



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

*Rehabilitación Laboral:
Rehabilitación socio- laboral en
sujetos con esquizofrenia*

Trabajo Final de Grado

Autora: Gimena Marrero

C.I: 4.738.510-6

Tutora: Prof. Adj. María Mercedes Couso

Montevideo, Uruguay.

Octubre, 2016.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Rehabilitación psicosocial	8
Rehabilitación Laboral.....	15
Taller Sala 12	24
Reflexiones Finales.....	32
Referencias Bibliograficas	35

Resumen

La presente monografía, correspondiente al Trabajo Final de la carrera Licenciado en Psicología, de la Universidad de la Republica, abordará el modelo de la Rehabilitación Laboral en sujetos con esquizofrenia, tomando al mismo como una posible forma de intervención dentro de un proceso de Rehabilitación Psicosocial integral.

Se realizara, con este cometido, en primer lugar, una introducción en la cual se describirá de forma general las características de la población objeto del dispositivo rehabilitador. Para posteriormente reflexionar acerca de los beneficios que pueden ser obtenidos de la aplicación de un modelo de Rehabilitación Psicosocial integral, en términos general. Luego se introducirá a lector en el tema de la Rehabilitación Laboral, como un dispositivo particular dentro de la Rehabilitación Psicosocial, que utiliza al trabajo como herramienta rehabilitadora. Finalmente se describirá el Taller de Rehabilitación de Sala 12, con el fin de ejemplificar dicho modelo rehabilitador en nuestro país, teniendo en cuenta además las características particulares de la población que conforma al mismo.

Palabras clave

Rehabilitación Psicosocial- Esquizofrenia- Rehabilitación Laboral-Taller Sala 12.

Introducción

El presente trabajo aborda el modelo de la Rehabilitación Laboral en sujetos con esquizofrenia. Con el objetivo de evaluar un dispositivo con tales características, se tomará como ejemplo el taller de rehabilitación de Sala 12 del Hospital Vilardebó, el cual funciona como un dispositivo de rehabilitación y reinserción socio-laboral dirigido a pacientes que padecen un trastorno mental crónico, y se encuentran privados de la libertad desde el punto de vista judicial.

Se buscará por lo tanto reflexionar acerca de los beneficios que pueden ser obtenidos de la aplicación de un modelo de Rehabilitación Psicosocial, que toma al trabajo como eje central, para que a través del mismo los usuarios sean capaces de desarrollar distintas competencias y habilidades, que le permitan lograr una mayor autonomía y consiguiente integración social. El trabajo será entendido entonces, como un elemento fundamental para lograr la inserción del individuo a la sociedad, ya que el mismo le brindará los recursos necesarios para lograr que el sujeto sea capaz de, como menciona Galilea y Colis (2001), desplazarse de un rol de enfermo hacia un rol más normalizador.

La Rehabilitación Laboral será así un espacio que les permitirá a sus usuarios restablecer sus habilidades y aprender nuevas, con el objetivo de acceder al mercado laboral, lo cual tendrá como consecuencia repercusiones positivas sobre la identidad y el bienestar de dichos sujetos.

Así, a través de un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial integral enfocado en el área laboral, se buscará promover la integración social de personas con una patología mental crónica, que como consecuencia de la misma, poseen un alto nivel de desempleo, lo cual tiene con resultado que dichos sujetos se encuentran en situación de vulnerabilidad social, pobreza, marginados de la sociedad, y por consiguiente con una mala calidad de vida.

Pero antes de explicar en que radica la importancia de un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial integral, y que características poseen un modelo de rehabilitación enfocado en el área laboral, considero pertinente desarrollar, como lo hace Garcelán (2003), como surge el cuadro psicótico, pero no en relación a lo sintomático propio de la enfermedad, sino a nivel de los que le sucede al individuo como persona, como integrante de la sociedad y de su familia. Desde éste punto de

vista, es conveniente “contemplantarlo en su contexto desde una perspectiva que nos permita observar el fenómeno desde diferentes puntos de vistas”. (p. 37)

Como prosigue Garcelán (2003), las primeras circunstancias o hechos, que le suceden a estos sujetos, normalmente vinculadas con frustraciones o fracasos, van a variar de acuerdo al momento evolutivo en el cual se comience a manifestar dicha enfermedad. Las mismas pueden estar relacionadas por ejemplo, a fracasos en el área académica o laboral, con problemas de adaptación a los diferentes roles sociales, con pérdidas de personas significativas de su entorno cercano, o con eventualidades que pueden resultar traumáticas para tales sujetos. Estos hechos, y la imposibilidad por parte de los sujetos de resolverlos, hacen que éstos comiencen a angustiarse, y posteriormente a aislarse progresivamente de sus entornos, perdiendo así el marco que hasta el momento de la crisis había mantenido su configuración psíquica estabilizada. “Es en este contexto, en el que personas vulnerables comienzan una segunda experiencia aún más traumática, que consisten en la aparición de los síntomas positivos del trastorno”. (p.37)

La aparición de la patología, se encuentra estrechamente vinculada con una intrincada relación del sujeto con su entorno y con las experiencias vitales que en el mismo a desarrollados, y no como se creía antiguamente con una disfunción neurofisiológica o cerebral exclusivamente.

Por tanto, la familia del sujeto es un factor de análisis del curso de esta enfermedad. La vivencia por parte de la familia de éste proceso en el cual, como ya se dijo, el sujeto se comienza a aislar y angustiar, no siempre es igual. Las primeras sensaciones por parte de la familia, por lo general, serán de confusión o de conmoción, no sabiendo bien como accionar. Posteriormente, en algunos casos, la familia buscará apoyar al sujeto tratando de comprender aquello que le sucede. Sin embargo, en otras ocasiones, en algunas familias puede ocurrir lo opuesto, no siendo estos tan comprensivos, y reprobando la actitud de dicho sujeto. Una buena o mala reacción por parte de los familiares, marcará la diferencia en la evolución de la enfermedad. No solo el sujeto se ve afectado por ésta patología, sino también los familiares terminan sufriendo las consecuencias de la misma, por lo cual muchas veces el tratamiento psicológico para los familiares de los sujetos padecientes de trastornos mentales, es altamente recomendable, ya que más allá de su sufrimiento personal, estos serán un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación del sujeto con una patología mental, por lo cual será importante que los mismos posean las fortalezas necesarias para así afrontar junto a su familiar enfermo dicha patología.

Además de la familia, el resto de los ámbitos en los cuales el sujeto se vinculaba socialmente, comenzaran a percibir fallas a raíz de su comportamiento, “dejan de ser una compañía agradable, e incluso su comportamiento hace que se le tenga miedo o en otros casos, sea el blanco de risas...”. (Garcelán, 2003, p. 38)

La primera internación, como continua Garcelán, es muchas veces una de las situaciones que genera la huella más profunda en estos sujetos. La primera internación, normalmente involuntaria, enmarcada en un contexto de violencia muchas veces, el ingreso en el hospital, el primer contacto con otros pacientes, el apartamiento de su familia, son todas realidades que provocan una marca imborrable en la vida de estas personas.

Con el transcurrir del tiempo, la enfermedad se declara como crónica, y el sujeto comienza así a transitar una patología que lo estigmatiza, lo aparta de la sociedad, y lo confiere a una institución en la cual es alojado y mantenido en una situación de inercia.

En relación a lo anterior, a todo lo que implica en el sujeto el desarrollo de una enfermedad mental como la psicosis, y más específicamente como la esquizofrenia, distintos autores han llegado a la conclusión de que el confinamiento de estos pacientes a instituciones psiquiátricas, y el uso de psicofármacos como manera singular de tratamiento, no es suficiente para tratar a estos sujetos. La combinación de un tratamiento psicofarmacológico, con intervenciones psicosociales, más la incorporación en un programa de rehabilitación psicosocial, serán el proceder más propicio para satisfacer la complejidad de necesidades que presentan dichas personas.

Una intervención integral del sujeto con esquizofrenia, será fundamental para que éste pueda alcanzar una mejor calidad de vida, la rehabilitación entonces mediará entre todos los ámbitos de la vida del sujeto, es decir, entre los ámbitos psicológico, biológicos, y sociales, para así intentar que el mismo consiga el mayor grado de autonomía que le permitan sus capacidades, para poder funcionar con la mayor independencia posible.

Así, en el presente trabajo se reflexionará sobre la Rehabilitación Psicosocial en general, pero haciendo especial hincapié en la Rehabilitación Laboral, como una modalidad de intervención, dentro de las tantas posibles, que tendrá como cometido disminuir lo más posible el proceso de deterioro que produce una enfermedad mental como lo es la esquizofrenia, propiciando la disminución del periodo de internación de

los sujetos en instituciones psiquiátricas, e incentivando el desarrollo de habilidades que le permitan a los mismos mantenerse integrados en la sociedad de una forma más “sana” o más favorecedora para dichos sujetos. Y finalmente se presentara el Taller de Rehabilitación de Sala 12, como un ejemplo de la aplicación de un modelo de la Rehabilitación Laboral en nuestro país, enfocado en pacientes internados en una institución psiquiátrica por orden judicial, con las características y dificultades que dicha población atañe.

Rehabilitación psicosocial

“Será necesario preguntarle si quiere rehabilitarse, y que podría ser eso para él, para no adelantarnos a decidir por nuestra cuenta cuales habrán de ser sus actividades, que luego no realizara o cuales sus intereses, que luego no atenderá.”

(Guinea, 1997, p.155)

En los últimos años ha surgido una nueva perspectiva para el abordaje de las patologías mentales de carácter crónico. Distintos autores han llegado al consenso de que el tratamiento de los sujetos con patologías mentales crónicas, exclusivamente con psicofármacos y/o internaciones en instituciones psiquiátricas, no es suficiente para satisfacer las necesidades que estos sujetos presentan.

No fue hasta finales de la Segunda Guerra Mundial, que se comenzó a gestar un cambio en relación a la concepción y a los modelos que se aplicaban en las instituciones psiquiátricas. La falta de eficacia del modelo vigente, impulso una transformación en relación a la calidad de la asistencia, con la finalidad, a grandes rasgos, de reducir los periodos de internación de los sujetos dentro de las instituciones psiquiátricas, devolviéndole a los mismos su libertad y sus derechos como ciudadanos, a través de un proceso de des-hospitalización.

Siguiendo el enfoque de Basaglia (1989, citado en Evaristo, 2011), basado en el proceso de des-institucionalización, es posible entender a la salud mental desde una perspectiva crítica y anti-institucional, que pretende restaurar la identidad erosionada del individuo en dichos establecimientos. Vale señalar que con instituciones el autor no solo hace referencia a los hospitales psiquiátricos, sino además a las instituciones que forman parte del contexto de los sujetos, como lo son la familia y la comunidad.

Así, como Florit (2006) señala, actualmente no es posible concebir el tratamiento de una enfermedad mental grave, como lo es la esquizofrenia, sino se hace desde una perspectiva integral, que comprenda al sujeto como un ser biopsicosocial, integrado dentro de una cultura y una sociedad que lo determina como tal.

A lo largo de la historia, como menciona Florit (2006), a las personas con enfermedad mental se les ha brindado diferentes tipos de tratamientos. Durante la

Edad Media, se incineraba a los enfermos mentales, con la creencia que los mismos se encontraban poseídos o eran brujos, posteriormente, durante la época de la Ilustración se los encerraba y se los apartaba de la sociedad, luego surgieron las casas de retiro, y más adelante las terapias de corte biológico, donde se trataba a estos sujetos con electroshock o comas insulínicos. Más recientemente el surgimiento de los psicofármacos, produjo significativas mejorías en dichos enfermos, reduciendo la incidencia de los síntomas más perturbadores de la patología. Sin embargo, todas estas terapéuticas no devolvían a éstos sujetos a la comunidad, era necesario entonces desarrollar intervenciones que promovieran un mejor desenvolvimiento de los mismos en la sociedad, desarrollando y potenciando su autonomía, es entonces en este marco que surgen distintos dispositivos que buscarán la rehabilitación psicosocial de las personas con patologías mentales crónica.

La Rehabilitación, es definida por Guinea (1997), como "...el arte de lo posible aplicado al enfermo mental crónico, mediante lo que tratamos de acentuar nuestra convicción de que es una práctica donde lo importante es hacer bien lo que sea posible hacer en cada situación particular, tomadas una por una". Asimismo, el autor subraya la importancia de que el sujeto sea capaz de posicionarse frente a su proceso de rehabilitación como el actor principal del mismo. "...ayudamos al sujeto psicótico a plantearse cuál será su propio modo posible de transitar por el mundo a través de su propia e irrepetible perspectiva personal complicada por la incidencia de fenómenos psicopatológicos, a construir el proyecto de una nueva vida posible, a recuperarse para sí mismo y a tratar de volver a tomar el control sobre su propia vida." (p. 158)

La rehabilitación se constituye así como una práctica que busca disminuir a su mínima expresión el proceso de deterioro del enfermo mental crónico, promoviendo, como ya se mencionó previamente, un proceso de desinstitucionalización, reduciendo así los periodos de internación, ya que se entiende que las instituciones psiquiátricas no hacen más que incidir en el deterioro y en la cronificación del enfermo mental.

La Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay (2005) define a la rehabilitación como:

Un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia, y la comunidad. Se encuentra entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia,

su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con TMSP, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana. (p. 85-86)

Según la OMS (2001, citado en Castillo, Villar y Dogmanas, 2011), la esquizofrenia es considerada una de las 10 enfermedades más discapacitantes dentro de las enfermedades mentales existentes. La manifestación en temprana edad de la misma, trae como consecuencia un profundo deterioro en la calidad de vida de los sujetos, que se ve reflejado en la interrupción del proceso de socialización e incorporación laboral del enfermo. Es por esta razón que a través de la rehabilitación, con un enfoque integral, se buscará no solo disminuir los daños ocasionados por ésta patología, favoreciendo al acrecentamiento de los síntomas propios de la esquizofrenia, a través de la correcta adhesión al tratamiento farmacológico, o la prevención de recaídas, sino fundamentalmente se intentara aumentar el conocimiento que le sujeto tiene sobre su propia enfermedad, y también incidir en el que su familia y su entorno posee sobre la esquizofrenia.

En relación a esto último, los sujetos con esquizofrenia, además de contraponerse a los efectos sintomatológicos de la enfermedad, deben sobrellevar las consecuencias sociales que trae aparejada la misma. La estigmatización y el rechazo social, que el sujeto que posee una enfermedad mental debe sobrellevar ha de ser un tema a trabajar desde los distintos programas de rehabilitación, promoviendo un cambio de mirada hacia estos sujetos. “La Rehabilitación propone a la sociedad una reflexión encaminada a lograr un cambio del modo de percibir al loco para no hacerlo objeto de perjuicios injustificados” (Guinea, 1997, p.154)

Florit (2006) señala que, para la sociedad el termino esquizofrenia genera un impacto que hace que los sujetos tiendan a alejarse de aquel sujeto diagnosticado con dicha enfermedad, rechazándolo y discriminándolo, lo cual termina teniendo repercusiones en diversas áreas de la vida como ser encontrar un hogar, acceder a tratamientos comunitarios, integración ocupacional, formar parte de grupos sociales, etc.

Las falsas creencias alrededor de la esquizofrenia, hace que los sujetos de la sociedad generalicen a todos los individuos que la poseen, no teniendo en consideración que más allá de esquizofrénicos, en primer lugar son personas, que como tales presentan personalidades diferentes, así como el grado de afectación de su enfermedad varia de unos a otros, lo cual en última instancia configura situación muy diferentes entre estos. Como corolario de esta situación, los diferentes espacios de rehabilitación psicosocial deberán abordar los temas de la discriminación, estigmatización, y en última instancia, el miedo que a través de generación en generación se ha transmitido en relación a la imagen del “loco”, y especialmente del “esquizofrénico”. Florit (2006), recomienda trabajar desde distintos ángulos para disminuir el estigma hacia la enfermedad, informando a la población sobre la misma, propiciando la integración de dichos sujetos a la comunidad, y fundamentalmente interviniendo en las leyes, para facilitar aún más y mejor la integración de estas personas.

El objetivo de la Rehabilitación Psicosocial, como señala Rodríguez (1997 citado en Florit, 2006), será el de contribuir en la re-integración del sujeto con una patología mental crónica a la sociedad, mediante el fortalecimiento de sus habilidades psicosociales, las cuales le permitirán mantenerse en la comunidad en mejores condiciones, de una forma más independiente y con una mejor calidad de vida. Dichos objetivos, deben ser acordes a las necesidades y capacidades de cada sujeto, será necesario plantear metas coherentes con las capacidades del mismo, para así evitar posibles frustraciones que perjudicarían el proceso de rehabilitación. Florit (2006) sostiene al respecto, que “se trata de integrar a una persona en un medio social determinado y no de diseñar un superhombre”. (p.235)

El plan de rehabilitación debe ser diseñado como ya dijimos, de acuerdo a las necesidades y capacidades de cada sujeto, por esta razón, la rehabilitación debe ser un proceso individualizado y personalizado, no pudiendo generalizar un mismo modelo en distintos individuos. A este respecto podemos mencionar algunos modelos o estrategias de intervención en rehabilitación que tendrán como objetivo trabajar diferentes aspectos de acuerdo a los requerimientos que se presenten. Es importante tener presente igualmente, que dichas estrategias de intervención pueden y deben ser usadas de forma conjunta, interdisciplinariamente, si fuera necesario, ya que un individuo puede presentar necesidades en diferentes áreas. (Florit, 2006):

- Rehabilitación cognitiva: el objetivo de este tipo de intervenciones será incidir en la mejora cognitiva, de aquellos sujetos que presenten carencias en esta área.
- Habilidades conductuales generales: en este tipo de intervención se trabajará el entrenamiento en habilidades conductuales que le permitirán al sujeto, por ejemplo, mejorar su integración a la sociedad, así como la prevención de recaídas.
- Entrenamiento en habilidades sociales: como ya es sabido las personas con esquizofrenia presentan serias dificultades en ésta área, por lo cual, un plan de entrenamiento con estas características será vital como parte del proceso de reinserción social que pretende la rehabilitación.
- Psicoeducación: desde este abordaje se intenta orientar al sujeto en relación a su enfermedad, ya que distintos estudios han podido comprobar que cuanta más información tengan los mismos sobre su patología, más herramientas tendrán estos para sobrellevarla de una manera satisfactoria.
- Intervención con familias: en este tipo de intervenciones se prioriza, como en el anterior caso la educación sobre las características que hacen a la patología, pero dirigido hacia las familias. Entiendo a estas como parte esencial en el proceso de rehabilitación de los sujetos con patología mental.
- Autocontrol: las intervenciones en este sentido intentan entrenar al individuo para que sea capaz de manejar distintas situaciones que pudieran presentársele como estresantes o generadoras de ansiedades.
- Actividades de la vida diaria: uno de los objetivos principales de la rehabilitación será que el individuo sea capaz de recuperar la autonomía e independencia perdida a causa de la enfermedad, por esta razón, se entrenara a éstos en habilidades cotidianas como ser autocuidado, planificación de la economía, o cuidados generales en salud, entre otros.
- Psicomotricidad: a causa de los efectos secundarios de la medicación que estos sujetos deben consumir, en algunos casos será necesario recurrir a intervenciones que estimulen la expresión corporal y el ejercicio físico.
- Ocio e integración comunitaria: diversos estudios indican que las actividades de ocio son fundamentales para los sujetos con patología mental.
- Formación laboral: como se verá más adelante la rehabilitación con un enfoque laboral favorecerá a los sujetos en su reinserción social, autonomía e independencia.

Garcelán (2003), expresa que la rehabilitación no ha de ser únicamente la aplicación de una sumatoria de técnicas, sino que debe entenderse a la misma como una forma diferente de comprender a la patología mental, de una forma integral y contextualizada con la realidad del sujeto que la padece. Además, el mismo autor, señala que el proceso que comprende a la rehabilitación no será homogéneo, sino que estará conformado por progresos y retrocesos, y es a estos efectos que sugiere dirigir la labor de los técnicos de una forma interdisciplinaria, sin dejar de lado en ninguna parte del proceso los intereses de las personas, ni las inquietudes de su entorno.

En relación a la transformación que se pretende elaborar a través de un proceso de rehabilitación para éstos sujetos, Silvestre, Ingelmo y García (2013), mencionan que se apuntará a desarrollar:

...niveles de desarrollo yoico que les permita salir de las dependencias mutuas en las que están atrapados en sus vínculos con sus objetos significativos y, por tanto, que les permita funcionar con autonomía. Las intervenciones terapéuticas deben ser encaminadas, por tanto, a este fin de conseguir la autonomía personal y deben estar pensadas y diseñadas para aportar en la medida de los posible, los elementos externos de los que estuvo privado en su desarrollo. (p.295)

Además de los cambios y del desarrollo de habilidades y capacidades que será necesario desarrollar por parte de los sujetos que presentan la enfermedad mental, será necesario para acompañar este movimiento, que la comunidad también se transforme habilitando espacios sociales para que éstos sujetos puedan mejorar su calidad de vida. Será necesario, no solo la transformación del entorno cercano del sujeto, como puede ser el de su familia, sino además, el cambio a un nivel más amplio que incluya la modificación de leyes, políticas y de la cultura con respecto al tratamiento de éste tipo de patologías mentales. (Carniglia et al, 2006)

A este respecto, en los últimos años en nuestro país se han comenzados a producir cambios en lo que tiene que ver con la desinstitucionalización de las personas con patología mental. Siguiendo a Castillo et al (2011), la creación del Plan Nacional de Salud Mental en 1986, la descentralización de los servicios de asistencias, el desarrollo de la Red de Salud Mental, y el aporte de los tratamientos psicofarmacológicos, han sido todos aportes que han fomentado este proceso.

Actualmente en el senado de nuestro país se discute una nueva Ley de Salud Mental, que justamente apunta a modificar el modelo de atención en salud mental, con el objetivo puesto en la promoción y prevención, en la desinstitucionalización,

promoviendo la atención en policlínicas, recurriendo a las internaciones solo en el caso de ser necesario, además de garantizar alternativas de vivienda y empleo.

Al respecto, en Artículo 14 del Anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos (2015), denominado “Cierre de instituciones manicomiales” se establece que:

Se impulsará la desmanicomialización, con un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes públicas y privadas en todo el territorio nacional, las que deberán adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la presente Ley, hasta su remplazo definitivo por los dispositivos sustitutos; con fecha máxima en 2020. Con esta meta, se deberán adecuar y asignar recursos humanos y financieros tendientes a la construcción de alternativas de inclusión residencial y comunitaria. (p.4)

Respecto a la Rehabilitación Psicosocial, dicho documento establece que:

La rehabilitación se realizará en el marco de un abordaje psicosocial comunitario, siendo condición indispensable para el logro de avances en la autonomía y en la inclusión social, laboral y ocupacional. Las propuestas de rehabilitación deben adaptarse al perfil de cada persona y grupo familiar, motivando a la persona usuaria y su familia a la participación activa en el logro de la mejor calidad de vida posible. Deben asegurarse la continuidad del proceso, para la construcción exitosa de un proyecto de vida personal con plenos derechos ciudadanos. (p.5)

Así a través de la presente Ley se comienza un proceso de transformación que busca garantizar la mejor calidad del servicio de salud mental para todos los usuarios del Sistema de Salud de nuestro país.

Rehabilitación Laboral

“Se deberán promover políticas y legislación específica para la inclusión laboral de las personas, en las diferentes formas de organización del trabajo, garantizando una inserción laboral de calidad y ajustada a las posibilidades de sostenibilidad y perfil de las mismas.”

(Anteproyecto de ley de salud mental, 2015 p.12)

Los sujetos portadores de patologías psiquiátricas, especialmente de trastornos mentales graves, como lo es la esquizofrenia, sufren grandes dificultades a la hora de acceder y mantener un trabajo. Por esta razón, la mayoría de las personas que sufren estas patologías no poseen empleo y se encuentran por fuera del mundo laboral. Es así que, a través de los distintos programas de rehabilitación laboral se busca, que dichos sujetos, puedan adquirir las competencias necesarias para acceder y mantener un trabajo, ya que como distintos estudios comprueban, la integración laboral resulta fundamental a la hora de lograr la autonomía, independencia e integración social del sujeto enfermo, y en consecuencia una mejor calidad de vida para los sujetos que sufren dicha patología.

A consecuencia de los síntomas que generan la esquizofrenia, los sujetos que la poseen presentan grandes dificultades y limitaciones a la hora de desenvolverse en su día a día, desarrollando carencias en áreas como *(Blanco y Pastor, 1997 citado en Rodríguez, 2001)*:

- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar. Falta de motivación e interés.

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

En relación a lo anterior, debe considerarse así mismo, que además de las dificultades que presenta la enfermedad en sí, a éstas debe agregarse el rechazo social, que muchos veces estos enfermos sufren por parte de la sociedad, que ya sea por falta de información o prejuicio a la misma, marginan a estos enfermos, generando un pronóstico más desfavorable y complejo aún, que muchas veces termina con enfermos aislados de la sociedad, pobres, sin vivienda, y lógicamente sin empleo.

Además de las limitaciones expresadas anteriormente, los sujetos con esquizofrenia presentan características comunes tales como (*Rodríguez, 2004 p.17*):

- Son principalmente vulnerables al estrés.
- En un gran porcentaje presentan déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Los sujetos con ésta patología poseen carencias a la hora de relacionarse socialmente. Esto tiene como resultado que muchos pierdan sus redes de apoyo social, quedando en el mejor de los casos solo su familia como única fuente de sostén. Pero aun así, en los casos más desfavorables, debido a su enfermedad, pierden igualmente el apoyo de sus familiares, terminando aislado totalmente de la sociedad, lo cual configura un pronóstico muy complejo de la evolución de la esquizofrenia.
- Siguiendo con lo anterior, muchos de ellos se perciben como vulnerables e indefensos y por tanto dependen de otros para manejarse en la vida cotidiana.
- Como consecuencia de todo lo anterior, las personas con esquizofrenia presentan serios problemas a la hora de encontrar un trabajo y conservarlo. Su falta de independencia, y sus dificultades para relacionarse socialmente, sumado a su vulnerabilidad al estrés, hacen que para estos sujetos sea muy difícil cumplir con las exigencias que representa el llevar a cabo un trabajo, razón por la cual estas personas, muchas veces no logran integrarse al mundo laboral. Esto implica que se generen dificultades para su plena integración social y puede llevar en muchos casos a situaciones de pobreza.

Aunque es posible realizar generalizaciones dentro de sujetos que poseen la misma patología, es necesario recordar que, cada individuo debe ser abordado de forma individual, ya que las situaciones singulares que conforman la vida de cada sujeto, ya sean factores biológicos, psicológicos o familiares, determinarán en última instancia las reales necesidades de dicho enfermo. De igual forma, se debe tener presente que

además de enfermos, estos sujetos son ciudadanos que viven en una comunidad, y que como el resto de los sujetos sin trastornos, o con otros tipos de patologías, presentan problemáticas inherentes a la vida en sociedad.

El nivel de afectación que produce en cada sujeto dicha patología es variable, encontrando diferencias en el grado de dureza con la cual se manifiesta la enfermedad. De este modo, podemos ver sujetos con un gran deterioro, y en cambio otros que tras un primer episodio de la enfermedad logran una remisión casi completa que les permite llevar una vida mayormente normal. Sin embargo, aquellos en los cuales la esquizofrenia se manifieste de una forma más severa requerirán tratamientos más intensos, y controles constantes, además de proyectos de rehabilitación y soporte social que les permitan recobrar la autonomía, y mantenerse integrados en la sociedad.

El grado de deterioro que genera en el sujeto dicha enfermedad, y la aparición de la misma en los primeros años de la vida adulta o incluso en la adolescencia, tiene como resultado la configuración de una situación crítica que suele interrumpir el proyecto de vida de estas personas, entorpeciendo su proceso de formación y en consecuencia su ingreso al mundo laboral. Los largos periodos de hospitalización, el rechazo social y el estigma en relación a la esquizofrenia, así como la falta de experiencia laboral o los cortos periodos de desempeño laboral mayoritariamente fallidos, hacen que sea aún más difícil encontrar un trabajo “normal” y próspero.

La falta de empleo y la consiguiente discriminación del mundo laboral será una de las principales razones de los perjuicios sociales que padecen este tipo de sujetos con trastornos psiquiátricos crónicos.

Es así que, los diferentes centros de rehabilitación laboral, tendrán el cometido de promover la recuperación de los sujetos con patologías mentales graves y crónicas, con el fin de integrar a estos sujetos a la comunidad, con la capacitación y las habilidades necesarias para poder conseguir un empleo, ya sea en trabajos ordinarios, proyectos de empleo protegido o sistemas de auto-empleo. Dadas las competencias y las dificultades que implica incorporarse al mercado laboral, será necesario que desde los distintos proyectos de rehabilitación se promueva, no solo la rehabilitación y la capacitación de los enfermos mentales, sino también, será necesario brindar información a las empresas acerca de las capacidades y competencias que son capaces de desarrollar estos sujetos en los distintos programas de rehabilitación, además de proporcionar información sobre la enfermedad para así desmitificar algunas creencias comunes que existen sobre la misma. De igual manera, es

importante desarrollar programas de empleo protegido, en los cuales se contemplen las necesidades de estos enfermos mentales, ya que aunque gran cantidad de ellos tras un trabajo arduo de rehabilitación pueden tener la posibilidad de incorporarse a una empresa "normal", otros no logran este cometido, pero si pueden desempeñarse como trabajadores en espacios más dirigidos.

Las necesidades y las limitaciones que presente cada enfermo serán diversas y estarán determinadas por diferentes causas, algunos en directa relación con su enfermedad, y otros con su ambiente. El periodo en el cual se encuentre cursando su enfermedad será unos de los factores más determinantes a la hora de incorporarse a los programas de rehabilitación laboral, ya que como mencionamos previamente, los síntomas que genera la esquizofrenia influyen directamente en el desempeño de los sujetos en su día a día. Por otro lado, el apoyo social y fundamentalmente el apoyo familiar, serán esenciales. Asimismo, la historia laboral previa y el nivel educativo, serán todos factores a tener en cuenta a la hora de plantear los objetivos de un programa de rehabilitación integral.

Los programas de rehabilitación deben adaptarse a las necesidades de los usuarios, así como también a los recursos que se dispongan, explotando éstos al máximo. Será esencial que el individuo que decida iniciar un proceso de estas características sea capaz de comprometerse con el mismo, pudiendo encontrar un sentido y una finalidad, que promueva su bienestar y un proyecto de futuro. Algunos autores como Colis (2001) sugieren que, será necesaria la conciencia de enfermedad por parte de los mismos para iniciar un proceso de rehabilitación, y que si bien esta conciencia no tiene que ser percibida de forma global, será suficiente, en un principio que sea capaz de aceptar la necesidad de un cambio en su vida.

Es posible definir la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica como "la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración socio-laboral plena" (Colis, 2001, p. 42). Y así lograr que el sujeto a través de la capacidad para sostener un empleo sea capaz de empoderarse de su proyecto de vida. La rehabilitación debe concebirse no como un proceso puntual o un tratamiento más, sino como una filosofía de vida, es decir, una forma de considerar los problemas tanto psicológicos, como sociales a largo plazo (*Shepherd, 1996 citado en Colis, 2001*). Como ya se mencionó, todos los sujetos son distintos, y lo mismo sucede con sus patologías, por lo tanto el proceso de rehabilitación debe ser personalizado, no esperando los mismos resultados en individuos con una misma enfermedad.

Lo que se busca con la rehabilitación laboral es mover al sujeto de su lugar de enfermo hacia un lugar más normalizado. Como bien expresa Colis (2001), el rol de enfermo convierte al sujeto en un ser sin tiempo, paralizado, al margen del transcurrir natural de los acontecimientos, es por lo tanto un rol inhabilitante. Un lugar más “sano” dentro de la sociedad le permite al sujeto incorporarse al mundo real, “y en el re-conocerse, re-hacerse, re-habilitarse, el rol normalizador es dinámico, integrador, mira a los demás y a su entorno”. (Galilea y Colis, 2000 citado en Colis, 2001 p. 42). El trabajo, asimismo, será el modo de lograr que el sujeto se mueva a este rol más normalizado.

Una característica particular de este tipo de dispositivos de rehabilitación, que no es común en otros dispositivos donde se trabaje con salud mental, es que, no son tratados como personas con una enfermedad mental grave y crónica, sino como trabajadores, esto es fundamental para el éxito del proceso ya que parte de adquirir los hábitos y habilidades para ingresar al mundo laboral es, como ya dijimos, correr al sujeto del rol de enfermo a un rol de trabajador convencional.

La rehabilitación dentro del área laboral adquiere gran valor ya que, el trabajo es un constituyente sustancial de la vida en sociedad, implica un espacio de reunión, alrededor del cual las personas conforman sus grupos de pertenencia, son espacios que les dan a los individuos lugares de identificación como pertenecientes a una sociedad. De ésta manera el trabajo no solo favorece al sujeto a nivel de las retribuciones propias de esta tarea, sino también en lo que refiere a la enfermedad mental, incidiendo directamente sobre aquellas áreas donde la patología mental genera dificultades.

García, Peñuelas, de las Heras, y Menéndez (2000), al respecto señalan que:

El trabajo en nuestra cultura se ha convertido en un tema en torno al cual organizamos nuestra forma de vida y tiene gran importancia en la configuración de la identidad y en la presentación social. La respuesta de la persona a quien es Ud. o qué hace contiene siempre una referencia a la actividad laboral o al ejercicio profesional, que otorga un estatus a la persona. La posesión de un trabajo productivo retribuido económicamente tiene repercusiones positivas sobre la identidad y el bienestar de todas las personas. (p. 11)

Como señalaba Marx en sus diferentes obras, el trabajo es estructurante de la naturaleza humana, el mismo se apodera de un sentido positivo que se encontrara estrechamente vinculado con la necesidad de ser, y de ser hombre. El sentido de la

vida de los individuos estará determinado directamente por la actividad productiva que realicen. Para Marx el trabajo es la acción principal que diferencia a los humanos del resto de los animales, y es por esta razón que la noción de trabajo es primordial para entender al ser humano. El mismo autor también señala al trabajo como elemental para la realización de la personalidad y las potencialidades humanas, además de la construcción de la subjetividad y de las acciones colectivas.

Como señala Evaristo (2000), algunos de los valores atribuidos por la sociedad al trabajo son que, posee alto valor simbólico, crea recursos, identidad, autoestima, sentido de pertenencia a una nación, status social, favorece el acceso a los intercambios sociales. Igualmente, los pacientes psiquiátricos también otorgan, además de los anteriormente mencionados, valores adicionales como ser, la readquisición de habilidades sociales, reconstrucción del tiempo, sentido de responsabilidad, reconstrucción de una positiva autoimagen, confianza, independencia económica y emocional, inquietudes sanas y acorde a la "vida normal", mejor ejercicio de su carácter de ciudadano, reconocimiento social y familiar.

La sociedad le otorga al desempeño de un trabajo el carácter de una actividad normalizadora, es decir, los sujetos reconocen al trabajo como parte de las conductas y hábitos esperables que desarrollen los otros sujetos que comparten con él la sociedad. Es por esta razón, que gracias a la consecución de un empleo por parte del enfermo mental, éste es capaz de percibirse y ser percibido como integrante de esa sociedad de una forma más homogeneizada.

El trabajo es entendido como una herramienta fundamental en la rehabilitación de los pacientes con una patología mental crónica, ya que el mismo es clave para la incorporación del sujeto en la sociedad. La utilidad que tiene el trabajo como herramienta rehabilitadora no estará en última instancia solamente determinado por su valor social o económico, sino fundamentalmente, por su valor psicológico, ya que el mismo le aporta al enfermo una estructura de soporte que le permite reconstruir su personalidad, sostener sus relaciones interpersonales, disponer de una mejor manera de su tiempo, y consolidar su autoestima (Rodríguez et al 2004).

Dentro de los distintos esquemas de rehabilitación laboral, es posible distinguir tres grupos. Por un lado, dispositivos que buscan la incorporación de los usuarios al mundo laboral, a través de programas de orientación vocacional, entrenamiento y clubes de trabajo. Por el otro lado, proyectos que buscan insertar a los usuarios en empleos específicos para sujetos con minusvalía psíquica. Y en último lugar, se encuentran los talleres protegidos o talleres pre-laborales, los cuales tienen como finalidad brindar las

herramientas y destrezas necesarias, a través de la capacitación en un oficio, para que el enfermo sea capaz ingresar en un puesto laboral competitivo (Zamorano et al, 2015).

Los objetivos que deben ser planteados como parte de un proceso de rehabilitación, no deben ser ni muy ambiciosos, ni muy asequibles, sino más bien flexibles y acordes a las expectativas y necesidades de cada individuo. Así, a medida que se van consiguiendo ciertos objetivos, el sujeto adquirirá más y más motivaciones, en consecuencia el programa de rehabilitación debe ser lo suficientemente dinámico como para acompañar ese movimiento. De esta forma, cuanto más “normalización” consiga el individuo a través del proceso de rehabilitación, más competencias desarrollara dentro del área laboral, y como consecuencia, el sujeto requerirá desarrollar más y mejores habilidades para vivir y trabajar. (Galilea et al, 2000)

En relación a los resultados que pueden ser percibidos de la implementación de la rehabilitación laboral en aquellos sujetos con patologías mentales crónicas, fue posible cotejar resultados positivos en múltiples áreas. A nivel clínico, fue posible evidenciar la disminución significativa de los síntomas y del sufrimiento subjetivo. A nivel de la institución psiquiátrica, fue posible constatar la disminución de las internaciones y del uso de fármacos. A nivel personal, el aumento del autoestima, la autoimagen, la capacidad de relacionarse, y de interactuar socialmente. A nivel del entorno, mejora el vínculo con los familiares, gracias a la autonomía que se obtiene como resultado de poseer un empleo, aumenta la identidad social, al pertenecer a un grupo, y también los sujetos acceden a los derechos ciudadanos que les corresponden al ser integrantes “activos” de una sociedad. Y como resultado de todo esto mejora radicalmente la calidad de vida de estos sujetos (Evaristo 2000).

De este modo, el individuo con una patología mental, a través de la rehabilitación adquirirá las habilidades necesarias para estar y ser en la sociedad de una forma más autónoma y amena. Y tal como dice Galilea y Colis (2000):

Conforme ese sujeto se afianza y crece, aumentan también los requerimientos naturales de la vida privada y social; ello exige que los recursos alternativos que están al servicio de los enfermos mentales crónicos sean dinámicos, capaces de acompañarlo en el proceso hasta el momento mismo de su integración socio-laboral plena, y aun entonces. (p.2)

Pero para conseguir buenos resultados, y lograr que el individuo sea capaz de integrarse no solo al mundo laboral, sino también a la sociedad per se, no solo es

suficiente con incidir positivamente en el sujeto que presenta la patología mental, sino que la sociedad también debe modificar su posicionamiento en relación a dichas enfermedades, y más precisamente sobre la esquizofrenia (Desviat, 1994 citado en Colis 2001). A pesar de los avances que ha habido en relación al tratamiento de este tipo de patologías, el mundo conserva aún una visión medieval de la idea del loco y de la locura. “También el termino esquizofrenia ha recogido en su significado la herencia del miedo, como vocablo suscita una atracción inquietante que no suscita, por ejemplo la paranoia” (Colis, 2001, p.3).

Sin embargo, en los últimos años, la postura hacia estos enfermos se ha ido modificando positivamente, produciéndose cambios en relación al modo de asistir y aproximarse a los pacientes con esquizofrenia, primando un enfoque psicosocial, integral, promoviendo la concientización tanto cultural como política de los derechos de éstos sujetos, impulsando a estas personas a permanecer en la sociedad de una manera más favorable. No solo es suficiente con “sacarlos” de los manicomios, sino que será necesario darles una oportunidad en la sociedad que puedan aprovechar. No obstante, aunque los cambios no sean aun tan sustanciales, vale recordar que hasta hace no mucho años, estos enfermos eran internados durante largos periodos de tiempo, inclusive en algunos casos de por vida, en hospitales psiquiátricos, con el fin de “tenerlos controlados” y al “margen” de la sociedad. Así en esta situación, que como ya mencionamos se prolongaba en algunos casos indefinidamente en el tiempo, estos sujetos poco a poco, iban perdiendo su identidad sumidos en una institución que solo los alojaba y los mantenía a la espera, reprimiendo sus necesidades personales y sociales. El objetivo será entonces difundir la representación real de la enfermedad mental.

Es así que, han ido surgiendo distintos proyectos de rehabilitación, ya sean destinados a la rehabilitación laboral o a otros tipo de proyectos, los cuales buscan a través de su accionar actuar en todos los aspectos que se han visto perjudicados en la vida de los sujetos, por el surgimiento de su enfermedad, y también los que han sido afectados a nivel de su entorno. Rodríguez (1997, citado en Moragriega, 2002) señala 6 principios que han de ser tenidos en cuenta a la hora de plantear cualquier tipo de práctica rehabilitadora:

- Como ciudadanos que son, los sujetos que presentan una enfermedad mental crónica, deben ser respaldados como tales en el reconocimiento y aprehensión de sus derechos humanos.

- Desde los distintos programas de rehabilitación se debe impulsar la integración de cada sujeto a su comunidad de pertenencia.
- Debe fomentarse el desarrollo de pautas de vida normalizadas, que favorezcan la integración social.
- Se debe buscar que el sujeto pueda alcanzar el mayor grado de autonomía posible, teniendo en cuenta siempre sus potencialidades y características.
- El protagonismo del sujeto en su plan de rehabilitación ha de ser un aspecto del proceso que no puede ser desestimado, teniendo siempre presente los objetivos e intereses del sujeto en cada paso.
- En relación a lo anterior, el proyecto de rehabilitación ha de ser individualizado.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el desarrollo de un programa de rehabilitación será la calidad de los profesionales que formen parte del mismo. Más allá de la insustituible importancia de la formación de los técnicos, será vital, como se señala la AEN (2002) sobre todo, el que éstos estén "...comprometidos activamente con la rehabilitación y con una actitud de respeto al enfermo mental como ciudadano de pleno derecho y una confianza o unas expectativas positivas en sus posibilidades y potencialidades de mejora y de integración, y que además cuenten con la motivación precisa y el estilo de atención flexible que requieren procesos tan complejos y dificultosos como los de rehabilitación". Además en el mismo documento, se hace énfasis en la importancia del trabajo en equipo por parte de los técnicos que se dedican a la rehabilitación.

Para finalizar, la integración laboral de los enfermos mentales, puede calificarse como un campo engorroso y multidisciplinario, que no ha sido debidamente desarrollado hasta hace unos años, y que aún les espera un largo camino para lograr un adecuado desarrollo. Vale mencionar que, la rehabilitación en general comenzó dirigida a pacientes con problemas relacionados a trastornos del desarrollo, y luego progresivamente fueron dirigidos a pacientes con patologías mentales crónicas, por lo cual se pueden encontrar muchas similitudes entre ambos procesos de rehabilitación. La Rehabilitación Psicosocial, y la Rehabilitación Laboral en particular, necesitaran entonces, emplear un abordaje global y prolongado en el tiempo, combinando las intervención de técnicos de diferentes áreas, para promover la integración tanto social como laboral de los sujetos.

Taller Sala 12

“En el taller se trabaja con elementos en desuso o desvalorizados, que se encontraban olvidados en algún sector abandonado del Hospital, se trata de ir descubriéndolos en su potencial, se reciclan y se reconstruyen, se revaloran en su nuevo estado, con sus características particulares.”

(Ferreira, s.f., p.20)

El Taller de Rehabilitación de Sala 12, es un dispositivo de rehabilitación y reinserción socio-laboral dirigido a personas internadas en el Hospital Vilardebó, que padecen un trastorno mental crónico, y se encuentran privadas de la libertad desde el punto de vista judicial.

Dentro del Hospital Vilardebó podemos encontrar distintos perfiles de pacientes, pero existe un grupo, que conforma aproximadamente el 50% de la población total del hospital que se encuentra conformado por los pacientes que han ingresado por resolución judicial.

Aquines, García y Porteiro (2011) en su estudio sobre los pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó, describe la “coexistencia de dos hospitales” con poblaciones dispares. Por un lado, el hospital de “agudos”, y por el otro el “hospital judicial”. El autor hace referencia a que las diferentes poblaciones presentan diferencias en los tiempos de estadía, necesidades, momentos evolutivos, y abordajes terapéuticos.

En relación a los pacientes internados en el hospital por orden judicial, es posible realizar una sub-clasificación de los mismos. En primer lugar, encontramos a usuarios que ingresan al hospital procedente de establecimientos carcelarios, por algún acontecimiento puntal, dichos usuarios no ingresan por requerimiento del juez, y los mismos luego de su tratamiento pueden retornar a dicha institución. Estos pacientes por su carácter de reclusos son internados siempre en salas de seguridad. En segundo lugar, encontramos pacientes cuyo ingreso se encuentra dispuesto por juez, pero cuyo egreso y ubicación dentro del hospital queda a disposición médica. Finalmente, tenemos a aquellos pacientes cuyo ingreso es determinado por orden judicial, generalmente procesados como autores declarados inimputables de un delito penado por el Código Penal.

En relación a éste último subgrupo, de acuerdo al Código Penal uruguayo será declarado inimputable todo aquel sujeto que:

En el momento que ejecute el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o solo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico. (Código Penal, citado en Aquines 2011, p. 103)

Además el Código Penal establece que “nadie podrá ser castigado por un hecho que la ley prevé como delito si no es intencional, ultra intencional o culposos, cometido además con conciencia y voluntad” (Código Penal, citado en Aquines 2011, p.103)

El hospital Vilardebó, dispone de tres salas de seguridad que alojan a parte de los pacientes que se encuentran internados en el mismo por orden judicial. La Sala 10, es una sala que aloja a pacientes masculinos, es una sala que posee menor seguridad, y que por lo general se encuentra conformada por pacientes que han estado previamente en la Sala 11, y luego de su compensación han sido trasladados a ésta. En esta sala se le permite a la mayoría de los pacientes que formen parte de algunas actividades dentro del hospital, incluso de la incorporación de programas de rehabilitación, como el Taller de Sala 12. La Sala 11, por otro lado, es una sala dentro del hospital que presenta mayor seguridad, y cuyos usuarios no se le permite participar de actividades fuera de la misma, a consecuencia de su patología mental. Finalmente, podemos encontrar la Sala 16, en la cual se encuentra parte de la población femenina que se encuentra por orden judicial dentro del Hospital Vilardebó. (Aquines, 2011).

En relación a los pacientes que fueron declarados inimputables y se encuentran en el hospital por disposición del juez, gran parte de los mismos fueron procesados por delitos graves, como homicidios, ocurridos a causa de la enfermedad mental. Estos pacientes permanecen internados en el hospital un promedio de 6 a 7 años, en algunos casos más, debido a los tiempos que insumen los procesos legales, lo cual contrasta con el tiempo necesario para revertir y compensar a un sujeto con un cuadro agudo, esto tiene como consecuencia un pronóstico desfavorable en el desarrollo de la enfermedad mental, y sobre todo la falta de un proyecto de egreso, y de un proyecto de vida para estos sujetos.

Es así, que en el año 2008 una auxiliar de enfermería, que trabajaba en éste sector del hospital, comenzó a observar como estos pacientes pasaban la mayor parte del día en situación de encierro, inactivos, desmotivados, a la espera. No había ningún dispositivo o actividad que estuviera destinado a estos pacientes, eran los olvidados del hospital, y más aún en lo relacionado a una posibilidad de egreso.

Así, debido a su inquietud por tal situación, dicha enfermera comenzó a proponer actividades para realizar con estos sujetos. Un día llevo herramientas y les propuso a estos pacientes realizar actividades de refacción dentro del hospital. Selva Tabeira, abordo así desde la perspectiva del trabajo la temática de la salud mental, conformando posteriormente el Taller de Sala 12, como un espacio de rehabilitación psicosocial integral, cuyo objetivo es la reinserción socio-laboral del usuario judicial portador de una trastorno mental crónico. Dicho taller se encuentra conformado por Selva, una Licenciada en Psicología y dos médicos Psiquiatras, además de un grupo de Acompañantes Terapéuticos que concurren al taller para acompañar a los usuarios que se encuentran además de integrando éste espacio, en la casa El Trébol, proyecto surgido como parte del taller para continuar con el proyecto de rehabilitación y posterior reinserción social fuera del hospital.

En el taller se recurre al trabajo como herramienta socializante y rehabilitadora en el tratamiento de la esquizofrenia. La modalidad de intervención terapéutica es integral, englobando el área social, biológica y psicológica del sujeto, apuntando a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad.

El Taller de Sala 12, a diferencia de otros dispositivos de rehabilitación, presenta la particularidad de los usuarios que lo integran, los mismos al ser pacientes judiciales no solo son competencia del hospital, sino que la mayoría de las decisiones en relación a los mismos son determinadas por orden del Juez. Estos pacientes no solo presentan un trastorno psiquiátrico sino que tienen una causa judicial que determino su internación, en la mayoría de los casos el primer episodio psicótico tuvo como secuela un hecho criminal. Todas estas características dificultan aún más el proceso de resocialización y rehabilitación psicosocial, sumado a que en su mayoría estos usuarios provienen de medios socio-culturales deficitarios, y por lo tanto carecen de una red social que les proporcione un sostén a la hora de un posible egreso. También se debe tener en cuenta que en muchos casos, ni siquiera cuenta con el apoyo de sus familias a consecuencia de que el homicidio que desencadeno su internación muchas veces fue contra algún integrante de la misma, por lo cual terminan siendo rechazados y abandonados por éstas.

En este contexto, el Taller de Sala 12, le proporciona a los usuarios que lo integran la posibilidad de desplegar su potencial en un espacio protegido, que tiene en consideración las situaciones individuales de casa sujeto, y le permite al mismo ir construyendo su proyecto vital. Para dicho fin, se tiene en cuenta las necesidades, deseos, intereses y potencialidades de los usuarios, aprovechándose al máximo de estos y de los recursos que brinda la institución.

En el taller se capacita a los usuarios en diversos oficios tales como herrería, albañilería, serigrafía, carpintería, tallado en madera y mármol, sanitaria, tapicería, restauración y reciclaje, entre otros. Y se les proporciona un incentivo económico mensual, el cual es proporcionado por La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

En términos generales, el objetivo del Taller de Sala 12 es impulsar la rehabilitación psicosocial de usuarios judiciales internado, en forma gradual y continua, promoviendo su inserción en la comunidad a partir de su integración en un espacio socializante como lo puede ser una actividad laboral.

Más específicamente, los objetivos serán proporcionarles a los usuarios, en un espacio de rehabilitación protegido, la posibilidad de desarrollar habilidades competentes para el desempeño laboral, y el aumento de la autonomía. El programa de rehabilitación buscará además, acotar los tiempos de internación, planteando programas individualizados que se adapten a las necesidades de cada usuario. También, como ya se ha visto, mediante la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia se otorga a los mismos herramientas que le permiten prevenir e incluso reducir las recaídas. Otro objetivo será brindar medios para una posible inserción laboral, capacitando a los usuarios en múltiples oficios. Y finalmente se entrenarán las aptitudes sociales, animando a una adecuada interacción social, propiciando interacciones normalizadas.

La población a la cual se encuentra dirigida esta propuesta de rehabilitación, está integrada por pacientes portadores de una patología mental que se hallan internados en el Hospital Vilardebó por orden judicial, deben ser hombres y poseer más de 18 años, y encontrarse procesados como autores inimputables de un delito. Además, para acceder a dicho taller los pacientes deben estar compensados desde el punto de vista psiquiátrico.

Los procedimientos de intervención que son llevados a cabo en el taller no se enmarcan dentro de un único modelo teórico, sino que los mismos son flexibles y

dinámicos, adaptándose a las distintas realidades de los usuarios y a los diferentes momentos de la institución, incorporando técnicas y abordajes de diferentes marcos teóricos.

En relación a los principios e intereses, que los técnicos que conforman el taller consideran como fundamentales para el éxito del proceso de rehabilitación es posible señalar que:

- En primer lugar será fundamental el compromiso del usuario en cada etapa del proceso rehabilitador, ya que el protagonismo de los sujetos en cada instancia de su proceso de recuperación es esencial para obtener buenos resultados.
- Promover la aplicación por fuera del taller de las nuevas conductas aprendidas, será importante para normalizar al sujeto no solo dentro del taller sino que este pueda desarrollar las habilidades aprendidas por fuera del mismo. Esto permite preparar al usuario para manejar la frustración al enfrentarse a experiencias que pueden surgir por fuera del ambiente protegido del taller.
- Los planes de rehabilitación, y las metas establecidas deben ser fundadas de forma individualizada, teniendo en cuenta las habilidades y necesidades de casa usuario.
- Será importante trabajar con el usuario igualmente, la autopercepción y la comprensión de su enfermedad, para así combatir los miedos o posibles creencias erróneas sobre sus limitaciones o incapacidades.
- Otro punto muy importante será fomentar progresivamente el desarrollo de la autonomía de los usuarios, para así lograr aumentar sus habilidades y su funcionamiento en cualquier ámbito.
- En último lugar, pero no menos importante, será sustancial, que tanto los técnicos, como los mismos usuarios tengan esperanza en que será posible la superación y el desarrollo de potencialidades que le permitan al sujeto superar su discapacidad.

El taller si bien funciona con cierta flexibilidad y dinamismo, presenta una serie de normas de funcionamiento que le otorgan una determinada configuración. En primer lugar para ingresar al mismo, el usuario deberá ser derivado por su equipo tratante, y se le realizará una entrevista de ingreso por parte de la psicóloga. En dicha entrevista se le explicara los objetivos del taller, su funcionamiento y se establecerá un compromiso firmado por el usuario. En relación a la concurrencia al taller, la misma deberá ser voluntaria, pero al momento de elegir ingresar al espacio de rehabilitación y comprometerse con el mismo, las inasistencias serán tomadas en cuentas y si

corresponde sancionadas. Las tareas que desempeñaran los usuarios serán designadas, teniendo en consideración las capacidades y habilidades, además de los intereses que posean cada sujeto. También se establecerán normas de convivencia que consistirán en, por ejemplo, presentar un adecuado relacionamiento, concurrir al taller en aceptables condiciones de higiene personal, mantener el cuidado del taller, y se fomentaran conductas de autocuidado, estimulando el cuidado de la salud en general, pero poniendo especial hincapié en el manejo de los psicofármacos y de otros posibles síntomas asociados a la patología mental.

El no cumplimiento de alguna de las normas de funcionamiento mencionadas anteriormente serán sancionadas, y el usuario perderá beneficios, como por ejemplo el de su paga mensual.

Todas estas normas de funcionamiento, tienen una doble intencionalidad, además de perseguir un armónico funcionamiento del taller, son la base de la introducción y adaptación a las normas sociales que luego de finalizado el proceso de rehabilitación el usuario se enfrentara en otros ámbitos de la vida cotidiana. Como bien señalan los técnicos que conforman el taller, éste dispositivo es un espacio de crecimiento y aprendizaje, en el que los límites tienen que ser claros, orientadores, pero permitir a la vez cierta flexibilidad, con la finalidad de que se establezca un dispositivo moldeable.

En el taller se trabaja con materiales en desuso o desvalorizados, con el objetivo que los usuarios descubran en estos su potencial, y al restaurarlos le den una nueva utilidad. Paradójicamente, en el taller los usuarios van descubriendo y/o recuperando el potencial perdido a causa de su enfermedad, desarrollando nuevas formas de funcionamiento que le permiten mejorar significativamente su calidad de vida, y posterior integración a la sociedad.

Un taller de tales características como lo es el Taller de Sala 12, no tuvo un camino fácil para ganar espacios dentro de la institución hospitalaria, primero tuvo que ganar la confianza de los funcionarios de la institución, de la dirección, y de los propios técnicos que tuvieron la iniciativa de llevar adelante a el mismo, cambiando la concepción de que no era posible transformar la calidad de vida de estos sujetos. Así poco a poco, este proyecto fue ganando espacios físicos dentro del hospital, pasando por diferentes sitios hasta llegar al que se encuentra hoy por hoy en Sala 12. Pero además de espacios físicos, el taller fue captando espacios comunitarios, obteniendo así logros significativos para los usuarios.

Entre estos hitos, se puede señalar la escolarización de uno de los usuarios que no había concurrido a la escuela, lo cual le permitió superar las dificultades que tal condición le generaba en el proceso de integración social y laboral. Además instituciones como la Escuela Matriz, proporcionaron cursos a los usuarios para complementar así su formación en oficios. Se realizaron también exposiciones en diversos ámbitos comunitarios, lo cual sirvió para dar a conocer al taller, y fomentar la labor de integración de estos usuarios a la comunidad. Se hicieron salidas recreativas y culturales, haciendo hincapié en la necesidad de estos sujetos de realizar actividades de ocio y al aire libre. Y finalmente se trabajó en el acercamiento de los usuarios a sus familias y amigos, con el objetivo recuperar los vínculos con éstos.

Siguiendo el objetivo del taller de resocialización y reinserción laboral es que surge el proyecto de una residencia fuera del hospital, con el fin de brindarles a los usuarios una asistencia integral, para aquellos sujetos que se encuentren próximos al egreso, y cuenten con la autorización judicial correspondiente. Para ingresar a “El Trébol”, el equipo técnico que conforma el taller deberá enviar un informe al Juez con el proyecto de egreso, solicitando autorización para que el usuario comience su proceso de reinserción social y laboral. Es condición necesaria también, para formar parte de este proyecto, tener una permanencia en el taller mínima de 6 meses.

El equipo responsable de “El Trébol” se encuentra integrado por la Coordinadora, Selva Tabeira, una Psicóloga, y Acompañantes Terapéuticos. Los Acompañantes Terapéuticos, son una pieza fundamental de este proyecto, los mismos permanecen en la casa las 24hs del día, y su funciones son entre otras, estimular a los usuarios en las conductas de autocuidado y realización de tareas domésticas, ayudar al usuario a administrar su medicación, estimular la higiene personal, brindar espacios de diálogo y recreación, promover el momento de descanso, etc. También será tarea del acompañante promover el cumplimiento de las normas de convivencia de la casa, el incumplimiento de las mismas determinara el reingreso del usuario al Hospital Vilardebó.

Los objetivos de la casa “El Trébol”, serán principalmente acortar los plazos de internación, que como ya se sabe, la mayoría de las veces se extienden más de lo debido a causa de la falta de un proyecto de egreso, lo cual termina perjudicando al sujeto en la evolución de su enfermedad. Prevenir la recaídas, a través del fortalecimiento de las redes sociales, será otros de los objetivos del presente dispositivo. Se propiciara en la casa la reinserción laboral, aplicando las herramientas aprendidas y aprehendidas en el taller, para así reinsertar al usuario en la comunidad.

Y finalmente se ayudara al usuario para que pueda seguir adquiriendo una mayor autonomía que le permita llegado el momento egresar de “El Trébol” y lograr integrarse a la comunidad con la mayor autonomía posible. El tiempo de estadía de los pacientes en la casa dependerá de las metas planteadas y también de la resolución judicial que permita el egreso.

Sin lugar a dudas el Taller de Sala 12 ha resultado ser una experiencia muy favorable en la rehabilitación de los usuarios que allí concurren, las intervenciones realizadas en el taller han contribuido a disminuir los apragmatismos propios de la enfermedad mental, además de los propios que se generan de los largos periodos de hospitalizaciones. Incluso manifiestan los técnicos que trabajan en dicho taller, que en algunos casos se logró alcanzar niveles de actividad y exigencia iguales a los que se requeriría desempeñar en un trabajo cualquiera. El taller demuestra que a diferencia de lo que se pensaba, es posible reforzar el nivel de funcionamiento psicosocial de estos sujetos, promoviendo la rehabilitación y reinserción social y laboral.

Además como señalan los técnicos que conforman esta propuesta, a nivel de la sociedad, este proyecto tienen repercusiones que se ven reflejadas en que, los sujetos que egresan tienen un mejor manejo de su enfermedad que incide en la disminución de posibles nuevos actos violentos. Los resultados no serán solo la mejora de la calidad de vida de estos sujetos, sino también, la disminución de la peligrosidad.

A nivel hospitalaria, es posible ver la repercusiones igualmente de este dispositivo en cuando, la disminución de las recaídas libera camas en el hospital y disminuye los costos que se generan de la internación.

Actualmente, es parte de los nuevos proyectos del taller la formación de cooperativas de trabajo para que los usuarios puedan ofrecer sus servicios a la comunidad.

Reflexiones Finales

A continuación considero pertinente precisar porque escogí este tema para mi Trabajo Final de Grado. Mi interés por esta temática, por la Rehabilitación Psicosocial, surge como consecuencia de mi primer acercamiento a una institución psiquiátrica, más precisamente al Hospital Vilardebó, a raíz de mis primeras prácticas como estudiante de la carrera de Licenciado en Psicología. Sin lugar a dudas mi interés por el tipo de pacientes que predomina en esta institución fue lo que en primera instancia me llevo a elegir dicha práctica.

La toma de contacto con esta institución me puso al corriente de muchas cosas que hasta el momento desconocía. Si bien previamente había cursado psicopatología, asignatura que dentro de la carrera instruye a los estudiantes sobre los distintos tipos de patologías mentales y sus características, y estaba al corriente de las características que presentan los sujetos que padecen una patología mental crónica, como lo es la esquizofrenia, patología que prima dentro del hospital, nunca había tenido la oportunidad de tomar contacto con personas que la padecieran.

La práctica a la cual asistía por aquel entonces tenía como principal objetivo problematizar acerca del rol del Psicólogo Clínico, a través de la observación participante en distintas instancias. Con este cometido, entonces, asistí a las primeras entrevistas de pacientes que habían sido derivados por parte de su psiquiatra tratante. Con el fin de pensar en el rol del Psicólogo Clínico, en relación con mis observaciones, realice un trabajo acerca de la construcción de la demanda de los pacientes con patología mental, motivada por la falta de asistencia de aquellos sujetos que habían sido derivados a la consulta. Dicha situación, sin dudas, causó un gran impacto en mí, no entendía el motivo de tal situación. Así, comencé a relevar información en relación a ésta temática, y como la misma se manifestaba en los diferentes sujetos, en las diferentes patologías, siempre dirigiendo mi interés principalmente en la población con trastornos graves, como la esquizofrenia. Llegando a la conclusión, que en la población predominante dentro del hospital, la población con trastornos mentales graves y crónicos, existía una dificultad en dicha construcción. Entonces comencé a cuestionar cual sería “el rol”, cuál era el lugar que tenía que tomar el psicólogo, como profesional de la salud, para trabajar con esta población, ¿tenía realmente un lugar el psicólogo en el tratamiento de esta población?

En el transcurrir de ese año, comencé a interiorizarme más en el funcionamiento del hospital, a participar de ateneos clínicos, de distintas instancias, a conocer sobre los distintos dispositivos y talleres que funcionaban dentro del hospital. A conocer más sobre la patología mental crónica, la realidad de estos sujetos, la calidad de vida que tenían los mismos dentro del hospital, los periodos de internación que los mismos transitaban. Comencé a familiarizarme con la expresión de “puerta giratoria”, que es común escuchar entre los distintos profesionales al referirse al hospital. Incluso, algo que llamo realmente mi atención, al tomar contacto con los pacientes internado en dicha institución, a través de por ejemplo, del programa Puertas Abiertas del cual pude participar, que los mismos, al aproximarse su hora de egreso no tenían intención alguna de salir del hospital, incluso muchos se angustiaban por esta situación.

Estas distintas situaciones, a la hora de pensar en la realización de mi trabajo Final de Grado, me llevaron a querer interiorizarme en un dispositivo como la rehabilitación, ya que entendía que el mismo consideraba todos estos aspectos que veía vulnerados o vulnerables en éstos pacientes.

Así, con la Rehabilitación Psicosocial, como temática escogida, me vi inmersa dentro de una forma totalmente diferente de concebir a los sujetos con una patología mental. A pesar del reciente surgimiento de este abordaje de la enfermedad mental, la misma posee distintos modelos de implementación, por esta razón considere pertinente, para aproximarme a dicha temática de una forma más correcta, enfocarme en un modelo en particular, como lo es la Rehabilitación Psicosocial enfocada al área laboral. Y para poder ejemplificar este modelo, tome al Taller de rehabilitación psicosocial de Sala 12, que además de ser un dispositivo que aborda la rehabilitación desde una perspectiva del trabajo, presenta la peculiaridad de que los usuarios que integran dicho taller se encuentran internados en el hospital por orden judicial, lo cual o hacia más interesante aún.

Como se trabajó, entonces, a lo largo de la presente monografía, la Rehabilitación Psicosocial, se constituye como una nueva forma de abordar a la enfermedad mental, desde una perspectiva innovadora, que se constituye como una nueva forma de ver y comprender la enfermedad mental.

El sujetos con una patología mental, necesita entonces de un soporte continuo y que abarque todas los aspectos que constituyen su vida. Por esta razón, la Rehabilitación Psicosocial, ha de constituirse como un dispositivo integral, interdisciplinario, que tome al sujeto como protagonista del proceso, y en base a sus necesidades, y tomando en cuenta sus posibilidades, diseñe un modelo con las

características más propicias para dicho proceso. Es por esta razón, que es importante mencionar, que la Rehabilitación Laboral como modelo exclusivo que dirigía su laboral solamente a entrenar al sujeto en la adquisición o re-adquisición, según sea el caso, de las habilidades necesarias para desempeñarse solamente en esta área, sería un modelo incompleto y limitado que no estaría teniendo en consideración, como es necesario, la complejidad de la enfermedad mental, y no estaría abordando a la misma de una forma integral como es imperioso.

Así, los diferentes servicios de rehabilitación deberán ser flexibles y dinámicos, facilitando el acceso de los sujetos a los mismos, enfocando su accionar a la integración de los usuarios a la comunidad. Los profesionales en rehabilitación deben tener la capacidad de trabajar integrando sus diferentes disciplinas, con el objetivo de contener todos los aspectos del sujeto.

La Rehabilitación Psicosocial, puede ser considerada entonces como un dispositivo valido a la hora de aventurarse hacia la búsqueda de la construcción de un proyecto de vida para estos sujetos.

Considero asimismo, que el taller de Sala 12, del Hospital Vilardebó, ha demostrado ser un dispositivo integral, que más allá de utilizar el trabajo como herramienta rehabilitadora, ha sabido integrar todos los aspectos que conforman la vida de los sujetos, teniendo en cuenta sus necesidades y haciendo protagonistas a los mismos en todas las instancias del proceso. No es difícil percibir, al pasar una tarde observando el trabajo que los usuarios allí realizan, como los mismo han sido capaces de correrse de la posición de enfermos, y lo que es más complejo aun de enfermos internado en el hospital por orden judicial, para pasar a cumplir un rol en el taller. Estos usuarios se encuentran allí trabajando, no solo para producir objetos, sino trabajan para reconstruir su proyecto de vida. Una nueva vida en muchos casos, ya que como consecuencia del hecho que los llevo a ingresar al hospital, la realidad “fuera” del Hospital los espera realmente con una nueva vida, con un volver a nacer, volver a empezar. Y es ahí donde es fundamental el sostén que los diferentes referentes del taller les aportan a estos usuarios, desde sus diferentes disciplinas.

Referencias Bibliograficas

Aquines, C., García, S. & Porteiro, F. (2011). Pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó en el año 2010. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75, 97-109. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/04_aquines.pdf.

Apud, I.; Borges, C y Techera, A. (2009) La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: Central de impresiones Ltda.

Asamblea instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna. Anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay. (2015). Recuperado de: http://www.radio.psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_propuesta_ante_proyecto_ley_de_salud_mental_2015.pdf

Bespali, Y. & Pena, M. (2001). La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 65, 7- 24. Recuperado de: http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/may2001/02_der.pdf.

Casarotti, H. (2010). Actos violentos en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74, 11-21. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/02_ACTOS%20VIOLENTOS.pdf.

Cases, G. & Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y salud*, 21, 319-332. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360009>.

Castillo, R. Villar, M. & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*. 4, 83-96. Recuperado de: [file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/102-561-3-PB%20(6).pdf).

Chile, Gobierno de Chile Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, División de Prevención y Control Enfermedades, Dpto. Salud Mental (2006). Rehabilitación psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad. Recuperado de: http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006_MINSAL_2006-2.pdf.

Cooper, D. (1967) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Inglaterra: Tavistock Publication LTD. Reimpresión: Argentina: Gráfica Santo Domingo.

Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales (2001). *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Consejería de Servicios Sociales. Madrid. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+23+ATENCION+RESIDENCIAL.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219268&ssbinary=true>.

Díaz, D. & Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. *Revista de Psicología*, 1, 27-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415102>.

Díaz, P. & Pérez, M. (2012). Terapia ocupacional en un centro de rehabilitación psicosocial y laboral: caso clínico de limitaciones en la participación social de una persona con esquizofrenia hebefrénica. *Revista TOG*, 15, 1-10. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/caso2.pdf>.

Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 354-351. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/11.pdf>.

Florit-Robles, A. (2006). La Rehabilitación Psicosocial de Pacientes con Esquizofrenia Crónica. 24 (1-3), 223 – 244. Recuperado de: <file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/104-207-1-SM.pdf>.

Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Bs. As.: Paidós.

Galilea, V. & Colis, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación labora de personas con enfermedad mental crónica. *Revista Trabajo Social Hoy*, 28, 104-112. Recuperado de: http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/Algunas%20razones%20en%20favor%20de%20la%20rehabilitacion.pdf.

Garcelán, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Información Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad de Valencia*, 83, 37-46. Recuperado de:

<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365/314>.

García, J., Peñuelas, E., de las Heras, B., Menéndez & L., Diez, 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*, 73, 9-22. Recuperado de: <http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2000/revista-73/la-formacion-y-el-empleo.pdf>.

Guinea, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 65, 151-164. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1998/revista-65/13-rehabilitacion-psicosocial-una-teoria-una-practica-una-etica.pdf>.

Hernández, J., Peralta, J., Ruiz, M., Angulo, L., Cariño, C., Flores, M. & Escamilla, R. (2010). Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 108-112. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>.

Mascayano, F., Lips, W. & Moreno, J. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud mental*, 36, 159-165. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n2/v36n2a9.pdf>.

Moragreira, A. (2002). Integración laboral, un elemento de la rehabilitación psicosocial en personas con enfermedad mental crónica. *Revista Información Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad de Valencia*, 80, 63-72. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4534554>.

Pardo, V., 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*, 69, 111-128. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/02_t_original.pdf.

Rodríguez, F., Rodríguez, M. & García, M. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Revista Psiquis*, 25, 254-281. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>.

Silvestre, M., Ingelmo & J., García, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la*

Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33, 289-300. Recuperado de:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16606>.

Zamorano, M. & Alegre, J. (2015). Funciones ejecutivas y capacidad laboral en usuarios diagnosticados de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Recuperado de: <http://www.informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20151222121355.pdf>.