

# ***La rehabilitación vocacional de pacientes mentales crónicos en el marco de la salud mental comunitaria***<sup>(\*)</sup>

**Jacques ZEELEN**

*Universidad de Groningen (Holanda)*

**Jaap VAN WEEGHEL**

*Instituto para la Salud Mental de Holanda*

## *Resumen*

En este artículo se discute el papel que puede jugar la rehabilitación vocacional en el marco de la salud mental comunitaria. Se hacen algunos comentarios introductorios sobre la importancia del trabajo con personas con antecedentes psiquiátricos, precedido por una descripción de cómo la terapia ocupacional tradicional ha tratado las necesidades laborales de estos usuarios. Se discuten algunos hábitos laborales contraproducentes.

Se describen las iniciativas pioneras actuales en rehabilitación vocacional, desde Italia, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos, España y Holanda, incluyendo empresas sociales, clubes sociales y servicios comunitarios.

Se discuten e identifican algunos de los dilemas y problemas de esas nuevas prácticas como, por ejemplo, la tensión entre productividad y rehabilitación o los riesgos de un programa de entrenamiento interminable dirigido a un futuro que, para algunos participantes, nunca llegará.

En la parte final del artículo se ofrece un nuevo concepto de rehabilitación vocacional y, además, se propone un marco práctico para las cuatro funciones complementarias de la rehabilitación vocacional: preparación, transición, ayuda en los proyectos de trabajo asistido, y ayuda en situaciones de trabajo regular. Por último, se identifican once principios que podrían ser empleados en la rehabilitación vocacional en el marco de la salud mental comunitaria.

*Palabras clave:* Rehabilitación psicosocial, rehabilitación vocacional, salud mental comunitaria, esquizofrenia.

## *Abstract*

This article discusses the possible role of the vocational rehabilitation in a changing psychiatry. Some introductory remarks on the significance of work for people with a psychiatric background precede a description of how traditional

---

(\*) Este artículo ha sido elaborado por los autores expresamente para *Apuntes de Psicología*. Escrito originariamente en inglés, ha sido traducido al español por Salvador Perona Garcelán y Emilia Navarrón Cuevas. La traducción ha sido supervisada por los propios autores del trabajo.

*Dirección del primer autor:* Institute for Andragology, University of Groningen, Grote Rozenstraat 38, 9712 TJ Groningen (Holanda).

occupational therapy has dealt with the clients' need to work. Some counter-productive routines are discussed.

Current pioneering initiatives in vocational rehabilitation from Italy, the United Kingdom, Germany, U.S.A., Spain and the Netherlands, including social firms, clubhouses and outreaching services in vocational rehabilitation are briefly described.

Some of the dilemmas and problems of these new practices are identified and discussed, e.g. the tensions between productivity and rehabilitation and the dangers of an endless training programme aiming at a future which, for some participants, will never arrive.

In the final part of the article, suggestions for a new concept of vocational rehabilitation are offered. A practicable framework for the four complementary functions of vocational rehabilitation (preparation, transition, assistance in sheltered work projects, assistance in regular work situations) is put forward and eleven principles which might be employed in vocational rehabilitation in changing psychiatry are identified.

*Key words:* Psychosocial rehabilitation, vocational rehabilitation, community mental health, schizophrenia.

*... el trabajo remunerado es el instrumento mediante el cual un individuo se relaciona con el mundo. El trabajo es una ventana al mundo y en los últimos años, de una forma u otra, un buen número de ventanas han sido cerradas» (Adriaansens, 1990).*

La anterior afirmación, realizada por un científico social holandés, subraya la importancia del trabajo para la existencia humana y al mismo tiempo el hecho de que un gran número de personas, cuando dejan de trabajar, sufren trágicamente. Está claro que los sentimientos de aislamiento e inferioridad suelen aparecer fácilmente ante una situación de desempleo. La función más importante del trabajo es la de provisión de ingresos, pues capacitan a los individuos para vivir independientemente. Para muchos, ésta es una ventaja psicológica que no debería ser infravalorada; significa que las personas no se sienten dependientes de los familiares o de las ayudas estatales. Los ingresos obtenidos a través del empleo proporcionan más poder adquisitivo que una pensión, lo que facilita la participación en actividades sociales.

¿Qué más ofrece el trabajo? Freud afirmaba que la forma más fuerte de relacionarse con la realidad es a través del trabajo. Marie Jahoda, una psicóloga social, identificó junto con unos colegas, cinco funciones socio-psicológicas del trabajo en un estudio clásico de las masas de desempleados en la ciudad austriaca de Mariental en los años treinta (Jahoda, 1985). A continuación describiremos esas funciones y, basándonos de Marlieke de Jonge (1989) (representante del movimiento de usuarios de Holanda), señalaremos su importancia para las personas con antecedentes psiquiátricos (ver Van Weeghel y Zeelen, 1990):

1. El trabajo tiene una estructura temporal de la que no pueden escapar *las personas para las que el tiempo, los días y las noches, tienen un significado por sí mismos; el trabajo puede ser una forma de permanecer en sintonía con el*

mundo, pues de otra manera no estarían implicados. El trabajo introduce un contraste en la forma en la que la gente experimenta el tiempo, proporcionando una división estable en días y semanas, y haciendo que el ocio y las vacaciones estén diferenciadas.

2. El trabajo amplía el *horizonte social*. La gente experimenta la forma en que los colegas piensan, sienten y actúan; observan que otras personas tienen opiniones diferentes. Al mismo tiempo, las relaciones laborales se caracterizan por una cierta distancia emocional. Los compañeros de trabajo no son tan cercanos como los familiares y amigos. Los familiares y amigos no siempre comprenden y aceptan esto. Debido a la incapacidad de hacérselos ver, uno se siente doblemente solo. Esto significa que la gente no puede y no quiere vivir sin otros. *Los colegas, los compañeros de trabajo, son un término medio.*

3. La división en el trabajo y la cooperación, muestra que las personas nos necesitamos unas a otras y tenemos que seguir una meta colectiva para mantener una cultura colectiva. *Es evidente que el trabajo es una situación de dependencia mutua, distinta (aparentemente) de la desigual dependencia del subsidio de paro.*

4. El trabajo proporciona una identidad y un estatus en la sociedad. *Uno está involucrado, es una persona real y no una persona desechable.* Para muchas personas con antecedentes psiquiátricos, el trabajo es una forma de decir adiós a su identidad (pública) de paciente psiquiátrico.

5. El trabajo fuerza a la gente a estar activa. La obligación de hacer un esfuerzo significa que la gente tiene que man-

tenerse adaptada para ser capaz de trabajar. En relación con el trabajo, cuidarse también es una actividad útil. *El espíritu y la materia son esenciales para nuestro bienestar, lo que no siempre damos por hecho.*

Estas cinco funciones no tendrán la misma importancia en todas las situaciones laborales. Estas pueden estar bien o mal estructuradas en el tiempo, introducir actividades interesantes o aburridas y caracterizarse por relaciones sociales agradables o desagradables. No todas las personas tienen los mismos motivos para trabajar, atribuyen diferentes ventajas o desventajas al hecho de estar empleadas y, debido a esto, experimentarán esas funciones de diferente forma cuando comiencen un empleo. Además de los motivos más comunes o formales, muchos pueden tener razones muy personales para trabajar. Por ejemplo, el trabajo podría ser un medio para estar libre del alcohol unas cuantas horas al día, un medio para proporcionar algo a los padres, para romper el aislamiento de estar en casa; escapar de la presión emocional del hogar, o ahuyentar las voces obsesionantes o fantasmas de dentro de la cabeza. Para muchas personas con antecedentes psiquiátricos volver a trabajar sirve como una prueba: probará si están o no, *suficientemente recuperados* para realizar las actividades de la vida diaria como ciudadanos competentes (ver también Shepherd, 1984). En resumen, el trabajo proporciona un número de necesidades fundamentales que las personas desempleadas pueden disfrutar, o hacer uso de ellas, sólo parcialmente. Ninguna otra actividad puede reemplazar al trabajo totalmente (Bennett, 1970).

Volvamos ahora a nuestra pregunta central: *¿Cómo hacer justicia a las necesidades expresadas por las personas con antecedentes psiquiátricos en el campo de la rehabilitación vocacional?* Primero consideraremos las diferentes formas en la que la rehabilitación vocacional ha enfrentado tales necesidades en las décadas pasadas. Ofreceremos entonces un breve resumen de iniciativas pioneras actuales en rehabilitación vocacional, que han sido recientemente desarrolladas en Italia, Reino Unido, Alemania, Estados Unidos, España y Holanda. En la tercera parte, discutiremos algunos de los dilemas y problemas esenciales de estas nuevas prácticas. Concluiremos con sugerencias para renovar el concepto de rehabilitación vocacional.

### **Rutinas en la terapia ocupacional tradicional**

El término *rutina* se usa para describir los procedimientos más utilizados en la terapia ocupacional e industrial. Giddens (1984), define las rutinas como: procedimientos recurrentes que tienen tanto consecuencias deseadas como no deseadas. Nos centraremos en aquellas que juegan un papel importante en la reproducción de las características institucionales de los servicios de salud mental existentes.

¿Qué hábitos, ideas y actitudes arraigados en la terapia ocupacional e industrial deberían ser modificados o eliminados, en la rehabilitación vocacional llevada a cabo en los servicios de salud mental comunitarios? El cuestionamiento de las rutinas existentes en la terapia ocupacional e industrial, no nos debe hacer pensar que los problemas se en-

cuentran en todas partes y con el mismo alcance. Estamos en un período de reevaluación, donde las rutinas arraigadas están siendo en alguna medida desechadas por métodos nuevos y más abiertos. Sin embargo, hay rutinas que continúan existiendo en servicios nuevos y viejos, que deben ser examinadas.

Habitualmente, todo proceso de rehabilitación debería reforzar la autoconfianza del usuario. En la práctica, los terapeutas ocupacionales e industriales, carecen con frecuencia de indicaciones exactas de las áreas específicas en las que el usuario carece de autoconfianza, y de cómo éstas pueden ser tratadas a través de la rehabilitación vocacional. Como resultado de ello, se le pide al usuario que realice actividades por debajo de su nivel de competencia. Muchos terapeutas suelen estar más preocupados de no exigir demasiado al usuario, que de las consecuencias negativas de la infraestimulación.

A menudo se pasa por alto las limitaciones de los ambientes artificiales de los departamentos de terapia ocupacional e industrial. Se asume que los materiales, y las actividades, tienen un valor *por sí mismos* que pueden inducir al usuario a hacer los cambios conductuales deseados (terapia *material*). Se supone también, que ciertas actividades tienen una influencia directa sobre los síntomas, como por ejemplo, cuando se tiene la creencia de que un individuo agresivo saca más provecho trabajando en la sección del metal. Esto, sin embargo, no tiene en cuenta su historia vital y sus problemas actuales, y al mismo tiempo, fracasa en la predicción de sus posibilidades laborales futuras. El aislamiento de la sociedad, como ocurre en la terapia

industrial y ocupacional que se realiza en los hospitales, es también un factor que contribuye a esto.

Otro problema es la de fragmentación de la tarea. Desde esta perspectiva, la actividad humana se divide en muchos componentes y a cada uno de ellos se le presta atención por separado. La concentración, precisión, experiencia, motivación, ritmo, resistencia, y otras habilidades técnicas, son observadas y entrenadas separadamente. De esta forma el usuario corre el peligro de convertirse en la suma de sus habilidades individuales. No se ofrece un contexto significativo para sus acciones. Esto es reforzado por el hecho de que la rutina de la fragmentación, a menudo descuida la orientación hacia el trabajo en sociedad.

En el caso de que exista alguna orientación hacia la comunidad, una secuencia fija se impone sobre las diversas actividades (tales como las actividades para la vida diaria, ocio, productividad). Las actividades que se refieren a las áreas más sociales de la vida, tales como la productividad, a menudo son las últimas en entrar en escena. El individuo es ante todo entrenado en actividades de la vida diaria, y el trabajo no entra en juego hasta que este entrenamiento ha terminado. En este cuadro jerárquico de la actividad humana, no se valora qué actividades merecen más atención para cada usuario, teniendo en cuenta su situación personal y su posibilidad de reintegración en un momento dado.

A menudo se descuidan los aspectos de la rehabilitación vocacional específicos de cada sexo. Todavía se considera poco importante que las mujeres, con trastornos psiquiátricos, dirijan la atención

hacia un entrenamiento laboral o a las situaciones de trabajo.

En muchos hospitales psiquiátricos la terapia ocupacional e industrial, como otras terapias, están organizadas en rutas fijas. Después del período de admisión hay una fase de observación, seguida por la de tratamiento y, en la fase final, se hace la preparación para el alta. Esta aproximación implica que las soluciones se buscan fundamentalmente dentro de la institución, y desde el comienzo se descuida la atención directa al mundo exterior, como por ejemplo, utilizar tanto como sea posible los contactos sociales del usuario (Ree, 1981; Bennett, 1983). En Holanda, las rutas institucionales ha sido seriamente trastornadas por la amplia disminución del tiempo de estancia de pacientes hospitalizados. Hace poco escuchamos el siguiente comentario curioso de un terapeuta ocupacional: *actualmente los usuarios son admitidos demasiado poco tiempo como para participar sistemáticamente en la terapia industrial y ocupacional.*

### **Nuevos desarrollos en la rehabilitación vocacional**

La psiquiatría institucional no es simplemente un edificio que hay que demoler; es una institución que se manifiesta en las acciones cotidianas de los trabajadores de salud mental. Muchas de las rutinas mencionadas anteriormente tienen la función de reproducir la institucionalización psiquiátrica. El proceso de desinstitucionalización debería romper con esas rutinas que conducen a la protección del usuario, la clinalización de sus problemas y al descuido de sus condiciones de vida.

En el campo de la rehabilitación vocacional, somos cada vez más conscientes del hecho de que las actividades a menudo no remuneradas y monótonas en los terrenos del hospital, realmente no contribuyen mucho a la rehabilitación y reintegración de las personas con problemas psiquiátricos. En este sentido, son importantes los tres siguientes desarrollos en el campo de la rehabilitación vocacional: a) la puesta en marcha de cooperativas y empresas sociales, b) la apertura de clubes sociales y, c) la organización de servicios comunitarios en el campo de la rehabilitación vocacional.

*a) Cooperativas y empresas sociales*

En Italia, Alemania, Holanda, Reino Unido y España, se están organizando varias empresas sociales y cooperativas. Son pequeñas empresas dirigidas a ofrecer empleo remunerado a personas que, aunque son capaces de participar en una situación laboral, serían incapaces de afrontar las tensiones de un empleo regular. En estos proyectos hay una preferencia para que personas con antecedentes psiquiátricos, trabajen conjuntamente con personas que tienen otros problemas en el mercado laboral.

En algunos casos, esto implica que los puestos claves en el proceso de producción son mantenidos por empleados no discapacitados. Los empleados discapacitados psiquiátricamente trabajan dentro de subprocesos de producción adaptados a ellos, recibiendo instrucciones y supervisión. Los empleados regulares están allí principalmente para supervisar y coordinar; ellos se alejan de la mayoría de las actividades tanto como sea posible, pero están disponibles para sus colegas discapacitados siempre

que sea necesario, especialmente en las actividades más difíciles. En los períodos de recaídas, existe la opción de hacer actividades menos complejas y con un bajo nivel de estrés. Es muy importante enfatizar que las personas discapacitadas psiquiátricamente que participan en un proyecto, no deben ser consideradas como pacientes; son empleados con todos los derechos y deberes inherentes a sus puestos. Estas empresas sociales y cooperativas realizan una gran variedad de trabajos: cooperativas agrícolas a pequeña escala, restaurantes, lavado de coches, fabricación de juguetes, talleres industriales y tiendas variadas.

*b) Clubes sociales y centros de día*

En Estados Unidos, Reino Unido, España y Holanda, los clubes sociales y centros de día, han sido creados para cumplir, además de su función socializadora, un importante papel en la rehabilitación vocacional.

Un ejemplo muy conocido es la *Fountain House* americana, que es el modelo que ha sido seguido en Europa Occidental (por ejemplo, en Amsterdam). Las *Fountain Houses* son clubes sociales para personas con antecedentes psiquiátricos (Beard, Propst y Malamud, 1982). En ellos, todo miembro se compromete en las actividades del club social en la medida que le sea posible, teniendo profesionales a su disposición. La idea es que todos los miembros son bienvenidos y esenciales para llevar a cabo los programas del club social. Se pone un gran énfasis en el sentido de pertenencia y en la necesidad de trabajar juntos. En el club social los miembros llevan a cabo muchas actividades, las cuales varían desde trabajar en la cocina a trabajar en la

administración, y desde hacer la limpieza a editar diariamente el periódico del club. Sin embargo, cada miembro, a pesar de su discapacidad, es contemplado como un trabajador potencial que puede contribuir de acuerdo con sus habilidades y que puede contar con el aprecio y simpatía del personal.

En el modelo de la *Fountain House*, el retorno al empleo regular se considera como un objetivo esencial del proceso de rehabilitación. Con la realización de trabajos no remunerados dentro del club social, se espera que los miembros trabajen según sus propias perspectivas fuera del club en actividades laborales remuneradas. De esta forma los *programas de día prevocacionales* internos, están destinados para preparar a los usuarios para los *Programas de Empleo de Transición* (PET). Estos son organizados de la siguiente forma:

Las *Fountain Houses* están en contacto con varias empresas que reservan un número fijo de trabajos para los miembros del club. Por su parte, la *Fountain House* garantiza la continua ocupación de esos puestos, que pueden ser ocupados por turnos por los diferentes miembros del club social. De esta forma, el PET ofrece a todos los miembros del club la oportunidad de obtener una considerable experiencia laboral en diferentes empleos en un mercado laboral regular, sabiendo que esos trabajos ya han sido probados por el personal y/u otros miembros, y con la ventaja que esas empresas están acostumbradas a empleados con antecedentes psiquiátricos.

Además de estos clubes sociales, también se han abierto centros de día en diferentes países. Estos centros ejercen múltiples funciones: son lugares de en-

cuentro y reunión, pero también proporcionan programas de rehabilitación, re-creativos y educativos. Algunos de estos centros también ofrecen, o están estrechamente relacionados, con proyectos laborales. En algunos casos se han abierto agencias de empleo temporal, dirigidas a hacer más fácil la adaptación al empleo abierto.

### *c) Otros servicios comunitarios en rehabilitación vocacional*

Otro tipo de experiencia de interés se está produciendo en Alemania. Recientemente muchas regiones de ese país han establecido servicios comunitarios especiales para animar a las personas con problemas psiquiátricos al empleo regular. Los denominados *servicios psicosociales* (SP) ofrecen ayuda a usuarios que tienen serias dificultades en la esfera laboral. Muchos están amenazados con el despido, otros, a más largo plazo, están en peligro de perder su trabajo a causa de las dificultades relacionadas con sus discapacidades psiquiátricas. Un tercer grupo de usuarios de los SP, son personas que desean retornar al mundo laboral después de un largo período en el hospital, o después de un prolongado tratamiento y necesitan un apoyo intensivo. Ante todo, los servicios ofrecen a los usuarios un contacto personal estable que garantiza un apoyo intenso y, si es necesario, continuo. El objetivo general es ayudarle y, siempre que sea posible, hacer que las cosas sean más fáciles para él. De esta forma, los sentimientos de miedo e inseguridad pueden disminuir, manteniendo sus capacidades laborales a un nivel razonable. Estos servicios no sólo dirigen sus actividades a los empleados

con problemas psiquiátricos. A menudo, también ponen en marcha y apoyan a grupos de usuarios para que puedan discutir los problemas que tienen en las situaciones laborales. Además, el servicio aconseja y orienta a colegas, supervisores y a instructores relacionados con esos empleados. Proporciona al público información e imparte cursos en relación a problemas psiquiátricos y su relación con el trabajo.

### **Dilemas y problemas con las nuevas prácticas**

Estos nuevos desarrollos descritos anteriormente, intentan enfrentarse a las necesidades de las personas con antecedentes psiquiátricos. Incluso aquí, sin embargo, topamos con algunos problemas.

Algunos están relacionados con los graves obstáculos económicos, políticos y culturales, que en muchos casos, no permiten que personas con incapacidades psiquiátricas se integren dentro del mercado laboral. Están los prejuicios y la discriminación que tienen que hacer frente casi todos aquellos con una historia de problemas de este tipo. La legislación que tiene que ver con la discapacidad, está normalmente más adaptada a las discapacidades físicas que a las psíquicas. Esto es en parte debido a que las consecuencias de las discapacidades físicas en la productividad, se predicen más fácilmente que las consecuencias de la discapacidades psiquiátricas, donde períodos de productividad normal son interrumpidos ocasionalmente por períodos de relativa improductividad.

Por otra parte, estas empresas sociales y cooperativas, tienen bastantes difi-

cultades para asentar sus bases económicas. En esta época de innovaciones tecnológicas en los procesos de producción, es difícil para las personas con minusvalías obtener un lugar en el mercado laboral. En la mayoría de los casos es necesario mantener pensiones asistenciales debido a las fluctuaciones en la productividad de ciertos usuarios; sin embargo, estas ayudas económicas son incompatibles con un contrato de trabajo, por lo que siempre existe tensión entre las demandas empresariales de producción y los ritmos de los procesos de rehabilitación. Como consecuencia de ello, las fases de baja producción de éstas empresas, han de ser compensadas con el esfuerzo del resto de los compañeros, lo que, a la larga, termina poniendo en riesgo el puesto de los más vulnerables.

Además, estos proyectos carecen con frecuencia de las actividades de adaptación y entrenamiento necesarias. Estas actividades se pueden realizar *en el trabajo*, pero a costa del precioso tiempo de los supervisores. Las personas que no han trabajado durante largos períodos de tiempo, o que no tienen demasiada experiencia laboral, normalmente carecen de la cualificación necesaria para funcionar en una cooperativa.

Hay también otros proyectos que están específicamente dirigidos a la transición, ofreciendo oportunidades para el entrenamiento. Estos proyectos a menudo se ven limitados por la imposibilidad de ofertar otros recursos de carácter más permanente después del entrenamiento. De tal manera que los participantes se encuentran ante la paradoja de permanecer de manera indefinida en el proyecto de transición o quedarse sin nada. Entonces la pregunta que surge es si el



proyecto puede todavía llamarse de entrenamiento. En este sentido, Bennett (1988) ha subrayado la falta de sentido de trabajar en programas de este tipo en los que se prepara indefinidamente a la gente para un futuro que nunca llegará.

Además de la carencia de trabajo *«garantizado»*, de perspectivas para la transición y de facilidades de entrenamiento, hay otro problema que no debe ser subestimado. Para las personas que han pasado largos períodos de tiempo en el hospital, y también para los denominados pacientes jóvenes crónicos, pasar por una cooperativa o empresa social es un paso fundamental para comenzar a trabajar (Swildens, 1990). Sin embargo, estas personas a menudo no están motivadas y, en muchos casos, tienen una pobre comprensión de sus necesidades. Los pacientes jóvenes crónicos pueden tener expectativas poco realistas de la probabilidad de obtener empleo. Esto quiere decir que se necesita más tiempo y atención para la orientación laboral, experimentación y descubrimiento de las necesidades y capacidades del usuario. En este campo también es necesario el desarrollo de nuevas experiencias.

### ***Funciones complementarias de la rehabilitación vocacional***

En resumen, se puede sostener que un creciente número de proyectos pioneros fuera de las instituciones, están rellendo el hueco entre los cuidados en salud mental y el mundo del empleo. Sin embargo, solamente estamos tratando con un número relativamente pequeño de proyectos. Además, éstos no están suficientemente diferenciados como para preparar el terreno para la reintegración

dentro de un mercado laboral correcto. La ruta hacia la integración no será completada hasta que se consigan las cuatro siguientes funciones de la rehabilitación vocacional:

1. *Preparación*: programa de orientación laboral, entrenamiento e instrucción vocacional, dirigido a futuras situaciones laborales (regulares o protegidas).

2. *Transición*: programa de búsqueda de trabajo, colocación de prueba y puesto de entrenamiento, para aquellos que quieran entrar en el mercado laboral regular o en proyectos laborales protegidos.

3. *Creación, ayuda y apoyo* en proyectos laborales protegidos o empresas sociales.

4. *Ayuda en situaciones de empleo regular*:

a) Apoyo y seguimiento para personas en situaciones de empleo regular que periódicamente necesitan ayuda para prevenir recaídas.

b) Adaptación del ambiente laboral a las necesidades de estos grupos (Van Weeghel y Zeelen, 1990).

Estas cuatro funciones no pueden ser tomadas como categorías separadas, sino que estarían asociadas, tanto como sea posible, a servicios generales en el campo de la instrucción, mediación laboral y supervisión.

Los usuarios no necesitan siempre seguir la ruta completa de la rehabilitación vocacional. Dependiendo de los deseos y capacidades de la persona, estos pueden empezar la ruta en diferentes etapas. Debe también contemplarse la posibilidad de dar un paso hacia atrás, temporal o incluso permanente, cuando

el usuario fracasa al afrontar una situación de trabajo que sea demasiado difícil para él.

### **Sugerencias para una rehabilitación laboral renovada**

Ahora formularemos, en términos más prácticos, una aproximación factible a la rehabilitación vocacional. Sin embargo, es imposible delimitar nuestros puntos de vista sobre los procedimientos metodológicos a una única situación. La rehabilitación vocacional que nosotros defendemos es diferente e incluye distintas situaciones, actitudes y métodos. Las siguientes sugerencias han sido formuladas sobre y ante todas las situaciones prácticas posibles que se puedan dar, algunas las cuales fueron descritas anteriormente. En cada una de las situaciones será necesario considerar cómo los principios generales pueden ser traducidos a acciones.

#### *a) Continuidad y contexto*

Un organismo coordinador de cuidados, como un equipo de rehabilitación o un director de casos (*case manager*), es necesario para coordinar los distintos tipos de cuidados ofrecidos a un usuario. Al fin y al cabo, los problemas en la vida privada tienen un impacto sobre la situación laboral y viceversa.

Muchos usuarios con problemas psiquiátricos crónicos, requieren apoyo a largo plazo en el curso de sus actividades laborales y de ocio. Estamos pensando aquí en un trabajador profesional, con el que la relación no tiene por qué ser rota si el usuario se traslada de un proyecto o servicio a otro, o de una terapia a otra.

#### *b) Aceptación y progreso*

El supervisor debería encontrar un equilibrio entre el comienzo de las actividades, el ritmo de los usuarios y sus perspectivas vitales. La aceptación y el progreso pueden ciertamente ser combinados, pero exige un desarrollo común (Seyfried, 1990). El supervisor del trabajo debería aprender a reducir sus expectativas personales y profesionales a unos niveles realistas, a tomar las ilusiones del usuario tan seriamente como una próspera carrera profesional (Dörner, 1986), y a no jugar al ilusionista elaborando planes concretos para el futuro.

#### *c) Elección personal y los intereses de otros*

Es preferible que los usuarios elijan por sí mismos participar en un *proyecto común* con un supervisor o un terapeuta ocupacional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen personas severamente discapacitadas que tienen dificultades para motivarse, tomar decisiones y expresarlas. Si esto es así, tienen el riesgo de ser excluidos del trabajo y de las actividades de ocio. Los supervisores laborales deberían, por tanto, tener un mayor contacto con los usuarios más discapacitados, y a menudo, de manera unilateral. La accesibilidad (en un sentido geográfico y psicológico) es la piedra clave en esta relación. Frecuentemente es necesario reunirse con los usuarios pasivos preparando el primer contacto en sus hogares o en el hospital. A veces el usuario desea por sí mismo volver a trabajar y es apoyado por aquellos que le rodean. El interés mostrado por las personas de su entorno determina en gran medida su motivación en el taller.

*d) El primer comienzo y la segunda oportunidad*

El recorrido de actividades diarias de un usuario no debería estar fijado prematuramente hacia una única dirección (por ejemplo, el mundo laboral), especialmente en el caso de aquellos en los que por lo general no han tenido una historia laboral. Para estos recién llegados al mercado laboral, a menudo es útil explorar en su pasado para identificar experiencias de entrenamientos educativos o laborales fracasados, u oportunidades perdidas. La motivación para nuevas actividades se puede encontrar aquí. De la experiencia práctica hemos aprendido que un paquete educativo adaptado y orientado individualmente, proporciona una segunda oportunidad para muchos usuarios. Especialmente en la primera fase, es importante que el usuario experimente una serie de éxitos que estimularán su autoconfianza e incrementará su motivación para buscar nuevas oportunidades.

*e) Experimentación y apoyo*

Dentro del amplio espectro de actividades educativas, de empleo y otras actividades productivas, la elección puede ser diferente para cada individuo. El supervisor debe ser capaz de dar apoyo genuino dentro de esas actividades o, si es necesario, prepararle para la generalización. Debe estar bien informado, tanto de las oportunidades de empleo y trabajo protegido, como de las actividades diarias disponibles. Además, debería ser capaz de evaluar su importancia para el usuario y familiarizarlo con una multitud de recursos, organizaciones y normativas en todas esas áreas. En el proceso de encontrar y poner a prueba varias posi-

bilidades, es importante que a un usuario se le proporcione espacio para experimentar y cometer errores. Los errores son parte del proceso de aprendizaje, pero sólo con la condición de que el supervisor esté allí detrás de él, de forma que los errores no tengan un impacto negativo duradero.

*f) Historia y habilidades laborales*

En este proceso, el usuario y su guía, deben intentar descubrir lo que éste quiere y cuáles son sus capacidades en el campo laboral y de ocio. Los diagnósticos psiquiátricos actuales y la sintomatología, difícilmente proporcionan una información adecuada sobre dónde y cómo empezar (Anthony y Jansen, 1984). Las habilidades en el entorno del hogar no siempre están asociadas con los requisitos de una situación laboral (Ciompi, Agne y Dauvalder, 1979). Es más importante para el guía conocer y compartir el significado que el trabajo ha tenido para el usuario durante su vida. A menudo el entrenamiento y la historia laboral ha producido una sucesión de conflictos consigo mismo y con otros, con expectativas y decepciones.

Los datos sobre los empleos anteriores deben ser complementados con una evaluación de sus habilidades actuales. Sus competencias en las situaciones de trabajo normalmente no pueden ser determinadas a través de pruebas al comienzo de la ruta; es necesario un período de evaluación más largo en un ambiente real de trabajo (Watts, 1983; Shepherd, 1984).

El perfil de habilidades se construiría en términos de requisitos prácticos y relacionales, que el usuario tiene que

tener cuando trabaja o realiza actividades de ocio. Al mismo tiempo, es importante considerar las situaciones futuras de trabajo del usuario para ver qué adaptaciones y progresos son necesarios, para que pueda empezar el trabajo con toda sus capacidades y limitaciones.

*g) Espacio para maniobrar y estrategias de corrección personal*

Las personas con serios problemas psiquiátricos, a menudo, tienen dificultades extras para seleccionar y procesar adecuadamente la información de sus entornos. Esta limitación se manifiesta principalmente en situaciones que tienen una carga emocional negativa para ellos. Por lo tanto, el supervisor no debería colocar al usuario en un contexto de trabajo donde probablemente tenga que exponerse a situaciones estresantes.

Mientras se exponen a situaciones laborales reales, el usuario y el supervisor deben llegar a conocer bien las fronteras críticas de la hipoestimulación y sobreestimulación. Al mismo tiempo dichas situaciones deben, de vez en cuando, permitirles realizar actividades que les hagan menos dependientes del supervisor. Por otra parte, si las situaciones de trabajo empiezan a ser demasiado estresantes, el usuario debería tener la oportunidad de retirarse o pedir una baja.

Generalmente hablando, el supervisor debería comenzar por evaluar las estrategias que el usuario ha aprendido por sí mismo a lo largo de su vida, para afrontar las situaciones amenazantes. Con frecuencia las competencias del usuario no son valoradas suficientemente.

*h) Progresión y el derecho a la estabilidad*

El usuario no sólo debería tener la oportunidad de elegir *horizontalmente* entre varios proyectos de trabajo, sino también *verticalmente* entre una serie de situaciones de trabajo y ocio, moviéndose desde los muy protegidos a otros completamente integrados socialmente. Tenemos que ser prudentes en el mantenimiento de un modelo en escalera, pues podríamos ejercer sobre el usuario una presión constante en la consecución de los escalones más altos. El progreso debe ser posible, pero un retroceso no debe ser interpretado como un fracaso sino como una experiencia de aprendizaje. Un paso atrás puede ser incluso un paso en la dirección correcta. De esta manera, el usuario tendrá la oportunidad de alcanzar situaciones de trabajo o de ocio en las cuales se sienta mejor.

*i) Entrenamiento hacia delante y hacia atrás*

Todo esto no impide que en alguna etapa, el usuario y su supervisor, lleguen a un punto donde ellos estén de acuerdo en una meta que merezca la pena, como un empleo regular o un trabajo en un taller laboral protegido. En este punto, se organiza normalmente un programa de entrenamiento en un ambiente protegido, en donde el usuario pueda prepararse paso a paso, en los requerimientos profesionales y sociales de su futura situación laboral. Estos entrenamientos ciertamente tienen sus ventajas, pero es un problema considerable la generalización a una situación real de las habilidades sociales aprendidas en un ambiente institucional (Shepherd, 1984; Stein, 1989). Esto subraya la importancia de conside-

rar una aproximación lo más similar posible a la de la situación de la vida real, en la que el usuario se dirija a la situación laboral deseada. Entonces, de manera espontánea, se harán evidentes los aspectos específicos de la situación laboral en la que esta persona tiene dificultades.

Estos pueden ser tratados *retrospectivamente* en sesiones especiales de entrenamiento. Shepherd habla del principio de *entrenamiento hacia atrás*. Esta aproximación subraya el hecho de que la gente con problemas psiquiátricos algunas veces también deben arriesgarse. Podría ser preferible un gran paso hacia delante que una serie interminable de pequeños pasos.

#### *j) Supervisión del trabajo hecha a medida*

Este tipo de supervisión implica que diariamente recibirá el apoyo necesario de su supervisor, o de otros a los que pueda recurrir periódicamente en los servicios del proyecto de entrenamiento laboral.

Para las personas con problemas psiquiátricos crónicos, la rehabilitación no es un proceso lineal y finito. Sus problemas serán de carácter irregularmente recurrentes y fuertemente variados a lo largo del tiempo. Esto hace que sea una ilusión la idea de una mejora constante en la realización del trabajo. La rehabilitación vocacional para este grupo es más un proceso cíclico con un final abierto, en el que el apoyo puede diferir fuertemente en naturaleza e intensidad. Además, durante el proceso total el supervisor tendría en cuenta el estilo de aprendizaje y trabajo del usuario.

#### *k) Entre la exclusión y la integración*

A los usuarios se les debe ofrecer un trabajo en el que en todos los casos tenga

una identidad social reconocible. Preferiblemente debería ser remunerado y construirse con los desarrollos técnicos más avanzados en la industria y los servicios. El trabajo debería estar bien organizado y ser variado, con auténticos cambios de desarrollo.

En principio, es difícil hacer una marcada distinción entre qué empleos son más o menos convenientes para una persona con incapacidades psiquiátricas. La conveniencia o no de un trabajo dependerá mayormente de la organización, presión temporal y del ambiente laboral.

Las relaciones laborales deberían ser colegiadas, transparentes y con espacios para responsabilidades comunes. No obstante, las discusiones formales a veces tienen menos importancia que la respetuosa relación diaria entre colegas y personal (Seyfried, 1990).

En la elección de una futura situación laboral, el usuario y el supervisor deben continuamente valorar las ventajas de los ambientes laborales regulares y protegidos. Las ventajas de un trabajo "normal" no siempre deberían pesar más que los peligros de aislamiento y rechazo.

### **Comentarios finales**

Son todavía necesarias nuevas medidas y mejoras en los métodos de rehabilitación para hacer justicia a las necesidades de las personas con problemas psiquiátricos. Sin embargo, el éxito en la rehabilitación vocacional orientada al usuario, no depende meramente de la calidad de los programas utilizados. Depende también de la relación entre rehabilitación vocacional y los avances en salud mental, así como de los avances de la sociedad en sí misma.

La rehabilitación vocacional debería ser una parte integrada en un proceso comprensivo de rehabilitación para personas con problemas psiquiátricos crónicos. Aunque la rehabilitación vocacional y el tratamiento psiquiátrico son dos procesos distintos, una división estricta entre profesionales que trabajan en rehabilitación y en salud mental será contraproducente. La rehabilitación vocacional y el tratamiento están interrelacionados desde el principio. Además, la rehabilitación vocacional debería estar correctamente unidas a los programas de monitorización de casos y a los sistemas de apoyo comunitarios (Harding, Strauss, Hafez y Lieberman, 1987).

El éxito de la rehabilitación orientada al usuario también depende de la medida en que las personas con trastornos psiquiátricos sean admitidas por la sociedad. La posición laboral de los discapacitados psiquiátricos debería ser mejorada a través de una legislación más efectiva (discriminación positiva). La legislación puede ayudar a romper la resistencia de los empresarios, puede dar un empuje oficial a aquellos individuos discapacitados que quieren trabajar y que pueden proporcionar trabajadores y servicios de mediación con la autoridad necesaria, así como herramientas que allanen el camino para un mercado laboral abierto (Michon y Van Weeghel, 1993).

Sin embargo, una legislación efectiva no será suficiente por sí misma para resolver los *conflictos de la rehabilitación* (Wulff, 1972). Las discusiones sociales y culturales difícilmente pueden ser evitadas cuando se derivan de la integración de personas con discapacidades psiquiátricas en el mercado laboral. ¿Se convertirá el trabajo remunerado en un privilegio

para los miembros bien adaptados de la sociedad? ¿Quiénes son capaces de lograr los mayores niveles de productividad? o ¿Estamos dispuestos a aceptar a una persona vulnerable y lenta como un empleado o colega? Estas son preguntas que todos nosotros tenemos que afrontar.

La sociedad tendrá que prepararse para aceptar a las personas con trastornos mentales. Esperemos que la aceptación y el respeto no vengan sólo de las asociaciones sin ánimo de lucro. Podría ser que la misma sociedad esté interesada en integrar a sus conciudadanos menos atléticos. Como dijo una vez Marlieke de Jonge (1989), representante del movimiento de usuarios de Holanda: *«Una sociedad sin personas discapacitadas se consumiría a sí misma en muy poco tiempo»*.

## Referencias

- ANTHONY, W. A. y JANSEN, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronic mentally ill. *American Psychologist*, 33, 537-544.
- BEARD, J. H.; PROPST, R. y MALAMUD, T. J. (1982). The Fountain house, model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53.
- BENNETT, D. H. (1970). The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5, 244-250.
- BENNETT, D.H. (1983). The historic development of rehabilitation services. En F. Watts y D. H. Bennet (eds.): *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: John Wiley, 15-42.
- BENNETT, D.H. (1988). Waarom is werken zo belangrijk voor (ex-

- psychiatrische patiënten? En J. van Weeghel y J. Zeelen (eds.): *Psychiatrie, Arbeid en Samenleving*. Culemborg, 34-44.
- CIOMPY, L.; AGNE, C. y DAUVALDER, J. P. (1979). Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation Psychisch Kranker III. *Nervenarzt*, 50, 366-378.
- DÖRNER, K. (1986). Wie müssen wir unsere krankenhausarbeit ändern, um soziale Entwertung zu verhindern un Teilhabe am Arbeitsmarkt zu fördern?. En K. Dörner (ed.): *Lebenslänglich Arbeitslos, weil winderwertung*, Gütersloh, 178-184.
- GIDDENS, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: University Press.
- HARDING, C. M.; STRAUSS, J. S.; HAFEZ, H. y LIEBERMAN, P. B. (1987). Work and mental illness. 1. Toward an integration of the rehabilitation process. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (6), 317-326.
- JAHODA, M. (1985): Die sozialpsychologische Bedeutung von Arbeit. En D. Kleiber (ed.): *Im Schatten der Wende*. Tübingen: ÖGVT, 95-98.
- JONGE, M. DE (1989), *Gek(k)en Werk*. Lezing op het arbeidsrehabilitatiecongres, Maastricht, 20 April.
- KUILMAN, M. (1984). Blauwdruk van de activiteitendienst in de toekomst. En M. Kuilman: *Ontwikkelinge en knelpunten in de arbeidstherapie*. Raalte. 55-67.
- MICHON, H. y WEEGHEL, J. VAN, (1993). The vocational rehabilitation of people with handicaps in The Netherland. *Rehab Network*.
- REE, F. VAN (1981). Op weg naar de democratische psychiatrie. *Meta-medica*, 3, 136-149.
- SEYFRIED, E. (1990). *Neue Wege zur beruflichen Integration Behinderter*. Heidelberg: Hua Edition Schindele.
- SHEPHERD, G. (1984). *Institutional care and rehabilitation*. Londres/Nueva York: Longmans.
- STEIN, L. (1989). It's the focus not the locus. Hocus Pocus?. *Hospital and Community Psychiatry*, 8, 204.
- SWILDENS, W. E. (1990). *Het Inloophuis in Groningen*. Onderzoek naar een trefcentrum van mensen met een psychiatrischem achtergrond. Groningen: Andragogisch Instituut.
- WATTS, F. N. (1983). Employment. En F. N. Watts y D. H. Bennett: *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: John Wiley, 215-240.
- WEEGHEL, J. VAN, y ZEELEN, J. (1990). *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma.
- WULFF, E. (1972). Sozialer Abstieg oder soziale Eingliederung-Zur Problematik der Rehabilitationskonflikts bei Schizophrenen. En E. Wulff: *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 238-255.