

Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia a través de la inserción laboral

Trabajo final de grado

Monografía

Victoria Sosa Charlone

Documento: 4474434/3

Tutor: Geraldina Pezzani

Cuidad: Montevideo

Año: 2016.

Índice

Resumen.....	pag.3
Introducción.....	pag.4
1. Esquizofrenia.....	pag.5
1.1. Aspectos históricos.....	pag.5
1.2. Definición actual.....	pag.6
2. Rehabilitación psicosocial.....	pag.8
2.1. Aspectos históricos.....	pag.8
2.2. Definición de rehabilitación psicosocial.....	pag.10
2.3. Rehabilitación psicosocial en Uruguay.....	pag.13
3. Inserción laboral.....	pag.17
3.1. Definición Trabajo.....	pag.17
3.2. Marco legal de Uruguay.....	pag.18
3.3. Definición Rehabilitación laboral.....	pag.19
3.4. Proceso de intervención.....	pag.20
3.5. Factores que obstaculizan y facilitan el proceso de rehabilitación laboral	pag.23
Consideraciones finales.....	pag.26
Referencias bibliográficas.....	pag.29

Resumen

El presente trabajo final de grado tiene como finalidad dar a conocer los efectos que tiene la intervención psicolaboral en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Para realizar esto, se hace una revisión bibliográfica de las distintas definiciones de esquizofrenia, rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral. Además, se revisan las actuales y distintas investigaciones de este tipo de abordaje en nuestro país y en el exterior. Por otra parte, se analizan y describen los distintos factores que intervienen en el proceso de rehabilitación de estos pacientes con base en autores clásicos y contemporáneos que consideran algunos de los tres ejes planteados en la monografía: la esquizofrenia, la rehabilitación y la inclusión de los pacientes en el mundo laboral. Con esta investigación bibliográfica se pretende generar una postura crítica y reflexiva al lector que le permita sensibilizarse sobre la importancia de la inclusión laboral de estas personas para, de este modo, disminuir la estigmatización que sufre esta población.

Palabras claves: Esquizofrenia; rehabilitación psicosocial; inserción laboral.

Introducción

La presente monografía pretende destacar la importancia que tiene la inserción laboral de las personas con diagnóstico de esquizofrenia en el proceso de rehabilitación de la enfermedad y analizar cómo este tipo de intervención puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Según la OMS (2016), la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se asocia a una discapacidad considerable que compromete la autonomía, dificultando el correcto desempeño educativo y laboral de quien la sufre. Dicha enfermedad se caracteriza por comenzar a una temprana edad y traducirse en múltiples síntomas que involucran el pensamiento, la percepción, el lenguaje y la conducta.

Al ser una enfermedad que inicia a temprana edad, la esquizofrenia afecta las habilidades para desarrollarse con otros en la sociedad. A menudo, se espera que las personas adultas tengan un comportamiento autónomo y un rol activo en la sociedad, expresado generalmente a través del trabajo. Sin embargo, dicha área de funcionamiento en estos pacientes está generalmente muy deteriorada.

En el presente trabajo partimos de la idea de que el desempleo y la dependencia son factores que influyen directamente en la calidad de la vida del sujeto. En este sentido, se plantea que tomar en consideración estos aspectos en la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos puede producir un cambio que repercuta en una mejora en su calidad de vida y en el proceso de inserción de los mismos en la sociedad.

En ese sentido, los avances farmacológicos y la rehabilitación psicosocial pueden facilitar la reinserción social, la disminución de recaídas y el aumento de la autonomía de la persona. Ahora bien, para que esto sea eficaz, los planes de rehabilitación deben ser personalizados, atendiendo a los aspectos más estables de la persona con la finalidad de mejorar los síntomas negativos que influyen en su comportamiento social y en su vida.

La rehabilitación laboral es una modalidad eficaz de intervención dentro de la rehabilitación psicosocial. En primer lugar, por el valor que le otorgamos al trabajo en nuestra sociedad y, en segundo lugar, por la función estructurante del mismo, ya que genera hábitos y capacidades que sirven de guía contra la desorganización de la propia enfermedad.

Aspectos históricos

En la evolución del concepto de esquizofrenia puede reconocerse la influencia de dos grandes referentes de la psiquiatría: *Kraepelin* y *Bleuler*. El primero se enfocó en describir la sintomatología de la enfermedad, sus correlaciones más frecuentes y sus variaciones evolutivas. Siguiendo a este autor, la esquizofrenia se define como “una especie de locura, caracterizada por la progresiva evolución a un estado de debilitamiento psíquico y profundos trastornos de la afectividad” (Citado en Ey, Bernard y Brisset, 1996).

Kraepelin reúne bajo el nombre de demencia precoz tres formas clínicas: la forma simple, la forma catatónica y la forma paranoide de la esquizofrenia. El autor fue influido por los estudios de Morel, Hecker y Kahlbaum, quienes se centraron en describir diferentes aspectos de la enfermedad que posteriormente fue denominada esquizofrenia.

Morel utilizó en 1852 por primera vez el término demencia precoz para referirse a las personas jóvenes que sufrían un estado de deterioro cognitivo. En palabras del autor, la demencia precoz consiste en “un estado de estupidez” que, posteriormente, evoluciona a “un estado de demencia” (Ey et al, 1996). Años más tarde, en 1871, Hecker describe la hebefrenia como una enfermedad caracterizada por su inicio en la adolescencia. Por último, Kahlbaum en 1874 jerarquiza los síntomas psicomotores en una entidad que define como “catatonía”. (Baruk, H. 1996)

Kraepelin reúne estas descripciones bajo el término de demencia precoz, definiéndola como: “la evolución de pérdida de la unidad interna, intelectual, emotiva y evolutiva a un estado de demencia en una temprana edad” (Citado en Ey, Bernard y Brisset, 1996)

Por otra parte, Bleuler describió los síntomas fundamentales de la enfermedad llamándola esquizofrenia. Plantea que lo fundamental de la esquizofrenia sería la escisión de las funciones psíquicas, apartándose de los criterios Kraepelin según los cuales la evolución hacia la demencia es la principal característica de la enfermedad. Describe los síntomas de la enfermedad de acuerdo con la caracterización de “fundamentales” y “accesorios”: Los síntomas accesorios son las manifestaciones que aparecen como resultado adaptativo a una desorganización patológica. El autor los define como “accesorios” ya que en su ausencia, el paciente no deja de ser esquizofrénico (Casarotti, 2014). Por otro lado, los síntomas fundamentales son constantes y exclusivos de la enfermedad, conformados por: 1) autismo; 2) ambivalencia; 3) trastornos de asociaciones y 4) trastornos en la afectividad (Bleuler, 1911). Algunos autores han señalado que los planteamientos de Bleuler dificultaron el diagnóstico de la enfermedad por la ausencia de criterios precisos y por la amplitud de los síntomas.

Definición actual

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, con múltiples manifestaciones, que afecta al individuo en su totalidad. Ha sido conceptualizada de diferente manera a través de los años. A grandes rasgos, en la práctica clínica actual, se define como un conjunto de trastornos en los que pueden identificarse los siguientes síntomas: incoherencia ideo-verbal, ambivalencia, autismo, ideas delirantes, alucinaciones mal sistematizadas, discordancia y perturbaciones afectivas. Todos estos trastornos evolucionan hacia un déficit y una disociación de la persona. (Ey, H. 1996).

Según el DSM-IV-TR (2002) la esquizofrenia es una “mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo”. Por síntomas negativos entendemos todo aquello de la estructura de la personalidad que pierde el paciente, la falta de interés, la apatía o el retraimiento social. Dentro de los síntomas positivos generalmente se incluyen las ideas delirantes, alucinaciones, neologismos y comportamientos catatónicos. Hay diversidad de combinaciones de los síntomas, los cuales deben estar presentes en un lapso de tiempo significativo (no menor de 1 mes) y que, además, producen una disfunción del ámbito social y laboral. El predominio de estos síntomas es el que permite guiar el diagnóstico clasificatorio, que se divide en: esquizofrenia paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual

Laplanche y Pontalis (1981) sostienen que a pesar de que la esquizofrenia puede ser descrita de diferentes formas, pueden detectarse ciertos rasgos comunes a la mayoría de las concepciones o tipologías, como la incoherencia en el pensamiento, en la acción y en la afectividad; el corte con la realidad compartida y el repliegue sobre sí mismo. También destaca el predominio de una vida interior entregada a la producción de fantasías y actividades delirantes más o menos acentuadas que siempre están mal sistematizadas. Se caracteriza por una evolución crónica a un estado de deterioro psíquico y emocional.

Por su parte, Ey, Bernard y Brisset (1996) señalan que se pueden identificar tanto un síndrome deficitario de disociación como un síndrome secundario de producción de ideas, sentimientos y actividades delirantes. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia del síndrome de la discordancia, el cual es un fenómeno psíquico que hace perder la cohesión interna y que se manifiesta en la ambivalencia, extravagancia, desapego e impenetrabilidad.

Con respecto a la etiología de la enfermedad, Ey et al. (1996) señalan el influjo de diversos factores, como los aspectos genéticos, la influencia de los factores psicosociales y las predisposiciones vinculadas al tipo de personalidad.

En la actualidad sigue siendo el diagnóstico clínico la única herramienta para determinar la presencia de dicha enfermedad, pese a los esfuerzos por describir las bases biológicas de la misma. Actualmente las teorías con mayor aceptación son las que toman en cuenta la totalidad del individuo, su constitución biológica y psíquica en relación con el medio social. Para esta postura, es importante evaluar los posibles factores que desencadenaron o pudieron influir en el desarrollo la enfermedad, lo cual es útil para realizar tanto el diagnóstico como el tratamiento.

La esquizofrenia es una enfermedad propia de la adolescencia y de la juventud debido a que no es común apreciarla antes de los 15 y después de los 45 años. Estudios actuales de la OMS (2016) demuestran que existe un predominio en el sexo masculino. Esta organización estima que en una población de 21 millones de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 12 millones corresponden al sexo masculino.

La esquizofrenia conlleva un alto nivel de sufrimiento, con altos índices de suicidio, por todo lo que implica esta enfermedad. Sobre este punto se estima que el 10% de los esquizofrénicos buscan eliminarse a sí mismos y entre el 20% y el 40% cometen al menos un intento. (DSM-IV- TR 2002)

Aspectos históricos

La historia de la rehabilitación psicosocial está ligada a la psiquiatría como disciplina en general. En la década del 60 se asiste al proceso de desinstitucionalización del paciente psiquiátrico, lo cual implicó el retorno de los mismos a la comunidad y produjo una disminución de dicha población en los asilos. Este cambio se inicia en 1943 con el Acta de Rehabilitación Norteamericana (citado por Fernández, M., González, J., Fernández, J., Elizaguirre, L., 1997, p. 87). En dicha acta se plantean los derechos humanos de los enfermos mentales, entre los cuales encontramos el derecho a la rehabilitación, a la creación de apoyos sociales, comunitarios y económicos para la atención y tratamiento de esta población. No obstante, la posibilidad de salir a la comunidad se ve favorecida a partir de 1950, con la aparición de los antipsicóticos, que permitieron un mejor abordaje de la sintomatología positiva.

El trabajo en los hospitales de Bicêtre y La Salpêtrière realizados por el Dr. Pinel, son considerados el inicio de la psiquiatría moderna. Sin embargo, su interés se centraba en la organización del espacio hospitalario y no en la libertad de los enfermos. Paralelamente a estos cambios introducidos, comienzan a desarrollarse nuevas técnicas de atención a los enfermos. Entre estas prácticas podemos destacar la “terapia moral”, que además puede ser concebida como antecesora de la rehabilitación psicosocial, pues fue la primera en enfatizar la comprensión de los enfermos mentales y en asignarle una importancia a las actividades sociales, como el juego, la incorporación al trabajo y a las técnicas denominadas “laborterapia”. Antes de la década de los 90, como apuntan Cohen y Farkas (citado por Fernández, M. et al, 1997, p.86) se producían violaciones contra la libertad y dignidad de las personas en los manicomios, y será en esta década cuando se reivindique la rehabilitación. A partir de la década de los 90, la rehabilitación psicosocial pasó de ser una práctica asilar ejercida por personal paramédico a ser una práctica que además tenía objetivos lúdicos y ocupacionales, como afirma Saraceno (citado por Kaplan et al, 1997).

Publicaciones recientes muestran la necesidad de establecer objetivos y planes estructurados para el tratamiento y evolución de la enfermedad a través de este tipo de abordaje y por esa razón se han creado servicios comunitarios específicamente pensados para la rehabilitación e inserción laboral de los enfermos mentales. A pesar de esto, los profesionales en esta área se enfrentan a muchos problemas para ejercer su labor. Una perspectiva para pensar las dificultades en llevar a cabo estrategias de rehabilitación psicosocial estaría vincula a los métodos, los cuales son descriptos como “toscos, imprecisos y no altamente específicos para

personas con diferentes clases de desórdenes mentales”, según Cohen y Frankas (citado por Fernández, M., et al, 1997, p.86).

Antes de 1990, una de las grandes problemáticas con respecto a la rehabilitación psicosocial era la inexistencia de una definición clara y consensuada por los expertos en el área, definiéndose por vía negativa, es decir, por lo que no era. La falta de una definición era consecuencia de la poca organización entre las instituciones que existían y entre los distintos servicios que prestaban.

Una de las recomendaciones de la Comisión Europea de la OMS es impulsar la participación y colaboración entre los pacientes, familiares, profesionales y gestores asistenciales, tanto nacionales como locales. El modelo recomendado es el que potencia la visión del paciente en una posición activa, lo que requiere no sólo de su participación, sino de la de su familia para conformar asociaciones de usuarios y familiares que ejerzan funciones de apoyo mutuo, defensa de derechos y lucha contra el estigma. Lo que pretende este enfoque es que se asuma una relación terapéutica con una actitud ética hacia el paciente, para que de manera conjunta se tomen las decisiones, respetando de esta manera el derecho a la información y a su uso, dependiendo de las posibilidades de cada persona. (Uriarte, 2007)

Esta visión del paciente como un agente activo en su proceso de rehabilitación puede considerarse la filosofía de la rehabilitación psicosocial. Para realizar esto, es necesario que los gestores, profesionales, usuarios y familias sean conscientes, tanto a nivel individual como a nivel de las organizaciones, de la necesidad de establecer un rol activo y relaciones de colaboración efectivas.

El aporte de este paradigma es enfocar el proceso de acuerdo con las singularidades del caso, promoviendo la autonomía y una mejora en su relación con el entorno. De esta manera, el objetivo principal de la rehabilitación psicosocial es brindar herramientas que puedan mejorar el desempeño en el ambiente familiar y social. Con este fin, se han creado centros donde se valoriza el entrenamiento de capacidades sociales y laborales para la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades mentales, así como programas de rehabilitación vocacional, bolsas de trabajo y apoyo en lugares de empleo. Estos programas señalan la importancia de las capacidades productivas de los pacientes. La idea es que a través del entrenamiento de estas habilidades se pueda compensar las desventajas producto de la condición clínica. Para Saraceno (Citado en Kaplan et al, 1997), la rehabilitación psicosocial debería ser el modelo de asistencia a enfermedades mentales más sofisticado posible.

Definición de rehabilitación psicosocial

Para Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), la rehabilitación psicosocial es un abordaje que debe tener en cuenta todas las áreas de sujeto: la biológica, la psicológica y la social. La rehabilitación psicosocial es concebida por ellas, como un modelo terapéutico integral que tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales severos y su entorno familiar o comunitario. Además, como lo describe Aparicio en 1993 “la tarea de la rehabilitación es ayudar al individuo a producir su vida” (citado por Fernández, M., et al, 1997, p.92)

Para que las personas con esquizofrenia puedan tener una vida productiva es necesario que, a través de las intervenciones psicosociales, puedan reducir el impacto que tienen en su vida los síntomas negativos y positivos de su enfermedad. Esto requiere, mediante el tratamiento, que se aumente el conocimiento sobre el trastorno, cómo influye en su vida, en la familia y además favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico con el fin de prevenir recaídas. La rehabilitación psicosocial, entonces, pretende mejorar las habilidades sociales y proporcionar estrategias para afrontar el sufrimiento del sujeto y de su familia.

Por las razones anteriores, la rehabilitación psicosocial debe tomarse como un apoyo fundamental para preservar las habilidades ya adquiridas por los sujetos. Para lograr atender las singularidades del caso y la participación del sujeto, el proceso ha de ser individualizado según sostiene Pilling en 1991, quien se basa en una visión amplia de los derechos humanos. De acuerdo con esta concepción, debe reconocerse y promoverse una ciudadanía plena y digna de la persona con enfermedad mental (Citado en Florit, 2006, p.227). Esto requiere la promoción y el fomento de la participación activa y responsable del sujeto en su proceso de rehabilitación de acuerdo con sus objetivos y planes personales para tener así un mayor control sobre su vida.

Es por ello que la rehabilitación psicosocial no debe entenderse como un tratamiento forzado, ya que el involucramiento, la participación activa y responsable del sujeto son primordiales para la consecución de buenos resultados; de ahí que se necesite a un individuo motivado. Informes de ingreso a la comunidad terapéutica Sur Palermo señalan que esto último es difícil, ya que muchos de los usuarios que acuden no lo hacen motivados, bien sea por características propias de la enfermedad o por experiencias pasadas que no fueron fructíferas (Del Castillo, 2002). Como hemos visto antes, es propio de la sintomatología de la esquizofrenia, sobre todo por la aparición temprana de la misma, el aislamiento social y el aplanamiento afectivo, lo que ocasiona una mayor dificultad en la interacción social y en las consecuencias positivas que genera esta. Todo esto provoca un panorama poco favorable para que el paciente ingrese a un programa social. Por esta razón, se necesita motivar al sujeto, lo cual influirá positivamente en su integración a la sociedad.

Mediante la rehabilitación psicosocial, el paciente puede generar estrategias que le permitan desempeñar nuevos roles y salir del lugar de enfermo. En el caso de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, por los motivos mencionados anteriormente, encontramos obstáculos en la posibilidad de ejercer otros roles además del de enfermo mental. La rehabilitación psicosocial apunta, también, a alejar a la persona de ese rol de discapacitado y permitirle desempeñar otros, como el de estudiante, amigo o trabajador.

Por otra parte, la rehabilitación psicosocial debe graduarse dependiendo de las necesidades de cada paciente, proporcionando desde un apoyo intenso, cuando es necesario, hasta un apoyo mínimo. En todo caso, se le debe dar prioridad a la autonomía e independencia del individuo. En el trabajo de la rehabilitación psicosocial es importante revisar constantemente los servicios y programas prestados, como señala Florit-Robles (2006), ya que así lo requiere el plan personalizado. La flexibilidad, entonces, es un elemento importante porque permite tener en cuenta los nuevos intereses que puedan surgir durante el proceso y así ajustar el plan de acuerdo con esto.

En conclusión, el objetivo de la rehabilitación psicosocial es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que el paciente pueda mantenerse en su entorno natural y social en las condiciones de vida más normales e independientes posibles (Fernández, M., et al, 1997). Además de la reducción de los síntomas por medio de medicamentos e intervenciones psicológicas, los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial, según Cañamares et al (2001) son: 1) favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación de un conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles; 2) potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento más autónomo, integrado e independiente posible; 3) ofrecer seguimiento, apoyo y soporte social de acuerdo con las necesidades de cada uno para garantizar su permanencia en la comunidad, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento; 4) prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización; 5) asesorar y apoyar a las familias de los enfermos mentales crónicos para mejorar la resolución de los problemas asociados a dichos trastornos y promover su incidencia positiva en el proceso de rehabilitación.

De esta manera, la rehabilitación psicosocial promueve la integración del paciente a la comunidad, sosteniendo un principio de autonomía y reconociendo a la persona que tiene una enfermedad mental como un sujeto de derechos y no como un objeto. Así, la persona puede convertirse en conductor y protagonista de su proceso de rehabilitación. Para ello, deberá reconocer su situación y tomar decisiones al respecto. El mérito de la rehabilitación psicosocial es entender que este proceso es único y que debe basarse en un seguimiento personalizado de las características y necesidades de cada paciente. La forma de hacer esto es a través de planes específicos para cada momento concreto de cada persona. Esto

requiere que los programas deban elaborarse sobre las realidades de los individuos y no centrarse sólo en los déficits, sino también en las potencialidades y habilidades ya adquiridas y conservadas.

Ya que la rehabilitación psicosocial es un proceso individual, debe tomarse en cuenta el medio en el que se desenvuelve el paciente, es decir, su ámbito familiar y social. En ese sentido, trabajar con la familia y promover actitudes positivas que aumenten la eficacia del desenvolvimiento de la persona en su sociedad son pasos necesarios en el marco de esta concepción. Como lo plantea Shepherd, el entrenamiento de habilidades es tan importante como la preparación del medio en el cual se va a desenvolver. (Citado por Fernández, M., et al, 1997, p.95) Varias investigaciones sobre rehabilitación psicosocial en esquizofrénicos destacan el impacto positivo de este punto.

De este modo, se pretenden cubrir todas aquellas necesidades detectadas en la población esquizofrénica y que son resumidas en un documento elaborado por la Red Maristán (una asociación entre universidades de América Latina y Europa que se plantea como objetivo fomentar la cooperación e investigación sobre deficiencias y desigualdades en temas de salud) en la “Conferencia Internacional para el Consenso sobre los Cuidados y las Necesidades de las Personas Afectadas por Trastornos Esquizofrénicos que viven en la Comunidad” (Torres, F.1999.) En este documento se evidencian las diferentes necesidades que tienen estas personas, como el alojamiento (sea comunitario o familiar) y la educación de capacidades básicas, interpersonales y sociales que facilitan la inserción en la sociedad, favoreciendo la oportunidad de conseguir empleo (sea ordinario o protegido). Con estas necesidades cubiertas, la persona podrá sustentarse económicamente. Asimismo, se considerará importante que la educación permita la autonomía en la persona, la recuperación de su vida, el goce y disfrute del tiempo libre, ya que en las personas con esquizofrenia estos aspectos están afectados. Dado esto, es necesario que estas personas puedan acceder a información adecuada sobre las intervenciones terapéuticas y la enfermedad, pues los pacientes y sus familias con frecuencia desconocen sobre esto.

Cabe señalar que cuando se cumplen los objetivos esperados es necesario dedicar un tiempo al seguimiento del paciente, cuya duración se determinará por las características personales y del medio en el que se desenvuelve. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y una toma de conciencia de su condición ciudadana. (Castillo, M. et al 2011).

Rehabilitación psicosocial en el Uruguay

Las sociedades, a lo largo de su historia, han rechazado y excluido a lo diferente. Una muestra de ello es el aislamiento que han sufrido, por ejemplo, las personas con enfermedades mentales. La creación de los asilos y manicomios como instituciones en las que se oculta lo que no se quiere ver obedece a la lógica según la cual lo que no se ve, no existe, como lo sugieren Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011).

Las prácticas de rehabilitación psicosocial en nuestra sociedad comienzan en 1972 con la creación del centro de rehabilitación psíquica y en 1974 se agrega el taller protegido. Más tarde, Valdomir y Cabrera formulan un proyecto de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Musto y en la esfera privada de la práctica clínica de la rehabilitación psicosocial, el taller de terapias integradas “Aletheia” y la comunidad terapéutica “Castalia”. Este último dará lugar en 1987 al Centro Sur Palermo. Luego de que el Ministerio de Salud Pública (MSP) declarara de interés el Programa de Salud Mental e informara en 1986 que solo existían recursos para atender a un 0,6% de los pacientes crónicos, se promovió una reorganización y descentralización de la atención psiquiátrica, creándose, en la década del 90, nuevos centros de rehabilitación en el ámbito del MSP. En 1995 se crea el Centro Benito Menni y en el 2000 el centro Sayago. (Prado V., Curbelo O., Castillo, R. Grunbaum S., Regazzoni, E., Kaplan, M., 2002)

En los últimos 25 años en el Uruguay, se ha realizado un proceso de desinstitutionalización con el cual la población de asilos y manicomios ha disminuido progresivamente. En este proceso contribuyeron múltiples factores, como el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud y las mejoras de tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos. Esta última medida permitió, entre otros aspectos, profundizar en los abordajes psicosociales. Además, han influido los esfuerzos profesionales y de distintos actores sociales, la creación y fortalecimiento, a partir de la democracia, de las asociaciones de familiares de personas con trastorno mental severo persistente, las cuales tienen un rol activo en la elaboración de programas, políticas y planes de salud mental (Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M., 2011)

En la actualidad, el cambio en el modelo de asistencia busca eliminar los asilos y crear modelos socio-sanitarios comunitarios que se enfoquen en las necesidades de cada persona con la finalidad de mejorar su calidad de vida y de brindarle la posibilidad de insertarse en la sociedad como miembro activo. Los derechos de las personas con esquizofrenia muchas veces son vulnerados por no estar tipificados en una ley de salud mental que contemple, de forma real, todas las situaciones por las que pasa esta población.

Con respecto a las personas que sufren de esquizofrenia, en nuestro país existe la ley 9.581 que data del año 1936. Esta ley contempla los modelos de asistencia al psicópata, pero responde a otra época, donde el enfoque no propiciaba la inclusión de estas personas a la sociedad ni el derecho a un empleo, una vivienda y vida digna. Por este motivo, actualmente en nuestro país, se considera necesaria una nueva ley de salud mental que avale los derechos de estas personas. Recientemente, en un documento para la redacción de una nueva ley de salud mental se señala que se debe promover políticas que permitan la inclusión laboral para personas con trastornos mentales de acuerdo con patrones de calidad y ajustados a las posibilidades de sostenibilidad y perfil de estas personas.

Para que esta nueva ley se cumpla eficazmente habrá que desarrollar cursos específicos de formación laboral y profesional con certificados válidos para el mercado de trabajo. Asimismo, deberán realizarse talleres de sensibilización a los trabajadores y capacitaciones a los trabajadores de empleos protegidos o con apoyo. Por otra parte, serán necesarios programas de trabajo protegido, asegurando que la remuneración sea equitativa a la de otros trabajadores (Ministerio de Salud Pública, 2015). La atención integral de estas personas requiere de una adecuada articulación de acciones sobre promoción, prevención y rehabilitación entre la Red de Salud Mental y la de Salud Integral y Comunitaria. Fortalecer estas redes contribuiría a asegurar la continuidad de los cuidados y a prevenir recaídas y crisis, manteniendo a la persona, en la medida de las posibilidades, en su lugar de residencia o en el Hospital General (Ministerio de Salud Pública, 2009). La OMS plantea que estas redes de servicios deben poseer las siguientes características: accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, territorialidad o sectorización, efectividad, equidad y respeto por los derechos humanos (Cohen, 2009).

Asimismo, es importante implementar distintas propuestas de rehabilitación psicosocial desde el inicio del tratamiento, en niveles diferenciados y graduales que correspondan a las diversas etapas del proceso de rehabilitación con objetivos propios. De igual forma, es necesario optimizar las posibilidades de los tratamientos, dispositivos de atención y tipos de abordaje integrados, como la terapia psicofarmacológica, las estrategias psicosociales, la psicoterapia y la psicoeducación tanto a usuarios como familiares.

De acuerdo con el modelo de la rehabilitación psicosocial, las formas de intervenir pueden ser variadas. De allí que resulte fundamental tomar en cuenta la diversidad de abordajes, para analizar cuál se adapta mejor a la situación de cada usuario y familia con base en los recursos disponibles. En todo caso, cada propuesta busca prestar un apoyo determinado por el nivel de autonomía, dificultades, potencial de salud y desempeño en la vida cotidiana de

cada usuario. La evaluación, entonces, debe ser multidimensional y abarcar todas las áreas de funcionamiento de la persona.

Entre los diferentes abordajes, propuestas psicosociales y psicoterapéuticas citados por Castillo, M. et al (2011) encontramos las siguientes:

Atención en crisis

- Hospital de día
- Centros diurnos
- Centros de Rehabilitación Psicosocial Integral
- Comunidades terapéuticas
- Orientación, seguimiento y/o psicoterapia individual
- Abordajes grupales
- Grupos de apoyo
- Grupos terapéuticos
- Terapia cognitiva
- Psicoeducación familiar
- Terapia familiar (individual y multifamiliar)
- Seguimiento psicosocial
- Talleres de expresión
- Grupos de autoayuda
- Taller protegido
- Orientación sociolaboral y apoyo curricular (individual y grupal)
- Pasantías laborales
- Clubes de activación sociorecreativos
- Residencias asistidas

En nuestro país se encuentra disponible la Guía Intercentro que data del 2001. A través de esta guía se puede acceder a la información relacionada con los centros de rehabilitación psicosocial, así como las actividades que llevan a cabo. Los centros reseñados en la guía realizan encuentros mensuales que permiten un intercambio de información entre los mismos.

Entre las instituciones de la Guía Intercentro se encuentra el Centro Psicosocial Sur Palermo, que es una ONG sin fin de lucro, creada en 1987, en la cual se realiza rehabilitación psicosocial integral en jóvenes y adultos con trastornos psíquicos severos. En la misma se desarrolla un programa de inserción y pasantías laborales con convenios con diferentes empresas públicas y privadas. Además, en el 2002 se formó la Cooperativa Sur Ya Palermo, integrada por personas con trastornos psíquicos rehabilitadas y con el apoyo de coordinadores del centro. La cooperativa brinda servicios de correspondencia y mensajería,

siendo un lugar de prácticas de inserción laboral para los usuarios. También está el programa de taller de la Bahía del Sur en el cual se realizan distintas actividades, entre estas, capacitación laboral en el proceso de estimulación a la integración con otras instituciones.

Por otra parte, encontramos el centro C.N.R.P. “Dr. Alberto Martínez Visca”, en donde funcionan los proyectos el Centro Diurno y el Taller El Ceibo, en los cuales se desarrollan actividades que incluyen la capacitación y la inserción laboral. Dado que el centro entiende en su propuesta la rehabilitación psicosocial como un tratamiento integral, aborda aspectos como el cuidado integral de la salud y la adhesión al tratamiento farmacológico. Con el objetivo de favorecer la resocialización y potenciar las capacidades de sus usuarios para que estos estén en condiciones de realizar proyectos sociales, recreativos, de estudio y laborales, ya sea en forma protegida, con apoyo o autónoma (Guía Intercentro, 2011)

Trabajo

Según la Organización Internacional del Trabajo,

El trabajo ocupa un lugar fundamental en nuestras vidas: nos da un sentido de propósito e identidad, y nos permite obtener ingresos para satisfacer nuestras necesidades materiales. El trabajo es uno de los principales mecanismos que usamos para relacionarnos con los demás. Se trata a la vez de una responsabilidad individual y de una actividad social, que a menudo requiere la colaboración en el seno de un equipo. Puede ser fuente de dignidad y de satisfacción. Pero también puede ser fuente de explotación y frustración. Para las familias y las comunidades, el hecho de disponer de un trabajo decente es un elemento fundamental para la estabilidad y el progreso social (OIT, 2006)

El trabajo suele provocar conductas similares entre las personas, que permiten reconocerlas como miembros de una sociedad. Al mismo tiempo, fomenta hábitos y produce sectorizaciones que generan una división entre las personas que son miembros de un grupo sociolaboral. Este aspecto contribuye a la formación de las diferentes identidades relacionadas con las capacidades laborales, de manera que las personas que no pertenecen a ninguno de estos grupos quedan excluidas.

La integración de personas con esquizofrenia al mundo laboral permitiría desplazar el rol asociado a la discapacidad, propio de la estigmatización de la enfermedad, hacia un rol más activo en la sociedad, como el de trabajador, por ejemplo. Este rol aumentaría la autoconfianza del sujeto al sentirse valorado e integrado gracias a la apropiación de conductas, normas y otros aspectos relacionados con los vínculos laborales.

Otra de las consecuencias de este nuevo rol es que el paciente, en tanto trabajador, es un sujeto que tiene derechos y obligaciones por formar parte de un trabajo, el cual siempre está en el marco de normas y límites. Por ejemplo, el trabajo, por su naturaleza, implica una estructuración del tiempo, lo que permite fortalecer carencias organizativas que son típicas de la sintomatología negativa de la esquizofrenia. Además, permite contribuir a regular el ciclo de sueño, el aseo personal e imagen y los hábitos de alimentación, entre otros.

Por estas razones, García, Pañuela y De Las Heras (2000) sostienen que el trabajo constituye un factor de integración y un proceso de autorrealización que genera un sentimiento de utilidad. Desde nuestro punto de vista, este sentimiento, entre otros factores, puede incidir positivamente en la rehabilitación psicolaboral de las personas con esquizofrenia.

El Estado tiene la obligación de defender los derechos humanos de todos los integrantes de la sociedad, sin exclusiones. Por ese motivo es que en Uruguay se vienen gestando desde hace años una serie de leyes que garantizan el tratamiento de las personas con discapacidades mentales.

La ley pionera en este ámbito, es la ley N° 9.581 de asistencia a psicópatas decretada el 8 de Agosto de 1936, la cual crea la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas. En dicha ley se expresan los procedimientos para la asistencia de esta población, considerando entre otros, la hospitalización y las internaciones compulsivas.

La ley N° 16.095, decretada el 26 de octubre de 1989, establece un sistema de protección integral a las personas discapacitadas. En el año 2007, con la ley N° 18.211 se crea el Sistema Integrado de Salud bajo los principios rectores de la orientación integral, contenido humanista e integración psicosocial. Posteriormente a estas leyes, el 20 de noviembre de 2008, se decreta la ley N° 18.561 que plantea la necesidad de modificar la sociedad para brindar servicios y prestaciones a las personas discapacitadas.

Referido a estas leyes, se asegura que una atención integral debe abarcar los diferentes aspectos de la persona, por lo tanto asegurarse que acceda a la atención médica, a la educación, seguridad social y rehabilitación tanto física como psicológica. También resulta importante tomar en consideración las desventajas que por su condición incapacitante posee, lo que requiere la necesidad de otorgarle beneficios, prestaciones y estímulos para que pueda compensar sus carencias y logre ejercer un rol lo más equitativo posible al que ejerce el resto de las personas.

La ley N° 18.651 en el artículo 48, toma en consideración la necesidad y derecho al trabajo. La misma señala que: “La orientación y la rehabilitación laboral y profesional deberán dispensarse en todas las personas con discapacidad según su vocación, posibilidades y necesidades y se procurará facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada.”

En nuestro país, legislativamente hablando, desde hace unos años se destaca la importancia del trabajo en la protección integral de la persona con discapacidades físicas y mentales. Esta ley especifica claramente que el 4% de las vacantes publicas generadas en los distintos cargos de “la suma total de las que se produzcan en las distintas unidades ejecutoras, reparticiones y escalafones” (Ley N° 18.651).

En la actualidad, se discute el pasaje de un modelo asilar de tratamiento de la enfermedad mental a un modelo de asistencia centrado en la comunidad, reflejando así el paradigma de salud mental actual. Las leyes anteriormente mencionadas presentan dificultades para cubrir todas las necesidades de las personas con discapacidades mentales en este nuevo

paradigma, por lo que muchas veces en ciertas prácticas asistenciales se violan los derechos humanos. El proyecto de ley de salud mental que se encuentra actualmente en marcha fomenta un nuevo abordaje en los tratamientos que garantiza los derechos humanos de los pacientes y toma en cuenta, entre otros aspectos, la importancia del trabajo en la rehabilitación.

Definición de rehabilitación laboral

La rehabilitación laboral se fundamenta en los principios de la rehabilitación psicosocial, de acuerdo con los cuales el paciente puede aprender y mejorar su funcionamiento para lograr una mayor autonomía e independencia mejorando de esta manera su calidad de vida. Para Colodrón (citado en Gallach, E. 2011, p.5) la rehabilitación laboral va a dotar al paciente de un proyecto de vida.

Para las personas con esquizofrenia, el desempleo es una de las principales desventajas sociales. Como hemos visto, el trabajo influye en la estructuración de la vida de la persona, mientras que su ausencia es un agravante de la sintomatología negativa sufrida por estas personas. La rehabilitación laboral pretende que con el trabajo se disminuyan las carencias en sus habilidades, sean sociales o de otro tipo y que se facilite la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos y conocimientos necesarios para que estas personas se integren laboral y socialmente.

López (2008) la define como un proceso específico y estructurado que debe ser individualizado, orientado a ayudar y preparar a las personas con enfermedades mentales crónicas, a favorecer su acceso y mantenimiento de un empleo. Es preciso que la rehabilitación laboral se entienda como un proceso con estructura y fases que necesita un margen de flexibilidad. El objetivo final sería no sólo la integración social del sujeto, sino también la reducción de la estigmatización que sufre. Esto se logrará a través del efecto positivo del trabajo, ya que este genera un sentimiento de productividad y un aumento de la autoestima que se ve reflejado en el interés por el cuidado personal, entre otras cosas, que permitirá potenciar los vínculos sociales. En suma, la rehabilitación laboral tiene un efecto positivo para atenuar la fragmentación y discordancia entre los pensamientos, conductas y sentimientos del paciente (García, 2000).

Según lo expuesto anteriormente, la esquizofrenia se expresa de distintas formas en cada persona, lo que dificulta pronosticar el éxito o fracaso de este tipo de rehabilitación considerando solo un aspecto. De ahí que sea fundamental realizar una intervención multidimensional, tomando en cuenta la historia personal, los resultados de pruebas de inteligencia, aptitudes, personalidad, familia, tratamiento farmacológico presente, estrato

social, las oportunidades que ofrezca el mercado laboral, regulaciones vigentes, beneficios estatales, etc. Es importante este punto ya que no solo se trabaja con la persona, sino también con el medio en el que interactúa el paciente o se espera que interactúe.

La rehabilitación laboral no solo entrenará al paciente para insertarse laboralmente, sino que también garantizará un apoyo, orientación y seguimiento en dicho proceso. De no existir la posibilidad de insertarse inmediatamente a un trabajo, en el proceso se ayudará a la búsqueda, creación de un puesto de trabajo adecuado. Como se ha dicho, si bien la rehabilitación laboral no asegura por completo el éxito en la incorporación a un trabajo, ya que son múltiples los factores que intervienen en este aspecto, sí se espera que, a través de dicho proceso, la persona experimente mejorías con respecto a su enfermedad.

El proceso de la intervención

Con respecto a la realización de la intervención en rehabilitación psicolaboral, podemos identificar tres fases: la fase de evaluación, la fase de planificación y la de intervención. La fase de planificación está comprendida por la recolección de datos para posteriormente realizar un plan; es necesario conocer con precisión los déficits y habilidades de la persona, así como su historia laboral previa, sus intereses, los recursos económicos y sociofamiliares con que se cuentan.

La evaluación debe ser multidimensional y abarcar todas las áreas del funcionamiento de la persona. En este conocimiento global, se contemplará, de forma amplia, todas las variables que influyan en la incorporación en el mundo laboral, como por ejemplo, aquellas variables referidas a las exigencias, necesidades y características de los puestos de trabajo en el mercado. Todas estas variables, en conjunción con las características personales del paciente, permitirán conformar un programa de actividades y un plan de entrenamiento que sean eficaces para que la persona se incorpore a un trabajo.

En este primer momento, se recogerá dicha información a través de entrevistas, cuestionarios, role-play, observaciones, etc. Es esencial que esta información sea confiable, ya que en enfermos mentales la valoración clínica, recogida a partir de tests de inteligencia, aptitudes o proyectivas, proporcionan una visión limitada y posee escasa capacidad predictiva. Es preciso que se utilice la mayor cantidad de técnicas posibles, no sólo en los pacientes, sino también en familiares e informantes válidos. Una técnica recomendable es el role-play, ya que nos brinda información sobre las habilidades y capacidades del individuo, por ejemplo, cómo se desenvuelve en una entrevista laboral. También la observación directa resulta una herramienta eficaz en la evaluación de habilidades, pues permite, por ejemplo,

visualizar cómo los pacientes usan la información que obtienen para redactar un curriculum o carta de presentación. (Fernández, M., et al, 1997)

En suma, estas evaluaciones permitirán el diseño de un plan de intervención. La fase de planificación se caracteriza, principalmente, por la individualización. Una vez hecha la evaluación, se diseñará el programa personalizado, en el cual se detallarán las metas a corto y largo plazo, los tipos de intervenciones y entrenamientos necesarios, previendo también plazos para las evaluaciones y los recursos necesarios para implantar dicho programa o plan. De manera que el programa es un esquema sistemático pero flexible que se adecuará a la persona específica con el fin de mejorar su desarrollo y funcionamiento de sus competencias laborales para, finalmente, insertarse y mantenerse en el campo laboral.

Según lo visto, es parte de la sintomatología de la esquizofrenia el retraimiento social, produciendo déficit en las habilidades sociales, por lo que parte fundamental del tratamiento es subsanar dichas carencias. Al hacer esto, la persona, además, puede descubrir nuevos intereses. Esto último constituye, además, una muestra de la eficacia del tratamiento.

Por último, en la fase de intervención es en donde se materializa el plan individualizado a través de las técnicas que dotarán al paciente de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejar adecuadamente en el mundo laboral.

La intervención en rehabilitación laboral se debe organiza de un modo particular. Deben comprenderse siempre los ámbitos de orientación vocacional, el entrenamiento de hábitos básicos para el trabajo, de habilidades sociales, el apoyo para la formación profesional, búsqueda de empleo y de inserción laboral. Ahora bien, veamos a qué se refieren cada uno de estos ámbitos.

La orientación vocacional muchas veces es necesaria para estas personas, ya que son diversos los factores que intervienen al momento de no saber elegir una profesión o vocación, como falta de información, experiencia, etc., lo que juega en contra al momento de definir sus intereses. Esta búsqueda de información no se limitará al uso de baterías como el test CIPSA (que evalúa su perspectiva personal, social y económica) o IPP (que evalúa sus intereses personales y profesionales), sino que también se planteará un espacio que brinde información sobre áreas laborales, centros laborales, puestos disponibles e incluso se pueden llevar a cabo visitas para que el sujeto posea conocimientos que pueda ajustar a su realidad con el fin de cumplir objetivos laborales. Para Galilea y Colis (2000), la orientación vocacional posee el objetivo de no sólo ajustar los intereses, sino de despertar nuevos intereses vocacionales de acuerdo con las características de la persona y de las necesidades del mercado laboral. Por otro lado, es importante trabajar con las experiencias pasadas, ya que pudieran tener visiones erróneas sobre sí mismos sustentadas en experiencias pasadas frustrantes, lo que requiere un conocimiento de cómo se ve el sujeto, cómo creen que lo ven, cuáles serían las

condiciones en las que le gustaría trabajar, responsabilidades y tareas que le gustaría desempeñar.

Los miedos y la falta de conocimiento pueden generar ideas erróneas que provoquen inseguridad y disminución de ciertas capacidades y habilidades. Muchos de los pacientes observados no poseen casi interés en el área donde pueden desempeñar ciertas funciones y eso causa la pérdida del puesto laboral. Sobre este punto en particular, Bolton (citado por Fernández, M., et.al, 1997, p.340) sostiene que el beneficio de la orientación vocacional reside en la motivación de la persona, ya que si bien la satisfacción en la elección es diferente al éxito en el empleo, el interés vocacional es relativamente independiente de la habilidad que determina la ocupación.

Una vez que se tiene a la persona motivada es fundamental entrenar el conjunto de habilidades básicas para desenvolverse en un medio laboral. Esto deberá ofrecerse en un contexto práctico y flexible, donde se trabajarán aspectos como la puntualidad, el aseo, el cuidado personal, las actitudes inadecuadas en el trabajo, la organización y realización de tareas, comprensión y seguimiento de instrucciones (con énfasis en la memorización, atención y concentración), entre otras. La mayoría de los problemas de las personas con esquizofrenia radica en las dificultades para relacionarse y resolver de manera adecuada problemas que se presentan en el entorno laboral, por lo que se requiere entrenar las habilidades para interactuar con los compañeros, por ejemplo, cómo iniciar y mantener conversaciones, cómo solicitar u ofrecer ayuda y críticas, cómo administrar el tiempo de ocio y cómo manejar situaciones estresantes.

Otro punto a tener en cuenta en estos pacientes es la posibilidad de la falta de formación académica. Como hemos visto, la aparición temprana de la enfermedad incide negativamente en este aspecto, por lo que brindar un proceso formativo que se adecue a las particularidades de la persona cumplirá una doble función: le brindará mayores posibilidades a la hora de ingresar al mundo laboral y también contribuirá a que la persona refuerce su autoconfianza y modifique sus intereses. Este último punto se verá reflejado en la búsqueda de empleo.

Las habilidades que requiere para que la búsqueda laboral sea positiva también serán parte del entrenamiento, como por ejemplo, poder discriminar y seleccionar lo más adecuado a su perfil, elaborar un curriculum y realizar una entrevista laboral. Una vez que la persona adquirió estas habilidades se realiza un apoyo y seguimiento para que este no solo ingrese al mundo laboral, sino que también permanezca en el mismo.

Para que los resultados sean positivos se requiere no solo la capacitación, sino también un análisis de las vacantes. Es importante que el puesto ofrezca una inserción real en la sociedad y que no sea un puesto aislado, porque de esa manera no contribuiría con la inserción social. Tiene mucha importancia no excluir a aquellos que requieran más apoyo, sino por el contrario

incluirlos, teniendo en cuenta las diferentes modalidades presentes para integrarlos laboralmente. Si bien la prioridad es el ingreso de los pacientes al mercado laboral ordinario, de no ser posible esto, no deben descartarse otras fuentes de trabajo, como el empleo protegido, etc

Si la persona ingresa al mercado ordinario en una primera instancia es necesario ofrecer una serie de apoyos a los empresarios y un seguimiento. En cualquiera de los ámbitos al cual ingrese la persona con esquizofrenia, no marcará el final del proceso de rehabilitación laboral, ya que aquí resulta clave, analizar y controlar todas las variables que interactúan en el mantenimiento de su puesto laboral, además de apoyar en la integración sociolaboral. Una vez que la persona está entrenada y adaptada, se retira gradualmente el apoyo, pero se mantendrá un seguimiento y un apoyo, en caso de que se requiera, para resolver dificultades que surjan en el trabajo. Para hacerlo posible, se realizan evaluaciones periódicas sobre el rendimiento y calidad del trabajo de la persona y su ajuste e integración a la empresa. Asimismo, se potencia el involucramiento de la familia para que la persona mantenga el puesto y autonomía ganada. La finalidad de esto es asegurar un adecuado seguimiento a largo plazo que permita trabajar sobre los desajustes futuros y enseñar nuevas habilidades para atender posibles crisis o conflictos.

Factores obstaculizadores y facilitadores del proceso de rehabilitación laboral

A las dificultades que presenta esta población se unen otros factores, como la poca oferta laboral, que hace aún más difícil el acceso a un puesto de trabajo por parte de estos pacientes. En el 2006, Rosenheck (Hernández et al, 2010) realizó varios estudios sobre la reinserción laboral de personas con esquizofrenia, determinando que los mayores impedimentos para lograr la misma son: las alteraciones en sus funciones psíquicas y neurocognitivas, la discriminación y los bajos incentivos motivacionales presentes en esta población. Este autor recomienda una mayor sensibilización de los empresarios para que estas personas tengan un trato justo.

Son múltiples los factores que entorpecen la inserción laboral de estas personas como hemos visto, entre ellos, los déficits comportamentales e inhabilidades que dificultan el desempeño laboral, resultados de la sintomatología propia de la enfermedad o consecuencia de la hospitalización. Asimismo, un factor importante es la falta de experiencia o inexistencia de un historial laboral previo a la instalación del cuadro crónico. Con relación al medio social, pueden identificarse como problemas la falta de recursos, bien sea por la inadecuación de los mismos o su inexistencia. Además, la estigmatización que sufre esta población obstaculiza la contratación en puestos de trabajo, minimizando las posibilidades de estas personas de

realizar actividades productivas y remuneradas, lo cual es fundamental para avanzar en la integración social y mejorar la calidad de vida.

La tasa de desempleo de las personas esquizofrénicas es bastante alto como consecuencia de todo esto. Como hemos visto, el artículo 49 de la ley N° 18.561 de nuestro país, establece la obligatoriedad para organismos estatales y personas de derecho público no estatales a ocupar personas con discapacidad en una proporción no inferior al 4% de sus vacantes. Sin embargo, al analizar las estadísticas en el Uruguay, encontramos que, según la ONSC, encargada de controlar esto, en el 2014 no se cumplió este porcentaje, el cual sólo fue de 1,4%. Dentro de ese porcentaje, de un total de 234 personas con discapacidad que fueron contratadas, un 40% se compone de personas con discapacidades motrices y sólo un 2.6% está representado por personas con discapacidades psíquicas (en total, 6 personas). Si bien este número es bajo, hay mayor presencia de personas con discapacidad psíquica que en años anteriores que fue bastante inferior (ONSC, 2014)

Como se ha señalado, la inclusión en el mercado laboral de personas con esquizofrenia se lleva a cabo a través de diferentes modalidades. Una de las mismas puede ser el ingreso en las empresas normalizadas y, por otro lado, en empresas que reciben asistencia y ofrecen un trabajo con apoyo para la persona. Una investigación realizada en el 2010 en México revela que de 24 pacientes, 19 hombres y 5 mujeres entre 21 y 55 años que estuvieron en rehabilitación laboral, 16 tuvieron una inserción laboral satisfactoria, 6 en el mercado ordinario, desempeñando labores como de cajeros en estacionamientos, gestores, lavalozas, empleado en tienda de abarrotes y ventas; y 4 personas consiguieron un “autoempleo” vendiendo joyas, artículos personales y productos de la apicultura. Los otros seis casos no se consideraron aptos para trabajar, quedaron en lista de espera e ingresaron a instituciones de capacitaciones laborales (Hernández, Peralta et al, 2010) Este estudio permite visualizar la complejidad que existe en la inclusión laboral de estas personas. Si bien hay otras formas de realizar la inserción laboral a través de modalidades como las del “autoempleo”, no todos los pacientes serán aptos para ingresar al mundo laboral.

Los resultados positivos, según muestra el estudio citado, tuvieron estrecha relación, con la estabilidad emocional, la historia laboral, la adherencia terapéutica y el apoyo familiar (Hernández et al, 2010).

Si bien la rehabilitación laboral no asegura el éxito en la inserción laboral, sí facilita y brinda mejores condiciones al respecto. Las dificultades que en este proceso se presentan no deben ser fuente de pesimismo, sino que por el contrario, deben generar mayores esfuerzos en dicho proceso. Con esto se pretende cuestionar el estigma social que hay sobre la posibilidad de que estas personas accedan a un puesto de trabajo y promover la contratación de personas con esquizofrenia.

Sin embargo, debe reconocerse que los factores obstaculizadores no son solamente productos de las exigencias del mercado, sino también de las características de la persona y de su entorno, así como su sintomatología, su motivación y su grado de esfuerzo. Ejemplos de los mismos pueden ser la escasa formación académica y la falta de experiencia laboral, producto de la aparición temprana de la enfermedad o las previas experiencias laborales negativas que pudieran haber tenido los pacientes y que inciden en su autoestima y producen un mayor miedo al fracaso y actitudes negativas. Una experiencia no frustrante puede ser un indicador de éxito con vistas a futuras incorporaciones. Asimismo, entre los factores obstaculizadores se pueden considerar el escaso interés, producto de la propia patología, y la pérdida o inexistencia de hábitos básicos de trabajo, así como de otras habilidades sociales. Por otra parte, si bien se ha planteado que la familia es esencial en este proceso de rehabilitación, también puede ser un factor que obstaculice el mismo, ya sea por sobreprotección al paciente o por una actitud negativa hacia él.

La rehabilitación laboral pretende brindar las herramientas que preparen a la persona para iniciar y mantenerse en un trabajo, ya que acceder al mercado laboral y realizar tareas productivas, otorga beneficios, como mayor autonomía, independencia económica, reconocimiento social, identidad personal, interacciones y relaciones sociales.

Consideraciones Finales

La esquizofrenia, por ser un trastorno mental que afecta todos los ámbitos de la persona, genera alteraciones que impiden un contacto con la realidad compartida y que perjudican la capacidad de pensar claramente, manejar las emociones, realizar juicios y comunicarse con los demás, limitando de manera notable la capacidad de relacionamiento y provocando el aislamiento social. Como consecuencia de esto, se limita la capacidad para desempeñar distintos roles sociales, entre ellos, el rol de trabajador; por lo que el paciente con diagnóstico de esquizofrenia queda excluido del mundo laboral y de sus beneficios y obligaciones. Asimismo, se ve disminuida su autonomía y la capacidad que tiene para autorrealizarse, por lo que genera lazos de dependencia con la familia y la sociedad que traen sufrimiento al paciente y su familia. Esto último empobrece la calidad de vida de ambos y potencializado por los altos niveles de estigmatización que sufren estas personas.

Diversos estudios han demostrado que con una adecuada educación y orientación vocacional, además de un apropiado entrenamiento, motivación, apoyo y tratamiento farmacológico, un gran número de personas con esquizofrenia podrían trabajar dentro o fuera de sus hogares, al mejorar sus habilidades para un empleo. Estos pacientes, al formar parte de un programa de rehabilitación laboral, experimentarán un mayor grado de satisfacción en distintas áreas. Algunos autores sostienen que las actividades diarias, las relaciones interpersonales, el bienestar psicológico, la condición física y la actitud y aptitudes de las personas que forman parte de un programa de rehabilitación laboral difieren de aquellos que no participan (Cook, J. Razzano, L., 2000). La actuación de otro rol social, el rol de trabajador, permitirá el mantenimiento de una personalidad más estable a través de las diferentes experiencias que vivirá al respecto. Al participar regularmente en ocupaciones diarias, los pacientes experimentan una mayor estructuración en su vida que mejora la interacción con otras personas y hace que dependan menos del cuidado y del soporte de otros. Al respecto, Bell, Bryson y Lesaker (2002) consideran que el trabajo optimiza la calidad de vida de estos pacientes, ya que les entrega una razón de subsistir cada día y, por otra parte, les brinda la posibilidad de tener mayores interacciones interpersonales. Además, la integración laboral, por la estructuración temporal impuesta, obliga a disminuir las posibilidades de levantarse más tarde y tener una vida desordenada. Por todas estas razones es que se recomienda que los pacientes asuman un rol activo aceptado y valorado socialmente, lo cual será un logro para ellos y les generará mayor autoestima.

La rehabilitación laboral favorecerá las condiciones para que estas personas se empleen y para que se adapten al campo laboral realizando las modificaciones pertinentes, si fuesen

necesarias, para cumplir esto último. Como se expuso, es parte también de la rehabilitación laboral trabajar con el medio en el que se espera se integre la persona.

La inclusión laboral de las personas con esquizofrenia se puede materializar a través del empleo protegido. Sobre este punto, Danley (Rodríguez, 1997) sostiene la importancia de que en el mismo la persona deba ser integrada y cumpla con un régimen completo de al menos 20 horas semanales con salarios equilibrados con respecto a otros y organizado en apoyos flexibles, individualizados y continuos con la persona y el entorno laboral. Si bien el empleo protegido ayuda a adaptar a estas personas al mundo laboral, las pagas son mínimas y las condiciones no son las mismas que en un empleo ordinario, por lo que ciertos autores defienden que este tipo de trabajo debe ser concebido como una etapa de adaptación y aprendizaje que preparará a las personas con esquizofrenia para incorporarse al mercado laboral ordinario.

Ahora bien, debe tenerse presente que la incorporación al mercado ordinario es muy competitiva y las exigencias actuales son bastantes altas, por lo que las personas con esquizofrenia que pueden incorporarse a este mercado constituyen un porcentaje bajo. La tasa de empleo de estos pacientes es alrededor del 25% y en la mayoría de las instancias se trata de trabajos temporarios con salarios mínimos (Lehman, A., 1997)

Slade y Salkever en el 2001 (Hernández et al, 2010) realizaron una investigación en la cual relacionaron los síntomas de la esquizofrenia con el estado laboral de la persona, determinando que quienes poseen mayor función ejecutiva, memoria, atención, velocidad para procesar información y velocidad psicomotora estaban mejor preparados para sostener una mayor carga horaria laboral, mientras que los esquizofrénicos que no tenían estas funciones precisaban más tiempo de descanso para disminuir el estrés y una menor carga horaria laboral. Algunos de los factores que permiten predecir el resultado favorable del desempeño que tienen las personas diagnosticadas con esquizofrenia es una historia laboral favorable, el apoyo familiar, la manera en que ven su enfermedad y el valor que le otorga la misma al trabajo.

Junto a las dificultades existentes en el mercado laboral actual se agregan otros factores obstaculizadores productos de la enfermedad y de la sociedad que hemos abordado en la monografía. En el Uruguay hemos visto que existen medidas políticas que fomentan la creación de puestos para discapacitados, pero que en la práctica no toman en cuenta del mismo modo que otros discapacitados a las personas con enfermedades mentales. De allí que se considere necesaria la implementación de una nueva ley de salud mental que sea realmente inclusiva y que contemple mejorar la calidad de vida de esta población.

Si bien actualmente se comienza a considerar el aspecto laboral como una necesidad que forma parte importante de la vida del sujeto por estructurar su vida, se trata de un campo aún

no desarrollado por completo y que promete grandes avances sociales. Desde la perspectiva planteada en la monografía, es necesario el cambio no sólo por parte del Estado, sino de la sociedad, para que no se excluyan a las personas con trastornos mentales y se les brinde la posibilidad de acceder de la misma forma a las oportunidades a las cuales accede el resto de la población. Las personas con esquizofrenia también tienen derecho a ser protagonistas de sus vidas y no es obligación exclusiva del Estado hacerlo posible.

Referencias bibliográficas

Baruk, H. (1996) La catatonía de Kahlbaum. La esquizofrenia y la revisión de la nosografía psiquiátrica. Argentina.

Recuperado: http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_08.htm

Bercherie P. (2002), "Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico". Buenos Aires: Manantial.

Bleuler, E. (1911). Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos aires: Hormé, 1993.

Cañamares, J.M., Castejón, M.A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). Esquizofrenia. Madrid: Síntesis.

Cook, J. Razzano, L (2000) Vocational Rehabilitation for Persons With Schizophrenia: Recent Research and Implications for Practice. Schizophrenia Bulletin, Vol. 26, No. 1
Recuperado de: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/1/87.full.pdf+html>

Del Castillo, R. (2002). Una experiencia en rehabilitación de la psicosis en el Uruguay. La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat, 2 p.10-11-12, 64-77

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, N° 4, p. 83-96.

Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

Ey, H. Bernard, P. Brisset, C. (1996) Tratado de psiquiatría, Barcelona: Masson S.A.

Fernandez, M., Gonzalez, J., Fernandez, J., Elizaguirre, L. (1997) El campo de la rehabilitación psicosocial. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid. Ediciones pirámides.

Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de psicología.

Recuperado de: www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/104/106

Galilea, V. y Colís, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. Revista Trabajo Social Hoy N° 28, p. 104-112.

Gallach, E. (2011) Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. Revista psiquiatría.

Recuperado de:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/1362/1239>

García, J., Pañueelas, E., de las Heras, B. Méndez, L. Díez, M. (2000) la formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de personas con trastornos psicóticos. Revista española de la asociación neuropsiquiatría: Vol XX, N°73, p. 9-22.

Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15680/15539>

Guía intercentro (SN)

Recuperado de:

http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf

Hernández J., Peralta J., Ruiz M., Angulo L., Cariño, C., Flore, M., Orozco R. (2010) Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. P.108-112.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>

Kaplan, H. Sadock, B. (1997) Tratado de psiquiatría /VI, Buenos Aires: Inter-médica.

López, L. (2008) Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo. Psychosocial Intervention vol.17 no.3.

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300003

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981) Diccionario de Psicoanálisis. España: Editorial: Labor S.A.

Lehman, A., (1997) Esquizofrenia: Tratamiento psicosocial. Tratado de psiquiatría /VI, Buenos Aires: Inter-médica.

Lopez, J. Valdes, M. (2002) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

OIT (2009) INFORMACIÓN sobre Discapacidad y Trabajo Decente. RECUPERADO: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_117145.pdf

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>

ONSC (2014) Ingreso de personas con discapacidad en el Estado 2014 (Ley 18.651) Recuperado: http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/observatorio/documentos/Informe_completo_personas_con_discapacidad_2014.pdf

PRONADIS – MIDES. (2015). Discapacidad y Trabajo en Uruguay Perspectiva de derechos. Recuperado de: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/40851/1/pronadis---discapacidad-y-trabajo-en-uruguay_web.pdf

Pardo, V., Del Castillo, R., Blanco, M., Etchart, M. (2005). Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. Revista de Psiquiatría del Uruguay. N°69, p. 111-126.

Rampa (2012) Inserción laboral y reciclaje de yerba promotores de inclusión. Informe central: Compromiso de Accesibilidad Entrevista a Augusto Lotito. Montevideo discapacidad. Recuperado de: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/Rampa%201%20-%20Agosto%202012.pdf>

Registro Nacional de Leyes y Decretos.Ley N° 9581 (1936)
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2728796.htm>

Registro Nacional de Leyes y Decretos.Ley N° 16095 (1989)
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3428251.htm>

Registro Nacional de Leyes y Decretos.Ley N° 18211 (2007)
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6259811.htm>

Registro Nacional de Leyes y Decretos.Ley N° 18651 (2010)
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp879945.htm>

Torres, F. (1999) Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénico que viven en comunidad.
Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf>

Uriarte, J. (2007) Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria Vol. 7, Número 2.
Recuperado: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos7.2.pdf>

Who (2016) Esquizofrenia.

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>