



Aportes para pensar la inclusión laboral y social de personas que padecen trastornos mentales. A partir de una experiencia práctica realizada en el Centro Psicosocial Pando en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Facultad de Psicología en convenio con ASSE.

Periodo 2014-2015

Trabajo Final de Grado(TFG)

**Tutor: Luís Giménez**

**Autora: María Victoria Fernández**  
**C.I 3.907.326 - 6**

**MONTEVIDEO**  
**URUGUAY**  
**2016**

1-Introducción del TFG y del Convenio de la Práctica.....	3
2-Objetivos generales y específicos del TFG.....	4
3- Contextualización del Servicio de Salud.....	5
4-Descripción y contextualización de la experiencia.....	10
4.1- Descripción de los talleres.....	14
5- Análisis de la experiencia.....	24
5.1- Fundamentación de la importancia del trabajo en los procesos de inserción social y laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.....	24
5.2- Identificación de la presencia del estigma social y del autoestigma en el discurso de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.....	32
5.3- Observación de la influencia de los atravesamientos, familiares e institucionales vinculados al acceso al mundo laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.....	37
6- Conclusiones.....	41
7- Referencias bibliográficas.....	43

## 1- Introducción

El trabajo se enmarca dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República como Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología. En esta situación particular se construye a partir de mi participación en el programa de Practicantes y Residentes de Psicología en convenio con ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) y Facultad de Psicología, dentro del periodo comprendido entre el 1° de setiembre 2014 y el 31 de agosto 2015. Esta modalidad de TFG, fue aprobada en el año 2015 especialmente para estudiantes que han participado en el Programa. El convenio tiene sus inicios en el año 2010, siendo aprobado en diciembre del año 2009 (ASSE, 2009). El mismo habilita que estudiantes avanzados de la Licenciatura se inserten en servicios de salud pertenecientes a cualquiera de los tres niveles de atención en salud, tanto en la ciudad de Montevideo, como en el interior del País, trabajando en equipos de atención, prevención y promoción en Salud Mental. El programa cuenta con docentes referentes de Facultad de Psicología, quienes acompañan, sostienen y evalúan a los estudiantes en cuestión, durante todo el año de la pasantía, así como también cuenta con referentes en cada institución de ASSE. El docente referente fue Luis Giménez, quien a su vez es tutor del presente TFG. Para acceder a dicho convenio los estudiantes interesados deben presentarse al llamado correspondiente presentando la información solicitada, siendo evaluados a partir de esta y posteriormente a través de entrevistas, por un comité evaluador conformado por los docentes referentes del programa, quienes seleccionan a los estudiantes que participan del convenio cada año. Es una actividad rentada lo que posiciona a los estudiantes como trabajadores de ASSE y estudiantes de la Facultad de Psicología a la vez. Los lugares disponibles para los estudiantes que se presenten al llamado son 36, lo que lleva a que muchos estudiantes queden por fuera de la pasantía. Es una experiencia que solamente suma aspectos positivos a la formación de los estudiantes. El crecimiento profesional teórico-técnico y práctico, es exponencial a lo largo de todo el año del practicantado. Además habilita a que los estudiantes, potencien habilidades personales, como la autoconfianza, la autonomía y la independencia en la profesión. Mi inserción dentro del programa se llevó adelante en la Ciudad de Pando, en el departamento de Canelones, en dos instituciones que trabajan específicamente en Salud Mental. Uno de los lugares fue el Centro de Rehabilitación Psicosocial Pando, dispositivo que trabaja desde el tercer nivel de atención por ser un Centro de Atención especializado. La Coordinadora del Centro la Dra. Gabriela López era además la referente académica de los practicantes. El otro lugar fue el Centro Auxiliar de Salud Mental Pando, que trabaja dentro del primer nivel de atención especializado, ya que se realizan tareas de promoción, prevención y atención en Salud Mental. La referente académica de este Centro fue la Lic. Carina García, quien era Coordinadora del Centro de Salud cuando comenzó el periodo de la pasantía.

La experiencia a desarrollar, problematizar y analizar en este trabajo, se implementó en el Centro Psicosocial Pando y tuvo como objetivo principal favorecer el acercamiento y la preparación para la futura inserción al mundo laboral de los usuarios de este Centro. A partir de 15 talleres,

comprendidos en el periodo de tiempo dado entre mayo del 2015 y agosto del 2015. Lo interesante de esta experiencia es que la misma puede aportar desde su lugar, líneas de pensamiento que promuevan y problematicen, lo concerniente a los nuevos modelos de abordaje de atención en la salud mental. Lo cual aparece vinculado además, en este último tiempo a la reforma de la ley de Psicópatas N.º 9581 formulada en el año 1936. Esta reforma al igual que el nuevo modelo de atención en salud, busca establecer y potenciar nuevos dispositivos de abordaje, de prevención, promoción e intervención dentro de la atención en Salud Mental, desde una perspectiva de derechos humanos. Fomentando el derecho de las personas a ser activas dentro de sus tratamientos y dentro de las decisiones que se toman en relación a su persona, así como pretende favorecer y estimular su autonomía, el derecho a una vida social, comunitaria y laboral digna y a no ser estigmatizados y discriminados, entre otros. Dentro de los planteos innovadores en el proyecto de ley, se propone el cierre de las instituciones manicomiales con fecha máxima en el año 2020, promoviendo la construcción de alternativas inclusivas residenciales y comunitarias (Asamblea Instituyente, 2015). También se manifiesta la importancia de impulsar el establecimiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial siendo estos considerados indispensables para el desarrollo de la autonomía, la inserción social, ocupacional y laboral, de los usuarios. Al respecto se enuncia en el proyecto de ley, en el artículo 21 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 (Asamblea Instituyente, 2015).

Con estos planteos y otros, se busca dignificar y mejorar los abordajes en salud mental, apostando a programas que prioricen los derechos humanos de las personas, así como el goce adecuado de su salud biopsicosocial, ambiental, y política. A continuación pasaré a desarrollar los Objetivos de este trabajo, posteriormente voy a contextualizar la institución donde se llevó a cabo la experiencia, para luego describir la misma y analizar las líneas de intervención seleccionadas en los objetivos específicos.

## 2- Objetivos del Trabajo Final de Grado

Objetivo general:

- Determinar los facilitadores y las barreras que influyen en el acceso y en la inserción al mundo laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.

Objetivos específicos:

- Fundamentar la importancia del trabajo en los procesos de inserción social y laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.
- Identificar la presencia del estigma social y autoestigma en el discurso de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.

- Observar la influencia de los atravesamientos, familiares e institucionales vinculados al acceso al mundo laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.

### 3- Contextualización del servicio de Salud

El Centro Psicosocial Pando, pertenece dentro del organigrama de ASSE, a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, dentro de esta pertenece a los equipos de Salud Mental y Dispositivos en Territorio, y dentro de estos a Centros de Rehabilitación. Como ya se mencionó dicho Centro se considera dentro del tercer nivel de atención por ser un Centro especializado en patologías complejas, en este caso en Salud Mental y poseer el equipamiento necesario. Tal es el caso de la edificación donde funciona el mismo que permite el desarrollo de los diferentes talleres que se realizan, como ser un espacio abierto para el taller de huerta, una habitación amplia para los talleres de teatro y expresión corporal, dos baños, uno de ellos completo donde los usuarios pueden higienizarse si lo desean, una cocina donde se organiza el desayuno y el almuerzo, y diferentes salas para reuniones grupales, así como una biblioteca y una sala de estar donde los usuarios pueden realizar actividades de recreación. También el Centro posee recursos humanos especializados para lograr sus objetivos, como ser los talleristas, psiquiatras, psicólogos, enfermero monitor, administrativo, etc, quienes además se han formado en Rehabilitación Psicosocial. Estos tres aspectos hacen que el Centro pertenezca al tercer nivel de atención en Salud Mental.

Los Centros Psicosociales, surgen a partir de los nuevos lineamientos acerca de la atención en salud, por lo tanto se encuentran dentro de la transición entre el viejo y el nuevo modelo de atención en salud. Esta transición se percibe claramente además, en la práctica al visualizarse las diferentes formas de trabajo de cada profesional, donde algunos trabajan más arraigados a un modelo que a otro, o por el contrario intentan trabajar desde el nuevo modelo quedando vestigios en ciertas prácticas del modelo anterior. Como se sabe los modelos de atención en salud han sufrido transformaciones construyéndose y de-construyéndose a lo largo del tiempo. Se puede entender que un modelo de atención en salud es un conjunto de constructos teóricos que definen aspectos tanto de atención a la salud y enfermedad, así como aspectos éticos, de infraestructura, de economía relativa a las instituciones, como también al lugar que ocupa tanto el profesional como el que recibe la atención, así como las modalidades de trabajo que se llevan adelante, multidisciplinaria, interinstitucional, etc.(Guida, 2007). El modelo de atención que se propone actualmente prioriza la promoción y prevención de la salud y está basado en los derechos humanos de los sujetos, pero trae como herencia al modelo médico hegemónico, donde el médico era quien poseía el saber acerca de los padecimientos de sus pacientes y donde se trabajaba mayoritariamente desde la individualidad. Eduardo Menéndez (1985), plantea que el modelo médico hegemónico presenta las siguientes características: biologicismo, a-historicidad, a-socialidad, individualismo, exclusión del usuario al acceso a conocimientos, tendencia a escindir: teoría y práctica y práctica e investigación. (Menéndez, 1985). En cambio el nuevo modelo centrado en los derechos humanos, toma al paciente como un usuario de las prestaciones de salud,

es decir, el usuario es un sujeto activo, capaz de decidir sobre su salud y sobre los tratamientos que desea o no recibir. Así como se centra en la promoción y la prevención en salud, apostando al trabajo dentro del primer nivel de atención, como primer contacto con la población usuaria. Este nuevo modelo se comenzó a aplicar en nuestro país, en el año 2007 cuando se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), pero es interesante mencionar que desde el año 2005 se estaba trabajando en su implementación.

ASSE es uno de los prestadores públicos que pertenecen a dicho sistema, siendo el que tiene mayor cantidad de usuarios. El SNIS busca la equidad y el acceso total de la población al sistema de salud, a partir de un sistema solidario y sustentable, que promueve la honestidad y transparencia en la gestión, la participación activa de trabajadores y usuarios, el fomento de hábitos saludables de vida, la capacidad de diagnóstico precoz de enfermedades, la administración de tratamientos eficaces, incluyendo la rehabilitación, etc.(Guida, 2007). Dentro de este Sistema Nacional Integrado de Salud se crea en el año 2011, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, al cual pertenecen los Centros Psicosociales. Dentro de este Plan se destacan como acciones de trabajo en Salud Mental, las siguientes :

Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas. La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio. (Plan de Implementaciones de Prestaciones en Salud Mental, 2011, p.5 )

Pensando en el concepto de salud y de salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), la salud es definida como:

Un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y /o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados (OMS, 2006, p.1).

Esta definición, si es analizada posee aspectos que desde este trabajo pueden ser compatibles y otros que no tanto. Por ejemplo se puede pensar que si para estar saludable una persona debe de poseer un completo bienestar físico, mental y social, estamos frente a una definición posiblemente utópica ya que la completud total no existe, podemos pensar también que la referencia a un bienestar completo sugiere cierta estática, ya que no admite desequilibrios. Por otro lado se define a la salud en términos positivos y tomando varios de los aspectos que constituyen a una persona, lo biológico, lo psicológico y lo social. Por lo anterior, y porque considero que esta definición se aproxima más a pensar la salud incluyendo otros aspectos, para este trabajo, me centraré en la definición de salud desarrollada por Saforcada (1997), quien expresa que:

La salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental – el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada- considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (entidad psico-socio-cultural, bio-físico-química y económico-política) (p. 6)

Por otro lado, la salud mental es entendida según la OMS (2014), como:

Un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS 2014, ¶ 1).

A esta definición se le puede agregar, que la salud mental implica la posibilidad de que la persona pueda hacerse cargo de sí misma, y pueda ejercer su libre voluntad y deseo, en lo concerniente a su propia vida en todos sus ámbitos. Así como también se puede considerar dentro de la salud mental, el disfrute de la vida social, es decir, que la persona pueda ser parte del colectivo social y del mundo laboral sin ser discriminada, y sin que se atente contra sus derechos humanos.

En lo relativo a los Centros Psicosociales estos, como hemos visto, forman parte de los grandes cambios que se han ido produciendo en el abordaje del enfoque terapéutico acerca de cómo trabajar con personas que padecen trastornos mentales severos.

Cabrero Ávila (2002) menciona que estamos en una etapa de transición donde se está dejando atrás el modelo apoyado con firmeza en la hospitalización, para darle lugar al enfoque centrado en la atención primaria en salud y a la hospitalización rápida cuando se necesita. También expresa que está quedando atrás la preocupación en aliviar y controlar el trastorno, para darle lugar a los tratamientos centrados en mejorar las capacidades y competencias del paciente (autonomía, afrontamiento, habilidades sociales y cognitivas, independencia, etc).

Manifiesta también que actualmente los profesionales están trabajando en equipos pluridisciplinarios con un referente que asume la coordinación quedando atrás, el trabajo aislado. Siendo según este autor, cada vez más frecuentes los programas integrales, con evaluaciones pautadas y reflexivas que establecen qué recursos utilizar y cuando. Tomando en cuenta también a las familias.

Se ha pasado de la familia como factor codeterminante a tratar, a la familia como unidad básica de salud, cuidados y crecimiento, con influencia positiva en la evolución si se incorpora a los programas integrales y se le aportan: información, soportes, y estrategias para afrontar la convivencia cotidiana con su paciente (Ávila, 2002, p.15).

En cuanto a que se entiende por Rehabilitación Psicosocial esta es definida como:

Un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos crónicos, adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida (Franco Martín. M, 2002, p.40).

Según Franco Martín (2002) se considera una forma de abordar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que el tratamiento de la discapacidad consecuente a estar enfermo, es tan importante como el control de los síntomas. Se dirige desde el comienzo hacia la integración social, de los usuarios. Además la rehabilitación psicosocial, se apoya en una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos: derecho al estudio, al trabajo, ocio, vivienda, vacaciones, independencia familiar, posición económica que le posibilite un medio de vida, a una vida digna. Tiene como uno de sus objetivos fundamentales que la persona logre la mayor autonomía e independencia posible. Brindándole total importancia a las elecciones que realiza la propia persona y a su implicación activa en el proceso, es decir, se promueve la autodeterminación de la persona.

Algunos de los objetivos del Centro de Rehabilitación según Franco Martín (2002) son fomentar la recuperación y obtención de habilidades y competencias necesarias para promover el funcionamiento del paciente en la comunidad, en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida, logrando el máximo nivel de autonomía e integración social. También plantea el interés en prevenir la institucionalización psiquiátrica, buscando disminuir el riesgo de recaídas, incluyendo la prevención al llamado deterioro psicosocial y marginalidad. Se propicia además la vuelta a la comunidad de los enfermos que hace mucho tiempo están internados en hospitales psiquiátricos, el desarrollo y la integración social del usuario en su ambiente aumentando su red social y fomentando la utilización de los recursos que se encuentran en la sociedad. Se busca también la inserción laboral a través de la rehabilitación profesional-laboral de los usuarios. Asimismo se aborda el trabajo con las familias asesorando a estas, para que puedan sobrellevar de mejor manera los problemas vinculados con la enfermedad. Se encuentra también dentro de los objetivos que menciona Franco Martín (2002), trabajar multidisciplinariamente e interinstitucionalmente, realizando coordinaciones, y asesorando y tramitando a los usuarios y familias las gestiones relacionadas a la búsqueda de ayudas sociales, económicas y residenciales. Así como el desarrollo en la sociedad de estrategias de sensibilización sobre la problemática de la enfermedad mental y de modificación de los estigmas sociales de dicha comunidad. Para cumplir con los objetivos estipulados los Centros de Rehabilitación ofrecen diferentes servicios y programas. A continuación pasaré a describir las características del Centro Psicosocial Pando y sus objetivos.

El Centro Psicosocial se encuentra ubicado en la ciudad de Pando, en el departamento de Canelones, esta ciudad está ubicada a unos 33 km aproximadamente de Montevideo, es una ciudad que cuenta con una población de 32.603 habitantes lo que corresponde al 6, 7% de la población de Canelones, según los registros de la Intendencia Municipal de Canelones (Gobierno de Canelones, s/f). Desde sus comienzos fue una ciudad comercial e industrial, donde se nuclean varias de las fábricas de la zona, y es la ciudad que concentra los servicios de la circunscripción, por lo cual habitantes de sectores vecinos se desplazan hacia Pando para acceder a ellos. El



Centro Psicosocial se encuentra a 3 cuadras del centro de la ciudad y de las paradas de ómnibus por lo que es de muy fácil acceso. Es el único Centro de la región y del departamento de Canelones asistiendo al mismo usuarios de muchas localidades de Canelones, como ser de: Toledo, Ciudad de la Costa, Migués, Montes, Costa de Oro, Suárez, San Ramón, etc y del oeste de Montevideo. Este Centro está destinado a personas mayores de 18 años que presentan Trastornos Mentales Severos y Persistentes, desde el Centro se trabaja a través de un programa integral, con los objetivos de estimular a los usuarios a adquirir el mayor grado de autonomía e independencia posible, buscando el reintegro a la sociedad. El Centro al igual que la nueva visión de ASSE, vinculada a la Salud Mental, trabaja desde el modelo de Recuperación, el cual fue desarrollado en Uruguay a través de las capacitaciones que brindó el Doctor Díaz Del Peral, quien vino desde España a exponer la experiencia desarrollada en su País. Este modelo sostiene que los usuarios que padecen estos trastornos pueden recuperar su calidad de vida, su autonomía, su vida social, laboral, sus actividades de ocio, etc. A través, no solo del trabajo a partir de la rehabilitación psicosocial, laboral, sino a partir del trabajo sobre el autoestigma que los usuarios padecen en relación a su propia enfermedad mental, y fundamentalmente trabajando con la sociedad sobre el estigma que existe en relación a la enfermedad mental. El Centro Además trabaja desde una perspectiva integral de la salud considerando al usuario en todos sus aspectos, más allá de su patología mental, teniendo en cuenta el nuevo modelo de atención en salud.

Para que los usuarios de ASSE puedan ingresar al Centro deben cumplir una serie de requisitos, estos son: presentación de la derivación del médico tratante de ASSE-MSP (Ministerio de Salud Pública), con quien mantiene un tratamiento de referencia externo al Centro, ser residente del departamento de Canelones o de la zona oeste de Montevideo, ser mayor de 18 años hasta 50 años, presentar un trastorno mental severo y persistente, además, deben estar en una situación psicopatológica estabilizada, con ausencia de trastornos por uso sostenido de sustancias psicoactivas, ausencia de trastornos cognitivos severos y de trastornos conductuales actuales. Luego de que el usuario presenta en el Centro la derivación por el médico tratante, se pasa a coordinar una serie de entrevistas con el usuario y su familia, donde se evalúa su ingreso. Al comienzo el usuario ingresa a un grupo llamado de pre-ingreso, donde su integración se va realizando de forma gradual y con talleres específicos para dicho grupo. A su vez existe en el Centro un grupo de seguimiento que realiza todos los talleres y las actividades existentes, y otro grupo de pre-egreso. El Centro psicosocial funciona de Lunes a Viernes de 9:30 hs a 16:00 hs, cuenta con diversas actividades como son los talleres de huerta, cocina, música, plástica, habilidades sociales y cognitivas, psicoeducación, espacio cultural, taller de proyectos, teatro, taller de producción y taller de expresión corporal. Además de dichos talleres, los usuarios asisten a una asamblea semanal donde se hablan las inquietudes vinculadas al Centro, también realizan deporte en la plaza de deportes de Pando y piscina en el verano. Asimismo algunos asisten al grupo terapéutico y a entrevistas individuales siempre que las soliciten o se consideren necesarias. Incluso se trabaja con los familiares en la reunión multifamiliar que se realiza una vez al mes. Estas actividades se dividen en el horario de la mañana y de la tarde. Luego de las actividades de la

mañana, los usuarios organizan el almuerzo, encargándose de tender la mesa, servir el almuerzo y acondicionar todo lo utilizado después que el almuerzo terminó. Desde el Centro se trata que la organización de las actividades así como el cambio de las mismas, sean conocidas por los usuarios con anticipación, para favorecer a la rutina y a la organización. También se trabaja en red, con la policlínica de Salud Mental, con el Hospital de Pando, y con diversas instituciones de la zona, tanto privadas como públicas, como ser con la institución NACREVI, (Nacer, Crecer, Vivir) que trabaja con personas con diferentes capacidades, donde dos usuarios del Centro se incorporaron a unos talleres gastronómicos con el fin de vender posteriormente los productos que ellos mismos realizan. Incluso desde el Centro se consiguieron a través de INDA (Instituto Nacional de Alimentación), las viandas para el almuerzo de los usuarios, así como se tramitan a través del MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), los boletos gratis para que los usuarios con menos recursos económicos puedan asistir. El equipo de trabajo está compuesto por la coordinadora del Centro que es psiquiatra y psicóloga, una psicóloga, una psiquiatra, una administrativa, una auxiliar de servicio, dos practicantes de psicología que cambian año a año, un enfermero monitor, y los talleristas de huerta y jardinería, de plástica, de teatro, de habilidades sociales y cognitivas, de expresión corporal, de gastronomía y de música. El equipo de trabajo realiza una reunión de equipo una vez a la semana de 3 horas de duración, donde se abordan todas las temáticas que tienen que ver con los usuarios y con el funcionamiento del Centro.

Actualmente los usuarios que asisten al Centro son mayoritariamente hombres de entre 18 y 55 años, que padecen esquizofrenia o trastorno bipolar de la personalidad, siendo un total de 34 usuarios. De las que 7 son mujeres, 27 son hombres. Los mismos provienen de zonas como: Tala, Migueles, Montes, San Jacinto, Empalme Olmos, Parque del Plata, Salinas, Pinar, Colonia Nicolich, Barros Blancos, Joaquín Suárez, Toledo, Pando y oeste de Montevideo. El centro abrió sus puertas hace 5 años por lo que se considera una Institución relativamente nueva, no contando dentro de sus estadísticas con ningún usuario egresado hasta el momento.

#### 4- Contextualización y descripción de la experiencia: *talleres de preparación para la inserción laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando*

Mencionaré algunos aspectos teóricos antes de describir la experiencia, la Rehabilitación laboral se define como:

Un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral (Ciardiello y Bell, 1988). Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas” (Sobrino Calzado, 2002, 195).

Este proceso del cual habla Sobrino Calzado (2002), se compone de **tres fases** posteriores al proceso de selección de los usuarios que tienen interés en participar de dicho proceso.

La **primer fase** es la fase de evaluación, donde se valoran las características de los usuarios, esta fase va a guiar el proceso de los usuarios y a partir de la misma es que se irán creando los objetivos e intereses de cada usuario. Se compone de cuatro etapas (Sobrino Calzado, 2002): 1- Historia formativa y laboral, se realiza un rastreo de la historia de cada usuario vinculada al mundo laboral, tipos de empleos, motivos por los cuales abandonó, títulos académicos obtenidos, etc. 2- Evaluación en orientación vocacional, el objetivo es conocer los intereses de cada usuario, sus expectativas laborales, como también su relación con el mundo laboral y su motivación y disposición para trabajar. 3- Habilidades de búsqueda de empleo, en esta etapa se investiga cuales son las herramientas que utiliza cada usuario para buscar empleo y se los capacita en las diferentes técnicas que existen para buscar empleo, así como se elaboran los Currículums Vitae y se trabaja también en el manejo de la entrevista laboral entre otras actividades. 4- Habilidades de ajuste laboral, entendiéndose por éste “el conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles”(Sobrino Calzado, 2002, p. 199). Para esto en ocasiones se utiliza el taller rehabilitador, que funciona como una pequeña fábrica, simulando un trabajo en una de ellas. Esta primer fase, debe terminar con un plan individualizado de rehabilitación e inserción laboral, que estipula las dificultades que hay que superar, las conductas problema que hay que extinguir, y las habilidades y hábitos que hay que potenciar.

La **segunda fase**, es la fase de planificación de la intervención, donde a partir de los datos registrados en la fase anterior, se planifica las intervenciones que se van a realizar a partir de las habilidades a potenciar y de las conductas que hay que extinguir, aquí se plasman los objetivos generales y específicos a seguir para cada usuario. En esta fase:

Se priorizan las habilidades a adquirir y se señalan los entrenamientos que se van a realizar y las técnicas que se van a utilizar, así como el lugar donde se va a llevar a cabo, los profesionales implicados y el carácter individual o grupal de los entrenamientos. (Sobrino Calzado, 2002, p. 201)

La **tercer fase** es, la de intervención, la intervención óptima según el autor sería aquella donde el puesto de trabajo está disponible. Cuando esto no sucede se trabaja en las diferentes áreas de intervención según los requerimientos individuales de cada usuario. Las mismas son: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos de trabajo y habilidades de ajuste laboral, apoyo a la formación profesional, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo, apoyo al acceso y mantenimiento en el puesto de trabajo (Sobrino Calzado, 2002). Es pertinente mencionar que en nuestro país el Centro de Rehabilitación Martínez Visca, es el único que posee un programa llamado el Ceibo, que aborda aspectos implicados en la rehabilitación laboral, este programa tiene como objetivos :

La Rehabilitación laboral. Propiciar la inserción laboral a través Empleo Protegido, Empleo Asistido y Empleo con Apoyo. Articular los recursos propios de formación profesional con los existentes en el ámbito estatal y el mercado laboral. Fomentar la colaboración de

empresarios para aumentar las oportunidades de inclusión laboral (Centro Dr. A, Martínez Visca, 2015).

Al no existir en el País más programas enfocados a la rehabilitación laboral, se hace difícil el ingreso de los usuarios al mundo laboral, como el proceso de inclusión social que se busca en los Centros Psicosociales.

En el caso del Centro Psicosocial Pando, por ejemplo, se ve afectado el egreso de los usuarios ya que se considera que luego del proceso de rehabilitación los mismos no tienen a donde ir si egresaran. Desde el Centro se cree que si los usuarios egresaran, posiblemente al no tener una actividad a realizar, se quedarían encerrados en sus casas ya que la mayoría no tiene ninguna actividad extra Centro, estando a merced de posibles recaídas. Sintiendo por lo tanto, la falta y la necesidad de la siguiente etapa, es decir del proceso de rehabilitación laboral.

Comenzando con la descripción de la experiencia, es preciso mencionar que los talleres realizados no son parte de un programa de rehabilitación laboral, sino que fueron planificados por mi compañero de práctica y por mi como un complemento a las actividades del Centro, luego de identificar dicha falta. Esta experiencia nace a los 8 meses de mi inserción en el Centro Psicosocial Pando, a partir de una conversación con la psicóloga del Centro, y a partir de los discursos de los usuarios que reclamaban su interés por trabajar y su deseo. Otras circunstancias que abrieron camino a pensar en implementar dichos talleres fueron las reuniones de equipo donde en varias ocasiones se trabajó en las dificultades que enfrentaban los programas de egreso de los usuarios que ya estaban aptos para egresar. Y también a partir de mi participación en las reuniones multifamiliares en las que algunos familiares habían mencionado su deseo de que su hijo trabajara. En este contexto, le planteo a mi compañero de práctica mi interés en realizar dichos talleres y le propongo pensarlos y realizarlos juntos, a lo que accedió, lo cual fue fundamental para el desarrollo de la experiencia. Luego de reunirnos a analizar y pensar en que iban a consistir los talleres, los propusimos en la reunión de equipo, donde se nos solicitó que presentáramos por escrito nuestras ideas y una posible planificación, para evaluar la viabilidad de los mismos. En el documento presentado, (Fernández, Pereyra, 2015) incluimos una presentación donde mencionamos cómo surgió la iniciativa de realizar los talleres y también algunas citas correspondientes que justificaban la importancia de realizar actividades de acercamiento al mundo laboral, para contribuir con los objetivos que el Centro se propone en relación a los usuarios. Habilitando los talleres, a aumentar el grado de autonomía de los usuarios, de independencia, de inclusión social, de autoconfianza, y de empoderamiento en sus decisiones diarias, entre otros. Se incluyó además el periodo de trabajo de los talleres comprendido entre mayo 2015 a agosto 2015, los temas a trabajar, el tipo de metodología a utilizar y la planificación de los primeros cuatro talleres. También se dejó en claro que los talleres estaban dirigidos a todos los usuarios que asistían al Centro y tuvieran interés y deseo de acercarse al mundo laboral. Los temas a trabajar presentados en el documento fueron:

1- Búsqueda de empleo: se profundizará en las diferentes formas de buscar empleo, como ser, a través del diario, internet, el boca a boca, consultoras, avisos particulares en diversos locales, etc.

2- Construcción del Currículum Vitae(CV) : se brindarán herramientas para la construcción del mismo, así como ayuda para que cada usuario logre tener su CV realizado al término del proceso.

3- Entrevistas de trabajo: se trabajará sobre los objetivos de las mismas, como presentarse en una entrevista, que cosas decir y qué no, cómo ir vestido, etc.

4- Hábitos básicos de trabajo: se abordará la importancia de los hábitos de higiene, utilización de ropa de trabajo, puntualidad, asistencia, cumplimiento del horario de trabajo, continuidad en la tarea, resistencia a la fatiga, reacción a los cambios de trabajo, administración del tiempo de ocio, o tiempo de descanso en la jornada laboral.

5-Habilidades sociales en el trabajo: interacción con los compañeros, capacidad para tolerar críticas, capacidad para expresar críticas y valoraciones, aceptación de la autoridad, capacidad para iniciar y mantener conversaciones, capacidad para ofrecer y solicitar ayuda.

6- Autoestigma: se trabajará acerca de los prejuicios que ellos tienen de ellos mismos en relación a la enfermedad y acerca de los obstáculos que ellos identifican a la hora de insertarse laboralmente. Consideramos que este ítem va a estar implícito en la mayoría de los talleres, por lo que se irá trabajando en la medida que el mismo sea expuesto por los usuarios.

7- Cierre, evaluación del taller y autoevaluación: Se desarrollará el cierre de los talleres y se abordará la motivación a insertarse laboralmente así como también, se buscará que los usuarios se autoevalúen en relación a los conocimientos adquiridos. También se les pedirá que evalúen la utilidad y/o efectividad de los talleres(Fernández, Pereyra, 2015).

Como metodología de trabajo planteamos incluir diversos juegos y técnicas que favorezcan el aprendizaje. Pensamos al encuentro de cada taller de forma dinámica donde los usuarios nos brindan información a nosotros y viceversa con el fin de que el saber no se concentre en los talleristas sino que fluya y se retroalimente, generando aprendizaje y saber en el encuentro. Sí nos planteamos la tarea diferenciada de coordinar y organizar el taller. Dentro de esta organización pensamos que puede ser importante para cada taller, que siempre al comienzo del mismo se realice un repaso rápido de lo que se habló en el taller anterior y al finalizar el taller se realice un resumen de lo que se habló en ese taller como cierre. Con el fin de favorecer el recuerdo y la continuidad de lo que se está trabajando.

Precedentemente a presentar el texto mencionado, nuestra propuesta fue aceptada por lo que pasamos a comunicarles a los usuarios en la asamblea y en los pasillos debido a que no todos los usuarios habían ido a la asamblea, sobre nuestra propuesta. Las reacciones fueron muy buenas decidiendo participar de los talleres la mayoría de los usuarios que concurrían asiduamente al Centro. Los talleres comenzaron a la semana siguiente de informarles a los usuarios y los mismos se desarrollaron los días Martes en el horario de 13hs a 14hs. Fueron 15 talleres, donde además de los temas descritos anteriormente se trabajaron otros como ser, miedos, empoderamiento, motivación, autoconfianza y estigma social. El orden de los temas desarrollados quedará explícito en la posterior descripción de cada taller, ya que los últimos temas se fueron trabajando a medida que detectamos la necesidad de abordarlos. La descripción de los talleres estará compuesta de los detalles más relevantes registrados y estos no serán textuales en la mayoría de los casos, habiendo datos modificados para cuidar la identidad de las personas implicadas. Intentaré ser lo

más breve posible en los relatos, tomando los aspectos de cada taller que serán útiles para el posterior análisis de los objetivos específicos de este trabajo. En cuanto a la cantidad de usuarios que participaron, se puede decir que: en el Centro se encuentran inscritas 34 personas, pero de estas 34 personas asisten asiduamente al Centro 20 usuarios. Los 14 usuarios restantes concurren algunos una vez a la semana a alguna actividad puntual y otros van una vez cada tanto, por diversos motivos. De estos 20 usuarios que concurren asiduamente decidieron participar de los talleres 16 usuarios. Los 4 usuarios restantes, 2 decidieron no participar, uno porque ya trabajaba y la otra porque se encontraba jubilada, los otros 2 usuarios, uno no podía concurrir los días martes y la otra usuaria fue un solo martes al Centro durante la realización de los talleres, por lo que al final no participó de estos. De los 16 usuarios que participaron solo uno luego de que los talleres comenzaron decidió abandonarlos al comienzo del tercer taller, (ver detalle del tercer taller).

#### 4.1- Descripción de los talleres

##### Taller N°1, Tema: ¿ Que es el trabajo?

Participantes: 14 usuarios

También ingresa la psiquiatra a sugerencia de la coordinadora del Centro, con el fin de acompañarnos por si acontece alguna situación impropia, y para supervisar nuestro trabajo. Les preguntamos a los usuarios ¿que piensan que vamos a realizar en estos talleres y que esperan de estos?. Algunas de las respuestas fueron: hablar sobre el trabajo, buscar trabajo, trabajar. Les explicamos que la idea de los talleres es que podamos conversar sobre aspectos que tienen que ver con el trabajo, como ser: como buscar trabajo, cómo crear un CV, cómo me presento a una entrevista, que implica trabajar para cada uno, etc. Además les explicamos para bajar la ansiedad y evitar confusiones que estos talleres no implican que ellos vayan a conseguir trabajo por medio de nosotros sino que la idea es brindarles más información y herramientas para cuando ellos decidan comenzar a buscar trabajo o comenzar a trabajar. Luego de esta introducción, pasamos a preguntarles ¿qué entienden ellos por trabajo?. Algunas de las respuestas fueron: “es para conseguir plata”, “hay que esforzarse”, “yo no puedo trabajar porque estoy enfermo”, “te exigen mucho yo me enferme cuando empecé a trabajar”, “hay que cumplir un horario”, “a mi me despidieron cuando se enteraron que estaba enfermo”, “yo quiero trabajar pero no consigo trabajo estoy buscando”, “yo trabajé hace muchos años”, etc. A estas respuestas y a otras, nosotros agregamos, que un trabajo no tiene porque ser algo exigente o algo que no les guste realizar, sino que también uno puede trabajar de algo que le guste, y que disfrute haciendo, así cómo puede trabajar menos horas al principio para probar cómo se va sintiendo con el trabajo, que estos no son los más comunes pero que en algunas empresas existen. Posteriormente hablamos sobre las experiencias de trabajo de cada uno. De los 14 usuarios que concurrieron 13 habían trabajado anteriormente, la mayoría expresó que fue antes de enfermarse. Uno trabajó muchos años en una fábrica que cuando cerró el usuario fue despedido y posteriormente se enfermó. Otra usuaria trabajo cuidando niños, otras dos como vendedoras, otro usuario trabajó en una panadería

haciendo repartos, otro en una empresa de seguridad, otro usuario en un reparto de golosinas, otro cosechando tomates, otro como reponedor en un supermercado, otro como repartidor de un super, otro usuario trabajó en la construcción y otro haciendo jardines en lo que trabaja hoy en día. En la actualidad, uno de los usuarios volvió a trabajar luego de enfermarse en trabajos inestables donde no pasó el mes de trabajo y en dos casos ambos usuarios trabajan ayudando a emprendimientos familiares, pero no consideran dichas tareas como un trabajo. Además un usuario está esperando a comenzar a trabajar en el programa Uruguay Trabaja donde quedó seleccionado.

Luego de esta exposición, pasamos a realizar una lluvia de ideas, vinculadas a las características que necesito desarrollar y cumplir para trabajar. Las palabras de la lluvia de ideas fueron: honestidad, seriedad, responsabilidad, higiene, cumplir un horario, descanso, fuerza y organización. A esta lluvia de ideas nosotros también fuimos agregando palabras como: puntualidad, buen relacionamiento con los compañeros y jefes, cuidado de los materiales, aceptar los cambios y las normas establecidas, atención y concentración, respetar el horario de descanso y no pedir para salir a fumar. En el transcurso del taller un usuario pidió para salir al baño lo que es muy propio de él, y otro usuario no entendía bien la tarea que estábamos haciendo, por lo que se la explicamos varias veces. Al término del taller un usuario que ya había armado su currículum nos pide ayuda para revisarlo y ver si le faltaba algo. Al ver el curriculum le decimos que tendría que poner alguna referencia personal y como no tenía a quien poner se le sugirió que quizás podía poner a alguien del Centro con el numero de teléfono del Centro. A partir de este suceso en el transcurso de la semana la información de ese hecho se alteró, lo que llevó a que nosotros percibieramos cierta desconfianza del equipo hacia nosotros, ya que los técnicos pensaron que le habíamos sugerido al usuario poner sus nombres con sus teléfonos particulares. Luego el suceso se aclaró y los implicados comprendieron que había sido un malentendido.

#### Taller N° 2. Tema: Métodos de Búsqueda de Trabajo

Participantes: 4 usuarios. La baja participación se correlaciona con la escasa concurrencia de usuarios al Centro, por mal tiempo.

Realizamos un repaso del taller anterior, con el fin de recordar y tener presente en la memoria las cosas que fuimos trabajando. Comenzamos preguntándoles qué métodos de búsqueda de trabajo conocían, las respuestas fueron: “entregar el curriculum”, “hablar con personas conocidas”, “poner un aviso en el diario”, “avisos en la puerta de algún almacén o súper”. Nosotros les presentamos otras formas de buscar trabajo por ejemplo el diario de los clasificados Gallito Luis, el cual llevamos y 2 de los usuarios no lo conocían. Luego de que se familiarizaron con el Gallito Luis, y le explicamos como se buscaba, les propusimos simular una búsqueda de trabajos posibles y trabajos no posibles. Para esto les brindamos 2 hojas del diario clasificado a cada usuario. Con esta consigna buscamos ver el sentido común de ellos así como la adecuación a las situaciones. Además de enseñarles a utilizarlo a los participantes que no lo conocían y favorecer el entrenamiento de habilidades tales como el razonamiento y la memoria. Los resultados fueron: un usuario realizó la búsqueda rápido eligiendo los que más le gustaban y seleccionando por

categoría, este ya había utilizado el Gallito Luis anteriormente, otro usuario que no conocía los clasificados, no entendía la consigna por lo cual le llevó más tiempo realizar la tarea. Los otros dos usuarios desarrollaron la tarea adecuadamente en un tiempo estimado de entre 10 a 15 min. Los trabajos posibles seleccionados fueron: ayudante de cocina, lava copas, atención en mostrador, vendedor, y los trabajos no posibles fueron maestro, vendedor, auxiliar contable, mostrador tienda, mecánico, instalador cable. Obviamente que estas elecciones dependían de cada usuario y de su estima sobre que puede lograr y que no. En un solo caso una usuaria puso que podía trabajar de maestra, y al preguntarle respondió que le hubiera gustado haber sido maestra, esto habilitó a hablar de las capacitaciones que son necesarias para determinados trabajos, y de los deseos de cada uno. Motivándolos a capacitarse y trabajar de algo que deseen. El otro método de búsqueda de trabajo que les presentamos, fueron las consultoras por internet y los clasificados por internet. Esto llevó a que les explicáramos nociones básicas de la computadora, por la curiosidad de ellos, ya que uno solo de los presentes sabía cómo utilizarla, quien participó de las explicaciones, y también para que algún día pudieran buscar empleo por este medio. Las explicaciones fueron muy básicas, no obstante, varios de ellos no lograron entender cómo se utilizaba la computadora ni internet. Para realizar tareas donde era necesario una computadora siempre alguno de los practicantes llevaba su computadora ya que la que se podía utilizar en el Centro no tenía acceso a Internet.

### Taller N° 3, Tema: Métodos de Búsqueda de Empleo

Participan: 10 usuarios

Antes de comenzar el taller un usuario nos plantea que ya no va a participar más porque no le interesa trabajar, nosotros percibimos y analizamos en relación a los talleres anteriores, que quizás habían cosas que no entendía y eso influía también en que no quisiera participar más. Hablamos con él con el fin de proponerle ayudarlo aún más en los talleres, pero decide no concurrir más. Lo que aconteció en el grupo, fue que algunos usuarios se molestaban con él por expresar todo lo que se le ocurría, y la mayoría de las veces no tenía que ver con el tema trabajado. Pese a nuestros señalamientos sobre que no había palabras ni bien ni mal, y que no había que corregir a nadie, siempre ocurría dicha situación, desembocando en el enojo y en las frustraciones de los usuarios implicados. Retomando el desarrollo del tercer taller, se continúa con el tema métodos de búsqueda de trabajo, les presentamos el diario clasificado Gallito Luis a los usuarios que no habían concurrido al taller anterior y los usuarios que asistieron les contaron qué fue lo que habíamos hecho. 3 de los 10 usuarios que asistieron conocían el Gallito Luis, por lo que llevo un tiempo explicarles cómo era el sistema, a 2 de ellos le costó más que a los otros entender el sistema, por lo que por momentos nos dividimos con mi compañero para explicarles. En un momento surge la pregunta de qué significa CV, se les explica que significa Curriculum Vitae y les contamos en qué consiste, y les decimos que para el próximo taller vamos a empezar a construirlos, esto genera mucha ansiedad, algunos no entienden y preguntan de nuevo dicen que no tienen información, bajamos la ansiedad y nos volvemos a centrar en la tarea. Un usuario pregunta si en el C.V hay que



poner algo de la enfermedad, el resto de los usuarios escuchan atentos la pregunta esperando nuestra respuesta y se genera silencio. Nosotros nos miramos y no respondemos ya que nos toma por sorpresa y no sabemos qué decir, luego de unos instantes uno de nosotros expresa que lo vamos a plantear en el equipo y que luego les comunicamos. Volviendo al taller, se van visualizando diferentes roles dentro del taller, están los que piden para salir al baño, el que no entiende o se aburre y comienza a hacer chistes y comentarios por fuera de la temática al cual sus amigos “rezongan” y “corrigen”, los que prestan atención muy concentrados, los que están pero no están y hay que traerlos de vuelta porque se duermen al ser el taller enseguida de que el almuerzo terminó, y los que ayudan a los que entienden un poco menos. Les presentamos nuevamente la búsqueda de trabajo por Internet lo que lleva el resto del tiempo del taller, de todos los asistentes solo 2 sabían utilizar la computadora. A partir de la experiencia anterior consideramos que era oportuno no entrar en detalles en el uso de la computadora ya que nos íbamos totalmente del tema por lo que les mostramos cómo funcionaba y les contamos como se buscaba trabajo. A partir de este hecho, y de la sugerencia en una visita al Centro de mi docente referente se me ocurre informarme sobre que se necesitaba para solicitarle al Programa Plan Ceibal computadoras portátiles para los usuarios. Por lo que a partir de esto y de la autorización de la coordinadora, la administrativa del Centro comienza el trámite recordando a los usuarios que lleven los recibos de cobro de las pensiones. Ya que se necesitaban los mismos para realizar el trámite. De los 15 usuarios que asisten al taller 13 cobran pensión y dos están en trámite. Por lo que el miedo a perder la pensión por trabajar apareció en este taller y en varias ocasiones más. Les explicamos que no se la iban a sacar por trabajar y que la pensión se retira únicamente que tuvieran un salario 3 veces mayor a la pensión.

#### Taller N° 4, Tema: Creación de los Curriculum Vitae

Participan: 7 Usuarios

Les explicamos que es y qué datos hay que poner en el Currículum Vitae(C.V), así como cuál es el objetivo del mismo, vuelve a salir la pregunta sobre si hay que poner que tienen una enfermedad, nosotros luego de hablarlo a partir de la pregunta que ya había estado presente en el taller anterior, resolvimos decirles que no era necesario explicitar nada acerca de las enfermedades que uno posee, que no es usual que las personas pongan en sus C.V que padecen de enfermedades cardíacas o cual sea. Algunos escucharon nuestra respuesta y quedaron en silencio y otros no se conformaron con nuestra respuesta mencionando que los del trabajo se iban a enterar de su enfermedad. Comenzamos armando un Curriculum ficticio como modelo y los ayudamos a cada uno a armar el suyo en una hoja a lápiz, con la intención de pasarlos posteriormente al formato digital. La mayoría no recordaba el número de la Credencial Cívica ni el de la Cédula de Identidad, tampoco recuerdan los años que estudiaron ni los años en que trabajaron. Este fue un taller clave para nosotros porque comenzamos a enfrentarnos a la realidad que acontece pese a nuestro deseo y motivación, comenzamos a darnos cuenta que cada vez que intentábamos avanzar con algo nos encontrábamos con una pared, ya sea por la falta de recursos como lo eran las computadoras y la

exclusión que padecen dichos usuarios del mundo tecnológico, como en situaciones más profundas donde una usuaria ni siquiera tenía cédula de identidad, preguntándonos cómo podía suceder una situación de esas. Luego de esta situación y pese a la frustración que surgió, el rumbo del taller cambió y comenzamos a conversar sobre sus historias recordando cosas, más allá de los datos que se necesitaban, por lo que intentamos que ellos pudieran contactar con su pasado, que pudieran ir más allá de la enfermedad y del antes y el después que ellos mencionan. Recordando cosas de cuando iban a la escuela, al liceo, de cuando eran niños, de la familia, etc. Algunos solamente fueron los que participaron en compartir cosas que se acordaban. Al término del taller les pedimos que por favor traten de traer para el próximo taller los datos que faltan de los C.V.

#### Taller N° 5. Tema: Creación de los Curriculum Vitae

Participan: 6 usuarios

Continuamos realizando los C.V de los usuarios que no habían venido y los que estaban sin terminar, y en otro grupo comenzamos a pasar los C.V que estaban medianamente armados a la computadora, para esto los usuarios que manejaban la computadora fueron los que se encargaron de pasar los C.V que ya estaban casi prontos. Habían datos que seguían faltando, por lo que se demoró en el término de los mismos. A algunos les costaba más que a otros concentrarse y realizar su C.V. Al darnos cuenta que faltan datos relevantes de los empleos anteriores decidimos plantearlo en la reunión de equipo anterior a este taller, así como planteamos nuestro sentimiento de frustración mencionado anteriormente, y llegamos al acuerdo de ir al BPS a buscar los historiales laborales, a partir de la sugerencia de los participantes de la reunión de equipo. Otro ítem del Curriculum que fue de difícil desarrollo, fueron las referencias personales y laborales, en ningún caso se pudo poner una referencia personal que fuera una persona, por lo que todos terminaron poniendo como referencia a una institución, al Centro psicosocial y su número de teléfono. Tampoco se pudieron establecer referencias laborales concretas, algunos recordaban solo el nombre de la empresa o la persona que los había contratado pero no el teléfono y otros no quisieron ponerlas porque justo trabajando en ese lugar fue que se enfermaron. Lo positivo que surgió en este taller fue, que en los casos que los usuarios lograban recordar algo sobre sus trabajos anteriores, aparece un espacio para pensarse a lo largo de la vida, un momento de reflexión de contacto con cada historia, de recordar anécdotas, etc, como sujetos de derechos, presentes en la sociedad y en el mundo del trabajo y no como sujetos enfermos, como se suelen presentar. Se hace inevitable en sus discursos la referencia al antes y al después de la enfermedad. En esta situación tratamos de continuar con la línea de trabajo que surgió en el taller anterior. Además en este taller, les propusimos a los usuarios ir al BPS, a buscar sus historiales laborales y les dijimos a los que estaban interesados, que trajeran sus documentos para poder realizar el trámite.

#### Taller N° 6. Tema: Tramite en BPS

Participantes: 8 usuarios: 5 fueron a buscar el historial y los otros tres fueron a acompañar a una usuaria a buscar hora para una consulta médica. Para esto nos dividimos con mi compañero, uno fue al BPS a acompañar en la realización del trámite y el otro fue a la otra sección del BPS donde se brindaban las horas para las consultas médicas. Solamente dos de los cinco usuarios tenían historial en BPS, lo que daba cuenta de la vulneración de los derechos como trabajadores de los tres usuarios restantes, quedando uno de ellos sorprendido porque pensaba que en la empresa que había trabajado le habían realizado los aportes correspondientes. Los que sí tenían el historial se mostraron satisfechos, contando y recordando cosas de los trabajos, como en el caso de un usuario que no recordaba que había trabajado en un lugar en particular, que aparecía en el historial. Todo esto se dio en el trayecto desde el BPS al Centro, quedando para el próximo taller el compartir la experiencia y los datos recabados.

#### Taller N° 7, Tema: Análisis de los datos recabados en BPS, y Entrevista Laboral.

Participantes: 6 Usuarios

Hablamos sobre el trámite en BPS, compartimos los datos, ya que no dio el tiempo en el taller anterior de realizar un espacio de análisis sobre lo que había acontecido. Algunos seguían contentos con lo que habían recordado a partir de los historiales y otros no tanto al darse cuenta que no tenían los aportes. Luego pasamos a sacar los datos de los historiales para incluirlos en los C.V. Posteriormente comenzamos a hablar sobre la entrevista laboral, para comenzar con el tema de 1era entrevista laboral, les planteamos las siguientes preguntas: 1-¿Para qué es una 1era entrevista de trabajo?, 2-¿Cómo me presento a una entrevista de trabajo?, 3-¿Qué aspectos de ustedes deberían resaltar en una entrevista?. Algunas de las respuestas a las preguntas fueron: Pregunta 1- “para conseguir un trabajo”, “para que te llamen a trabajar”, “para que te conozcan”. Aquí se explicitó la importancia de que la entrevista laboral es para que la persona que está buscando un empleado nos conozca y para que nosotros nos presentemos de la mejor forma posible, resaltando nuestras capacidades y características, se habló también del lenguaje no verbal que uno expresa con el cuerpo. Pregunta 2- arreglado, con ropa limpia, en hora. Pregunta 3- La mayoría no sabe qué aspectos resaltar, expresan que no entienden la pregunta, pero se puede ver como la dificultad no está en entender la pregunta, sino en la dificultad de resaltar aspectos positivos propios. Les explicamos nuevamente la pregunta, les decimos que se tomen el tiempo necesario. Después de un rato no todos logran realizarla, las respuestas que aparecieron fueron: fuerza, seriedad, compañerismo. Nos preguntamos si la dificultad pasa por no poder ver los aspectos positivos o si pasa por la dificultad de realizar tareas más abstractas. Surge el tema de que ellos están enfermos si eso hay que decirlo o no en la entrevista, que si no lo dicen se van a dar cuenta y los van a echar igual, lo plantean varios usuarios. Uno plantea que cuando tome la pastilla se van a dar cuenta que está enfermo. Tratamos de resolver la situación, diciéndoles que son varias las personas que toman medicación diariamente por ejemplo los que sufren de problemas cardíacos, de presión arterial alta, etc. Dos usuarios están como ausentes se les pregunta que opinan y preguntan qué hablamos, se les explica y varios siguen con el mismo tema,

y no se convencen con nuestras respuestas. Luego les planteamos hacer un role playing, primero les mostramos como se hace y luego los invitamos a que se animen a hacerlo, se ofrecen dos usuarios, uno hace de entrevistador y el otro de postulante, intentamos hacerlo sin un modelo y no sale, por lo que realizamos uno en el momento con posibles preguntas y respuestas. Notamos en algunas parejas que se acercan mucho, que no se miran a los ojos al hablar y realizan las preguntas y las respuestas del modelo que les dimos automatizadamente. Entonces les sugerimos que estén a una distancia más lejana para no incomodar a la otra persona que se miren a los ojos cuando hablan y que las respuestas fueran lo más completas posibles, y que traten de desprejarse del modelo que les dimos, tomando aspectos de ellos mismos. Lo intentamos nuevamente y sale mejor, aunque notamos como dificultad mayor el poder hablar de sus características personales sin tomar en cuenta el modelo creado.

#### Taller N° 8, Tema : Entrevista Laboral

Participan: 11 Usuarios

Continuamos con lo concerniente a la entrevista de trabajo, compartimos con los compañeros que no concurrieron lo que hicimos y lo que hablamos. Para un mayor detalle decidimos mostrarles un video sobre como concurrir a una 1era entrevista que muestra dos ejemplos diferentes, bastante claros y concisos, que tratan sobre la comunicación la confianza en uno mismo, la imagen personal y el autoestima. En el primer modelo la persona se presenta desalineada, sin interes, con baja autoestima y en el segundo modelo la persona se presenta arreglada, con confianza, motivada y dispuesta a conseguir el puesto de trabajo. Quedando seleccionada para el puesto de trabajo la última persona (ForemCyL, 2011). Luego pasamos a debatir el video y analizarlo, lo que llevó a un análisis muy adecuado de parte de los usuarios reconociendo, aspectos como la autoconfianza, la higiene, la motivación, el interés, etc. En el caso de un usuario se mostró sorprendido por el video, al reconocer el cambio de actitud.

#### Taller N° 9, Tema: Habilidades Sociales y Personales

Participantes: 8 Usuarios

Les planteamos dos preguntas abstractas a pesar de que les costó la otra vez contactar con sus características personales positivas, con el fin de romper con los estereotipos y fomentar el autoestima. Estas preguntas buscaron que ellos pudieran pensar sus fortalezas y debilidades las mismas fueron: ¿Qué características mías me ayudan a desempeñarme en un trabajo? Y ¿Qué características mías no me ayudarían a desempeñarme en un trabajo?. Para esto les brindamos lápices y hojas para quien quiera usar, les dimos un tiempo determinado, de 20 minutos para realizar la tarea y al cumplirse el tiempo luego de haber aclarado dudas, algunos nos dicen que aún no terminaron por lo que extendemos el plazo. Luego pasamos a compartir lo que escribieron, dos usuarios prefirieron no compartir lo que habían puesto, uno de ellos nos dio la hoja a nosotros y el otro prefirió llevarla. Las fortalezas más destacadas fueron: responsable, simpático, actitud, ganas de trabajar, inteligencia, tener fuerza, voluntad, compañero, superación, competitivo, ordenado,

alegre, imaginación. Las debilidades fueron: “no pongo atención”, “no soy cálido con la gente”, antipático, ansioso, miedoso, “tomo medicación”, haragana, triste, enfermo, “mantener el silencio”, “no esperar”, “distráido si la tarea no me gusta”, “me cuesta levantarme temprano”. Posteriormente de compartir las respuestas conversamos acerca de porque serían cualidades y porque serían no-cualidades las palabras que escribieron. Vuelve a salir el tema de la enfermedad como obstáculo para trabajar, expresan que los echaran si se enteran. Surge nuevamente la inquietud de que si toman la pastilla y los ven van a saber que están enfermos. Además surge en el discurso de dos usuarios que no pueden trabajar porque están enfermos, y que la familia no quiere que trabajen por eso mismo. Los talleres se convierten en una oportunidad para hablar de los prejuicios sobre la enfermedad que ellos tienen y que creen que tiene la sociedad, en este caso pensando a los empleadores como parte importante de la sociedad, y a sus familias.

#### Taller N° 10, Tema: Miedos, Fantasía Guiada.

Participantes: 7 usuarios

Con el fin de abordar los miedos que ellos expresan vinculados al trabajo y de intentar “elaborarlos”, si es que se puede en un tiempo tan acotado, mi compañero de práctica propone hacer una fantasía guiada. La misma consiste en un relato que lleva como protagonista a un tren que va al trabajo y pasa por diferentes estaciones, llenas de emociones y sensaciones diferentes. Las estaciones donde los usuarios deben elegir bajarse son las siguientes: miedo, sacrificio, oportunidad, remuneración, satisfacción. Para esto primero hicimos unos ejercicios de relajación sentados, y luego les pedimos que cerraran los ojos y se concentraran en el relato. Después de que terminó la fantasía los usuarios podían compartir con todos como se habían sentido en el viaje, en que estación decidieron bajarse y porque. Para nuestra sorpresa, ninguno se bajó en la estación del miedo, que era la que en un principio queríamos trabajar, 3 se bajaron en remuneración, 1 en oportunidad, y 2 en satisfacción explicando que quisieron llegar hasta el final del viaje. Un detalle que aconteció fue que usuario pidió para salir antes de que empezara la fantasía, porque creía que no se iba a sentir bien luego de que explicamos la consigna.

#### Taller N° 11, Tema : Autoestigma y Motivación

Participantes: 7 usuarios

Debido a la cantidad de veces que los usuarios trajeron el tema de la enfermedad vinculada con el trabajo, decidimos trabajar sobre el autoestigma y explicarles en qué consistía, luego de explicarles lo que llevó un buen tiempo, pasamos a mirar un video más descriptivo y sencillo que a pesar de que quizás no todo lo que expresa era compartible por nosotros, nos ayudó a poner más sobre la mesa el tema. El video es con animaciones y describe la historia de lo que va sintiendo y viviendo Bruno el personaje principal, cuando le diagnostican esquizofrenia(Fundación ASAM familia, 2014). Costo que logran entrar en el tema, y se hizo difícil que pudieran entenderlo separado de la enfermedad. Es decir ellos relacionaban su pensamiento directamente con la enfermedad. Luego pasamos a hablar sobre la importancia de la motivación en todos los aspectos de la vida, se trabajó

también la importancia de realizar actividades que fueran de disfrute, donde ellos hacían referencia a algunas actividades del Centro, a lo que nosotros les propusimos que sería bueno para ellos que realizaran tareas fuera del Centro también. Algunos mencionaron que no sabían hasta cuando iban a estar en el Centro, y que si trabajaban no iban a poder seguir yendo al Centro. Expresando quizás el temor a egresar de la institución. Se les explicó que son procesos y que quizás puedan trabajar pocas horas y concurrir a ambos lados, como en el caso de 3 usuarios que están en esa situación. Se percibió claramente la importancia que el Centro tiene en sus vidas cotidianas, siendo la concurrencia al mismo la tarea fundamental de cada día.

#### Taller N° 12, Tema: Estigma Social

Participantes: 5 Usuarios

Retomamos el tema del autoestigma y conversamos sobre el estigma social, aquí salió nuevamente el miedo de ellos a trabajar y de que los echaran, un usuario cuenta una anécdota que ocurrió en la farmacia del hospital, cuando alguien que estaba sentado a su lado hace un comentario de otra persona que estaba en el hospital, diciendo que estaba re loco que cómo lo iban a dejar que estuviera ahí. Y el Usuario no le respondió nada sintiéndose mal por el comentario. Expresando en el taller, que “si el hombre supiera que yo vengo a un Centro de Rehabilitación, pensaría lo mismo de mi, yo me quede calladito”. Siendo el Centro, como se percibe en el comentario, sinónimo de la enfermedad. La anécdota fue adecuada al tema que estábamos trabajando y sirvió de ejemplo para que otros usuarios comprendieran a que hacíamos referencia. Recordamos también el video *Ponle cara a la enfermedad mental*, que se realizó en España dentro de la campaña de fin al estigma, ya que hacía unas semanas los usuarios lo habían visto en el taller de psicoeducación (Surce Beats, 2015).

#### Taller N° 13, Tema: Empoderamiento

Participantes: 6 Usuarios

A partir de los temas trabajados anteriormente decidimos trabajar sobre el empoderamiento, para lograr los objetivos que ellos desean. Luego de explicarles lo que implicaba, haciendo hincapié en la importancia de que ellos pudieran elegir sobre lo que querían para sus vidas y armar sus proyectos, para lograr mayor control sobre sus vidas y mayor independencia. A partir de la autoconfianza, del respeto y la dignidad, de la participación en la toma de decisiones sobre sus vidas, fomentando la pertenencia y la contribución a la sociedad, les propusimos un ejercicio, donde tenían que responder 3 preguntas. Las mismas fueron: 1-¿En qué momentos considero que he podido empoderarme y tomar mis propias decisiones?, 2-¿Cómo me sentí cuando lo logré?, 3-¿ Cuando sentí que no puede hacer lo que yo quería?. Algunas de las respuestas expresan lo siguiente, pregunta 1, momentos de empoderamiento: “cuando busque un psiquiatra”, “cuando fui a consulta con un psiquiatra”, “cuando me saque la pensión”, “cuando conseguí y mantuve un trabajo”, “no faltarle el respeto a mis padres”, “dejar el liceo porque me sentía mal”, “cuando tuve mi primer trabajo”, “cuando trabaje”. En la pregunta 2 las sensaciones descritas siempre fueron

positivas: bien, contento, consciente, perseverante, “muy poderosa”. En la pregunta 3, situaciones que no me sentí empoderado y que no decidí por mí aparece: cuando me internaron aparece 3 veces, “cuando tuve que cambiar de trabajo porque mi madre quiso”, “cuando tuve que dejar a mi novio porque mi madre no lo quería”, “quería trabajar en el ejército pero mi psiquiatra no me dejó”, “cuando quería ir a un baile y mis padres no me dejaron”. Luego de compartir lo que cada uno había escrito, hablamos de la importancia de elegir y de que ellos tienen ese derecho, retomando el tema con que habíamos comenzado el taller.

#### Taller N° 14, Tema: Autoconfianza, Motivación y Cierre

Participantes: 5 usuarios

Recordamos lo trabajado el taller anterior y seguimos trabajando ahora con el concepto de autoconfianza y con el de motivación. Para esto trabajamos con un video que ya habíamos visto anteriormente, el de la entrevista laboral, llamado *Habilidades sociales* que también aborda la temática de la autoconfianza. (ForemCyL, 2011). Dos de los usuarios lograron reflexionar sobre la importancia de tener confianza en uno mismo para lograr los objetivos, el resto escuchó atento el video pero no participó activamente de las opiniones. Alguno a veces se dormía, cuando utilizábamos la técnica de los videos y había que despertarlo. El efecto secundario de alguna de las medicaciones, sumado al comienzo del taller enseguida de que ellos terminaban de almorzar e higienizar la cocina ayudaba a que alguno estuviera con sueño. Luego de discutir sobre lo que aconteció en el video, les recordamos que el próximo taller era el último por lo que les pedimos a todos que les avisaran a sus compañeros para que pudieran concurrir todos los participantes al cierre de los talleres. La mayoría ya sabía que el próximo era el último porque el término de los talleres coincidía con que nosotros nos íbamos del Centro, por lo que hacía varias semanas que el tema estaba presente y ellos nos estaban organizando una despedida.

#### Taller N° 15, Tema: Cierre y Entrega de los CV

Participantes: 10 Usuarios

Evaluamos en conjunto con ellos que les había parecido la serie de talleres, algunos expresaron que habían aprendido cosas que no sabían, otros que les había gustado y si alguien los iba a continuar desde el Centro. Es interesante mencionar que durante las últimas dos semanas esa pregunta estuvo en los encuentros con algunos de los usuarios en los pasillos y en el patio, por lo que planteamos la situación en la reunión de equipo y se nos dijo que no había posibilidad de que alguien los continuara. Entonces en este taller les dejamos en claro que al menos en ese momento los talleres no iban a continuar, que era un ciclo que se terminaba. Varios nos agradecieron por los talleres y nosotros les agradecemos a ellos por interesarse en nuestra propuesta y permitirnos trabajar en conjunto. Algunos expresaron su interés en comenzar a buscar trabajo, otros mencionaron que iban a esperar un tiempo más antes de decidirse a buscar trabajo. Del total de usuarios que asistieron al último taller, 2 usuarios ya estaban buscando trabajo desde hacía un tiempo, otro había empezado a trabajar en Uruguay trabaja, 5 manifestaron que por ahora no

querían trabajar, y 2 que le gustaría empezar a trabajar pero no estaban buscando. Luego pasamos a entregarles los C.V impresos, quedando el respaldo electrónico en la computadora del Centro con el fin de que si alguno necesitaba imprimirlo o modificarlo tuviera acceso a él. Esto se les informó a ellos y a los integrantes del equipo. Un usuario preguntó cómo hacía para modificarlo porque no sabía usar la computadora por lo que se le dijo que podía pedirle ayuda a los técnicos para modificarlo.

## *5 -Análisis de la experiencia*

5.1- Fundamentación de la importancia del trabajo en los procesos de inserción social y laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.

Del analisis de los talleres surgen varios tópicos a considerar: ***Participación de los usuarios en los talleres, Importancia del trabajo, Miedos, Redes, Experiencias laborales de los usuarios, Capacidades, Dificultades, Concepción de trabajo, Evaluación del cierre de los talleres y posibles Estrategias para fomentar la inserción laboral.***

Comenzaré con el análisis de la ***Participación de los usuarios***: se puede inferir según los datos obtenidos, (ver apartado 4), que del total de usuarios que concurría al Centro asiduamente, la mayoría decidió participar de los talleres, y se sintió motivado por la invitación a participar. De estos 15 usuarios que asistieron a los talleres 3 eran mujeres y 12 eran hombres, lo que se corresponde con la población que concurre al Centro donde la mayoría de los usuarios son hombres. De todos los participantes se calculó un promedio de 8 usuarios por taller. No se logró pese a las intervenciones que se realizarón, que todos los usuarios inscriptos participarán de todos los talleres al mismo tiempo. 4 usuarios fueron los que participaron de toda la serie de talleres, lo que se considera un número bajo de participantes. Esto genera la duda sobre si estos datos realmente coinciden con los días que los usuarios faltan al Centro o si es una situación específica de los talleres. La coincidencia con la baja concurrencia de usuarios los días de mal tiempo, y los días martes, permite plantear como hipótesis que dicho suceso no es un hecho específico de los talleres en cuestión, sino que se relaciona con la asistencia al Centro. Por ejemplo una usuaria que iba esporádicamente los días martes manifestó su deseo de participar de los talleres y de hecho lo hizo, pero esporádicamente como lo era su concurrencia al Centro los días martes. La baja concurrencia de los usuarios los días martes posiblemente también esté vinculada a que es un día en el cual hay tres talleres, dos en la mañana y uno en la tarde el cual ocupa casi todo el horario, por esto fue el único día que existía un lugar disponible para realizar los talleres. Siendo además un día donde no hay actividades tan importantes como lo son la asamblea, el grupo terapéutico o los talleres de psicoeducación, por lo que varios usuarios una vez cada tanto suelen tomárselo libre o lo reservan para faltar y realizar otras tareas. Los días de mayor concurrencia al Centro son los días lunes, miércoles y viernes, que además coincide con los días que asiste la coordinadora del Centro. También lunes o miércoles o viernes, son los días en que comienzan a asistir los usuarios



de pre-ingreso, por lo que son días de referencia para ellos luego de que comienzan a ir todos los días.

Analizando la **La importancia del trabajo** la misma se fundamenta en que, el acceso al mundo laboral, constituye un aspecto primordial en la vida de cualquier sujeto. Le permite a todos los seres humanos, acceder a la independencia económica, en algunos casos a la independencia familiar, posibilita y habilita a llevar a cabo el desarrollo de la vida adulta. Promueve la realización de los deseos personales y destrezas, así como permite pertenecer a un mundo compartido donde se generan nuevos vínculos, con compañeros de trabajo, colegas, jefes, extendiéndose así las redes de pertenencia y de sostén. Dado que en muchos casos las personas comparten más tiempo con sus compañeros de trabajo que con sus propias familias o amistades. Además el trabajo fomenta el empoderamiento, la motivación, la identidad, la autonomía y el derecho a la independencia y al acceso a una vida digna. El trabajo proporciona un lugar en la cadena productiva de la sociedad, un lugar de pertenencia y de reconocimiento, donde a cambio de las tareas realizadas se percibe tanto gratificación personal como monetaria. El trabajo abre las puertas a nuevas circunstancias, al disfrute, al ocio, a interaccionar de maneras nuevas, permite conocerse mejor y saber hasta donde se puede llegar, permite asumir responsabilidades y frustraciones. Desde todas sus perspectivas el trabajo es habilitador y portador de nuevos devenires, autorizando a las personas a apropiarse de su lugar en el mundo, como ciudadanos de derechos. También el trabajo promueve el desarrollo de las necesidades humanas, su satisfacción y potencialidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas

Para los usuarios del Centro psicosocial Pando la importancia del trabajo, y el deseo de trabajar fue justificado en la mayoría de los casos, por el interés en aumentar el ingreso económico. Desde el comienzo de los talleres estuvo presente el deseo y el interés en concretar el acceso al trabajo. Nosotros intentamos trabajar además lo concerniente al gusto y al deseo personal de realizar una tarea no solo por el dinero sino porque nos puede gustar y satisfacer como personas, considerándola un logro personal. Lo que algunos usuarios compartían y otros no, debido a que para estos el trabajo no era sinónimo de gratificación. Un punto interesante que podría haber sido trabajado y no lo fue, es la posibilidad de hacer nuevos vínculos a partir del trabajo, este aspecto ha estado implícito al momento de pensar en la inclusión laboral y social, pero no fue presentado explícitamente por nosotros en los talleres, lo que quizás podría haber sido un motor y una justificación importante de porqué trabajar, para alguno de ellos. A pesar de la importancia que tiene para un sujeto y para la sociedad el poder trabajar, no todas las personas poseen las mismas ventajas ya que para algunas personas el derecho al trabajo se ve vulnerado. Hilarión y Koatz (2012) expresan que “Si bien el acceso al trabajo es un derecho universal, no siempre puede ejercerse plenamente, ya que no todas las personas tienen –real y efectivamente– las mismas oportunidades de participación en el mercado laboral” (p.15). Hilarión y Koatz (2012) sostienen que determinados colectivos presentan grandes dificultades para acceder y desarrollar una actividad productiva, laboral. Junto con las limitaciones del contexto social para acceder a un puesto de trabajo, existen factores personales, culturales, familiares, de salud, etc., que pueden funcionar

como barreras, generando situaciones de vulnerabilidad y exclusión social con diferentes niveles de complejidad. Esta situación es bastante casual en el caso de las personas que padecen trastornos mentales graves como lo es la esquizofrenia. El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir estas personas (Calzado, 2002). Varios son los estudios que dan cuenta de este suceso, en Estados Unidos por ejemplo, la tasa de desempleo global entre la población que padece trastornos mentales graves crónicos alcanza cotas en torno al 70% (Calzado, 2002). Además de ser el trabajo un derecho universal de todas las personas, las autoras Hilarión y Koatz (2012) sostienen que el trabajo es un componente importante en la sociabilización y se considera una vía de inclusión social, lo que lo hace imprescindible en los tratamientos de rehabilitación psicosocial donde se busca la inclusión social y la independencia de las personas, así como el desarrollo de las habilidades sociales. Son muchos los artículos y documentos que expresan y comparten lo que sostienen dichas autoras, diversas investigaciones llevadas adelante en España demuestran la eficacia y los resultados que denotan la inclusión social de los usuarios que padecen trastornos mentales, a través del trabajo, así como dan cuenta del trabajo, como potenciador del desarrollo de la autonomía y la independencia de los usuarios.

Es probable que **Los Miedos**, que fueron emergiendo a lo largo de varios de los talleres, en el colectivo grupal, en distintos momentos y expresados de diferentes formas, estén relacionados con la situación de exclusión que padecen los usuarios y que manifiestan Hilarión y Koatz (2012) y Calzado, (2002). En el taller número 10, decidimos trabajar los miedos a través de la fantasía guiada, para nuestra sorpresa los resultados fueron que ningún usuario decidió bajarse en esa estación. Este resultado permite pensar como posible hipótesis que el interés y el deseo de trabajar de ellos es importante pero, no más que sus miedos, se expresa aquí la dificultad en resolver y transformar en otra cosa los miedos que puedan tener. Miedos quizás que son depositados y acrecentados en ellos por la sociedad, las instituciones y porque no por las familias, aparte de su propio autoestigma. Algunos de los miedos que fueron emergiendo son por ejemplo, el miedo a perder la pensión que es su único ingreso real, y además se puede pensar que la misma permite también un proceso de identificación con el colectivo que cobra pensión dentro del País. Colectivo que percibe dicha ayuda por poseer algún tipo de discapacidad, que dificulta el acceso al trabajo. Por lo tanto se puede inferir la existencia del miedo a perder su identificación con ese lugar padeciente de enfermedad, que hasta ahora han habitado, por lo que se dificulta el pasaje a identificarse con otros colectivos. También, se identificó el miedo a que la sociedad se entere de sus padecimientos y los rechace, es decir miedo al estigma social, el cual tiene bases reales sustentadas en la discriminación y en los prejuicios sociales y que deriva a su vez en el autoestigma, en el miedo de no poder desarrollar bien una tarea por sufrir esquizofrenia asociado quizás con el sentimiento de vergüenza por su condición. Estos puntos serán abordados en el punto 5.2 de este trabajo. Otro miedo, es el de padecer una crisis asociada al inicio laboral, siendo explícito el mismo, cuando varios usuarios manifestaron que al comenzar a trabajar se enfermaron. A veces se escucha en charlas populares, desde el prejuicio social, enlazado al miedo anterior de

los usuarios, que es imposible que estas personas trabajen, o que para qué van a trabajar si luego van a recaer en la enfermedad a causa de las exigencias del trabajo.

A este respecto Felipe Corredor Alvarez (2015) cita a Joe Marrone y Ed Golowka (1999) en un artículo llamado "*Si el trabajo hace enfermar a los enfermos mentales ¿que causa el desempleo, la pobreza, y la exclusión social?*". Los autores realizan un profundo rastreo bibliográfico de estudios clínicos que dieran cuenta de algún indicio de efectos dañinos para la salud mental de personas con esquizofrenia que trabajan, encontrando que no hay indicios de que el trabajo sea perjudicial para la salud mental. Por el contrario, sostienen que "la desocupación es mucho peor para la salud mental que el nuevo posible estrés derivado del trabajo" (Corredor Alvarez, 2015, p.43)

Otro miedo que surgió esta relacionado a que sus familias no estén de acuerdo con su decisión de trabajar, interpretando quizás, la posibilidad de no contar más con el sostén de las mismas. También emergió el miedo a no poder seguir yendo al Centro Psicosocial, interpretando quizás la pérdida de su inclusión en el mismo, donde tienen su lugar de pertenencia, sus redes, sus amigos, sus referentes y el sostén de todo el equipo de trabajo. Estos miedos probablemente deriven de los procesos de exclusión social así como de inclusión, los cuales están determinados por ciertos mecanismos psicológicos.

Víctor Giorgi(2003) expresa al respecto, que los lugares que ocupan las personas así como los roles dentro del entramado social, están influenciados, por las redes sociales, las tradiciones culturales, los niveles de integración educativa y laboral, en los que las personas van construyendo su subjetividad, y su proceso identitario. Estas **Redes** son distintas y varían de un sujeto a otro, formando parte de los recursos con que cuentan las personas para resolver las diferentes problemáticas que han de afrontar a lo largo de la vida. "Ellas aportan modelos y matrices vinculares que sostienen los procesos identitarios a través de asignaciones, experiencias, códigos que expresan al sujeto que él es alguien para los otros y que a su vez esos otros son alguien para él" (Giorgi, 2003,p.2). Estas redes, le permiten al sujeto pertenecer a un espacio de referencia, a partir del funcionamiento de procesos de afiliación e inscripción a estas. Cuando estas redes se rompen o existe una desafiliación a las mismas pueden llegar a ocurrir procesos de exclusión. El antes y el después que vivencian las personas que padecen esquizofrenia, luego de su primer crisis o luego del diagnóstico de la enfermedad, está íntimamente relacionado con estos procesos donde sus redes sociales se rompen y comienzan a padecer los procesos de exclusión social. La ruptura con sus redes se hizo visible en los talleres a través de la dificultad que se presentó al momento de buscar sus referencias laborales y personales, encontrándose un vacío en estas redes tanto laborales como sociales. Donde no existe en la actualidad un sostén de las mismas que den cuenta de los lugares a los que pertenecía la persona, perdiéndose la identificación con estos lugares habitados anteriormente. No solo los procesos de exclusión se dan en las redes sociales personales sino que, al igual que lo plantean los autores referidos anteriormente, Giorgi (2003) sostiene que también se dan en el ámbito laboral y educativo. El autor expresa que tanto el trabajo como la educación, son factores de integración social, donde se dan intercambios sociales y vinculares, siendo parte la persona de un proyecto colectivo que posibilita los proyectos personales.

Cuando las personas quedan por fuera de estos ámbitos, recae sobre ellos cierta referencia a la “inutilización social” quedando descalificados según Castel R, (1995 citado en Giorgi (2003), en el plano cívico y político. (Giorgi, 2003) Me pregunto ¿Es ese lugar de “inutilización social” el que habitan los usuarios a partir, de la pertenencia al colectivo de discapacidad y a los efectos de la exclusión social?.

Giorgi (2003) plantea pensar a la exclusión como:

Un proceso interactivo de carácter acumulativo en el cual- a través de mecanismos de adjudicación y asunción - se ubica a personas o grupos en lugares cargados de significados que el conjunto social rechaza y no asume como propios. Esto lleva a una gradual disminución de los vínculos e intercambios con el resto de la sociedad restringiendo o negando el acceso a espacios socialmente valorados. Dicho proceso alcanza un punto de ruptura en el cual las interacciones quedan limitadas a aquellas que comparten su condición. De este modo el universo de significados, valores, bienes culturales y modelos, así como las experiencias de vida de que los sujetos disponen para la construcción de su subjetividad se ven empobrecidos y tienden a fijarlo en su condición de excluido.(p. 5)

Además como carácter primordial el proceso de exclusión compromete la globalidad del sujeto y su entorno más cercano. Incluyendo como se ha ido mencionando, la pérdida de redes sociales, la exclusión del mercado de trabajo, la no asignación dentro de su cultura de origen y la negación de una identidad como sujeto perteneciente a un colectivo desde la cual ejercer su plena ciudadanía (Giorgi,2003). Estando de esta forma vulnerados sus derechos humanos.

No se trata de que los sujetos en situación de exclusión no tengan vínculos, ni cultura, ni realicen trabajos. Se trata de una pérdida de sentido de esos elementos como componentes que sostengan un proyecto personal entrelazado con otros proyectos personales y colectivos socialmente valorados.(Giorgi, 2003, p.8)

En cambio cuando las personas adquieren una identidad social que les permite expresarse a través de sus colectivos y sus redes de pertenencia y adoptar posturas activas en pro de la defensa o restitución de sus derechos humanos, cívicos y políticos se opera una inclusión en la dinámica social(Giorgi, 2003). Pensando en la inclusión social en el ámbito laboral, Colis, José Augusto, (2003) a partir de su trabajo en un Centro de Rehabilitación Laboral, donde se lleva adelante una empresa que crea páginas web, plantea el concepto de restablecimiento, este hace referencia a que los usuarios se sienten restablecidos, a partir del trabajo. En este caso en la empresa de páginas web, donde realizan tareas como:

El manejo de enrevesados programas informáticos, lenguajes y códigos de peculiar sintaxis, el uso de aparatos futuristas que escanean y capturan imágenes de la realidad y las transforman al gusto del diseñador, el análisis de los contenidos, su transcripción al soporte digital, el siempre delicado contacto con el cliente.(Colis, 2003, p. 1) .

El concepto de restablecimiento trae consigo:

El desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la medida en que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental. Esta definición vendría a

anunciarnos la existencia de personas que han conseguido afrontar su enfermedad hasta el punto de ya no ser sustantiva, sino adjetiva a su condición de personas en el mundo. (Colis, 2003, p.1)

De esta forma se genera un restablecimiento, donde las personas que padecen enfermedades mentales consiguen sobreponerse a su condición patológica y desarrollar roles normalizados que les corresponden por su primordial condición de personas en el mundo (Colis, 2003). Por lo tanto, no solo el beneficio del trabajo es para los sujetos, sino también para la sociedad enfrentando de esta forma el estigma social que existe entorno a estas enfermedades, generando una sociedad más inclusiva y equitativa. Así como es un beneficio para la sociedad también el poder aprovechar y potenciar las capacidades que cada persona posee, para contribuir y fomentar al desarrollo de la misma. Todas las personas tienen capacidades útiles para ser aprovechadas por la sociedad, más allá de sus condiciones, físicas, culturales, religiosas, etc, la inteligencia social quizás está en identificar esas capacidades y utilizarlas. Como se ve claramente en lo expresado por Colis (2003) en el desarrollo de la empresa que crea páginas web, mercado que va en ascenso y que es requerido por la sociedad cada vez más al ir avanzando las tecnologías.

Analizando las **Experiencias laborales de los usuarios**, se puede establecer que de los 15 usuarios, todos habían trabajado antes de enfermarse, solo uno de ellos, había trabajado con el padre en una feria y no lo consideraba trabajo, el resto de los participantes habían trabajado en trabajos fuera del ámbito familiar. Otro de los usuarios al quedar sin trabajo comenzó a trabajar en una empresa familiar hasta el presente. Actualmente trabajan 3, uno en la empresa familiar, otro en Uruguay Trabaja donde quedó seleccionado recientemente durante el transcurso de los talleres, y otro realizando jardines de forma particular, lo cual no lo considera un trabajo. Otro usuario trabajó el año pasado en una pasantía laboral en la cocina del Hospital Vilardebó, que finalizó hace varios meses. Por otra parte, hay uno de ellos que está muy interesado en trabajar y estaba buscando trabajo, los demás sin contar a los que ya trabajan, piensan en el trabajo como un proyecto a futuro, a pesar de que el deseo por trabajar está presente, según sus discursos. Es interesante analizar restando, a los usuarios que trabajan con la familia, que el acceso al trabajo de los otros dos usuarios (Hospital y Uruguay Trabaja) está dado en ámbitos exclusivos para personas con discapacidades, con contratos a término de 6 meses o un año, no siendo trabajos “comunes” que le permitan al usuario una estabilidad económica real y una inclusión social y laboral normalizada. De las experiencias laborales pasadas, se puede analizar que en la mayoría de los casos, los usuarios accedieron a empleos donde sus derechos como trabajadores se encontraron vulnerados, no percibiendo los aportes a BPS correspondientes. Accediendo a empleos llamados en negro. Además dichas experiencias están asociadas en varios casos a sentimientos negativos, debido a que simultáneamente al comienzo de la vida laboral de algunos usuarios, se empezaron a manifestar las primeras crisis asociadas a la enfermedad.

En relación a las **Capacidades** de los usuarios, si evaluamos su formación a partir de los datos obtenidos en la realización de los curriculums, se puede dar cuenta que: del total de participantes, 8 cursaron hasta ciclo básico y no llegaron a completarlo, 5 realizaron solamente primaria y 2

cursaron bachillerato hasta 5to año. El promedio de las edades de los participantes es de 35 años, es decir que estamos frente a personas jóvenes capaces de tener una vida laboral activa, tomando en cuenta las edades, y sus capacidades, personales y cognitivas respaldadas éstas además en que la mayoría de los usuarios realizaron la mitad del ciclo básico. Además, se puede inferir a partir de las actividades realizadas como lo fue el ejercicio de role playing como algunos usuarios quizás podrían desarrollar su trabajo adecuadamente en un trabajo donde se requiera más la utilización del nivel abstracto del pensamiento, resolviendo diferentes tareas. Así como otros quizás, logren desarrollar sus potencialidades en trabajos donde se requiera más la utilización del pensamiento formal, como ser en trabajos más estructurados, seriados, o concretos. Otra capacidad que emergió en el colectivo grupal fue, la posibilidad de reflexionar sobre sus vidas, al pensarse a sí mismos, cuando se comenzó a realizar los currículums vitae y no se pudo terminar la tarea por falta de datos. La mayoría hizo referencia a la etapa antes de que aconteciera la enfermedad en sus vidas, pudieron por un lapso de tiempo dejar la enfermedad a un lado y recordar sus hazañas y trabajos anteriores. Logrando de esta forma realizar un proceso de reconstrucción de sus propias historias.

En lo referente a las **Dificultades** que aparecieron en el colectivo grupal, una de ellas fue cuando un usuario decidió no concurrir más a los talleres. Dentro del grupo el usuario quedaba colocado en un lugar quizás incómodo, posiblemente de “chivo emisario” donde algunos de sus compañeros expresaban implícitamente la baja tolerancia a la frustración, corrigiendo continuamente lo que el usuario expresaba, generándose por momentos cierta tensión. Se entiende aquí el rol de “chivo emisario”, adjudicado al sujeto que:

se ha hecho cargo de las ansiedades del grupo configurándose la situación de chivo emisario. El sujeto se defiende entonces de la ansiedad apelando a los mecanismos o técnicas del yo estudiadas por la psicología individual. Si este recurso adaptativo falla, hace su eclosión la enfermedad, con la consiguiente segregación del paciente, abandono del rol, dificultades en la reintegración del miembro enfermo, etcétera.(Pichón Riviere, 1999, p.72 )

Analizando lo acontecido se hace visible un punto que estuvo ciego para nosotros durante los talleres, quizás debimos haberlo trabajado en el grupo y no solamente hablar con el usuario, quien al quedar atrapado en la situación, resolvió irse del grupo. Otras de las dificultades que emergió en el grupo vinculado a las tareas realizadas, fue la dificultad que se presentó al momento de trabajar con las computadoras. Ya que a pesar de sus jóvenes edades, no manejan ningún tipo de dispositivo tecnológico. Solamente 2 manejaban Internet, lo que hacía que la mayoría quedará por fuera del mundo virtual. El cual hoy en día es bastante necesario, tanto para realizar un Curriculum como para conseguir empleo, o trabajar utilizando dichos dispositivos. Además el acceso al uso de computadoras e internet, también es parte de la inclusión social, siendo importante que los usuarios puedan acceder también al mundo de las nuevas tecnologías. Otro obstáculo que se presentó fue al momento de recordar fechas y datos más precisos, donde, algunos de los usuarios no lograban recordar con exactitud las fechas en que habían trabajado anteriormente, así como las referencias

laborales, las cuales no eran comprobables, por la calidad de los trabajos, que como ya se mencionó en la mayoría de las situaciones eran en negro. Esta dificultad se presentó también cuando tuvieron que recordar las fechas en que habían cursado primaria y el liceo. Presentándose también cuando tenían que recordar el número de Cédula de Identidad, no obstante todos recordaban sus direcciones y teléfonos. Otra dificultad que surgió fue la situación puntual de una usuaria que no tenía Cédula de Identidad. Estos hechos llevan a pensar como sus identidades están arraigadas en la enfermedad olvidando los números de sus cédulas, al punto de no tener una, o no recordando parte de sus historias. Considerándose ellos mismos primero que cualquier otra cualidad personal, enfermos mentales. Por suerte la situación de la usuaria se resolvió, con el apoyo del Centro en coordinación con la Asistente social de la policlínica de Salud Mental, se realizó desde principio de año el trámite pertinente para que la usuaria pudiera sacar su cédula, y al término de los talleres, ya tenía su Cédula de Identidad.

En lo referente a la **Concepción de trabajo** propiamente dicha, se puede inferir según las respuestas obtenidas de los usuarios que el pensamiento de estos en cuanto a que significa trabajar, es totalmente adecuado a las circunstancias. Al plantear una puesta en común sobre las aptitudes y habilidades necesarias para trabajar las mencionadas fueron adecuadas, y ninguna de las palabras que surgieron fueron desadaptadas, lo que nos permite ver la adecuación al tema y el interés de los participantes. Similar fue lo que aconteció cuando se llevó adelante la temática vinculada a las entrevistas laborales, las respuestas fueron adecuadas y ajustadas a las situaciones planteadas. Así como los trabajos que ellos seleccionaron como posibles cuando realizaron el ejercicio de búsqueda de empleo. En relación a las tareas que ellos realizan en el Centro, que pueden tener una vinculación indirecta con el trabajo, como ser la venta de plantas, jabones y velas en las ferias navideñas, se percibe y se infiere a partir de sus discursos contemplando también las conversaciones por fuera del taller, que las mismas no son consideradas por ellos como un trabajo. Quizás porque no reciben un salario y las realizan como una actividad más del Centro y concurren a las ferias como usuarios del Centro y no como trabajadores que realizan productos artesanales y cosechan y cultivan plantas orgánicas. Lo cual también nos habla de la adecuación a lo que implica trabajar y de sus ajustados criterios de realidad, ya que estas actividades no son parte de los trabajos normalizados.

Del **Cierre del proceso** de los talleres se puede deducir que la mayoría de los usuarios presentaba deseos de que los talleres continuarán, pensando en la posibilidad de que algún técnico siguiera realizándolos, lo que no se pudo concretar. La evaluación de ellos fue que aprendieron nuevas cosas y que les encantaría animarse y poder trabajar. Es relevante mencionar que nosotros dejamos todos los materiales disponibles en el Centro con el fin de que alguien algún día pudiera darle continuidad a dichos talleres.

Pensando en las posibles **Estrategias para propiciar la inclusión laboral**, Thornicroft (2007), plantea algunas recomendaciones tanto para fomentar la inserción laboral de los usuarios como para lograr el mantenimiento de sus trabajos en las empresas. Estos trabajos son necesariamente más flexibles, siendo considerados, dentro de los “ajustes razonables” estipulados dentro de la ley

de discapacidad del Reino Unido, en donde reside el autor. Algunas de las estrategias propuestas por Thornicroft (2007) son: brindarle a las personas con dificultades de concentración un lugar de trabajo silencioso con menores distracciones y áreas de descanso, supervisar con mayor frecuencia a los trabajadores para facilitar la orientación sobre cómo realizar el trabajo, permitir por ejemplo el uso de auriculares para disminuir los ruidos y sonidos que puedan provocar distracción. Flexibilizar el horario de trabajo para que el usuario pueda ir a las citas médicas o para que desarrolle su actividad laboral exclusivamente en los momentos en que no se vea afectado por los efectos sedativos de la medicación, brindar un supervisor externo que apoye y oriente al trabajador y medie entre él y la empresa. Establecer con claridad la identidad de cada uno de los trabajadores, el contenido de cada tarea y la persona o personas a las que se les asignan, con el objetivo de facilitar la adaptación de los trabajadores con dificultades para manejar situaciones confusas y mejorar el concepto sobre la enfermedad mental en el lugar del trabajo para reducir el estigma y fundamentar todas las demás modificaciones propuestas.

## 5.2- Identificación de la presencia del estigma social y del autoestigma en el discurso de los usuarios del Centro Psicosocial Pando

Durante el transcurso de los talleres, se hizo imprescindible abordar estos tópicos, debido a la emergencia de los mismos en los discursos, lo que llevó a que los últimos talleres se focalizarán en trabajar tanto el autoestigma y el estigma social como las posibles vías para intentar reducir los efectos de los mismos. Para emprender este tópico pretendo dividir el análisis en tres partes, la primera abordará lo relativo al **Estigma** social, la segunda donde se trabajará sobre el **Autoestigma** y la tercera referente a las **Posibles vías para trabajar y combatir ambos flagelos**. La palabra **Estigma** se comenzó a utilizar, asociada a las imborrables lesiones, que padecían tanto vagabundos como esclavos, luego de ser agredidos con objetos punzantes y cortantes. Las marcas o cicatrices que les quedaban, llevaron a utilizar metafóricamente la palabra “estigma” para hacer referencia a las personas consideradas moralmente inferiores( Thornicroft, 2007). Fue la cultura griega la que comenzó a utilizar dicho término, que significa atravesar, hacer un agujero,(Junta de Andalucía, s/f). Estas personas a las cuales se las consideraba contaminadas, marcadas, debían ser evitadas especialmente en lugares públicos. (Reynoso et al, 2012). En 1984 Jones y sus colaboradores (Citado por Reynoso et al, 2012) definieron al estigma “como una “marca” o desviación del “prototipo o norma”, que liga al portador con atributos indeseables que desacreditan su identidad social ante los ojos de los demás”.(p. 82). Thornicroft, (2007) menciona que actualmente el estigma se define como “cualquier atributo, rasgo o trastorno que caracterice a un individuo y lo haga inaceptablemente diferente de la gente ‘normal’ con la que habitualmente se relaciona, dando lugar a una especie de sanción comunitaria”(p.16). Según la Junta de Andalucía (s/f) el comienzo del estigma en salud mental:

Está en estereotipos y mitos injustos heredados de siglos de incompreensión hacia la enfermedad mental. El silencio que la rodea y que la ha convertido en tabú ha mantenido



el estereotipo, que es una idea o imagen aceptada de común acuerdo por la sociedad y que permanece invariable. La reiteración de esos estereotipos ha creado sólidos prejuicios, que se ven reflejados en pensamientos y actitudes arbitrarias o parciales respecto de la enfermedad o las personas que la padecen, sin analizar si existe alguna razón que lo justifique. (¶ 3)

Por lo tanto el estigma es un flagelo social que está presente en todas las sociedades, sin importar el país o la región del mundo y no solo hay estigma en lo referente a la salud mental, sino también ante otro tipo de discapacidades o situaciones culturales, económicas y religiosas. En el discurso de los usuarios del Centro Psicosocial Pando, el primer taller donde se constató la presencia del estigma fue en el taller N° 1, cuando un usuario expresa que: “a mi me despidieron cuando se enteraron que estaba enfermo”. Estas situaciones son bastante comunes en la vida diaria de los usuarios, donde la exclusión social asociada al estigma hacen estragos en la salud biopsicosocial de los usuarios. Goffman (1963) menciona que dentro del intercambio social cuando uno de los implicados detecta en el otro un rasgo que se impone por la fuerza a la atención del otro con connotaciones negativas, lleva a que ese otro se aleje de la persona, anulando la atención a los atributos positivos. Además plantea que las personas suelen alejarse de lo diferente para constatar su normalidad, etiquetando al otro como anormal y a ellos como sanos. La segunda oportunidad en que surge en el discurso de los usuarios lo referente al estigma, se da en el tercer taller, donde un usuario pregunta si en el curriculum vitae hay que explicitar algo de la enfermedad que padecen. Cuando aconteció dicha situación y nosotros no supimos cómo resolverla, quizás estuvimos presos de nuestro propio estigma, ante, si correspondía que los empleadores supieran o no sobre los padecimientos de los usuarios. Al taller siguiente se resolvió informarles a los usuarios que no era necesario explicitar nada. Esta decisión fue tomada pensando en que no se suele poner en los CV nada referente a las enfermedades que uno padece, sean del índole que sean. Otra respuesta que quizás hubiera sido elocuente a la situación, sería, que cada uno decidiera si creía que era necesario o importante poner algo referente al tema. El tercer momento en que vuelve a surgir el asunto del estigma es en el taller N°7 donde un usuario manifiesta que cuando tenga que tomar la pastilla en el trabajo se van a dar cuenta, nosotros le respondimos que hay muchas personas que toman medicación, pero él no quedó satisfecho con la respuesta. Quizás la técnica del encubrimiento de la enfermedad, no resultó ser la más adecuada, ya que posiblemente sea otra forma más de negar la enfermedad no asumiendo la existencia de la misma en la sociedad, siendo otro mecanismo de exclusión de esta. Nosotros tomamos la decisión de abordar el tema desde ese lugar pensando en el derecho de los usuarios a preservar su privacidad e intimidad, en un tema tan personal como esté, con el fin de no someterse a los prejuicios sociales y discriminatorios. Quizás nosotros tomamos una actitud protectora hacia ellos, en vez de brindarles herramientas para afrontar la existencia del estigma en la sociedad. Esta actitud si se quiere asistencialista que busca la protección, y a veces quizás la sobreprotección, en algunas situaciones también se encuentra como mecanismo de trabajo dentro del equipo, este punto será discutido en el apartado 5.3.

Es interesante mencionar que en la mayoría de los casos donde se reconoció la presencia del estigma en el discurso de los usuarios, también asociado al mismo se pudo detectar la emergencia del autoestigma.

En lo relativo al **autoestigma**, Thrnicroft (2007), manifiesta que es el estigma social internalizado por los usuarios que padecen trastornos mentales. La Junta de Andalucía(s/f) sostiene que el autoestigma es una de las consecuencias más graves de la discriminación. Los prejuicios en muchos casos son asumidos por los usuarios como verdaderos afectando profundamente a los usuarios perdiendo la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida digna y común como sujetos de derechos.

Estereotipos y prejuicios acaban por instalarse en la persona, que asume esas actitudes marginadoras y se autodiscrimina. Se generan así reacciones emocionales negativas, se pierde la sensación de dominio sobre su situación personal, incapaz de buscar trabajo o vivir de forma independiente, y es posible que ni siquiera lo intente. Ello le puede llevar a fracasar en su tratamiento, y rechazar más la enfermedad mental que los familiares o el personal de los servicios de salud mental que le atiende.(Junta de Andalucía, s/f)

En los talleres desde el primer taller se hizo notoria la presencia del autoestigma en el discurso de los usuarios cuando uno de ellos manifestó que no podía trabajar porque estaba enfermo. Por lo que nosotros procuramos desterrar dicha idea ya establecida en el usuario, manifestando que la enfermedad no debería ser un impedimento para trabajar. Esto así como otros aspectos denotan, la baja autoestima que presentan los usuarios. Una de las situaciones se dio por ejemplo al momento de tener que reconocer cualidades positivas de sus personalidades, siendo casi imposible su reconocimiento. Lo que deja entrever que las creencias de los prejuicios sociales están tan internalizadas en ellos que no logran resaltar sus cualidades positivas. Otro de los momentos en que afloro el autoestigma en los discursos fue cuando un usuario, prefirió no poner en su CV una de las referencias laborales porque justo cuando estaba trabajando en ese lugar se había enfermado. visualizandose aquí quizás cierta vergüenza por su padecimiento. También ocurrió que un usuario no quiso poner de referencia al Centro Psicosocial, porque sentía vergüenza de pertenecer al mismo. Goffman (1968) sostiene que “la vergüenza se convierte en una posibilidad central, que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que fácilmente pueda imaginarse exento”(p. 18). Este autor plantea asimismo, que es posible que las personas que son estigmatizadas, muchas veces obtengan “beneficios secundarios” reafirmando el estigma social. (Goffman, 1668) Es decir, esto se da por ejemplo en la situación en que algunos usuarios responsabilizan a la enfermedad por sus fracasos o por su incapacidad en realizar determinadas tareas y muchas veces dichos fracasos son a causa de sus creencias impuestas por el estigma y no porque la enfermedad no les permita llevarlos a cabo. Lo que da cuenta de que la carga del estigma es tan grande que ellos terminan por creer que no son capaces de realizar sus propósitos. El beneficio secundario de la enfermedad en psicoanálisis, hace referencia a toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad. Se refiere a una ganancia suplementaria que el sujeto tiene de una enfermedad ya constituida. Y está vinculado a las

satisfacciones narcisistas o ligadas a la autoconservación más que a satisfacciones libidinales. (Laplanche, Pontalis, 1968). Es decir por ejemplo, en el caso de algunos usuarios, posiblemente no quieran trabajar por querer quedarse en la posición en que están que les brinda cierta seguridad, donde no corren riesgos siendo este el beneficio secundario de la enfermedad. Otro de los momentos donde aparece en el discurso de ellos el autoestigma, ligado a su vez con el estigma social es cuando un usuario plantea que al tomar su medicación los del trabajo se van a dar cuenta de su enfermedad. No pudiendo el usuario asociar que son muchas las personas que toman medicación. Igualmente es un hecho a partir de las experiencias de algunos usuarios, que en muchos empleos la desinformación en relación a la enfermedad y el estigma hacia la misma, lleva a que cuando esta se confirma en algún empleado sea motivo de despido del mismo. Por lo que los miedos expresados, atravesados por el estigma y el autoestigma tienen orígenes reales, confirmados. El estigma sobre la enfermedad mental data de épocas muy remotas, Foucault (1964) en su tesis sobre *Historia de la Locura*, también da cuenta del lugar “del loco” desde la edad media hasta la modernidad, mencionando el lugar de exclusión que padeció, así como la asociación directa, con vagabundos y desviados como con delincuentes. Recién con Pinel es que surge una psiquiatra que intenta diagnosticar al “loco” como padeciente de una enfermedad, y tratarlo como un ser humano (Foucault, 1964). Aquí no se intenta tomar el término “loco” como discriminatorio u ofensivo, como se suele tomar en la jerga común, sino como descriptivo de ese lugar de discriminación habitado por las personas que padecen trastornos mentales. Esto deja en evidencia la dificultad para afrontar y combatir ambos flagelos, es tal la pertenencia dentro de la sociedad de estos procesos que se encuentran arraigados hace siglos, asumiendo como verdadera la relación con la locura y la delincuencia o la violencia, que los usuarios terminan por creersela, así como las personas que lo piensan. Este arraigo tan profundo a lo largo de los siglos obstaculiza enormemente el exterminio de estos falsos prejuicios dentro de las sociedades.

Pensando en las **posibles vías para superar el estigma y el autoestigma**, los talleres que apuntaron a eso fueron, el taller N° 9, donde se trabajaron las habilidades sociales y personales, el taller N° 11 donde se trabajó sobre el autoestigma, el taller N° 12 que abordó lo referente al estigma social y los talleres N° 13 y 14 donde se trabajó el empoderamiento, la autoconfianza y la motivación. En el taller N° 9 se buscó romper con los prejuicios en cuanto a las cosas que no pueden realizar. A partir de la tarea desarrollada se intentó además, reconocer sus capacidades para el trabajo con el fin de reforzarlas y reconocer sus dificultades con el objetivo de potenciarlas y desarrollarlas. Reforzando en todo momento los aspectos más positivos tanto de las capacidades como de las dificultades. En el taller N° 11, cuando les presentamos el tema del autoestigma, nos encontramos con que no eran muy entendibles nuestros planteos, por lo que quizás debimos pensar estrategias menos explícitas para trabajar el tema, aunque cada intervención realizada en los talleres posterior a las preguntas de ellos vinculadas al autoestigma de forma indirecta, intentaban abordar la temática de forma implícita. Lo destacable es el hincapié que se intentó realizar sobre la importancia de no quedar prendidos a los prejuicios que existen sobre la enfermedad, siendo la mayoría errados. Similar fue lo que se trabajó en el taller N° 11, cuando se

abordó el tema del estigma social intentando desarraigar los prejuicios ya preestablecidos en ellos. En el taller N° 13 se trabajó sobre el empoderamiento, lo que implica reforzar sus decisiones su autonomía e independencia en torno a sus vidas. En la declaración sobre el empoderamiento del usuario de salud mental, realizada en la oficina regional para Europa de la OMS,(2010), se establece que el empoderamiento es una herramienta tanto de prevención como de promoción en salud, y se manifiesta que “las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad” (OMS-CE, 2010, p. 4).

Se plantea en esta declaración además, que el mismo debe tener lugar de manera simultánea tanto a nivel de la población como individual. Ya que este es un proceso social multidimensional, mediante el cual las personas y los grupos generan un mejor conocimiento y mayor control sobre sus vidas pudiendo transformar su entorno social y político, mejorando sus circunstancias de vida vinculadas a la salud(OMS-CE, 2010). Para la persona , el proceso de empoderamiento consiste en vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre su propia vida. Este proceso empieza tomando en cuenta las necesidades individuales y los objetivos deseados centrándose en el desarrollo de las capacidades y recursos que apoyen a la persona. El empoderamiento está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía de los sujetos, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, aumentando su autoestima (OMS-CE, 2010).

Thornicroft (2007) también plantea dentro de las herramientas para combatir el estigma y el autoestigma al, “empowerment” (potenciación o empoderamiento) entendiéndolo como la acción de brindar poder y competencias al usuario considerándolo lo contrario al autoestigma. En el ejercicio realizado en el taller de empoderamiento, los sentimientos que afloraron cuando no lograban realizar sus propósitos, y empoderarse tenían carga negativa, sintiéndose enfermos y apareciendo la tristeza entre otros sentimientos. En el taller N°14 trabajamos sobre la autoconfianza y la motivación entendiéndolo que las mismas forman parte del fortalecimiento del empoderamiento de las personas. Favoreciendo al desarraigo de los estereotipos y prejuicios preestablecidos tanto en la sociedad como en el ideal de los usuarios. Resaltando las características positivas de cada uno, esta vez, al intentar identificar aspectos positivos, surgen muchos más aspectos que en talleres anteriores donde se hacía casi imposible que pudieran identificar cualidades positivas personales. Estas fueron las vías que nosotros tomamos para intentar trabajar el combate del estigma y el autoestigma. A pesar de que los talleres no se centraban en estos temas consideramos que era imprescindible enfrentarlos, para el posterior desarrollo de la inserción laboral. También es importante mencionar que los temas fueron abordados escasamente debido al corto tiempo de duración de los talleres.

Thornicroft (2007), menciona como herramienta clave para combatir el autoestigma y la discriminación, al empoderamiento y dentro del mismo establece ciertas acciones: participación de los usuarios en la creación los de planes de cuidado y planes de intervención durante las crisis, utilización de las técnicas cognitivo–conductuales para combatir el autoestigma, evaluaciones

periódicas sobre la satisfacción de los consumidores con los servicios de salud, creación de servicios dirigidos por los usuarios y para ellos. Campañas para fomentar en las empresas, las cualidades positivas de las personas con enfermedad mental como trabajadores y la participación de los usuarios en el tratamiento y en la evaluación e investigación sobre los servicios de salud mental. Colis, J. (2003), por ejemplo, expresa en relación al estigma en el ámbito laboral, que varios estudios parecen confirmar que el estigma disminuye cuando conocemos a las personas, cuando les ponemos rostro.

Nuestra experiencia en el Centro de Rehabilitación Laboral parece apoyar esta idea: El prejuicio disminuye cuando la empresa contratadora conoce a la persona; y aun se reduce más cuando el usuario tiene el respaldo de un Programa de Integración Laboral profesionalizado que le garantiza apoyo y seguimiento.(Colis,J., 2003, p.3)

Desde el Centro Psicosocial Pando, las campañas para combatir ambos flagelos se centran en mostrarle a la sociedad que rodea al mismo, la existencia de este, y lo que el Centro y los usuarios realizan, participando en expo ferias y muestras. También se realizan campañas de concientización en conjunto con la Red de Discapacidad del eje de la ruta 8, donde se llevan adelante charlas, caminatas, diversos juegos etc, invitando a participar de estas actividades a organizaciones de la zona como son las escuelas, los liceos, trabajadores y usuarios del Hospital de Pando, mutualistas, etc.

5.3- Observación de la influencia de los atravesamientos, familiares e institucionales vinculados al acceso al mundo laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando.

En este punto además de tomar indicios de dichos atravesamientos a partir de los talleres, pretendo también analizarlos tomando en cuenta mi participación durante todo un año en la reunión de equipo del Centro y durante 6 meses en la asamblea multifamiliar. Pretendo separar este punto en tres partes una concerniente a los **Atravesamientos institucionales**, otra referente a los **Atravesamientos familiares** y la última relativa a las posibles **Herramientas existentes para abordar los atravesamientos tanto familiares como institucionales que influyen negativamente en la inserción laboral.**

En lo alusivo a la **institución**, desde el Centro, como ya se mencionó no existe ningún programa que afronte lo correspondiente a la inserción laboral de los usuarios. Lo que si se hace cuando llega información al Centro de algún llamado laboral puntual para personas con discapacidad o pasantías específicas para usuarios con Trastornos Mentales Severos como la del Hospital Vilardebó, se pasa a comunicarles a los usuarios de su existencia. También se les ofrece la información pertinente y ayuda para que se inscriban quienes deseen participar. Desde el Centro se manifestó en ocasiones en las reuniones de equipo la necesidad de la existencia de un Centro de Capacitación laboral, a donde puedan asistir los usuarios que están próximos a egresar del Centro. El tema del egreso es un tema muy hablado ya que al no existir el siguiente paso como puede ser un Centro de Capacitación Laboral, muchas veces el proceso se estanca, en pro de que los

usuarios no se queden encerrados en sus casas sin asistir a algún lugar de socialización como lo es entre otras cosas el Centro Psicosocial. Este año a partir de un llamado de Patronato, para proponer la coordinación de una pasantía laboral, desde el Centro Psicosocial se envió un proyecto con el fin de que se pudiera realizar una pasantía laboral en el Hospital de Pando en el área de la cocina y en el área de mantenimiento de jardinería. Al momento de terminar mi pasantía aún no se tenía noticias si este había sido seleccionado para desarrollar dicha pasantía. Casi todos los años esta pasantía se realiza en el Hospital Vilardebó y la coordina el Centro Sur Palermo, ya que, por los comentarios que circularon, era el único Centro que se presentaba al llamado. La actitud tomada por el equipo de trabajo del Centro al realizar un proyecto, da indicios de que el interés en abordar dicha problemática está y se sostiene desde el equipo de trabajo. Respecto a los atravesamientos institucionales que dificultan la inserción laboral de los usuarios de manera implícita, desde el Centro se habilita la participación de los usuarios en empleos específicos para personas con discapacidades como lo es la pasantía en el Hospital Vilardebó, sin ser considerada la posibilidad de que se inserten en empleos normalizados. Quizás sin darnos cuenta desde este lugar les estamos transmitiendo a los usuarios que ellos no pueden trabajar si no es en empleos con estas características. Estando posiblemente el estigma sobre la enfermedad mental presente aquí de forma invisibilizada, como en la mayoría de las instituciones de salud y salud mental. Unido a este hecho se encuentra la situación mencionada en el apartado anterior, acerca de que muchas intervenciones o conductas estereotipadas como la expuesta recién, intentan proteger o sobreproteger a los usuarios, por miedo a que se enfrenten al estigma social y salgan perjudicados. Esto lleva a que muchas veces se intervenga de forma quizás asistencialista, y no desde la asistencia. Es decir, el asistencialismo es entendido según Fuentes Destarac (2008), (citado por Martín Seco 2012), como:

la acción o conjunto de acciones que llevan a cabo las instituciones estatales con la finalidad de prestar socorro, favor o ayuda a individuos o grupos de individuos en condiciones de desprotección o de vulnerabilidad, de manera temporal o permanente. Tiene su origen en la caridad pública que se basa en el principio de benevolencia, es decir en la compasión y la lastima(¶ 2).

Por lo tanto desde el asistencialismo se busca proteger a las personas brindándole socorro y ayuda, quedando la persona ubicada en un lugar de dependencia. A diferencia del asistencialismo la asistencia según Norberto Alayón (2010) implica, dos ideas, “el reconocimiento de derechos sociales conculcados y la reparación de plena cobertura de los problemas sociales”. (¶ 15). Es decir que la asistencia busca la reparación de los problemas sociales, promoviendo el cambio, a través del fortalecimiento y la potenciación de las capacidades humanas, promoviendo que la persona salga de la situación de dependencia y se reincorpore a su vida productiva (Alayón, 2010). Desde esta perspectiva se toma el concepto de asistencia, como una acción importante, dejando de lado el asistencialismo. Considerando a la asistencia una herramienta clave para que los usuarios logren adquirir autonomía e independencia, reintegrándose al mundo social y laboral. Siendo el asistencialismo pensado desde esta perspectiva, una acción con connotaciones negativas, pese a

la intención positiva de proteger a la persona, que dificulta el desarrollo de la autonomía e independencia de los usuarios. A Través de lo expuesto se puede explicitar que existen ciertas lógicas que comienzan a estereotiparse de forma invisible dentro de las instituciones, que en ocasiones obstaculizan los procesos de trabajo entre los diferentes actores implicados, dentro de estas lógicas así como se encuentra el asistencialismo también se encuentra el estigma. Un suceso en el que quizás se pueda ejemplificar también dicha afirmación, fue el que aconteció en el primer taller con la implementación de una referencia laboral de un usuario, donde el mal entendido generó ciertos sentimientos de incomodidad y desconfianza entre los actores implicados. Quizás estando en este hecho el estigma invisibilizado. Como también la desconfianza posiblemente implícita existente hacia los practicantes por ser trabajadores-estudiantes aún no recibidos, móviles, y desconocidos para el equipo. Sustentada en el miedo relativo a las posibles equivocaciones de los practicantes y a la probable alteración de alguno de los accionares ya estipulados que favorecen al orden y a las dinámicas y lógicas de trabajo en la institución. Otro aspecto que tal vez, atravesase la inserción de los usuarios al mundo laboral desde las lógicas institucionales, es el suceso de “nombrar al Centro”. Con esto hago referencia al hecho de la venta de productos que ellos mismos realizan en el Centro con el fin de que los usuarios administren ese dinero para futuros viajes o comidas. Cuando ellos se acercan a algo similar a lo que es un trabajo, como lo es la venta en la feria de navidad, con el fin de que se conozca la procedencia del objeto y se sepa de la existencia del Centro, los productos que ellos venden así como la presentación al venderlos llevan el nombre del Centro Psicosocial, estando presente implícitamente la etiqueta de la enfermedad mental. Quitándole valor de esta forma al producto, es decir, para las personas ajenas al Centro muchas veces, la compra termina siendo para ayudar y no por la calidad de los productos que es muy buena. Desde la institución al perspectiva es otra, donde se sostiene que es una forma de que el Centro se haga conocer y se combata el estigma a través de la muestra de lo que se hace en el mismo, que es de muy buena calidad. Además el Centro no puede vender de otra forma porque no es una empresa y tampoco puede abrir una empresa de ventas, porque las características de la institución no lo permiten.

Tomando en cuenta los **Atravesamientos familiares**, se puede decir que cuando la familia está presente y acompaña al usuario, la misma puede ser de mucho sostén y apoyo para este, favoreciendo el proceso de recuperación. Por lo que el trabajo en conjunto con el grupo familiar es imprescindible, para acceder a los objetivos planteados. Aunque en ocasiones puede suceder que, de forma implícita por diversos motivos la familia coarte el proceso de recuperación de los usuarios, no queriendo que el usuario trabaje por ejemplo por diferentes miedos o prejuicios instaurados, en relación a que algo negativo pueda ocurrirle al usuario y en consecuencia a la familia. En dos ocasiones en el desarrollo de los talleres dos usuarios manifestaron que sus familias no querían que ellos trabajen. A partir de mi participación en las reuniones multifamiliares, las cuales se realizaban una vez al mes, con una duración de dos horas, puedo decir que dentro de las mismas habían tantas posturas como familias posibles, pero a pesar de esto se puede dividir el grupo de familiares entre los que estaban de acuerdo con que su familiar trabajara y los que no.

Los que no estaban de acuerdo, manifestaban este hecho de forma invisibilizada, ya que no hacían referencia explícitamente a su deseo de que su familiar no trabajará sino, que mencionaban excusas y miedos como por ejemplo: “el no puede trabajar porque me tiene que ayudar a mi en la casa y hacer los mandados” o “el no sale solo, porque tiene miedo, ahora lo acompañamos hasta la parada del ómnibus para venir al Centro, antes veníamos con él hasta la puerta”, “no puede trabajar porque es muy nervioso”, “él no quiere trabajar está bien así”. Sánchez Rodríguez (2006) sostiene que:

En las familias de las personas con enfermedad mental existen muchas veces patrones de funcionamiento que no favorecen el desarrollo ocupacional y la inserción laboral: actitudes de sobreprotección, fomento de conductas infantiles o bloqueo del desarrollo y madurez ocupacional, expectativas de inserción laboral poco ajustadas, pasividad o negación de la enfermedad y sus consecuencias, desconocimiento del funcionamiento del mercado formativo-laboral, etc (p.38)

Por este motivo el autor recomienda a la vez que se trabaja con los usuarios sobre su futura inserción laboral, trabajar también con las familias, para abordar dichas dificultades, y lograr el acceso al mundo laboral de los usuarios propiciando su autonomía e inclusión social. Casualmente la mayoría de estos familiares eran familiares que concurrían esporádicamente a las reuniones (una vez cada tres meses por ejemplo), o hacía poco tiempo que el usuario concurría al Centro, por lo que ellos también eran miembros relativamente nuevos en las reuniones. A diferencia de estos familiares habían otros, los que ya hacía varios años que concurrían, que estaban interesados en contactarse con el ministerio de trabajo y ver qué posibilidades existían de que los usuarios pudieran acceder a algún tipo de empleo, habían surgido propuestas como la posibilidad de cultivar en chacras vecinas con el fin de vender los productos. Desde el Centro se fomentó que los familiares pudieran crear una organización familiar del Centro y que se reunieran por fuera del mismo para tratar estos temas y otros. El Centro contacto a un miembro de una Organización de familiares de Montevideo, que se había ofrecido para asesorar a los familiares que quisieran construir una organización. Muchos manifestaban su interés acerca de que su familiar trabajará, pensando en su desarrollo económico y en sus proyectos a futuro, buscando que cada vez pudieran adquirir más independencia, explicitando además que ellos no iban a vivir toda la vida para poder sostenerlos y que tenían que salir del “capullo”. Un familiar manifestó que se iba a ir de este mundo tranquilo si sabía que su hijo iba a poder mantenerse por sus propios medios.

En lo concerniente a las **Herramientas para abordar los atravesamientos tanto familiares como institucionales que influyen negativamente en la inserción laboral**, desde las instituciones en general, quizás sería pertinente que se crearan espacios donde se puedan abordar y trabajar los puntos ciegos que invisibilizan ciertas prácticas que pueden reforzar el estigma social, así como el trabajo sobre ciertas conductas que pueden obstaculizar los procesos de inserción tanto laboral como social. Quizás estas medidas puedan desarrollarse mediante supervisiones con profesionales externos a los Centros de Salud, para detectar dichas invisibilidades y mejorar de esta forma la calidad del trabajo y el acceso a los objetivos estipulados. También sería interesante pensar



estrategias que puedan abrir puertas a la inserción laboral de los usuarios, realizando programas de rehabilitación laboral, y acercándose a las empresas de la zona con el fin de comenzar a derribar el estigma social en el ámbito laboral. Buscando soluciones a su vez a la dificultad de los egresos, por falta de programas posteriores a la rehabilitación psicosocial. Desde el trabajo con las familias Muñiz(2001),(citado por Sanchez Rodriguez, 2006), expresa un plan de trabajo con los familiares que consiste en: Punto 1- Asegurar la colaboración de la familia, es un punto fundamental, explorando los objetivos de la familia en relación al usuario, así como el cumplimiento de los mismos, sin posicionarnos como jueces en relación a sus opiniones y motivando el desarrollo de los mismos. Punto 2- Analizar las soluciones que se ponen en práctica y su papel en el mantenimiento del problema. Punto 3- Cuestionar y analizar la eficacia del funcionamiento familiar y de las estrategias de solución utilizadas para alcanzar sus objetivos. Punto 4- Sugerir alternativas de funcionamiento para cada miembro, siempre que sea necesario, a partir del trabajo en los aspectos desajustados de la familia. Punto 5- Evaluar las expectativas y creencias respecto a las consecuencias del cambio y abordar los aspectos generales de lo que implica la ocupación, el mundo laboral, así como el mercado laboral. Plantear posibles alternativas formativas - laborales para los usuarios. Punto 6- Pautar el cambio en función de la tolerancia de la familia, trabajar en las estrategias para mejorar la inserción laboral desde el entorno familiar, a partir de las dificultades detectadas.

## 6- Conclusiones

En cuanto al objetivo general, se pudieron identificar a lo largo del desarrollo de los objetivos específicos diversos facilitadores y barreras que hacen a la posibilidad de la inserción laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando. Analizando los objetivos específicos planteados puedo concluir que los usuarios del Centro Psicosocial Pando, se encuentran aptos y motivados para desarrollar un proceso de inclusión laboral más profundo que implique el acceso real al mundo laboral, y el mantenimiento de dicho trabajo, con características normalizadas. Mostrando en todo momento características adecuadas y ajustadas a la realidad necesarias para acceder al rubro laboral. También se puede concluir que se hace necesario para lograr una real inserción laboral, abordar y trabajar en profundidad el autoestigma con el que cargan los usuarios, fomentando el empoderamiento, la autoconfianza y la autoestima de ellos, derribando los prejuicios y las creencias preestablecidas acerca de los obstáculos impuestos por la enfermedad. Se hace importante también pensar estrategias para comenzar a destituir de la sociedad los prejuicios que construyen el estigma social y laboral, demostrando que la mayoría de estos prejuicios son falsos. En relación a los atravesamientos institucionales sería pertinente poder detectar desde la institución más posibilidades y herramientas que desemboquen en la inclusión laboral de los usuarios, proponiendo quizás a las autoridades que corresponda la posibilidad de crear programas de rehabilitación laboral. Así como también programas que intervengan hacia fuera en el trabajo con las empresas de la zona, demostrando y potenciando los beneficios de la inclusión laboral de los usuarios. En lo

referente a los atravesamientos familiares, es preciso quizás aprovechar la adecuada disposición de los familiares que están a favor de que los usuarios trabajen, para que estos intenten motivar al resto de los familiares que no están de acuerdo, trabajando con ellos para vencer miedos y prejuicios. Es relevante mencionar también la importancia de los Centros Psicosociales en el proceso de inclusión social, propiciando el empoderamiento de los usuarios, así como su autonomía e independencia, siendo necesarios también más dispositivos como el Centro Psicosocial Pando en el País. Por todo lo expuesto a lo largo del desarrollo de este trabajo, es de destacar la importancia en la implementación en nuestro país, de más programas que posibiliten el acceso al mundo laboral de los usuarios con padecimientos mentales, tanto para fomentar el desarrollo de su inclusión social y laboral, como para aprovechar las capacidades que todas las personas pueden brindarle a la sociedad y al País. Combatiendo poco a poco el estigma social que padecen no solo estas personas sino muchas a nivel mundial por diferentes razones, étnicas, culturales, sociales, etc, construyendo de esta forma una sociedad más humanitaria, equitativa y justa para todos, que respete los derechos humanos y políticos de todas las personas.

#### *Agradecimientos*

*Deseo agradecer, al Centro Psicosocial Pando y a todos los que trabajan en el, que año a año abren sus puertas a los practicantes de psicología haciendo posible experiencias como estas y habilitando a pensar nuevas prácticas creando así conocimientos, y aportando al desarrollo y al bienestar de los usuarios para quienes está dedicado este trabajo y a quienes también agradezco por haber participado de los talleres y haber permitido compartir una parte de su vida con nosotros. También quiero agradecer a mis docentes referentes de Facultad de Psicología, en especial a Luis Giménez quien además de acompañar el camino recorrido durante la práctica me acompañó y asistió en la realización de este trabajo.*

## 8- Referencias Bibliográficas

Asamblea Instituyente .(2015). *Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de: [http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page\\_25.html](http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html)

ASSE. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado(ASSE) y la Universidad de la República Facultad de Psicología*. Recuperado de: [http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/64343/mod\\_resource/content/1/Convenio%20ASSE.pdf](http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/64343/mod_resource/content/1/Convenio%20ASSE.pdf)

Cabrero, A. (2002). *Intervención psicosocial en la esquizofrenia*. En Verdugo, M., López, D., Gómez, A., Rodríguez, M., (Coords.) *Rehabilitación en salud mental situación y perspectivas*: (15-33). Salamanca: AMARÚ.

Centro Dr. A, Martínez Visca. (2015). *Centro Dr. martínez Visca*. Montevideo: Paginas web Uruguay. Recuperado de: <http://centromartinezvisca.org.uy>

Colis, J, A. (2003, octubre). *Estigma e Integración Laboral: Consideraciones desde la práctica*. Ponencia presentada en XIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Madrid, España.

Corredor Alvarez, F. (2015). *Ejes de autonomía y vida laboral de personas diagnosticadas con trastorno mental severo*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona) Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/330927>

Feduba. (noviembre, 2010). [Norberto Alayón, Lic. en trabajo social, profesor titular regular de la facultad de ciencias sociales, UBA: *El asistencialismo no es una excrecencia propia del trabajo social, sino del sistema capitalista imperante. Entrevista a Norberto Alayón*]. Mensaje de un blog. Recuperado de : <http://norbertoalayon.blogspot.com.uy/2012/04/entrevista-de-feduba-noviembre-2010.html>

Fernandez, V. Pereyra, M.(2015). *Talleres de preparación para la inserción laboral de los usuarios del Centro Psicosocial Pando*. (Documento inédito). Centro Psicosocial Pando - Practicantes. Convenio ASSE- Facultad de Psicología. Universidad de la República.

ForemCyL .(2011, julio, 4). *Capítulo 2. Las habilidades sociales*. [Archivo de video] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=h77psO-9HaA>

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.

Franco, M. (2002). *La rehabilitación psicosocial en Castilla y León*. En Verdugo, M., López, D., Gómez, A., Rodríguez, M., (Coords.) *Rehabilitación en salud mental situación y perspectivas*: (35-56). Salamanca: AMARÚ.

Fundación ASAM familia. (2014, octubre,3). *Esquizofrenia y enfermedad mental: la historia de Bruno*. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=nY2odQhVGL0>

Giorgi, V.(2003, Septiembre). *La construcción de la subjetividad en la exclusión. Trabajo presentado en el Seminario: Drogas y exclusión social* realizado en el Edificio Libertad, Montevideo, Uruguay.

Gobierno de Canelones. (s/f). *Municipio de Pando*. Recuperado de <https://www.imcanelones.gub.uy/?q=node/4597>

Goffman, E.(1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires:Amorrortu.

Guida, C. (2007). *Modelos de atención en salud*. Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial del curso niveles de atención en salud en Facultad de psicología, Montevideo Uruguay.

Hilarión, P. Koatz, D. (2012). *Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental*. Barcelona: Obra social "la caixa".

Junta de Andalucía, consejería de salud y bienestar social.(s/f). *1 de cada 4 personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida*. Andalucía: Creative commons. Recuperado de: <http://www.1decada4.es/>

Laplanche, J., Pontalis, J. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: LABOR S.A

Ley N°9581. *Psicópatas*. Poder legislativo. República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay. 8 de agosto 1936. Recuperado de : <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp? Ley=9581.&Anchor=>

Menéndez, E.(1985, enero). *El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos*. Desarrollo Económico, 24, (96), 593-604. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/281109001/Menendez-E-1985#scribd>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Recuperado de: [www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5437,21316](http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5437,21316)

Organización Mundial de la Salud.(2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental- Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS*. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)

Organización Mundial de la Salud.(2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Pichon Riviere, E. (1999). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Reynoso, S., Medina, R., Robles, R., Páez, F. (2012). *Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes*. Revista latinoamericana de psiquiatría. 11, (3), 82-89. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123f.pdf>

Saforcada, E. (1997). *Programa Facultad de psicología, curso salud pública y salud mental*. Recueprado de : [http://www.psi.uba.ar/biblioteca/programas\\_anteriores/archivos/salud\\_publica\\_mental\\_1997\\_cat1\\_enrique\\_saforcada.pdf](http://www.psi.uba.ar/biblioteca/programas_anteriores/archivos/salud_publica_mental_1997_cat1_enrique_saforcada.pdf)

Sánchez, O.(2007). *Seminario de rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental*. Recuperado de: <http://www.psicosocialart.es/documentacion/word/seminariorehlab.pdf>

Seco,M. (2012). *¿Qué es el asistencialismo?* Recuperado de: <http://sociologianecesaria.blogspot.com/2012/11/que-es-asistencialismo.html>

Sobrino, C. (2002). *Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral*. En verdugo, M.,López, D., Gómez, A., Rodríguez, M. (Coords). *Rehabilitación en salud mental situación y perspectivas*: (191-206). Salamanca: AMARÚ.

Surce Beats.(Producción).(2015). *Ponle cara, videoclip oficial*. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=FWeFer2GFRY>

Thrnicroft,G. (2007). *Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental*. Norte de salud mental. 28, 16-22. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vii/revista-28/016-elementos-para-combatir-la-discriminacion-de-las-personas-con-enfermedad-mental.pdf>