puedan ser parte de actividades dentro de la comunidad a la que pertenecen, lo cual limita su desarrollo personal e inclusión en la comunidad (Botero, 2013).

Dentro de los impactos sociales la falta de accesibilidad en la infraestructura de edificios y transporte público es una limitación que viven a diario las personas con discapacidad ya que esto les impide el paso a sitios públicos. La falta de sistemas de comunicación es otro problema que deben enfrentar ya que no pueden comunicar sus necesidades (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Dentro del mundo laboral tanto hombres como mujeres con discapacidades tienen respectivamente 75% - 89% de probabilidades de experimentar la pérdida de su trabajo que personas sin discapacidades y además son las primeras en ser despedidas de su trabajo cuando existe alguna recesión o la demanda de trabajo disminuye en una empresa (Mitra & Kruse, 2016).

La discriminación y el prejuicio son algunas de las razones principales por las que una persona con discapacidad pierde su trabajo,

“los conceptos erróneos de los empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo” (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 9) demuestra como se cree que la productividad dentro del trabajo puede verse afectada al tener algún tipo de incapacidad.

Otro problema que enfrentan las personas con discapacidad es la “discriminación estadística” es decir, cuando un empleador tiene el conocimiento previo de la productividad del empleado, pero desconoce cual será la productividad al adquirir una discapacidad, suele creer que tendrá un bajo nivel en su rendimiento laboral por lo que muchas veces no lo vuelve a contratar (Mitra & Kruse, 2016).

Si deciden contratar de nuevo al empleado después de adquirir una discapacidad, la asignación de un trabajo en específico es complicada para el empleador ya que la compatibilidad con el puesto previo puede verse afectada por la discapacidad, por lo que al reconocer la falta de rentabilidad muchas veces deciden dejar ir a la persona, aunque ya la hayan contratado previamente (Mitra & Kruse, 2016).

El tener un status de persona con discapacidad limita las opciones de encontrar un nuevo puesto el que se adapte a sus nuevas capacidades por lo que deben quedarse en puestos difíciles para ellos que muchas veces no pueden realizar correctamente, sea por la falta de conocimiento o por la estructura del puesto de trabajo que no es la indicada para ellos (Kim, 2011).

Desde el punto de vista de los trabajadores el adquirir una discapacidad dificulta su vida laboral, el miedo de perder su trabajo es del 59.6%, por lo que toman medidas

extremas como dejar el tratamiento médico antes de tiempo para regresar a su puesto de trabajo o firmar acuerdos con los cuales aceptan no tener una compensación económica quitando la responsabilidad del accidente industrial a la compañía (Kim, 2011).

Por el gran impacto que tiene una discapacidad para una persona es importante la implementación de protocolos los cuales ayuden a una mejor adaptación y retorno a un ambiente laboral, que vele por sus derechos y le asegure un puesto de trabajo el cual pueda desarrollar sin problema.

La creación de un ambiente inclusivo para todos los empleados es base para un buen desempeño en su trabajo, ya que sienten el apoyo de todos sus pares y no existe ningún tipo de discriminación. El proceso de reincorporación al trabajo cuando una persona adquiere una discapacidad se vuelve complicado por todos los cambios que debe vivir lo que hace que muchas veces decidan no regresar a trabajar por lo que la incorporación de un protocolo es esencial para una reintegración positiva.

Este protocolo se creó basado en 3 guías para la reincorporación de personas con discapacidad: *Retaining employees who acquire a disability: A Guide for Employers* creado por National Disability Authority de Irlanda; *Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad* creado por el CONADIS de Ecuador y la *Guía de Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad para Empresas* creado por R.E.D de Argentina. Las guías en las que se basa el protocolo

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Al revisar la pregunta de investigación que es ¿Cómo y hasta que punto el uso de un protocolo de intervención psicológica mejora la re-inserción de personas con discapacidades adquiridas al ambiente laboral? Se decidió aplicar una metodología cuantitativa pre prueba – pos prueba.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El enfoque cuantitativo tiene al método científico como único camino para obtener resultados dentro de un estudio ya que demuestra y comprende el procedimiento de creación y experimentación de la hipótesis por medio de la experimentación (Mousalli-Kayat, 2015).

La investigación cuantitativa tiene como base la inducción probabilística junto a una medición controlada de los factores dentro de la investigación, es objetiva y se orienta a los resultados generando datos sólidos y comprobables (Fernández & Días, 2002); gracias a esto, se puede estudiar un fenómeno con normas estandarizadas, comunicando los resultados de manera estadística y demostrando un potencial de neutralidad y objetividad (Hueso & Cascant, 2012).

Con la metodología pre prueba – pos prueba se tienen dos grupos, al primer grupo, de experimentación, se analiza su comportamiento y después es sometido a un tipo de tratamiento para finalmente analizar su comportamiento después de este y averiguar si se dieron cambios o no, mientras que al segundo grupo, de control, se analiza su comportamiento antes y después, al mismo tiempo que al grupo de experimentación pero sin someterlo a ningún tipo de tratamiento (Leedy & Ormrod, 2013).

Para este estudio, se trabajará con una metodología experimental cuantitativa en la que la variable independiente será la integración del protocolo para la reinserción laboral de personas con discapacidades adquiridas y la variable dependiente el nivel de adaptación que tienen los empleados que retornan al trabajo y el estado emocional que mantienen en este.

Se utilizarán tres escalas estandarizadas, siendo este uno de los métodos principales de recolección de datos en la investigación cuantitativa. El propósito de la primera escala es medir el bienestar laboral de los empleados que serán sometidos al protocolo, las variables concretas que se espera encontrar son: competencia laboral, expectativas, emociones, desgaste o alineación a su trabajo (Blanch, Sahagun, Cervantes, & Cantera, 2010). La segunda escala tiene como propósito conocer si después del proceso el participante demuestra algún nivel de depresión, y la tercera escala se utilizará para medir si los participantes demuestran grados de ansiedad.

El uso de las escalas es esencial para evaluar el bienestar de las personas que han adquirido algún tipo de discapacidad a partir de la aplicación de un protocolo en la empresa en la que trabajan.

Participantes

Para el presente estudio, se requiere la participación de 20 individuos. De estos, 10 serán asignados al grupo experimental y los 10 restantes serán ubicados en el grupo de control de manera aleatoria.

Los criterios de inclusión son los siguientes: se reclutará participantes, tanto hombres como mujeres cuya edad se encuentre entre los 18-50 años, que como resultado de algún tipo de accidente o enfermedad hayan adquirido una discapacidad y

que se encuentren en la ciudad de Quito, Ecuador. Los participantes deben haber sido registrados hace máximo 1 mes en el CONADIS.

Para el momento del estudio deben seguir con permiso fuera del trabajo, este criterio es necesario ya que la aplicación del protocolo debe darse desde el momento en el que están hospitalizados o hayan sido dados de alta.

Herramientas de investigación utilizadas

Cuestionario de Bienestar Laboral General (qBLG). Este instrumento, desarrollado por Blanch es una herramienta para evaluar dos dimensiones:

- *Bienestar psicosocial laboral*, esta dimensión se creó en el año 2005 para investigaciones sobre la calidad de la vida laboral, tiene 3 sub-dimensiones: afectos, competencias y expectativas (Blanch, Sahagun, Cervantes, & Cantera, 2010).
- *Efectos colaterales*, esta dimensión se creó e integró al cuestionario en el año 2009 después de evaluar la calidad de vida laboral que existía en las universidades y hospitales, tiene 3 sub-dimensiones: somatización, desgaste y alineación. (Blanch, Sahagun, Cervantes, & Cantera, 2010).

Esta herramienta se enfoca en evaluar el bienestar psicológico de las personas dentro del ambiente laboral, presenta buena confiabilidad (alfa de Cronbach entre 0.84-0.95) (Blanch, Sahagun, Cervantes, & Cantera, 2010).

Inventario de Depresión de Beck. Es una escala de autoevaluación creada en el año 1961 por Beck, es una de las escalas mas estudiadas y utilizadas para poder valorar y conocer la sintomatología depresiva de los pacientes por lo que se la utiliza desde los 13

años (Melipillan, Cova, Rincon, & Valdivia, 2008); con 21 ítems valora los síntomas clave de una depresión como la melancolía y pensamientos intrusivos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

La escala presenta un alto grado de confiabilidad (alfa de Cronbach= 0.91) y una correlación test-retest ($r=0.66$).

Escala de ansiedad de Hamilton. Esta escala es heteroaplicada con 14 ítems; es una de las escalas más utilizadas sobre ansiedad ya que logra evaluar de manera cuantitativa la gravedad de los síntomas de ansiedad y el comportamiento ansioso del participante.

Con respecto a la confiabilidad de la escala, tiene buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79-0.86) aún con la falta de estudios se demuestra que la escala tiene buena sensibilidad (Battle, 2007).

Procedimientos de recolección y análisis de datos

Los participantes serán reclutados por medio de la información recolectada en un período de 9 meses de la base de datos del CONADIS sobre trabajadores que sean registrados con alguna discapacidad en la ciudad de Quito para después realizar el contacto con las empresas a las que los participantes pertenezcan para solicitar su contribución con el estudio.

Dentro de las empresas que acepten implementar el protocolo para la reinserción de sus empleados que hayan adquirido algún tipo de discapacidad, se realizará una sesión informativa para los posibles participantes en la que se estipularán los objetivos del estudio y se le entregará el consentimiento informado para su aprobación.

A los participantes que acepten ser parte del estudio se los dividirá entre el grupo experimental y de control, después se aplicará a cada participante las 3 escalas para recolectar datos (*qBLG*, *depresión de Beck* y *ansiedad de Hamilton*).

A los participantes del grupo experimental se les aplicará el protocolo propuesto para su reinserción en las instalaciones de cada compañía mientras que a los participantes del grupo control no se les aplicará ningún protocolo y serán reincorporados a la compañía de la manera que la empresa prefiera.

La aplicación del protocolo tendrá una duración de 2 meses en los cuales la empresa debe acoplarlo para el participante.

3 meses después de la terminación de la intervención se aplicará al grupo experimental y de control las escalas aplicadas al inicio de la intervención (*qBLG*, *depresión de Beck* y *ansiedad de Hamilton*) para poder analizar si la inclusión del protocolo mejoró de alguna manera su reinserción al trabajo y conocer su estado emocional por regresar a su trabajo con algún tipo de discapacidad.

Para el análisis de datos se realizarán comparaciones entre ambos grupos por medio de una prueba T-Test Pareada, comparando si la aplicación del protocolo demostró una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de adaptación a la empresa que será medida por la escala *qBLG* y el estado emocional que mantienen en este, que será medido por la *Escala de depresión de Beck* y la *Escala de Ansiedad de Hamilton*.

Consideraciones éticas

Mantener la privacidad y seguridad de cada participante es fundamental para este estudio por lo que se aplicarán las medidas necesarias para que la identidad de los participantes sea protegida y se vele por su bienestar utilizando los Principios Éticos de

los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association (2010).

Concretamente, el código 4.01 Mantenimiento de la confidencialidad establece:

“Los psicólogos tienen como obligación primordial y toman las precauciones razonables para proteger la información confidencial obtenida o conservada por cualquier medio, reconociendo que los alcances y límites de la confidencialidad pueden ser regulados por ley, o establecidos por reglas institucionales o por relaciones profesionales o científicas” (American Psychological Association, 2010, pág. 8).

Los participantes que acepten ser parte del estudio firmarán un consentimiento informado en el que se detallará la información del estudio; refiriéndonos al código 3.10 Consentimiento Informado que establece:

“(a) Cuando los psicólogos conducen investigaciones o presten servicios de evaluación, terapia, counseling, en persona o por vías de transmisión electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del o los individuos, utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas, excepto cuando llevar adelante tales actividades sin consentimiento esté autorizado por ley o regulaciones gubernamentales o esté establecido en este Código de Ética” (American Psychological Association, 2010, págs. 7-8).

Para mantener la confidencialidad, la información compartida por cada participante será identificada con un código del 00 al 20 por lo que su nombre no aparecerá en ninguna base de datos del estudio.

A lo largo del proceso de investigación puede que los participantes experimenten períodos de ansiedad, depresión o PTSD (Trastorno de Estrés Postraumático) por lo que la inclusión e intervención del psicólogo del departamento de RRHH de cada empresa es esencial durante este período. En el caso de que el participante sienta incomodidad al responder las escalas puede no contestarlas y se respetará un período de tiempo de 1 semana para que pueda decidir si quiere o no seguir siendo parte del estudio.

Resultados esperados

A partir de lo demostrado en la revisión de la literatura al llevar a cabo el estudio y aplicar el modelo de protocolo, se espera que los participantes y las empresas en las que trabajan muestren resultados positivos.

Se espera que los empleados reincorporados a la compañía después de adquirir algún tipo de discapacidad y siguiendo el protocolo propuesto, experimenten un entorno laboral que ayude a su desarrollo de manera integral incrementando su seguridad, independencia y disminuyendo los impactos psicológicos derivados de una discapacidad adquirida (Schur, 2002).

Se tiene la expectativa de que su sensación de seguridad aumente, gracias al compromiso de la empresa de mantener su trabajo lo cual lograría disminuir el miedo a perder su trabajo como fue presentado en el estudio realizado por Kim (2011), en el que demuestra que al adquirir una discapacidad 59.6% de los empleados tenían miedo de perder su trabajo a consecuencia de esto.

Después de implementar las adaptaciones estructurales necesarias al puesto de trabajo presentadas en el protocolo, se espera que el empleado pueda desarrollarse en su trabajo sin la necesidad de otros, incrementando su independencia y mejorando su productividad, cambiando los conceptos que muchas empresas tienen, al creer que quien adquiere una discapacidad es menos productiva que sus pares dentro de la empresa (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Se espera que los impactos psicológicos de los empleados que han adquirido algún tipo de discapacidad disminuyan, por ejemplo, se espera una importante reducción de la estigmatización que es uno de los impactos más fuertes para la persona

discapacitada (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005). Se espera que por medio de la psicoeducación a los compañeros de trabajo se cree un cambio en su manera de ver a la discapacidad para que el ambiente laboral mejore y la inclusión laboral aumente para el bienestar de todos.

El impacto de la intervención para la reinserción de los empleados con discapacidades adquiridas será evaluado a partir de los resultados que demuestren del *Cuestionario de Bienestar Laboral General (qBLG)*, lo que se espera encontrar con los resultados al finalizar el estudio es una diferencia positiva estadísticamente significativa en comparación con los resultados de la aplicación del mismo antes de la intervención; específicamente para poder analizar su estado psicológico en relación a su retorno al trabajo se usarán los resultados obtenidos al aplicar el *Inventario de Depresión de Beck* y la *Escala de ansiedad de Hamilton* antes y después de la intervención, esperando que estos disminuyan post intervención.

De manera general, se espera que el grupo experimental demuestre niveles mas altos de satisfacción laboral y menores niveles de malestar en su estado psicológico a comparación del grupo de control.

Discusión

Una vez concluido el estudio se puede responder a la pregunta de investigación: ¿Cómo y hasta que punto el uso de un protocolo de intervención psicológica mejora la re-inserción de personas con discapacidades adquiridas al ambiente laboral? Procuraremos responder a esta pregunta gracias al análisis de la información que se presentó en la revisión de literatura.

La importancia de reincorporar de manera adecuada al trabajador con discapacidad es que los equipos de trabajo pueden implementar acciones de apoyo frente a su compañero por lo que los equipos serían mas respetuosos ante la diversidad que tienen en la compañía. La empresa estaría cumpliendo su responsabilidad social al retornar a su empleado al puesto de trabajo de manera digna y enfocandose en sus necesidades y bienestar (Ministerio de Relaciones Laborales, 2013).

Enfocarse en el bienestar del empleado con discapacidad resulta importante para determinar un cambio en el nivel de bienestar y su productividad al regresar a su puesto en la compañía. Si el ambiente laboral es adecuado, la estigmatización social que existe reduce ya que todos tienen un conocimiento de que es una discapacidad, porque se da y como una persona puede llegar a su máximo nivel de autonomía al tener las herramientas adecuadas por lo que los impactos psicológicos que son el resultado de la estigmatización disminuirían (Green, Davis, Karshmer, Marsh, & Straight, 2005).

Dentro del mundo laboral se piensa que quienes tienen una discapacidad no logran producir igual que las personas sin discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2011); es decir, las personas con una discapacidad no logran llegar a los estándares que tienen dentro de la empresa para un puesto ya que su deficiencia les crea

un impedimento; pero esto muchas veces sucede porque no se da el cambio necesario a la estructura física de la empresa y del puesto de trabajo lo que minimiza las posibilidades de independencia de la persona con discapacidad (Forcada, 2015); al contrario, si se interviene en esta limitación, cambiando la estructura física de la empresa como lo exige la ley, la persona con discapacidad puede desarrollarse independientemente y por ende su capacidad laboral aumentaría (Organización Internacional del Trabajo, 2002).

La problemática que se crea alrededor de los empleados con discapacidades puede ser abordada de manera efectiva para así crear cambios permanentes dentro de la empresa para una correcta reinserción laboral de quienes han adquirido una discapacidad por medio de la integración de un protocolo, el cual se ajusta tanto a las necesidades de estos trabajadores como al interés de la compañía de innovar e implementar cambios los que mejoren la calidad de vida de sus empleados.

Limitaciones del Estudio

Una vez finalizada la investigación, una limitación que se encontró dentro del estudio y en el tema de investigación en general es que no es sencillo ubicar información sobre personas con discapacidades adquiridas en el CONADIS, siendo este el organismo regulador, ya que la información disponible no distingue entre una discapacidad congénita y adquirida por lo que este se convierte en un grupo difícil de acceso, esto implica que cualquier investigación que se quiera realizar dentro de este campo será con muestras difíciles de ubicar y posiblemente pequeñas ya que es poco probable que haya una gran cantidad de empleados con esta característica en la misma empresa.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Para las futuras investigaciones que decidan abordar el tema de la reinserción de personas con discapacidades adquiridas al campo laboral, es necesario considerar varios puntos para lograr un mayor abordaje del tema.

Primero, se recomienda que los estudios sean realizados en un rango de tiempo mayor al de esta propuesta para poder abarcar un mayor número de participantes ya que, como se mencionó en las limitaciones del estudio, es difícil encontrar una muestra en un plazo corto de tiempo.

Segundo, es importante que se realicen seguimientos a los participantes después de la aplicación del protocolo en mayores períodos de tiempo para reconocer si los cambios que se dieron por la aplicación de este perduraron a lo largo del tiempo en los participantes y no solo fueron cambios temporales.

Tercero, se recomienda evaluar e intervenir de una manera mas profunda el estado físico de los participantes ante los cambios que se dan a lo largo de su vida después de sufrir algún tipo de discapacidad ya que esto puede afectar su rendimiento laboral y por ende su relación en la empresa se vería comprometida.

Una población en la que se podría encontrar un número de participantes mucho mayor y en menos cantidad de tiempo es en la militarizada, minerías, construcciones o lugares donde existe un mayor riesgo de en el trabajo.

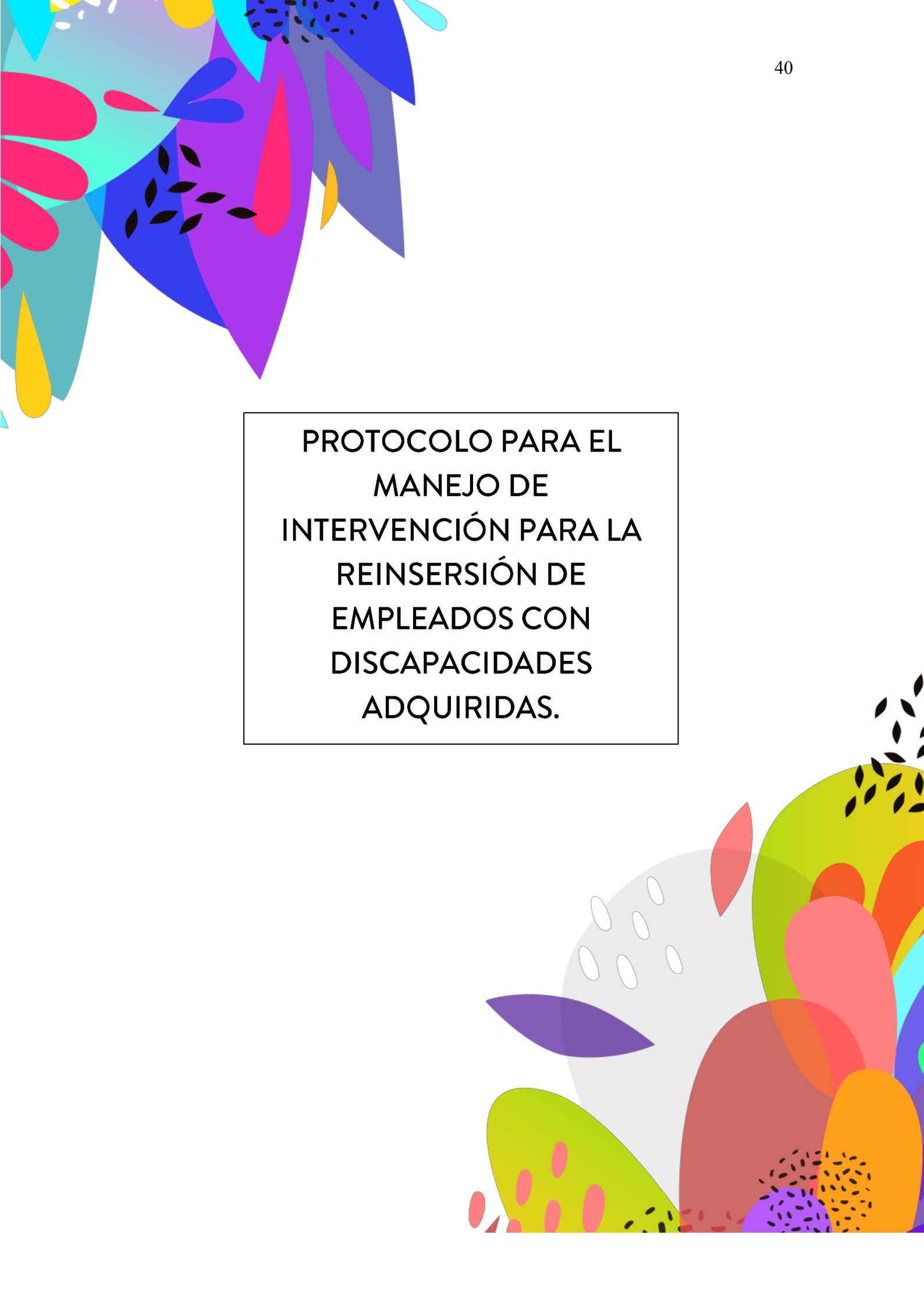
Referencias

- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Buenos Aires: APA.
- Albert, B. (2004). The Social model of disability, human rights and development. *Disability KaR*, 2-8.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (25 de Septiembre de 2012). Ley Orgánica de Discapacidades. Quito, Pichinca, Ecuador.
- Barton, L. (2008). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. *Revista de Educación*, 137-152.
- Battle, S. (2007). Master en Paidopsiquiatría. Barcelona: Col legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Blanch, J., Sahagun, M., Cervantes, G., & Cantera, L. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 157-170.
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 196-214.
- Brucker, D., & Scally, C. (2015). Linking public housing, employment, and disability benefits for working-age people with disabilities. *Housing and Society*, 126-147.
- Carrasquero, M. (2018). LA DEFINICIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA: UNA CUESTIÓN POR RESOLVER. En M. Carrasquero, *El cincuentenario de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos de la ONU*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- CONADIS. (2014). *Normas Jurídicas en Discapacidad Ecuador*. Quito.
- CONADIS. (2019). *Consejo Nacional Para la Igualdad de Discapacidades*. Obtenido de Estadísticas de Discapacidad: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Congreso Nacional. (26 de septiembre de 2012). Código del Trabajo. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Engel, G. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 535-544.
- Fernández, P., & Días, P. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Coruña.

- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *CIS Centro de Investigacions Sociològiques*, 141-174.
- Forcada, I. (2015). La inserción de personas con discapacidad en el mercado laboral privado. *Invenio*, 85-104.
- Garcia, A., & Fernandez, A. (2005). La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y diferencia. *Ciencias de la Salud*, 235-246.
- Gonzalez, P. (2017). *La discapacidad Sobrevvenida en edades no tempranas*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Green, S., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., & Straight, B. (2005). Living Stigma: The Impact of Labeling, Stereotyping, Separation, Status Loss, and Discrimination in the lives of Individuals with Disabilities and their Families. *Sociological Inquiry*, 197-215.
- Hansard. (2012). *Debate on the Welfare Reform Bill*. Obtenido de Parliament UK: <https://publications.parliament.uk/pa/ld201212/ldhansrd/text/120117-0001.htm>
- Havelka, M., Lucânin, J., & Lucânin, D. (2009). Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease. *Collegium antropologicum*, 303-310.
- Hueso, A., & Cascant, M. (2012). Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación. Valencia: Universitat Politècnica de València.
- INEGI. (2014). *Clasificación de Tipo de Discapacidad*. México DF: INEGI.
- Kim, K. (2011). I never expected to be a disabled person in another country: the stories of migrant workers with acquired disabilities in Korea. *Disability & Society*, 553-566.
- Leedy, P., & Ormrod, J. (2013). *Practical Research: Planning and Design*. Boston: Pearson.
- Melipillan, R., Cova, F., Rincon, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 59-69.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Tórculo Antes Gráficas, S.A.
- Ministerio de Relaciones Laborales. (2013). *Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad*. Quito.

- Mitra, S., & Kruse, D. (2016). Are workers with disabilities more likely to be displaced? *The International Journal of Human Resource Management*, 1550-1579.
- Mor Barak, M. (2017). *Managing Diversity Toward a Globally Inclusive Workplace*. California: Sage.
- Mousalli-Kayat, G. (2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*. Mérida.
- Noben, C., Evers, S., van Genabeek, J., Nijhuis, F., & de Rijk, A. (2016). Improving a web-based employability intervention for work-disabled employees: results of a pilot economic evaluation. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 280-289.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo*. Ginebra: OIT.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2015). *La reorientación vital y profesional de las personas a las que ha sobrevenido una discapacidad en la edad adulta*. Obtenido de Observatorio Estatal de la Discapacidad: www.observatoriodeladiscapacidad.info
- Olkin, R. (Febrero de 2002). Could you hold the door for me? Including disability in diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, págs. 130-137.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Grafo, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Defectos congénitos*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta: OMS.
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: Contexto, Concepto y Modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
- Prasad, P., Pringle, J., & Konrad, A. (2006). *Examining the Contours of Workplace Diversity*. Londres: Sage.
- Red de Empresas por la Diversidad. (2015). *Guía de inclusión laboral de personas con discapacidad para empresas*. Buenos Aires: RED.
- Saavedra, S. (1996). Ciudad, tolerancia y discapacidad. *Centro de Iniciativas Culturales CICEES*, 71-82.

- Schur, L. (2002). The Difference a Job Makes: The Effects of Employment among People with Disabilities. *Journal of Economic Issues*, 339-347.
- Shakespeare, T., Watson, N., & Abu, O. (2017). Blaming the victim, all over again: Waddell and Aylward's biopsychosocial (BPS) model of disability. *SAGE Journals*, 1-36.
- Smeltzer, S. (2007). Improving the health and wellness of persons with disabilities: A call to action too important for nursing to ignore. *Nurs Outlook*, 189-195.
- Suriá, R. (2011). Discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida: análisis comparativo de la sobrecarga que generan ambas formas de discapacidad en las madres de hijos afectados. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 67-84.
- Wade, D., & Halligan, P. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 995-1004.



PROTOKOLO PARA EL
MANEJO DE
INTERVENCIÓN PARA LA
REINSERSIÓN DE
EMPLEADOS CON
DISCAPACIDADES
ADQUIRIDAS.

Contenido

Introducción	2
Qué es una discapacidad	3
Miembros clave	3
Pasos para reincorporar al empleado	4
Contactar a la familia: primera llamada	4
Conectar con el empleado	4
Revisar la normativa legal	5
Implementar dentro de la empresa	6
Disminuir desconocimiento sobre la discapacidad	6
Desarrollar una cultura inclusiva	6
Reconocer y adecuar barreras de la empresa	7
Favorecer red de apoyo	8
Inducir al empleado	9

Introducción

Este protocolo provee la información necesaria para los empleadores del sector privado sobre cómo ayudar y mantener en el trabajo a los empleados que hayan adquirido una discapacidad por haber sufrido algún tipo de accidente.

Se basó en información recolectada de las mejores guías de Latinoamérica y Europa y puede ser aplicada en cualquier empresa sin importar su tamaño o número de empleados, ya que la información presentada puede ser modificada para cumplir las normas de la empresa.

Es una guía integral sobre cómo crear condiciones aptas para la reincorporación de empleados que hayan adquirido alguna discapacidad, fomentando su inclusión y garantizando sus derechos en un ambiente laboral seguro.

Una de las tendencias del 2019 que más impacto ha tenido dentro de las organizaciones según la SIOP (Sociedad de Psicología Industrial y Organizacional) es la creación de ambientes diversos, inclusivos y equitativos los que ayuden a la adaptación e inclusión de todos sus trabajadores.

Para crear ambientes diversos el paso esencial es la psicoeducación sobre inclusión y diversidad al personal para que todos tengan conocimiento sobre que es la diversidad y que tipos de diversidad puede existir dentro de la empresa, por ejemplo, diversidad de género, etnicidad o discapacidad.

¿Qué es una discapacidad?

Una discapacidad, congénita o adquirida, es la adquisición de algún tipo de deficiencia sea física, mental, intelectual o sensorial que muchas veces impone barreras en la participación plena de la persona.

La discapacidad congénita está presente desde que la persona nace mientras que *la discapacidad adquirida* se da por el advenimiento de una situación no esperada la cual deja como resultado una deficiencia. Las situaciones que podrían presentarse pueden ser enfermedades o accidentes que pueden darse en cualquier momento de la vida.

Miembros clave:

Dentro de toda organización existen personas a cargo como jefes, directores o gerentes de área quienes son responsables de crear y mantener la cultura organizacional. Junto al departamento de Recursos Humanos usted puede implementar políticas que promuevan la diversidad y el respeto dentro de la empresa, en especial para quienes adquieren una discapacidad y así mejorar el ambiente laboral.

Pasos para reincorporar al empleado

1. Contactar a la familia: primera llamada

Al conocer la noticia de que un empleado de la compañía ha sufrido algún accidente o enfermedad que lo ha dejado con una discapacidad la participación del Departamento de Recursos Humanos junto a una persona que esté a cargo de la empresa es fundamental en este momento para demostrar que tiene el apoyo por parte de su trabajo.

Es importante que el primer contacto se haga en un tiempo prudente después del accidente por lo que es mejor contactarse con la familia del empleado las veces que usted crea necesarias para conocer su estado de salud, si tiene convenio con algún seguro médico o si necesita que el departamento de Trabajo Social visite a la familia o al empleado.

2. Conectar con el empleado

Cuando el empleado esté completamente estable, sin que se le haya dado de alta aún, se puede comenzar el primer contacto sea por teléfono o presencial. Es importante confirmar al empleado la seguridad que tiene de regresar a su puesto de trabajo y si ya no puede realizarlo que se le asignará otro puesto.

Se puede explicar la ley vigente del país que vela por sus derechos (Ley Orgánica de Discapacidades) y dar a conocer organizaciones públicas y privadas que velan por su bienestar como el CONADIS, ¡puede encontrar un listado de estas en la página del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades; de igual manera dentro de la empresa tiene a su disposición el Departamento Médico, Psicológico y de Recursos Humanos por si necesita.

Un paso importante es demostrarle al empleado y a su familia que tiene todo el apoyo por parte de la empresa, refiriéndose al tiempo de recuperación y flexibilidad que tendrá en el trabajo, dependiendo de cada empresa.

Aunque el empleado se demuestre dispuesto a todo, es importante respetar límites personales ya que siempre habrá altibajos y más en el proceso de recuperación, por lo que de manera progresiva se le pueden comentar noticias sobre el trabajo, eventos especiales que han pasado mientras estuvo ausente, para que vuelva a sentirse parte de la empresa.

3. Revisar la normativa legal

Cuando se incorpora una persona con discapacidad a la compañía es necesario revisar la normativa legal que existe en el país para efectuar las demandas establecidas por el Ministerio del Trabajo quien está a cargo de hacer que se cumplan.

Para esto es necesaria la presencia del Departamento Legal de la empresa para poder revisar los requisitos necesarios.

En el Ecuador, la normativa que debe revisar para poder aplicar cambios a su compañía, se encuentra el Código del Trabajo, específicamente el artículo 42, numeral 35 que determina:

“Las empresas e instituciones, públicas o privadas, para facilitar la inclusión de las personas con discapacidad al empleo, harán las adaptaciones a los puestos de trabajo de conformidad con las disposiciones de la Ley de Discapacidades, normas INEN sobre accesibilidad al medio físico y los convenios, acuerdos, declaraciones internacionales legalmente suscritos por el país” (Congreso Nacional, 2012, pág. 15).

Dentro de la Ley Orgánica de Discapacidades, específicamente la sección quinta del Trabajo y Capacitación, Artículo 45:

“Las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante tienen derecho a acceder a un trabajo remunerado en condiciones de igualdad y a no ser discriminadas en las prácticas relativas al empleo, incluyendo los procedimientos para la aplicación, selección, contratación, capacitación e indemnización de personal y demás condiciones establecidas en los sectores público y privado” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012, págs. 12 - 13).

Estos son ejemplos de los artículos que puede encontrar en el Código de Trabajo y la Ley Orgánica de Discapacidades, los cuales son necesarios revisar para poder reincorporar a un empleado con discapacidad.

4. Implementar dentro de la empresa

a. Disminuir desconocimiento sobre la discapacidad

El proveer educación al personal sobre qué es una discapacidad es un paso crucial para lograr la reincorporación correcta de un empleado con algún tipo de discapacidad.

Desde la cabeza de la compañía hasta la persona que esté haciendo una pasantía, es importante que todos tengan este conocimiento para que así logren entre todo el equipo un ambiente inclusivo en el que ninguno se quede fuera.

Si existe personal que no tiene conocimiento sobre el tema, se pueden crear soluciones para cambiar esto:

- Dar capacitaciones por medio del departamento de RRHH para que obtengan el conocimiento necesario de qué es una discapacidad, qué tipos de discapacidad existen y cómo suelen sobrellevar en el trabajo.
- Entregar conocimiento específico sobre la discapacidad que tiene el compañero que va a ser reincorporado, ya que así pueden cooperar si es que necesite algo.

b. Desarrollar una cultura inclusiva

Actualmente, lograr tener una alta diversidad en el lugar de trabajo es una de las metas que la mayoría de empresas busca al ser una ventaja competitiva con otras ya que las que cuentan con un alto rango de diversidad logran un mayor desempeño por parte de sus empleados y por ende existen mayores ganancias.

Tener una cultura inclusiva significa que existe un amplio rango de diversidad entre los empleados, de acuerdo a su capacidad, género, edad, religión, etnia o cultura y que estas diferencias de cada uno son aceptadas y respetadas.

Siempre se pueden incrementar nuevas maneras para mantener un ambiente inclusivo dentro de la empresa, por ejemplo:

- Alinear las prácticas de diversidad con los objetivos organizacionales que tengan, es decir, el plan de diversidad que quieran aplicar debe ir de acorde a lo que quiere la empresa.
- Crear y aplicar proyectos de sensibilización sobre que es una cultura inclusiva y sus beneficios.
- Psicoeducación sobre la diversidad que existe en el campo laboral y como incluirla en su vida diaria.

c. Reconocer y adecuar barreras estructurales de la empresa

Uno de los problemas más comunes para que no se dé una completa inclusión laboral es la falta de estructuras de accesibilidad que permitan el ingreso y movimiento de quienes tienen algún tipo de discapacidad dentro de la empresa.

Legalmente, está estipulado por la ley que las empresas en las que exista alguna persona con discapacidad deben adecuar la estructura física de la empresa adaptándose al trabajador. Para que un empleado tenga libre acceso, puede implementar varios cambios:

- Rampas de acceso o ascensores.
- Baños accesibles que tengan el espacio y la seguridad adecuada.
- Pasamanos en todas las escaleras.
- Correcta señalización de salidas de emergencia y localización de lugares importantes para el empleado.

Como es importante la estructura general de la compañía también es importante que la estructura del puesto de trabajo se ajuste a sus necesidades para que pueda desarrollarse independientemente por lo que consultar con el empleado sobre sus necesidades es importante.

Existe una variedad inmensa de adecuaciones que se pueden implementar al puesto de trabajo del empleado, algunos ejemplos que puede incluir son:

- Implementar una silla distinta que se adapte a las necesidades del empleado o un escritorio con un acceso mas amplio para su comodidad.
- Incluir tecnología accesible si fuese necesaria, como un teclado especial, audífonos para el teléfono o lectores de pantalla que leen la información escrita para el empleado.

Una vez entregados los cambios necesarios se debe monitorear, comenzando con una vez cada semana y después ampliar el tiempo hasta los 6 meses, para saber si estas han cumplido con las necesidades del empleado para que pueda realizar su nuevo trabajo sin ningún problema y si no se deben buscar diferentes acomodaciones para que logre estar a gusto en su puesto de trabajo.

Si desea mas información sobre como adecuar completamente el lugar de trabajo para el empleado con discapacidad puede revisar la normativa *Accesibilidad Universal y Diseño para Todo (Normas Técnicas Ecuatorianas)*– Accesibilidad al Medio Físico.

Además del cambio en la estructura física de la empresa, es necesario implementar acomodaciones razonables para el retorno del empleado, la flexibilidad es clave para que el empleado pueda reintegrarse exitosamente, las normas que pueden aplicarse para el empleado son, por ejemplo:

- Flexibilidad en las horas de trabajo, como la hora de entrada o salida.
- Consentimiento para cambiar tareas de trabajo las cuales se vuelvan complicadas de realizar.
- Mayor cantidad de permisos para salir del trabajo por citas médicas o de rehabilitación.
- Aumentar o disminuir el número de tareas que puede o no realizar mientras se encuentra en el proceso de recuperación.

5. Favorecer la red de apoyo

Las redes de apoyo son redes sociales que protegen a sus miembros, disminuyendo riesgos de exclusión social, marginación o alejamiento, manteniendo el estado psicológico y bienestar de sus miembros.

El fin de tener una red de apoyo dentro de su compañía es contribuir a la calidad de vida de sus miembros ya que logra un efecto positivo sobre la salud al ser un factor de protección

Para quienes han adquirido una discapacidad el ser parte de un grupo de apoyo que ha pasado por lo mismo es un factor de protección frente a la pérdida de funciones.

Para crear un grupo de apoyo dentro de su compañía debe conocer las necesidades de los empleados, para esto es necesario:

- Reunir a los empleados con discapacidad para comentarles sobre la creación de un grupo en el que podrían hablar de lo que sienten o piensan libremente, sin ser juzgados, con quienes entienden por lo que han pasado.

Una vez que el grupo se establezca es necesario que dentro de los miembros puedan nombrar un líder del grupo:

- Será quien los represente dentro de la compañía para hablar sobre cambios que necesiten si fuese necesario.
- El nuevo líder del grupo es quien estará a cargo de ser el mentor para nuevos miembros del grupo.

El grupo, junto al departamento de Recursos Humanos, estará a cargo de recibir al nuevo empleado y lo acompañarán en su proceso de adaptación al nuevo entorno laboral.

6. Inducir al empleado

Una vez que regrese el empleado a la empresa es importante mostrarle los cambios que se han realizado dentro de la empresa para su bienestar ya que así le demuestra que tiene todo el apoyo necesario por parte de la compañía para su recuperación.

Algunas de las acciones que se pueden presentar el primer día son:

Inducción y bienvenida: por parte del presidente de la red de apoyo, representante del Departamento de Recursos Humanos y jefe o gerente.

Tour de la compañía: en especial de su puesto de trabajo que fue reacomodado según sus necesidades para que pueda ejercer su labor de manera independiente.

Reunión con el equipo de trabajo: el empleado debe ser introducido a su grupo de trabajo dentro del departamento en el que vaya a trabajar quienes previamente ya recibieron capacitaciones sobre la discapacidad de su compañero por lo que están listos para ayudarlo si fuese necesario.

Este protocolo fue creado para los empleadores con información necesaria sobre como realizar una correcta reinserción de los empleados que hayan adquirido una discapacidad.

Recuerde que la transición es difícil para los empleados por lo que usted es clave para hacerla mas fácil, siguiendo los pasos indicados en este protocolo usted podrá ser una fuente de apoyo, creando y manteniendo un ambiente laboral que beneficie a todos sus empleados.

Anexo B: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES:

Estimado participante:

Por medio de esta carta le extiendo una invitación para que sea parte de una investigación la que está enfocada en mejorar la reinserción al trabajo de personas que han sufrido algún tipo de discapacidad.

Si decide ser parte de la investigación, durante su reincorporación se aplicará un protocolo dentro de su compañía con el cual se realizarán cambios para su bienestar. Su participación en el estudio es vital para poder recolectar información sobre que cambios se deberían aplicar dentro de cada compañía para que esta tenga un mayor enfoque en el bienestar de sus trabajadores.

Si está interesado en ser parte del estudio, puede acercarse a la oficina de Recursos Humanos donde le indicarán cual es el siguiente paso que debe seguir para comenzar la investigación.

Si requiere mas información puede contactarse con Karen Daniela León Ruiz al número 0985565378 o al correo electrónico kleon@estud.usfq.edu.ec

Gracias por su atención

Atentamente

Karen León Ruiz

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Propuesta de protocolo de manejo e intervención psicológica para la re inserción de personas con discapacidades adquiridas en el ambiente laboral

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Karen Daniela León Ruiz*

Datos de localización del investigador principal *xxxxxxxxx*

Co-investigadores *no aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre una correcta reinserción al campo laboral de personas con discapacidades adquiridas a partir de la aplicación de un protocolo.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El fin de este estudio es examinar la influencia que tiene la aplicación de un protocolo en la reinserción de empleados al campo laboral después de haber adquirido algún tipo de discapacidad.

El estudio contará con 20 participantes de edades entre 18 a 50 años de los cuales 10 participantes serán re-incorporados a su compañía utilizando el protocolo mientras que los otros 10 participantes serán re-incorporados a su compañía usando las medidas que cada una tenga.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Después de aceptar ser parte del estudio, se espera que usted complete tres inventarios, uno sobre bienestar laboral y dos sobre salud emocional. Se procederá a comenzar el estudio implementando el protocolo en un grupo mientras que en el otro se aplicarán las medidas de inserción de la compañía a la que pertenece en el período de dos meses.

Tres meses después de la finalización de la intervención se aplicarán de nuevo los tres inventarios que se aplicaron antes de comenzarla.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Durante su tiempo de recuperación y adaptación a su discapacidad será implementado el protocolo por lo que es posible que usted experimente episodios de ansiedad, depresión o TEPT (trastorno de estrés postraumático) mientras este dure; de igual manera, las implementaciones del protocolo que serán agregadas a su vida diaria pueden dar como resultado una alta carga emocional por lo que el investigador junto al psicólogo de su compañía estarán a cargo de minimizar los riesgos de que lo mencionado ocurra al dar las pausas necesarias en el estudio, aceptando cualquier emoción que usted puede estar experimentando o si fuese necesario proveyendo la ayuda psicológica necesaria.

Los beneficios de este estudio son determinantes para cambiar las bases establecidas en la re-inserción de empleados que han adquirido una discapacidad en el país y crear nuevas que tengan como objetivo principal el bienestar de la persona.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el Comité de Bioética de la USFQ tendrán acceso.

2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono xxxxxxx que pertenece a Karen León, o envíe un correo electrónico a kleon@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO D: ESCALAS DE EVALUACIÓN

Factor de Bienestar Laboral

Escala de Afectos

Actualmente, en mi trabajo, siento:

Insatisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Satisfacción
Inseguridad	1	2	3	4	5	6	7	Seguridad
Intranquilidad	1	2	3	4	5	6	7	Tranquilidad
Impotencia	1	2	3	4	5	6	7	Potencia
Malestar	1	2	3	4	5	6	7	Bienestar
Desconfianza	1	2	3	4	5	6	7	Confianza
Incertidumbre	1	2	3	4	5	6	7	Certidumbre
Confusión	1	2	3	4	5	6	7	Claridad
Desesperanza	1	2	3	4	5	6	7	Esperanza
Dificultad	1	2	3	4	5	6	7	Facilidad

Escala de Competencias

Actualmente, en mi trabajo, siento:

Insensibilidad	1	2	3	4	5	6	7	Sensibilidad
Irracionalidad	1	2	3	4	5	6	7	Racionalidad
Incompetencia	1	2	3	4	5	6	7	Competencia
Inmoralidad	1	2	3	4	5	6	7	Moralidad
Maldad	1	2	3	4	5	6	7	Bondad
Fracaso	1	2	3	4	5	6	7	Éxito
Incapacidad	1	2	3	4	5	6	7	Capacidad
Pesimismo	1	2	3	4	5	6	7	Optimismo
Ineficacia	1	2	3	4	5	6	7	Eficacia
Inutilidad	1	2	3	4	5	6	7	Utilidad

Escala de Expectativas

Está(n) bajando	1	2	3	4	5	6	7	Está(n) subiendo
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

En mi trayectoria laboral:

Mi motivación por el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi identificación con los valores de la organización	1	2	3	4	5	6	7
Mi rendimiento profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
La calidad de mis condiciones de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi autoestima profesional	1	2	3	4	5	6	7
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada	1	2	3	4	5	6	7

Mi confianza en mi futuro profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi calidad de vida laboral	1	2	3	4	5	6	7
El sentido de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi acatamiento de las pautas de la dirección	1	2	3	4	5	6	7
Mi estado de ánimo laboral	1	2	3	4	5	6	7
Mis oportunidades de promoción laboral	1	2	3	4	5	6	7
Mi sensación de seguridad en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi participación en las decisiones de la organización	1	2	3	4	5	6	7
Mi satisfacción con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mi realización profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi eficacia profesional	1	2	3	4	5	6	7
Mi compromiso con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Mis competencias profesionales	1	2	3	4	5	6	7

Factor de Efectos Colaterales

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---	---	---------

Escala de Somatización

Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:

Trastornos digestivos	1	2	3	4	5	6	7
Dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6	7
Insomnio	1	2	3	4	5	6	7
Dolores de espalda	1	2	3	4	5	6	7
Tensiones musculares	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Desgaste

Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:

Sobrecarga de trabajo	1	2	3	4	5	6	7
Desgaste emocional	1	2	3	4	5	6	7
Agotamiento físico	1	2	3	4	5	6	7
Saturación mental	1	2	3	4	5	6	7

Escala de Alienación

Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:

Mal humor	1	2	3	4	5	6	7
Baja realización profesional	1	2	3	4	5	6	7
Trato despersonalizado	1	2	3	4	5	6	7
Frustración	1	2	3	4	5	6	7

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre.....Estado Civil..... Edad..... Sexo.....

Ocupación Educación.....Fecha.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado

- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4 La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.	Puntaje
	0 No se encuentran presentes	
	1 Presencia dudosa	
	2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	

	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	

	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
Síntomas somáticos generales (musculares)	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	

	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	

	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	