



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



Facultad de
Psicología

**Rehabilitación Psicosocial:
Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad
Psíquica**

TRABAJO FINAL DE GRADO

**Estudiante: Verónica Cáceres
4.359.231-7**

**Docente Tutor: Rossina Machiñena
Docente Revisor: Nicolás Rodríguez**

Montevideo, octubre 2020

Índice

Pág.

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Desarrollo.....	7
Salud mental y discapacidad.....	7
Rehabilitación psicosocial.....	17
Inclusión laboral.....	24
Empleo con Apoyo.....	27
Conclusión.....	33
Bibliografía.....	36

Resumen

En este ensayo académico se abordará la importancia de la rehabilitación psicosocial en personas con discapacidad psíquica.

Se expondrán conceptos claves que serán de referencia para fundamentar la problematización de la inclusión de éstas al mundo laboral a través de la modalidad de Empleo con Apoyo y la importancia que juega el rol del Psicólogo en dicho proceso.

Se realizará un recorrido por distintos autores, quienes han desarrollado aportes acerca de la temática y han contribuido al cambio de paradigma que se viene dando desde hace algunas décadas a nivel mundial en cuestiones de salud mental y rehabilitación psicosocial, sin embargo, en Uruguay este es un proceso que se viene dando desde hace pocos años y con la promulgación de la nueva Ley de Salud Mental ha tomado mayor fuerza.

Se intentará exponer y reflexionar sobre la importancia de un modelo integral desde una mirada bio-psico-social, mejorando la calidad de vida y funcionamiento social de la persona que padece una enfermedad mental, promoviendo así la autonomía y el relacionamiento con el entorno.

Palabras claves: Discapacidad, Enfermedad mental, Rehabilitación psicosocial, Empleo con Apoyo.

Abstract

This academic essay shall address the importance of psychosocial rehabilitation on individuals with psychic disability.

Key concepts shall be presented, which shall be reference to substantiate inclusion issues towards the world market through Supported Employment method and the significance that psychological role plays in such process.

Several authors shall be covered. Such authors have developed contributions regarding subject area and have helped with paradigm shift for several decades now worldwide about mental health and psychological rehabilitation. Nevertheless, in Uruguay this is a new process which is stronger due to latest Mental Health Law.

Reflection and disclosure the importance of an integrated approach from a bio and

psychosocial point of view, improving life standards and social performance of the individual suffering from mental disorder, thus enhancing Independence and their relationships, shall be attempted.

Introducción

El presente TFG (trabajo final de grado) tiene como objetivo la obtención del título de Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Se realizará bajo la modalidad de ensayo académico, será una producción teórica analizando conceptos desde diferentes autores referentes en la temática.

En el marco teórico se desarrollarán ideas claves que aporten a la visualización del tema, que servirán como referencia para fundamentar la importancia de la inclusión de las personas con discapacidad psíquica al mundo laboral.

En primer lugar se realizará una contextualización de las concepciones de salud mental y discapacidad. Asociados históricamente a mitos y creencias estas concepciones han sufrido transformaciones sobre todo en los últimos años, pero la mirada de la sociedad sigue estando atravesada por la estigma asociando a la discapacidad psíquica con la agresividad y la peligrosidad, levantando así barreras sociales que dificultan la inclusión de estas personas a la comunidad.

Se trabajará el concepto de rehabilitación psicosocial, con un enfoque bio-psico-social desde distintos autores y como estas formas de abordaje inciden en la calidad de vida de quien tiene una discapacidad psíquica, finalmente abordará la importancia de la inclusión laboral bajo la modalidad de empleo con apoyo.

Históricamente las personas con discapacidad psíquica han sido excluidas del resto de la población por diferentes motivos, es por ello que en el presente trabajo se seleccionan momentos históricos y conceptos que han sido de relevancia para describir los cambios que se han llevado a cabo en materia de salud mental.

La importancia de la rehabilitación psicosocial como una forma de intervención más integral y desde una perspectiva de Derechos Humanos ha llevado a que pensemos algunas concepciones como la de discapacidad y de salud mental, con una mirada más social.

La realidad muestra que las personas que presentan discapacidad psíquica son las responsables de buscar los medios para acceder al mundo del trabajo pero, las oportunidades que les presenta el mercado laboral abierto son reducidas, por ello se han creado estrategias para incluir laboralmente a estas personas, una de ellas es el empleo con apoyo.

El empleo con apoyo consiste en un modelo de intervención que cuenta con dos elementos fundamentales que son: el preparador laboral y el apoyo propiamente dicho, conceptos que se desarrollarán en el contenido del texto.

En el año 2017 en nuestro país se aprueba la nueva Ley de Salud Mental (Ley N° 19.527, 2017), la misma propone cambios en materia de políticas públicas lo que implica un cambio en las formas de abordaje en cuestiones de rehabilitación.

Resulta pertinente conocer la experiencia vivida por la persona en el transcurso de la inserción laboral mediante los programas que existen en nuestro país. Se intenta tener una noción de como ésta se ve influenciada por estar inserta socialmente a través de una actividad laboral, dejando de lado el estigma del enfermo mental. Destacar el rol que cumple el psicólogo como quien acompaña el proceso de inclusión para lograr una mejor calidad y condiciones de vida de estas personas.

El interés por la temática surge a partir de mi experiencia en la “Práctica de graduación” realizada en el Centro Dr. Alberto Martínez Visca, donde forme parte del programa Ceibo en cual trabaja en inclusión laboral con la modalidad de empleo con apoyo. La experiencia en dicha práctica fue lo que me motivó a seguir indagando y profundizando en el tema dados los cambios a nivel social que se vienen gestando en los últimos años en materia de políticas públicas en salud mental.

Desarrollo

Salud mental y discapacidad

Hasta hace pocas décadas las personas con enfermedad mental han sufrido una larga historia de marginación. La principal forma de atender las necesidades y los problemas psiquiátricos de esta población era internándolos durante largos períodos de tiempo, incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas llamadas manicomios, situadas generalmente lejos de la ciudad y, en la mayoría de los casos, se caracterizaban por un modelo de tipo asilar, con escasa asistencia psiquiátrica y condiciones de vida inadecuadas promoviendo así un factor de deterioro personal, cronificación de la enfermedad, marginación y aislamiento social (Gisbert et ál., 2002).

A finales de la década de los 70, en Italia, se comienzan a materializar algunos cambios que se venían gestando en términos de psiquiatría comunitaria. Se promueve la desinstitucionalización, los equipos de salud mental comunitarios comienzan a tomar mayor importancia desarrollando tareas rehabilitadoras, teniendo como objetivo fundamental la reinserción de las personas con enfermedad mental a la comunidad. En esta línea de trabajo es muy importante el aporte de Franco Basaglia (1924-1980), médico italiano especializado en neuropsiquiatría, quien entendió que existe otra forma de tratar la locura y luchó entonces por una reforma institucional que cambiará el modo de ver al enfermo mental, basada en los Derechos Humanos. En 1961, Basaglia visita por primera vez un manicomio y se encuentra con una realidad lacerante e inhumana:

También el hombre que veía en el manicomio “había perdido toda dignidad humana: también el manicomio era un enorme chiquero”, pero con un agravante: aquí “hay médicos, camisas blancas, enfermeros, como si se tratara de un hospital para curar. En realidad, es solo un instituto de custodia”. (Basaglia, 2008, p. 9)

Es gracias a esta experiencia que Basaglia propone un cambio de paradigma que tendrá como pilar fundamental la desinstitucionalización. El autor propone la erradicación de los manicomios como centros de aislamiento y comenzar a pensar en soluciones alternativas que consideren al individuo enfermo en su libertad. Es entonces en 1978 que esta lucha recogerá sus frutos, en Italia se aprobaría la Ley 180, que surge en respuesta a una realidad del momento, promueve una reforma constitucional que propone cambios en el tratamiento de la enfermedad mental. La aplicación de la nueva ley traería nuevos desafíos y necesitaría del apoyo de otras instituciones, usuarios y técnicos. El autor entendía que la realidad era bastante más

compleja y, para que se logaran determinados cambios sociales, era necesario aceptar diferencias y valorar positivamente los conflictos y las crisis.

Es a partir de los años setenta que comienzan a darse cambios reales en distintas partes del mundo para el trabajo con este tipo de pacientes, intentando incluir al enfermo mental en la comunidad. Teniendo en cuenta que son otras las necesidades y exigencias que tendrá compartiendo un ambiente común a diferencia de una situación asilar, se comienzan a buscar programas de rehabilitación basados en las competencias personales del individuo.

En la década de los 80 en España se plantea un nuevo modelo de atención, basado en la rehabilitación de la persona con TMS (Trastorno Mental Severo) desde una perspectiva comunitaria buscando atender los problemas de salud mental dentro de su entorno. Esta reforma psiquiátrica que se viene desarrollando en las últimas décadas propone dispositivos alternativos a la institucionalización. El proceso de transformación promueve la reinserción social en la comunidad de la población crónica institucionalizada a través de servicios capaces de brindar atención al individuo en su medio social, dando respuestas a las diferentes necesidades del enfermo mental. Si bien se considera que la hospitalización es necesaria en algunos casos, debe considerarse parte del proceso: poner foco en los servicios comunitarios y no en la internación propiamente dicha. El objetivo es promover un enfoque bio-psico-social que integre los niveles de prevención, atención y rehabilitación en salud mental de tal forma que el individuo pueda rehabilitarse en su entorno familiar y social evitando así el aislamiento y la marginación (Gisbert et ál., 2002).

La situación ha ido mejorando en las últimas décadas, produciendo cambios en la manera de abordar y tratar a las personas con enfermedad mental, transformando la atención y situación de esa población. Esto ha sido gracias al desarrollo de nuevas formas de intervención psicosocial, tratamientos farmacológicos más eficaces, cambios culturales, políticos y movimientos de lucha por los derechos civiles (Gisbert et ál., 2002).

Considerando lo estigmatizante que resulta la enfermedad mental, lo que conlleva a una percepción errónea de peligrosidad y miedo en su relacionamiento, tiene como consecuencia la dificultad y la mayoría de las veces, el impedimento de una adecuada rehabilitación de la persona (Ochoa S., 2011).

Jenny Morris (como se cita en Agustina Palacios, 2008) reconoce que el prejuicio se relaciona con el reconocimiento de la diferencia y, parte de ello, es el concepto de normalidad; puede ser una palabra para significar algo común, y lo diferente no necesariamente originar prejuicio. Pero en nuestra sociedad, la idea de normalidad está estrechamente relacionada con lo que es correcto, con lo que es deseable, lo normal representa aquello que es promedio dentro de una estructura social y, quienes no conformen lo que es promedio, no están contemplados dentro del parámetro de la

normalidad. En tal sentido, a los ojos de la sociedad, las personas con discapacidad no son normales ya que la diferencia se entiende contraria a la normalidad. Las personas con discapacidad, tanto psíquica, intelectual, mental como física, no se consideran correctas, por tanto, no pertenecen a lo normal. En este sentido, ellos pasan a ser los otros, los que no representan el *statu quo* de la sociedad.

Si hablamos de inclusión, el término semánticamente es bastante parecido al de integración pero presentan ciertas diferencias. La inclusión alude a la persona y su contexto, en cambio cuando hablamos de integración es la persona quien se integra a lo que la sociedad y el contexto le ofrecen (Arnaiz, 2003).

La discapacidad, como una cuestión de derechos humanos, parece no ser cuestionable. Sin embargo, hasta no hace mucho tiempo, la discapacidad era vista desde una perspectiva caritativa, restándole importancia a la complejidad social de este fenómeno; esto se debe a una historia de exclusión, menosprecio y persecución a las que estas personas se vieron sometidas.

Desde la antigüedad hasta hoy ha habido grandes contradicciones en el tratamiento otorgado a estas personas, debido a las diferentes concepciones de discapacidad que oscilan entre enfermedad y pecado (Palacios, 2008).

A partir de esto, y siguiendo la línea de esta autora, se distinguen tres modelos que, en mayor o menor medida, coexisten en el presente. El primer modelo, llamado de prescindencia, plantea que el origen de la discapacidad tiene un motivo religioso, es consecuencia del enojo de los dioses, las personas con discapacidad son consideradas innecesarias ya que no aportan a las necesidades de la sociedad. El segundo modelo se llama rehabilitador, dado que no considera el origen de la discapacidad como un tema religioso sino científico, estas personas ya no son consideradas innecesarias e inútiles, siempre y cuando puedan ser rehabilitadas, por tanto, lo que se persigue es normalizarlas, aunque ello implique el ocultamiento de la discapacidad, entonces el problema pasa a ser de la persona a la que hay que rehabilitar. Por último, el modelo social es el que considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, desde esta concepción se plantea que estas personas pueden aportar a la sociedad igual que las personas sin discapacidad, siempre desde una perspectiva de Derechos Humanos potenciando el respeto por la dignidad, la libertad, la igualdad y la inclusión social. Apunta a la autonomía de la persona con discapacidad y se centra en la eliminación de las barreras con el fin de encontrar una adecuada igualdad en las oportunidades.

En la actualidad influenciado por el modelo social de la discapacidad, ésta se conceptualiza como una situación dinámica entre el estado de salud de una persona y su entorno.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) define la discapacidad como: "...un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y

restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (CIF-OMS/OPS, 2001, p.206).

La discapacidad es un concepto que ha evolucionado a lo largo de la historia, la concepción actual coloca el problema, que antes estaba centrado en la persona, fuera de ella. Entendiendo que la discapacidad es un concepto que tiene mas que ver con una construcción social que limita y excluye y no una característica personal (Vásquez Echeverría, 2013).

Al hablar de limitaciones refiere a las barreras sociales, en este sentido la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad, la define como:

“un concepto que evoluciona y se resulta de la interacción entre personas con diferencia y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, p.1).

Por otro lado, lo que llamamos “locura” es un concepto que ha cambiado a lo largo de la historia y según la sociedad en la que vivimos (ya que es producto de esta), se encuentra íntimamente relacionada a los aspectos más profundos del ser humano, está vinculada a lo misterioso, incomprensible e imprevisible, la locura se ha expresado a través de la música, la pintura y la literatura.

Los conceptos de enfermedad mental y trastorno mental han dado lugar a muchas discusiones y cuestionamientos. Hoy se considera enfermedad a aquel proceso patológico donde se pierde la salud por causas orgánicas y trastorno mental cuando, sin necesariamente existir un origen orgánico, se produce una alteración genérica de la salud mental (Caballero, 2007).

El trastorno mental es un síndrome que se caracteriza por una alteración significativa clínicamente de la regulación emocional o del comportamiento de una persona, afectando su estado cognitivo, por tanto, refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que surgen de su función mental. Por lo general, los trastornos están asociados a un estrés significativo o a discapacidad ya sea social, laboral u otras actividades de importancia en la vida del sujeto (APA, 1997).

La psicosis esquizofrénica ha sido investigada desde varias perspectivas teóricas, es considerada desde los diferentes autores y manuales como enfermedad mental o como un trastorno.

Las clasificaciones actuales, como el manual de Clasificaciones Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), son manuales estadísticos que se elaboran a partir de datos empíricos, con una metodología descriptiva. Tienen como objetivo mejorar el consenso

entre los diagnósticos de los clínicos de las distintas orientaciones, tratando de aumentar la compatibilidad entre los sistemas de clasificación usando criterios diagnósticos para la esquizofrenia un tanto similares.

Para el DSM-IV-TR, se define el trastorno esquizofrénico como una alteración que persiste, por lo menos, durante seis meses e incluye la presencia de síntomas de fase activa, por lo menos, por un mes. Este trastorno también presenta disfunción a nivel social y laboral. Se ven afectadas las áreas de las relaciones interpersonales, el autocuidado y la actividad laboral. En la mayoría de los sujetos aparecen síntomas como aislamiento social, deterioro en los hábitos de higiene, pérdida de interés en las actividades diarias como el estudio o el trabajo (APA, 1997).

El CIE-10, define la esquizofrenia como un trastorno que presenta disfunciones a nivel de percepción, de pensamiento y de la afectividad, la persona comienza a presentar deficiencias intelectuales, aparecen manifestaciones a nivel de pensamiento tales como, eco, percepción delirante, robo de pensamiento, delirios de control y de influencia, voces y síntomas de negativismo. La evolución puede ser continua o episódica y pueden presentar uno o más episodios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Según Florit- Robles (2006), hay muchos factores que influyen en la enfermedad mental, es por esto que un mismo diagnóstico no implica las mismas necesidades. Debe tenerse en cuenta la funcionalidad de la persona, el autocuidado, la autonomía, considerar la comorbilidad de otras patologías tanto físicas como psíquicas, el grado de discapacidad producido por estas, y la repercusión de la enfermedad en el entorno familiar y social.

Por otro lado, si nos referimos a paciente mental crónico, para categorizar a este grupo se ha hecho hincapié algunas veces en la evolución, otras en la edad, la duración o el tipo de síntomas con que cursan la enfermedad. Como consecuencia de ello es posible encontrar bajo esta definición una extensa y heterogénea gama de pacientes con características y necesidades muy diferentes.

En salud mental la palabra cronicidad tiene connotaciones estigmatizantes, por tanto, negativas. Por esta razón, la literatura reciente viene utilizando el término Trastorno Mental Severo (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de larga duración y que generan distintos grados de discapacidad y disfunción social. Existen tres aspectos a tener en cuenta: en primer lugar, el diagnóstico, que incluye los trastornos psicóticos funcionales (no orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad; en segundo lugar, la duración del tratamiento debe ser superior a los dos años, refiere a la duración del tratamiento y no de la enfermedad ya que existe un período pre mórbido o, incluso, sin sintomatología activa difícil de delimitar en el tiempo; y, en tercer lugar, debe haber presencia de discapacidad que implique una afectación de moderada a severa del funcionamiento social, laboral y familiar de la

persona. Es necesario valorar el funcionamiento social que aporte información sobre su grado de autonomía e independencia. El funcionamiento social es un predictor de la futura evolución ya que, a partir de allí, pueden determinarse las necesidades de supervisión y apoyo (Gisbert et ál., 2002).

De acuerdo con el concepto de la CIF, desde una perspectiva bio-psico-social estas personas deben ser consideradas en su condición de salud y la relación negativa con el medio. Es así que considerando las dificultades de funcionamiento debido a la cronicidad del trastorno, se comienza a utilizar el concepto discapacidad psicosocial, antes eran considerados enfermos mentales y no se tenía en cuenta la discapacidad. Es importante aclarar que no todas las personas tendrán las mismas características ni el mismo nivel de funcionamiento. Se trata de una concepción basada en una perspectiva de Derechos Humanos colocando el foco en las dificultades a las que se enfrentan estas personas en relación con su entorno y no colocándolas en quien padece los aspectos negativos de tal situación.

Según la revista La Suma de Todos (2010), en el artículo “Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones”, no es hasta la segunda mitad del siglo XX que se comienza a reconocer la importancia del contexto social como uno de los factores que potencia o mitiga las limitaciones que presenta una persona, por tanto, se entiende que la discapacidad no solo es una condición de salud sino que es: “el resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos. Se reconoce el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona” (p.5). La discapacidad se clasifica según su origen, de la siguiente manera: discapacidades físicas, discapacidades sensoriales y discapacidades psíquicas. Esta última incluye las originadas por trastorno mental, se debe a que la deficiencia es de origen psíquico y a su vez hablamos de discapacidad por su relación negativa con el entorno.

Según la CIE-10 y el DSM-IV-TR la definición de Trastorno Mental es “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo que se traduce en trastornos del comportamiento, del razonamiento, de la adaptación a las condiciones de vida y de la comprensión de la realidad”. Por tanto, sería correcto referirnos a personas con discapacidad psíquica ya que se debe a que existe una deficiencia que es de origen psíquico y a su vez discapacidad por la existencia de una relación negativa con el entorno.

Por otro lado, es relevante aclarar que no todas las personas que tienen una enfermedad mental presentan una discapacidad. De Fuentes (2016), hace una distinción entre la discapacidad psíquica y la intelectual las cuales muchas veces quedan incluidas bajo la denominación de enfermedad mental. En tal caso, la enfermedad mental grave está asociada a tres variables: el diagnóstico clínico, la duración y el funcionamiento psicosocial. Esto incluye a quienes se encuentren bajo un

tratamiento mayor a dos años o presenten un progresivo deterioro en el área psicosocial.

Las dificultades que se presentan en el funcionamiento psicosocial hacen que estas personas tengan problemas en el desempeño normalizado de su vida personal y social y, si a esto le sumamos las barreras sociales como el estigma o el rechazo, falta de recursos de atención y escasez de soporte social, se puede generar una situación de marginación, aislamiento social, desempleo y exclusión.

Estas dificultades generan una barrera social entre la persona y el contexto dejándolas por fuera. En el caso de la discapacidad psicosocial el estigma y la marginación influyen negativamente en la recuperación.

En este sentido es relevante, por tanto, hablar sobre estigma personal, debido a que este:

“produce un grave impacto sobre la vida de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, ya que está relacionado con la pérdida de autoestima, depresión, aumento de la gravedad de los síntomas psicóticos, mala adherencia al tratamiento psicofarmacológico, peor funcionamiento social y laboral y peor calidad de vida” (Bengochea- Seco et ál., 2016, p.2).

Asimismo, es de relevancia hablar de estigma social con relación a las personas que padecen enfermedad mental. De acuerdo con López Álvarez et ál. (2004), las personas que padecen enfermedad mental son las más afectadas en distintos ámbitos de la vida, llevándolos así a enfrentarse a dos problemas: los relacionados directamente con la enfermedad y los relacionados con el estigma, que paradójicamente suelen ser más permanentes y constantes que los derivados de la enfermedad misma. Estos problemas tienen como consecuencia para la persona que los padece una importante disminución de oportunidades como parte de la vida ciudadana activa, y con aspectos relacionados a la buena calidad de vida, como son la salud, la pareja, el empleo y las relaciones en general (López Álvarez, et ál., 2004).

De acuerdo con Florit- Robles (2006), en la psicosis no debemos olvidar la valoración e intervención sobre estigma social. El hecho de que una persona esté diagnosticada con una enfermedad mental tiene un impacto sobre los que lo rodean, se produce todo un proceso de rechazo y discriminación que se refleja en diferentes facetas de la vida, como por ejemplo, el alojamiento, la integración laboral, grupos sociales, entre otros. Por lo tanto, los programas de rehabilitación psicosocial deberán contemplar el manejo del estigma y los mitos que atraviesan las personas que tienen psicosis.

La construcción del vínculo con la persona se presenta como un desafío: comprender a ese otro con las limitaciones propias de la enfermedad, buscar la forma de relacionamiento que pueda generar vínculos empáticos, tomar contacto con

determinados espacios donde emergen dudas, problemas cotidianos, alegrías y tristezas. Estas instancias resultaron de gran importancia a la hora de comprender la dinámica de funcionamiento tanto institucional como grupal.

Respecto al tema, Rodríguez (1997) plantea que la persona tiene historia, características y capacidades únicas, por lo tanto, se debe realizar una evaluación de sus necesidades a nivel global para determinar un plan individualizado. Se marcan los objetivos, las fases y las estrategias que se utilizarán en el proceso de rehabilitación, en los centros hospitalarios y extra hospitalarios. Por esto es que se considera de importancia la experiencia de poder acompañar en el proceso de rehabilitación a las personas con trastornos mentales severos, generar vínculos, tomar contacto con la patología mental, intentar articular teoría y práctica.

Generalmente, las personas con psicosis presentan en mayor o menor medida déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales y funcionamiento cognitivo. Estas dificultades de funcionamiento psicosocial originan problemas en el desempeño normalizado de los roles sociales (Gisbert et ál., 2002). Por tanto, un proceso rehabilitador debe tener objetivos específicos que le permita a la persona entrenar las habilidades para poder así alcanzar mayor nivel de autonomía, promover las habilidades de interacción con el otro para que pueda establecer vínculos y modificar conductas de riesgo para su salud mental. La rehabilitación psicosocial, entonces, jugará un papel determinante en el terreno del funcionamiento para infundir cambios tanto a nivel personal como social.

En nuestro país con la aprobación de la Ley 18.418 sobre los derechos de las personas con Discapacidad hay un compromiso por:

“Velar por el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con los demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laboral que sean abiertos, inclusivos y accesible a las personas con discapacidad.” (Ley 18.418, Art 27).

Es de importancia destacar algunos aspectos centrales. Ejemplo de ello son: “condiciones de trabajo justas y favorables”, “que tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua”, “apoyarlos para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo”. (Ley 18.418, Art. 27).

Por otra parte, sobre las obligaciones del Estado la Ley 18.651 dispone:

“El Estado, los Gobiernos Departamentales, los entes autónomos, los servicios descentralizados y las personas de derecho público no estatales están obligadas a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no

inferior al cuatro por ciento de sus vacantes.” (Ley 18.851; Cap VIII, Art. 49).

Si bien no hay que perder de vista la individualidad de cada persona, porque como tales comparten las mismas problemáticas y necesidades que el resto de la población, como son la alimentación, higiene, alojamiento, trabajo y salud por nombrar algunas, también es cierto que las personas con esquizofrenia comparten características comunes que son parte de la enfermedad. Ejemplo de ello es que muchos han perdido habilidades y autonomía, han perdido redes sociales de apoyo debido a las dificultades para interactuar socialmente, son vulnerables al estrés y, al no poder afrontar las demandas del medio, pueden sufrir exacerbaciones. Por lo dicho anteriormente es que muchos se perciben como vulnerables y dependen de otras personas para manejarse en la vida cotidiana, por ello también es que tienen dificultades para acceder o mantenerse en el mercado laboral, provocando en algunos casos cambios constantes de empleo.

Siguiendo esta misma línea, se necesitan programas de rehabilitación psicosocial que promuevan la adquisición y/o recuperación de las habilidades y capacidades necesarias para que las personas con enfermedad mental puedan relacionarse en comunidad. Programas que favorezcan la integración social y afectiva en su entorno familiar y social de una manera flexible y continuada ya que, si bien gracias al tratamiento farmacológico se logra controlar la sintomatología y hay mejoría, muchas de las personas con enfermedad mental presentan déficit y discapacidades que dificultan la autonomía y la integración a la vida en comunidad. Es entonces donde la integración laboral es un elemento clave para facilitar la independencia, autonomía e integración social (Rodríguez, 2002).

Las personas que se encuentran en un proceso de egreso de la hospitalización, muchas veces se enfrentan a una realidad que les parece ser ajena debido al proceso de encierro por el que han transitado, la pérdida de contacto con la realidad y consigo misma que se produce en una internación. Cuando fuera de la institución psiquiátrica no están dadas las condiciones para que puedan reinsertarse socialmente, por lo general suele darse lo que se conoce con el nombre de “efecto puerta giratoria”, entendiendo que, como la persona no logra adaptarse al medio a falta de oportunidades de vivienda y trabajo, recae nuevamente en una internación.

Agustina Palacios (2008) dice que el modelo social de discapacidad va más allá de la diversidad funcional de las personas, apunta principalmente a las limitaciones de la propia sociedad causada por la organización social que considera en forma insuficiente, o no considera en muchos casos, las diversidades funcionales.

La normalización se fundamenta en que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos que cualquier miembro de la sociedad. Adaptar los medios y condiciones acorde a sus necesidades, hablamos de normalizar el entorno, es decir,

no es la persona quien debe normalizarse sino que es la sociedad la que debe estar adaptada a las necesidades de todos los individuos.

En tal sentido, en los últimos años ha estado en discusión una nueva perspectiva para el abordaje de las enfermedades mentales. Distintos autores han llegado al consenso de que el tratamiento con psicofármacos e internaciones de las personas con este tipo de patologías no es suficiente para satisfacer las necesidades de rehabilitación que estos presentan. Por ello se considera que el trabajo cumple un rol fundamental para la inclusión a la sociedad de quien padece una enfermedad mental. García (2000) plantea que el desempeño de una actividad laboral se asocia a la posibilidad de incrementar los intercambios sociales, con la potenciación de las redes sociales y la mejora de las oportunidades para la socialización.

Para Moragriega (2002), la persona con enfermedad mental debe contar con una intervención global. En la mayoría de los casos, necesitará apoyo durante toda su vida. Para ello se debe fomentar la creación de recursos de rehabilitación para la integración socio-laboral, considerando la complejidad de la misma, de lo contrario, no se podrá más que paliar el problema y no podrá ser abordado desde la perspectiva integral que merece. Por lo tanto, los servicios destinados a la rehabilitación psicosocial deben posibilitar a los usuarios el acceso a servicios y recursos en función de sus necesidades e intereses.

Para algunos manuales diagnósticos la problemática esta centrada en lo individual , sin embargo hay autores que plantean que el problema de la discapacidad esta centrada en el entorno y en la sociedad.

Si bien como ya se mencionó las concepciones de locura y discapacidad se han transformado a lo largo de la historia, siguen siendo en muchos casos conceptos asociados a mitos y creencias lo cual conduce a que estas personas sean miradas de manera diferente y sean víctimas de la vulneración de sus derechos, discriminación y marginación por parte de la sociedad. Por lo tanto, es importante la participación social activa donde sea aceptado lo diferente (Verdugo, 2000).

Con relación a esto, el modelo social es clave a la hora de trabajar sobre las barreras sociales que se les impone. La CIF (2001) destaca la importancia de las condiciones del entorno social que influyen negativamente en la persona con discapacidad ya que ésta no es un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones creadas por la sociedad.

Rehabilitación psicosocial

Históricamente se ha conceptualizado de diversas maneras la intervención en la enfermedad mental grave, especialmente en la psicosis, por lo tanto, el tratamiento que se les daba a las personas con estas patologías ha variado con el paso del tiempo. Se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa solo con el uso de psicofármacos. No bastaba con la administración de un buen fármaco para alcanzar la independencia funcional de la persona sino que debe entenderse el tratamiento de una manera integral, en consecuencia, surgió la necesidad de buscar alternativas de rehabilitación psicosocial (Florit-Robles 2006).

Según García (2000), hasta la década de los ochenta en España no se pensaba al empleo y a la formación como parte de las necesidades de las personas con enfermedad mental. Las largas internaciones y las instituciones psiquiátricas recomendaban tener a los pacientes entretenidos y activos, y por ello, realizaban alguna actividad ocupacional: se les encomendaba a los enfermos mentales tareas de mantenimiento de los establecimientos, su trabajo no solo no era reconocido, sino que no generaba los derechos correspondientes a cualquier trabajador.

La enfermedad mental abarca una gran variedad de patologías, muchas de ellas con la misma sintomatología, pero diferente respecto a su evolución, pronóstico y grado de deterioro (Moragriega 2002). Por lo mencionado es que diferentes autores plantean que cada plan de rehabilitación debe ser individualizado, pensado para cada persona en particular.

Basarse exclusivamente en la reducción de los síntomas no permite a la persona recibir un tratamiento integral potenciando así la cronificación del trastorno derivando en la estigmatización y exclusión social. Por lo tanto el sistema asistencial debe basarse en un modelo comunitario que contemple la rehabilitación psicosocial (Uriarte, 2007).

En concordancia con lo anterior si se considera que la discapacidad psíquica es el resultado de la relación negativa entre su condición de salud y el entorno que la rodea, la misma está dada debido a que el contexto no cuenta con las características necesarias para que estas personas puedan generar una correcta adaptabilidad al medio. Por lo tanto, trabajar la discapacidad psíquica supone dejar de centrarse en los aspectos individuales de la misma y pensar en programas integrales que aborden al sujeto y a la sociedad en conjunto.

Hoy en día todavía existen barreras instauradas por la sociedad que no permiten una adecuada integración de estas personas a la comunidad, por eso no solo es importante la eliminación del estigma sino que es imprescindible trabajar también las

áreas que favorezcan el empoderamiento de estas personas, potenciando sus capacidades, autonomía y participación social.

Para poder hacer foco en esto, se deberá trabajar tanto en educación de las personas con discapacidad psíquica como en su entorno mas cercano y la sociedad en general, promover actividades que favorezcan el relacionamiento de éstos con la comunidad puede ser una herramienta eficaz para romper con las barreras sociales a las que se enfrentan.

En resumen, es de relevancia promover la sensibilización y el conocimiento de la discapacidad psíquica para generar posibilidades y oportunidades para todos por igual y así afrontar los cambios que se vienen gestando en esta materia. Por consiguiente, se hace necesario explicitar el concepto de rehabilitación psicosocial desde diferentes autores para tener una mayor comprensión del tema.

La rehabilitación psicosocial refiere a una gama de programas de intervención destinada a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, especialmente esquizofrenia. Tiene como principal objetivo mejorar su calidad de vida, actuar en la comunidad tan activamente como sea posible, promover la autonomía y asumir la responsabilidad de sus propias vidas, reforzando las habilidades del individuo (Gisbert et ál., 2002).

Para Rodríguez (1997) la rehabilitación psicosocial se define actualmente como aquel proceso mediante el cual las personas con discapacidades psiquiátricas logran reintegrarse a la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de forma tal que les permita mantenerse en su entorno en las condiciones lo más autónomas y normalizadas que les sea posible.

Para Gisbert et ál. (2002), las personas que sufren TMS presentan problemas que afectan el funcionamiento psicosocial, y no se reduce simplemente a la sintomatología psicopatológica. El grado de discapacidad varía dentro de este colectivo y durante el transcurso de la enfermedad en función de la atención y tipos de servicios que reciban, su historia, factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales de cada caso en particular. Habrá casos en los que la severidad y el grado de deterioro personal hagan necesaria una supervisión constante, y habrá casos donde exista un funcionamiento normal e integrado socialmente. Si bien hay elementos comunes que definen a las personas con TMS como que poseen mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades en la autonomía, pérdida de las redes sociales, dependencia de otras personas y de los servicios de salud, dificultad para mantenerse en el mercado laboral, también comparten los mismos problemas y necesidades que el resto de la población como, por ejemplo, la alimentación, el alojamiento, la higiene y la sexualidad, por nombrar solo algunos.

Las personas con enfermedad mental presentan una variedad de necesidades en todos los ámbitos de la vida como, por ejemplo, la participación en la comunidad o su

funcionamiento psicosocial. Por tanto, se han tenido que modificar los marcos de intervención tradicionales.

Moragriega (2002) entiende a la rehabilitación psicosocial como un proceso donde se favorece la integración a la comunidad de las personas con discapacidades psiquiátricas de la manera más autónoma y normalizada posible, por lo tanto, este proceso debe basarse en la intervención de todos los ámbitos de la persona que se vean afectados por la enfermedad mental.

Arias et ál. (2003) se expresa al respecto diciendo que la rehabilitación psicosocial consiste en un proceso donde el principal propósito es ayudar a las personas que padecen discapacidades psiquiátricas a reinsertarse de nuevo en la comunidad, lograr mejorar su funcionamiento psicosocial y poder así mantenerse en su entorno en las condiciones más normalizadas posibles. La complejidad de la enfermedad mental hace que la rehabilitación abarque muchos escenarios en los que la persona tiene participación, como el trabajo, las relaciones familiares, la red social, el alojamiento, por lo tanto, esta forma de intervención le devuelve al individuo su dignidad como persona y ciudadano. De acuerdo con lo mencionado, solamente podemos pensar en un modelo de atención en la comunidad con el objetivo de no aislar al sujeto, sino trabajar con él en su entorno.

Para la Asociación Española de Neuropsiquiatría es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios adecuados y enfocados en la atención integral, trabajar con las personas con TMS en el desarrollo de sus potencialidades, cubrir sus diferentes necesidades y promover un funcionamiento lo más integrado y autónomo posible, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Para esto es preciso generar y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos y programas. También, y no menos importante, son necesarios profesionales comprometidos activamente que cuenten con la motivación y el estilo de atención flexible que estos procesos de rehabilitación tan complejos demandan (Gisbert et ál. 2002).

El Consenso Intercentros del Uruguay expresa que es un modelo terapéutico dirigido a personas que presentan una discapacidad psíquica, con el fin de mejorar la calidad de vida, no solo centrándose en la persona sino también en la familia y la comunidad siendo el pilar fundamental de este modelo el enfoque bio-psico-social (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011).

Las personas con discapacidad psíquica presentan una variedad de necesidades en todos los ámbitos de la vida como, por ejemplo, la participación en la comunidad o su funcionamiento psicosocial. Por tanto, se han tenido que modificar los marcos de intervención tradicionales. El Psicólogo al momento de tomar contacto con la persona deberá indagar aspectos que serán de relevancia a la hora de pensar un plan adecuado y centrado en la persona para mejorar su calidad de vida. El profesional

deberá explorar acerca de sus vínculos, formación profesional, intereses y biografía con el fin de realizar un perfil de la persona y partir de ello pensar posibles estrategias de trabajo.

Con el fin de desarrollar una mejor calidad de vida se destaca la importancia de implementar propuestas adaptadas a cada individuo en particular (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011), al igual que plantea Florit-Robles (2006) es de importancia visualizar los aspectos conservados de la persona, potenciando sus fortalezas y las de su entorno; que la rehabilitación no solamente se limite a brindar herramientas para afrontar las carencias y debilidades del individuo.

En cuanto a calidad de vida, Bigelow et. ál (s.f), lo entiende como “un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las demandas para un adecuado funcionamiento social” (Bagnato 2009, p.37).

Schalock y Verdugo (2003), describen ocho dimensiones que influyen en la calidad de vida. Estas son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos.

Al respecto la OMS (1996) sostiene que es “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p. 385).

Es un concepto atravesado por aspectos culturales, factores individuales, vinculares, psicológicos y del entorno. Basado en la percepción que tiene una persona sobre las diversas áreas de su vida resulta bastante subjetivo, por lo que es difícil llegar a un consenso para dar una definición acabada.

Por las razones mencionadas anteriormente es que la rehabilitación psicocial debe fundamentarse en preservar las habilidades ya adquiridas por el sujeto atendiendo a la singularidad de cada caso, fomentando la participación activa y responsable de la persona en su proceso de rehabilitación de acuerdo con sus objetivos personales para lograr así un mayor control sobre su vida y convertirse en protagonista de su proceso de rehabilitación, reconociéndose como un sujeto de derechos. Para ello deberá conocer y reconocer su situación y en función de ello tomar decisiones al respecto. Es fundamental entender que es un proceso único y que debe sustentarse en un seguimiento personalizado de acuerdo a las características y necesidades de cada persona.

Se destaca la importancia de la percepción que tiene la persona con discapacidad psíquica acerca de su calidad de vida. Según lo planteado por Schalock y Verdugo (2003) y la OMS (1996), la autodeterminación es fundamental a la hora de diseñar los distintos programas de rehabilitación, ya que el sujeto realiza una valoración de su propia realidad y en función de ello participa activamente en la planificación de su tratamiento.

Mediante un plan de rehabilitación psicosocial se pueden generar estrategias que permitan a la persona con discapacidad psíquica desempeñar nuevos roles como el de trabajador, estudiante u otros y salir del lugar del enfermo mental.

En la actualidad se plantea un cambio de modelo de asistencia que busca eliminar los hospitales monovalentes y crear modelos socio-sanitarios enfocados en las necesidades de cada persona buscando mejorar su calidad de vida y brindarle la posibilidad de insertarse en la comunidad como miembro activo.

En nuestro país, los procesos de cambio se vienen dando de forma más lenta que en otros países.

En 1936 se aprueba la Ley 9.581, "Ley de asistencia a psicópatas", la que regula el marco normativo y se basaba en el modelo asilar de la época, siendo esta vigente hasta el año 2017. Una ley retrógrada en lo referente a las prácticas aplicadas al campo de la salud mental, como a la valoración de los usuarios de los servicios de atención en esta área.

Luego de un movimiento generado por un grupo de profesionales vinculados a la salud mental desde las distintas disciplinas que los ocupan, se logró avanzar hacia una propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos, para reemplazar la Ley 9.581, donde se ha pretendido generar cambios significativos como concebir y valorar al usuario como un sujeto de derecho. Recién en el año 2017 se aprueba la nueva Ley de Salud Mental (Ley N° 19.529, 2017), que tiene una mirada distinta a la tradicional, se basa en un nuevo modelo, teniendo como prioridad los derechos de los usuarios y su inclusión mediante un abordaje comunitario y con una perspectiva de Derechos Humanos. La salud, la educación, la vivienda y el trabajo son todos derechos inherentes a las personas, que lamentablemente hoy se siguen vulnerando con los abordajes tradicionales que se practican en el campo de la salud mental.

Esta nueva ley propone cambios en la forma de asistencia, ofrece un futuro más prometedor y humanizado a la persona con enfermedad mental. Se basa en la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción socio-laboral de quien padece una enfermedad mental, al mismo tiempo que promueve la atención en la comunidad, reduciendo las hospitalizaciones al mínimo posible.

Es necesario promover la protección de los derechos de estas personas, ya que las desventajas y barreras sociales con las que se encuentran hacen que esta población sea vulnerable a posibles abusos y situaciones de desprotección.

Por otro lado, y no menos importante, hay que destacar el papel que cumple la familia. Si bien la gran mayoría de las personas con enfermedad mental vive con sus familias, la convivencia puede suponer conflictos y dificultades, llevando a los últimos a sentirse desbordados y con falta de apoyo debido a los escasos recursos para hacer frente a estas situaciones. Por lo tanto, las familias que constituyen el principal recurso

de cuidado y soporte deben ser apoyadas, brindándoles acceso a toda la información necesaria, la educación y el asesoramiento para poder entender y atender la problemática de su familiar enfermo, y así contar con las herramientas necesarias para armar estrategias que mejoren la convivencia y ser parte del proceso de rehabilitación.

La rehabilitación psicosocial debe apoyarse principalmente en las habilidades conservadas por las personas, reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto los síntomas negativos, aumentando el conocimiento que pueda tener la persona, su entorno y/o familia sobre la enfermedad y mejorar así las habilidades sociales (Florit-Robles 2006). Siguiendo la misma línea, Rodríguez (1997) plantea que el objetivo de la rehabilitación psicosocial es ayudar a la persona con enfermedad mental a reintegrarse a la comunidad y mejorar su funcionamiento social de forma que pueda mantenerse en su entorno de la manera más normalizada posible.

Rodríguez (2002) señala los pilares en los que debe basarse la rehabilitación:

- El plan de intervención debe ser específico para cada persona.
- Apoyarse en una concepción de Derechos Humanos, que promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales al ejercicio de una ciudadanía plena.
- Promover la integración de las personas a su comunidad.
- Fomentar el máximo grado de autonomía considerando las características de cada sujeto según su entorno.
- Apuntar a una mayor normalización posible, a través de roles sociales adecuados a la situación de cada persona en particular.
- Promover y fomentar la implicación activa de las personas con enfermedades mentales en su proceso de rehabilitación, priorizando sus intereses personales.

Respecto a este último punto es de relevancia hablar del término recuperación. Davidson y González-Ibañez (2017) plantean que la recuperación hace referencia al proceso de cambio que desarrolla una persona que se ha visto afectada por un trastorno mental. Mas allá de la recuperación clínica refiere a recuperación personal, ya que ésta se centra en el desarrollo de los recursos y capacidades con las que cuenta la persona para adoptar roles socialmente valorados a pesar de las limitaciones derivadas de la discapacidad.

“La recuperación se refiere a las formas en que una persona maneja un problema de salud mental tratando de restaurar o desarrollar un sentido significativo de pertenencia y un sentido positivo de identidad independiente de este problema” (Davidson y González, 2017, p.189). Mediante este proceso los sujetos asumen un rol activo en el control de sus vidas, es decir, que tanto los objetivos que se propongan como los medios para alcanzarlos deben estar consensuados por la persona. La recuperación con relación a la enfermedad mental se constituye como un proceso y no

como un resultado, no significa estar curado sino que como plantea Patricia Deegan (como se citó en Dadvidson y González, 2017), “refiere a la experiencia de la vida vivida o real de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad”(p. 193).

La inclusión de personas con discapacidad psíquica al mundo laboral permitirá desplazar ese rol asociado a la discapacidad hacia uno más activo en la sociedad, como el de trabajador, lo cual aumentará la autoconfianza al sentirse integrado y valorado gracias a los aspectos relacionados con los vínculos laborales.

En el nuevo modelo de salud mental, una de las metodologías que se considera pertinente tomar como referencia es una estrategia de intervención que contribuya a la inserción laboral de personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad. A esta herramienta se la conoce con el nombre de “Empleo con Apoyo”, y ha demostrado que las personas que tienen algún padecimiento que les es significativo son capaces de realizar tareas complejas, priorizando su potencial para realizar trabajos remunerados en el mercado laboral. Por tanto, el Empleo con Apoyo es una modalidad de inserción laboral para personas en situación de vulnerabilidad (EUSE, 2010).

Por otro lado, García (2000) dice que la actividad laboral y el empleo son muy importantes en el proceso de rehabilitación, pero no hay que olvidar las dificultades a las que se enfrenta una persona con enfermedad mental a la hora de integrarse al mercado laboral. Esta se encuentra con las dificultades del mercado y las limitaciones propias de la enfermedad: los efectos adversos de los tratamientos, estigmas y prejuicios, que suman una gran desventaja a la hora de competir en el ámbito laboral. Como se sabe, los trastornos psicóticos producen alteraciones de las funciones cognitivas y conductuales, sucede también que las personas que padecen dichos trastornos no suelen tener experiencia laboral o se ha visto interrumpida por largos períodos de tiempo, por ello puede que no tengan conocimiento de las habilidades sociales adecuadas. El autor plantea que, en la persona que sufre enfermedad mental y en su familia, se genera miedo y ansiedad respecto al trabajo ya que, en caso de que haya habido experiencia laboral previa, debido a la enfermedad y sus complicaciones, seguramente hubo fracasos y, por lo tanto, recuerdos de frustraciones que distorsionan la percepción de sus propias capacidades. Todo esto se traduce en baja autoestima y falta de confianza en las capacidades de las personas para la debida incorporación al mercado laboral.

Moragriega (2002) dice que no en todos los casos se logrará una inserción laboral. Con referencia a esto plantea que el trabajo debe ser un elemento que sirva para favorecer la integración a la comunidad y la realización personal, proporcionar autonomía, mejorar la autoestima y mantener un estilo de vida saludable. Por tanto, es importante analizar cada caso en particular, para así poder crear un plan que haga de la inserción laboral un elemento de satisfacción y no de conflicto. Por la multiplicidad

de factores que atraviesan a la enfermedad mental, el autor plantea que, en muchos casos, si bien es estable el estado emocional y psicopatológico, pueden aparecer otros elementos que dificulten el proceso de inserción laboral. En la primera fase del proceso, se debe realizar una labor individualizada, motivando a la persona ya que la enfermedad mental produce aislamiento. Existe generalmente escasa experiencia laboral y, a pesar de que cuente con una preparación adecuada para el puesto, la baja autoestima hace que puedan aparecer altos niveles de ansiedad que los lleve a tener dudas de sus posibilidades reales, influyendo en su motivación. Es necesario proporcionar a la persona apoyo profesional continuado ya que, en algunos lugares de trabajo, más allá de las dificultades propias de las tareas, se suman relaciones interpersonales algunas veces conflictivas. Existen algunas limitaciones que dificultan el acceso a gran parte de las ofertas laborales a las personas con enfermedad mental, como el déficit cognitivo que estas generan, dificultades psicomotrices y de autonomía.

Las personas con discapacidad tienen derecho a trabajar en igualdad de condiciones con los demás. Cuando decimos igualdad, no hablamos de que no existan diferencias, sino que una sociedad igualitaria es aquella que usa un criterio inclusivo y utiliza de forma positiva las diferencias humanas. Entonces, esto implica la oportunidad de tener un empleo elegido libremente o ser aceptado en un mercado laboral abierto, accesible e inclusivo. Para que el derecho al trabajo sea posible se requiere que, tanto el Estado como la sociedad, adopten medidas pertinentes, incluyendo una legislación que prohíba la discriminación por motivos de discapacidad en cualquier tipo de empleo, generar condiciones de trabajo justos y en igualdad de condiciones con los demás, promover igualdad de oportunidades y remuneración en trabajos de igual valor (Palacios, 2008).

Para abordar esta temática es relevante considerar los conceptos de inclusión y exclusión. Son conceptos que se plantean como opuestos complementarios. Nascimento (1994) define la exclusión como “un proceso social de no reconocimiento del otro, de rechazo o de intolerancia, de no reconocimiento de derechos que le son propios al otro” (p.126). De acuerdo con el autor, excluido es quedar afuera ya sea de los ámbitos de socialización, de las normas, del mercado laboral. O sea, exclusión social en referencia al reconocimiento del otro como un semejante, como un sujeto de derechos. El autor explica que los individuos que se encuentran integrados al mundo del trabajo aseguran cubrir las condiciones mínimas de vida (Nascimento como se cita en Miguez M. N., 2009).

Inclusión laboral

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, el trabajo da sentido de identidad y propósito ocupando un lugar fundamental en nuestras vidas. Es uno de los

principales mecanismos para relacionarnos con los demás, nos permite obtener ingresos para satisfacer nuestras necesidades materiales, es fuente de dignidad y satisfacción, una responsabilidad individual y a la vez una actividad social (OIT, 2006).

El trabajo es un lugar donde se ponen en juego varios procesos: la socialización, el crecimiento personal, la independencia económica. Dichos procesos influyen a distintos niveles en la autonomía y autoestima de cada sujeto según su particularidad.

Por otro lado, el contexto laboral puede resultar estigmatizante para la persona con discapacidad psíquica. En lo que tiene que ver con la inclusión laboral de estas personas, parece ser característico la falta de posibilidades en la adquisición de un empleo debido a la estigmatización que sufre esta población. Por lo tanto el rol que debe asumir el psicólogo en la inclusión laboral tiene que ver con trabajar en generar herramientas que fortalezcan estos dos aspectos: autonomía y autoestima.

Al momento de trabajar en inclusión laboral de las personas con discapacidad psíquica el psicólogo no puede perder de vista el modelo bio-psico-social. Tomar al sujeto como un todo habilita a trabajar su especificidad. La intervención del psicólogo que acompaña el proceso se planteará según como influya cada una de estas dimensiones en la persona. En este sentido, se entiende que el Empleo con Apoyo es una modalidad que permite trabajar la inclusión laboral fundamentándose en un enfoque integral.

Según plantea Jordán de Urríes (2011), la inclusión laboral es un proceso en que se debe perseguir un objetivo final que es el empleo integrado en empresas normalizadas, con igualdad de tareas, remuneración y horarios. La integración socio-laboral se alcanza cuando la persona con discapacidad participa activamente de la comunidad, desarrollando una actividad productiva.

Para facilitar la integración social, la independencia económica y la autonomía, un factor importante es promover la inclusión laboral de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con TMS están excluidas del mercado laboral y presentan dificultades para acceder a puestos de trabajos competitivos, dadas las exigencias del mercado y las barreras a las que se enfrentan. Son necesarias medidas y acciones dirigidas a promover y potenciar la incorporación al mercado laboral, tanto a través del Empleo Protegido como el Empleo con Apoyo (Arias et ál., 2002).

En España, de acuerdo a la legislación vigente, el Empleo Protegido fue creado para personas con discapacidad en empresas ordinarias que cuentan con determinadas características que permiten facilitar la incorporación de trabajadores con discapacidad al mundo laboral. Se caracteriza por facilitar a esta población la transición al mercado de trabajo ordinario. Esta estrategia está pensada para aquellos sujetos con mejores posibilidades de reinserción. Por otro lado, el autor afirma que hay personas que, debido a la gravedad de su enfermedad, tienen escasas o nulas posibilidades de mantener un empleo. Para esta población, los talleres protegidos son

la opción más conveniente ya que tienen mayores dificultades de inserción (Laloma García, 2007).

Un recurso que se considera importante tomar como referencia es un modelo de intervención que se viene utilizando desde hace algunos años en Europa, que se basa en la inserción laboral de personas que están en situación de desventaja o vulnerabilidad, a dicho modelo se lo conoce como Empleo con Apoyo. Es un proceso dinámico que tiene dos elementos fundamentales: uno es el preparador laboral, que es quien proporciona el entrenamiento y pone en juego los apoyos necesarios, respetando la autonomía del sujeto; y el segundo es el apoyo propiamente dicho, el apoyo es esencial para que el trabajador pueda compensar sus dificultades y afrontar de manera exitosa su empleo.

Los apoyos son aquellas herramientas que permiten mejorar el rendimiento y la calidad de vida de las personas con discapacidad. Juegan un papel fundamental en su funcionamiento individual, favorecen la disminución de la brecha existente entre las demandas del entorno y las habilidades que presentan las personas con discapacidad (Guillén et. ál 2012). Es de gran relevancia que los apoyos sean individualizados ya que son claves en la interacción de la persona con el entorno, disminuyendo así las desventajas que puedan existir relacionadas con la discapacidad.

El apoyo debe basarse en la evaluación de las necesidades de cada persona por lo tanto deben pensarse según su funcionamiento individual. Se entiende como apoyo a todo lo que permita mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y, según sus propios intereses pueda participar activamente en la sociedad.

Verdugo y Jordán de Urríes (2001) lo definen como:

“elementos necesarios para que el trabajador pueda suplir los déficits derivados de su discapacidad, y afrontar de manera exitosa su empleo. Estos apoyos pueden provenir de diferentes fuentes que el especialista de empleo en la comunidad ha de controlar y manejar para poner al servicio del cliente.” (p.158)

Según Laloma García (2007), el Empleo con Apoyo está diseñado para quienes no han podido acceder nunca a un trabajo normalizado o a quienes se les ha visto interrumpida la actividad laboral o ha sido intermitente. El Empleo con Apoyo se desarrolla en ambientes laborales integrados y dirigidos a personas con discapacidad severa, favoreciendo así la integración laboral gracias a un apoyo directo en el lugar de trabajo.

En nuestro país el Empleo con Apoyo es una de las modalidades de inclusión laboral utilizada por el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) en el marco de las políticas sociales del Ministerio de Desarrollo Social, quien lo define como:

“es una metodología de trabajo que apoya de forma sistematizada a una persona con discapacidad para conseguir, sostener y promoverse en

un puesto de trabajo en el mercado laboral abierto y en las mismas condiciones laborales y salariales que el resto de sus compañeros” (PRONADIS, 2014, p.1)

La integración de personas con TMS al mundo laboral ha permitido realizar un movimiento desde ese lugar estigmatizante de enfermo mental o asociado a una discapacidad, hacia un rol más activo en la comunidad como el de trabajador, aumentando así en el sujeto la autoconfianza, el sentirse valorado e integrado. En tanto trabajador, se convierte en un sujeto de derecho y obligaciones apropiándose de conductas y normas relacionadas con los vínculos laborales.

El trabajo implica una estructuración del tiempo, contribuye a regular los ciclos de sueño y descanso, aseo, imagen personal y hábitos de alimentación. Permite que las personas se reconozcan como miembros de una sociedad, aspecto que contribuye a la formación de diferentes identidades relacionadas con las capacidades laborales, produciendo sectorizaciones que generan una identificación entre las personas que son miembros de un grupo socio laboral.

La actividad laboral es un elemento primordial en la vida de cualquier persona, por lo tanto, la búsqueda, obtención y conservación de un empleo son instancias cruciales que permiten mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad psíquica. El trabajo facilita el camino hacia la inclusión social, levantando barreras y permitiendo que el sujeto forme parte de nuevas redes sociales colocándolo en el lugar de sujeto activo y productivo, potenciando su independencia, autonomía y autodeterminación.

Empleo con Apoyo

El Empleo con Apoyo ha sido utilizado en Estados Unidos desde la década de los 80, donde se demostró que las personas que tenían un padecimiento que les era significativo, eran capaces de realizar tareas complejas priorizando su potencial. Debido al éxito de los resultados obtenidos por este modelo, se logró una expansión que llegó a los países europeos.

En 1993 se crea la EUSE (*European Union of Supported Employment*), que desarrolla sus actividades a partir de la siguiente consigna: “Dar apoyo a las personas con discapacidad y a otros colectivos en desventaja para conseguir y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral abierto” (EUSE, 2005).

Según la EUSE (2010), el Empleo con Apoyo se basa en ideas de integración social, dignidad y respeto hacia el ser humano, por lo tanto, se ha llegado a un acuerdo en lo que respecta a los valores y principios en las que deben apoyarse todas las actividades del Empleo con Apoyo. Cumple con los derechos de individualidad, respeto, autodeterminación, elección informada, empoderamiento, confidencialidad, flexibilidad y accesibilidad. *Individualidad*: refiere a la unicidad de cada persona

teniendo en cuenta su condición e historia personal, valorando sus gustos e intereses. *Respeto*: las actividades deben ser enriquecedoras y dignificar a la persona ajustándose siempre a su edad e intereses. *Autodeterminación*: el Empleo con Apoyo ayuda a los individuos a definir su plan de trabajo teniendo en cuenta sus condiciones personales y de contexto, desarrollando sus intereses y preferencias. *Elección informada*: hace referencia a que el individuo tenga plena conciencia de sus oportunidades con el fin de que puedan realizar una elección de acuerdo con sus preferencias, y las consecuencias de esa elección. *Empoderamiento*: Tomar decisiones sobre su modo de vida y su participación en la sociedad. *Confidencialidad*: tratar con confidencialidad los datos recibidos de los individuos y, en caso de ser utilizada, hacerlo con su debido consentimiento. *Flexibilidad*: los servicios deben ser flexibles, responder a las necesidades de los individuos y deben poder ajustarse a los requisitos específicos. *Accesibilidad*: los servicios, prestaciones e información del Empleo con Apoyo deben ser totalmente accesibles a todas las personas con discapacidad.

Hay cinco fases en las que se sustentan los valores y principios del Empleo con Apoyo, que deben servir de guía a los profesionales, priorizando las necesidades de cada individuo en el proceso. El ritmo o velocidad de avance variará dependiendo de la evaluación y las necesidades de cada uno, ya que al tener un enfoque centrado en la persona el camino que deberá recorrer cada sujeto a través de las cinco fases será diferente. Estas son: el compromiso con el usuario, el perfil profesional, la búsqueda de empleo, el compromiso con el empresario, y el apoyo dentro y fuera del entorno laboral. Dichas fases son las que acompañarán a la persona a la hora de buscar trabajo.

- Compromiso con el usuario: en esta fase las actividades deben ser diseñadas de tal manera que el interesado cuente con toda la información necesaria para tomar decisiones informadas respecto a si quiere hacer uso del Empleo con Apoyo o no.
- Perfil profesional: es una herramienta que recopila la información relevante sobre los intereses, las habilidades y las aspiraciones de la persona que demanda el empleo para que sus elecciones laborales sean realistas y estén fundamentadas.
- Búsqueda de empleo: se pone en contacto al demandante con potenciales empleadores. Una vez evaluadas sus habilidades y aptitudes, se buscan puestos de trabajo acordes, de esta manera, se llega a un consenso entre las necesidades laborales de la persona y los requisitos del empleador, centrándose en las necesidades del que demanda el empleo.
- Compromiso con el empresario: es primordial que los proveedores de los servicios de Empleo con Apoyo trabajen con los empresarios o empleadores con el fin de identificar sus necesidades, y acoplarlas con las habilidades y

aptitudes de quien solicita el empleo.

- Apoyo dentro y fuera del entorno laboral: un elemento central es el apoyo adecuado dentro y fuera del entorno laboral, debe ajustarse a las necesidades que tenga la empresa, los compañeros y el empleado. Esto es fundamental a la hora de mantener un empleo remunerado en el mercado laboral abierto (EUSE, 2010).

El Empleo con Apoyo, según la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, es una metodología de inserción laboral que se caracteriza por la existencia de una figura mediadora, el preparador laboral, que brinda al trabajador con discapacidad el apoyo necesario para la adaptación a su puesto de trabajo. Tanto el seguimiento como el apoyo que brinda el preparador laboral se proporcionan en función de las necesidades del sujeto, que puede ser acompañado a lo largo de la vida laboral o ir disminuyendo, dependiendo de las necesidades de cada trabajador.

La característica principal de esta metodología es facilitar la inclusión de personas con discapacidades al mercado laboral abierto, donde generalmente no tienen posibilidad de acceso. Este programa proporciona el sostén necesario para que la persona pueda encontrar y mantener un empleo en condiciones de trabajo y retribución, lo más parecido posible a cualquier trabajador sin discapacidad.

Es necesaria la elaboración de un plan personalizado para la incorporación al empleo de las personas con enfermedad mental, en que se debe incluir la preparación, los apoyos y el acompañamiento. También es necesario contar con una diversidad de ofertas, que pueden ir desde una empresa social hasta una cooperativa, desde los que requieren apoyo y tutorías de profesionales de la salud mental, hasta los que trabajan con total autonomía (García, 2000).

Es entonces el Empleo con Apoyo una herramienta de inclusión socio-laboral que se utiliza tanto en aquellas personas que quieren trabajar de forma independiente como dependiente. También apoya emprendimientos como las cooperativas sociales, que al igual que dicho modelo de intervención, la cooperativa pretende a través de su existencia promocionar la inclusión laboral. Este tipo de emprendimientos no solo promueven la generación de ingresos que posibiliten salir del lugar de vulnerabilidad sino que también generan redes, nuevos vínculos sociales y habilitan otros procesos como, por ejemplo, la adquisición de autonomía, la apropiación del espacio, el sentirse útil y el trabajo como generador de identidad.

A diferencia de los enfoques tradicionales, donde primero se entrenaba a la persona para luego así ingresar al mercado laboral, el modelo de Empleo con Apoyo propone el entrenamiento en el puesto de trabajo, es decir, la persona es integrada al mercado laboral y desde allí se le brindan las herramientas para la inclusión y la permanencia. Hay quienes piensan que el Empleo con Apoyo no debe incluir prácticas laborales porque las personas con discapacidad deben ser entrenadas en el lugar de trabajo. La

EUSE reconoce a las prácticas laborales como parte del proceso y deben utilizarse como un medio que ayuda a la persona con discapacidad a identificar sus fortalezas y debilidades, sus necesidades de apoyo además de identificar sus preferencias de empleo. Las prácticas laborales deben ser realizadas cuando realmente sean necesarias, deben ser organizadas y evaluadas de acuerdo con los criterios y principios del Empleo con Apoyo (EUSE, 2010).

Es aquí donde quien juega un papel fundamental es el preparador laboral. El preparador es quien apoya al demandante de empleo desde el principio hasta que logra la independencia en el mercado laboral. Debe elaborar un plan de acción personalizado, valorar los riesgos, las condiciones de salud y la seguridad de los puestos de trabajo, y debe ser un orientador de quien demanda el empleo y del empresario. El Psicólogo en tanto, indagará aspectos relevantes para pensar los apoyos necesarios, lo que deberán ser individuales y centrados en la persona.

Como plantea Jordán de Urríes (2011), esta modalidad de inserción laboral genera que los salarios sean mejores, produce una mejora en la integración y en las redes sociales y funciona en todo tipo de discapacidades. Es por esto que las personas tienen mayor aceptación por este modelo. Se considera de gran importancia una adecuada inserción laboral como parte de la rehabilitación psicosocial, que brinde al sujeto mejoras en su vida social, dejando atrás el aislamiento, promoviendo así el aumento de la autoestima y mejora en su estabilidad económica, haciendo sentir a la persona un ser productivo y autónomo, generando un cambio en su percepción y permitiendo la continuidad de su tratamiento.

El Empleo con Apoyo comparte ideas de empoderamiento, integración social, dignidad y respeto humano. Según García (2000), el empleo y la actividad laboral son consideradas muy importantes a la hora de lograr una evolución en el tratamiento psicosocial de la persona con enfermedad mental. En nuestra cultura, organizamos nuestra forma de vida en torno al trabajo, este tiene gran relevancia en la presentación social y en la configuración de la identidad. Tener un trabajo retribuido económicamente repercute positivamente en el bienestar de todas las personas, amplía el horizonte social de estas y se le atribuyen diversas funciones socio-psicológicas, facilita la creación de mantenimiento y ampliación de la red social ya que, en la mayoría de los trabajos, se requiere interactuar con otras personas. Fomenta la autonomía porque dependiendo de la retribución económica, nos permite tomar decisiones sobre cuál será nuestro estilo de vida. El trabajo nos estructura en cuanto a la utilización de nuestro tiempo, el hecho de adaptarse a un horario nos obliga a planificar el resto de las actividades de la vida cotidiana, ayudando a diferenciar así, los tiempos de trabajo, ocio y descanso.

Siguiendo esta línea, la guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009) plantea que la inserción laboral es una herramienta

para lograr la plena integración social cuando hablamos de autonomía personal y de participación en la comunidad, responde también a un derecho, a una cuestión ética, que deriva de una permanente exclusión del mercado laboral. En el proceso de rehabilitación, el trabajo ya no es solo una actividad que desarrolla competencias generalizables y mejora el funcionamiento general, sino que es un elemento para la autonomía económica y el intercambio social.

Como ya hemos visto, para las personas con TMS, por diferentes razones, el desempleo es una de las principales desventajas sociales. Tomando en cuenta que el trabajo influye en la estructuración de la vida de la persona, la rehabilitación laboral lo que pretende es que disminuyan las carencias de sus habilidades, ya sea sociales o de otro tipo, y que facilite la potenciación o adquisición de hábitos y conocimientos necesarios para su integración laboral y social. Por esto, es fundamental realizar una intervención tomando en cuenta la historia de la persona ya que la enfermedad mental se expresa de diferentes formas en cada sujeto, lo que hace muy difícil pronosticar el éxito o el fracaso de este tipo de rehabilitación.

En nuestro país uno de los centros que se dedica a la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental es el centro Dr. Alberto Martínez Visca, centro al que me vinculé en el año 2019 cursando la práctica de graduación de Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La experiencia en dicho centro da cuenta de esa modalidad de asistencia ya que se considera al individuo desde su integralidad y esto supone un abordaje multi e interdisciplinario, allí se trabaja con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, talleristas y preparadores laborales además del personal administrativo. El centro tiene como objetivo brindar a la persona que concurre un proceso de rehabilitación que apunta a mejorar su funcionamiento psicosocial a través de distintos programas, promoviendo la mayor autonomía posible de acuerdo con las necesidades de cada persona. Uno de los programas que allí funciona es el Programa Ceibo al que me incorporé de manera inmediata, cuando desde la Dirección nos presentaron las líneas de trabajo que se desarrollan. Actualmente cuenta con unos 70 usuarios incluidos laboralmente, y apunta a la rehabilitación e inclusión laboral de las personas que tienen una enfermedad mental a través del Empleo con Apoyo. Tienen como actividades principales los talleres de empleabilidad, búsqueda de puestos de trabajo en las empresas del mercado, elaboración de estrategias de apoyo en el proceso de inclusión laboral, cursos de capacitación laboral, además de contar con la elaboración de productos propios. Otra de las herramientas con las que también cuenta dicho programa es la Cooperativa Social Águila Blanca, que permite formar equipos de trabajo realizando adaptaciones y adecuaciones de los puestos laborales a las personas que forman parte del programa. Ceibo también cuenta con inclusiones en empresas públicas y privadas.

El trabajo del Psicólogo respecto a las personas con discapacidad psíquica debe

consistir en potenciar su autonomía así como contribuir a la mejora en la calidad de vida, para que esto sea posible deberá tener conocimiento de las características de la discapacidad psíquica así como de la historia de cada persona en particular, ya que al momento de la intervención se evaluará cómo y con quien trabajará dependiendo de cada caso específico. Esto implica la coordinación con los distintos profesionales y actores o referentes institucionales que formen parte de la vida cotidiana de cada una de las personas.

Conclusión

Han surgido a lo largo del tiempo algunas definiciones de discapacidad y salud mental que hoy son parte de una continua construcción de la realidad de cada sujeto. Conocer la perspectiva desde donde lo ve cada profesional a la hora de trabajar en la inclusión laboral de las personas con discapacidad psíquica, permite visualizar cuales son las barreras culturales y sociales a las que se enfrentan estas personas a la hora de acceder a un puesto de trabajo, esto permite comprender al día de hoy como se denomina y se entiende la discapacidad.

Históricamente las personas con discapacidad psíquica han recibido un trato de desigualdad y exclusión, siendo éstas las responsables de buscar los medios para acceder al mundo del trabajo. La realidad muestra que la sociedad en su historia ha logrado poco en cuanto a estrategias y mecanismos de inclusión laboral para las personas que tienen una discapacidad, por tanto su inclusión, o no, recae bajo su responsabilidad. Por eso es importante visibilizar el rol que cumple el psicólogo cuando se habla de incluir laboralmente a personas con discapacidad psíquica a través de la modalidad de Empleo con Apoyo.

La modalidad de Empleo con Apoyo se funda en el derecho al trabajo y favorece la inclusión de las personas con discapacidad psíquica a la sociedad. Es de suma importancia la postura que toma el Psicólogo en todas las etapas del proceso, ya que la persona podrá encontrarse con barreras o dificultades a la hora de incluirse laboralmente. Por tanto, la evaluación del proceso implicaría analizar cómo se ha realizado dicho proceso y a partir de ello diseñar los pasos a seguir en el futuro.

Si partimos de la base de que el trabajo dignifica al ser humano, brindándole sentido de identidad y pertenencia, les demuestra que tienen algo que aportar a la sociedad además de jugar un papel muy importante en su inclusión social. Es el lugar donde se ponen en juego varios procesos, ejemplo de ellos son: la socialización, la independencia económica y el crecimiento personal entre otros.

El Empleo con Apoyo busca brindar las herramientas necesarias para que estas personas puedan enfrentar los déficits derivados de su propia enfermedad y afrontar de manera exitosa su empleo. Esto es posible a través de la figura del operador laboral quien debe servir como guía para el empleador y el empleado. “La figura del Operador/a Laboral es el de técnico especializado en la metodología de Empleo con Apoyo” (PRONADIS, 2014, p.1), en cambio el Psicólogo estará más enfocado en las repercusiones que se generan a partir del proceso de inclusión laboral.

Se deberá indagar acerca de cómo se auto percibe la persona con discapacidad, con el fin de trazar estrategias que apunten a que se reconozca como una persona de derechos, ya que a lo largo de su vida se creó una identidad asociada a su

discapacidad dejando de lado sus capacidades e invisibilizando su potencial.

En cuanto a mi contacto con el programa Ceibo, significó para mi un gran desafío. Por mi desconocimiento y también por la propia formación que ofrecen los planes de estudio tuve la posibilidad de realizar dos prácticas en el Hospital Vilardebó donde, desde mi rol de observadora me enfrenté con la realidad de lo que significa una enfermedad mental pero visto desde aquellas concepciones que planteaban los viejos paradigmas, donde la locura estaba ligada a la peligrosidad, la agresividad, a lo que no es normal, vinculado a las definiciones psicopatológicas de los manuales de psiquiatría.

Si bien dicho hospital cuenta con dispositivos que bregan por la desinstitucionalización y mas a partir de la promulgación de la nueva Ley de Salud Mental (Ley 19.529, 2017), las actividades que estas personas realizan allí siguen estando ligadas a la institución. Desde lo académico y vivencial fueron prácticas muy enriquecedoras, pero no podía imaginar a las personas que allí estaban funcionando en sociedad por mucho tiempo fuera del hospital, mucho menos podía imaginarlos sosteniendo un trabajo en el tiempo.

Es así, que casi al final de mi formación me vinculé al centro Dr. Alberto Martínez Visca, donde se trabaja desde un modelo de asistencia con un abordaje multi e inter disciplinario con planes individualizados de rehabilitación, centrados en la persona, en sus intereses y objetivos, promoviendo así mayor grado de autonomía, autodeterminación e independencia, buscando mejorar su calidad de vida.

Se destaca la importancia de un enfoque bio-psico-social donde el proceso de recuperación implique no solamente mejorar su calidad de vida y relacionamiento con el entorno, sino que también la persona con discapacidad psíquica pueda asumir la responsabilidad sobre su propia vida, logrando de este modo funcionar de manera activa e independiente en la sociedad: se entiende que igualmente este objetivo no sería posible sin el apoyo del entorno familiar y social.

Es aquí donde el programa Ceibo toma especial relevancia en lo que tiene que ver con la rehabilitación e inclusión laboral de la persona con discapacidad psíquica. Si consideramos que el trabajo es un elemento fundamental en la vida de todas las personas, ya sea por razones económicas o de realización personal, en este caso el empleo juega un papel fundamental como facilitador en la inclusión, levantando barreras como el estigma personal y social, permitiéndoles así formar parte de nuevas redes sociales posicionándolos en el lugar de trabajador, otorgando mayor autonomía y por consiguiente mayor autodeterminación. Respecto a esto último, en la experiencia de inclusión laboral con la Cooperativa Social Águila Blanca, enmarcada dentro del programa Ceibo, se promueve la formación de equipos de trabajo donde cada integrante tiene un rol asignado, y son cada uno de ellos los responsables de la realización de la tarea que se les asigna, incentivándolos a que sean ellos los que

decidan la forma en la que quieren realizar la tarea, promoviendo así la autonomía en la toma de decisiones. Si bien son necesarios los apoyos del preparador laboral, en algunos casos los apoyos vienen de sus propios compañeros generando así situaciones de igualdad y potenciando aquellas destrezas y aptitudes que contribuyan al desempeño de la tarea

También es necesario como Psicólogos intervenir en la comunidad, trabajar la discapacidad psíquica desde un abordaje mas integral supone dejar de centrar el problema en la persona. Por otro lado, es necesario promover la protección de estas personas ya que las desventajas y barreras sociales que sufren, aún hoy, hacen que esta población sea vulnerable ante posibles abusos y situaciones de desprotección.

Tener en cuenta cual es la realidad que viven las personas con discapacidad psíquica cuando quieren incluirse en el mercado laboral, permite al Psicólogo trabajar sobre los distintos escenarios que dicha inclusión implica. La importancia de su rol en esta instancia de la rehabilitación es de acompañamiento, apoyo y asistencia durante todo el proceso del trabajador como a la familia y a la empresa. En cuanto al trabajo con la empresa, debe mantenerse esa lógica de trabajo integrado, es decir, contribuir para que sea efectiva la inclusión de la persona al mercado de trabajo.

Para las personas con discapacidad psíquica el acceso al mercado laboral abierto es una de las principales desventajas sociales. Como ya se mencionó anteriormente, el trabajo estructura la vida de una persona por lo que la inclusión laboral procura facilitar a través de los apoyos la adquisición, recuperación y potenciación de los hábitos y conocimientos para que éstas se integren social y laboralmente.

La salud mental sigue siendo un tema de difícil abordaje, un campo donde queda mucho por realizar, por lo que es importante la formación de profesionales comprometidos en defender los derechos humanos y apostar a estrategias dirigidas a la sociedad en su conjunto, promoviendo programas de rehabilitación psicosocial pero sobre todo de inclusión laboral.

Todavía queda mucho camino por recorrer, es necesario trabajar en conjunto para seguir cambiando las políticas en salud mental, promover programas con equipos de trabajo multi e inter disciplinarios que atiendan las necesidades y demandas de esta población brindando así una adecuada integración social.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). (1997). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson
- Arias, P., Basauri, V., Bravo, M., Camps, C., Chicharro, F., Fernandez, J., Guisbert, C., Gonzalez, J., Mayoral, F., Moro, J., Pérez, F., Rodríguez, A., Touriño, R., Uriarte, J. (2003) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Arnaiz, Sánchez, P., (2003). Educación inclusiva: una escuela para todos. Málaga: Aljibe.
- Bagnato, M. (2009). Trabajadores con discapacidad intelectual. Abordaje multidimensional de sus habilidades laborales. Montevideo, Uruguay: CSIC
- Basaglia, F. (2008) *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Editorial Topía
- Bencochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M, Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J: G., García Polavieja, B.,...& Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de psiquiatría y Salud Mental*.
- Caballero Martínez, L (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogenias de los trastornos mentales. *Medicine*, 84,5389-5395. Recuperado de http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1-s2.0-S0211344907746672-main.pdf&_piikey=S02113449
- Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad (2006). Naciones Unidas Washington.
- CIF/OMS “Clasificación Internacional del funcionamiento de Discapacidad y de la Salud”. Disponible en: <http://dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ciffinalb.pdf>
- Davidson, L., González-Ibañez, A., (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicancias en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 37(131), 189-205. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011

- De Fuentes, C. (2016). *La 'nueva' discapacidad mental*. Revista Española de Discapacidad, 4 (1): 249-255. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/304708033_La_%27nueva%27_discapacidad_mental/fulltext/5777c99f08aeb9427e2a18d4/La-nueva-discapacidad-mental.pdf?origin=publication_detail
- Del Castillo, R., Villar, D. Y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (4), 83-96. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
- Empleo con Apoyo. PRONADIS (2014). Recuperado de: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/v/26711/9/innova.front/empleo_con_apoyo
- Florit- Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244.
- García, J., Peñuelas, E., de las Heras, B., Menéndez, L., & Díez, M. E. (2000). La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 20(73), 009-022.
- Gisbert, C., Camps, C., Arias, P., Cifre, A., Chicarro, F., Fernández, J., González, J., Mayoral, F., Uriarte, J., Rodríguez, A., Pérez, F., Moro, J. (2002) *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Guillén, V., Verdugo, M., Arias, B., Navas, P., Vicente, E. (2012) *La evaluación de las necesidades de apoyo para mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidad intelectual*. VIII Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Discapacidad. Recuperado de: <https://inicio.usal.es/cdjornadas2012/inicio/docs/556.pdf>
- INNOVACIÓN, E., & SANIDAD, D. (2009) *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales el Trastorno Mental Grave*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GP453TMG_ICS_resum.pdf
- Jordán de Urríes, F. B. (2011). Acercamiento al empleo con apoyo y breve análisis de España e Iberoamérica. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 21-40. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Laloma García, M. (2007). Empleo protegido en España: análisis de la normativa legal y logros alcanzados (Nº3). Cermi.

- La Suma de Todos (2010). *Guía Para Conseguir una Prevención de Riesgos Laborales Inclusiva en las Organizaciones*. Fundación prevent. Comunidad Madrid. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobkey=id&blobwhere=1310853507259&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs
- Ley 9581 (1936) Asistencia a Psicópatas. Recuperado de: <http://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp516466.htm>
- Ley 18.651 (2008) *Personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3435766.htm>
- Ley 19.529 (2017) "Salud Mental". Recuperado de: <http://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu348498957767.htm>
- López Álvarez, M., Laviana Cuetos, M., Peláez, V., & Paz, M. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 31-35.
- Miguez, M.N. (2009) *Construcción Social de la Discapacidad*. Ediciones Trycle. 2009. Montevideo, Uruguay.
- Moragriega, A. (2002). Integración laboral, un elemento de la rehabilitación psicosocial en personas con enfermedad mental crónica. *INFORMACION PSICOLOGICA*, 0(80), 64-72-72.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R.,... & Autonell, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489
- OIT (2006). *Cambios en el mundo del trabajo*. Conferencia internacional del trabajo 95.a reunión. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-c.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *La gente y la salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (10ª rev., vol. 1). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Cinca
- Rodríguez, G, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide
- Rodríguez, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Pirámide
- Schalock, R. Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Unión Europea de Empleo con Apoyo (EUSE) (2010). *Caja de herramientas para la diversidad de la Unión Europea de Empleo con Apoyo*. Recuperado de: <http://www.empleoconapoyo.org/aese/Caja%20de%20Herramientas%20para%20la%20diversidad.pdf>
- Uriarte, J. (2007). *Psiquiatría y rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave*. En: Uriarte, J. (Comp.), *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2)
- Vásquez Echeverría, A. (2013). Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 120-138. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/95/116>
- Verdugo, M. (2000) *Personas con discapacidad: la perspectiva del año 2000. Inclusión en la educación de personas con discapacidades diferente*. Memoria de un seminario Taller- Uruguay
- Verdugo, M., Jordán de Urríes, B., (2001) *Panorámica del Empleo con Apoyo en España*. Recuperado de: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1249&context=gladnetcollect>