

La incorporación del Taller laboral en el Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica

Leandro Florez
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad de Palermo
2007

INDICE

1 - INTRODUCCION		pag. 03
2 - DESARROLLO		
2.1 - Hospital Municipal “José T. Borda”.		
2.1.1 - Reseña Histórica.		pag. 05
2.1.2 - Estructura Hospitalaria.		pag. 06
Área de internación, prestaciones, atención ambulatoria, apoyo técnico y administrativo, niños y adolescentes. Prevención. Formación profesional y difusión.		
2.2 - Rehabilitación Psiquiátrica o Psicosocial.		
2.2.1 - Concepto, definición y antecedentes.		pag. 09
Rehabilitación Psiquiátrica. Desinstitucionalización y Síndromes.		
2.2.2 - Perspectiva biopsicosocial.		pag. 12
Concepción del Hombre.		
2.2.3 - Concepto y significado de Trabajo.		pag. 15
Los niveles de complejidad de Jacques. Significado psicológico.		
2.2.4 - Antecedentes en Rehabilitación laboral.		pag. 19
Rehabilitación laboral hospitalaria. Tratamiento psicosocial, Empleo protegido. Empleo con apoyos.		
2.3 – El taller laboral, un nuevo espacio.		
2.3.1 - Espacios Terapéuticos.		pag. 21
Psicoterapia individual. Atención Psiquiátrica. Psicoterapia grupal. Asistencia social. Asesoramiento legal. Taller de vida cotidiana. Taller de informática. Taller de literatura. Taller de artes plásticas. Taller de juegos teatrales.		
2.3.2 - Taller laboral.		pag. 24
2.3.3 - Los encuentros – Experiencia.		pag. 27
Modo de armar el currículum. Necesidad de trabajo. Autoconocimiento. La experiencia previa. Plan de búsqueda. Preparándose ante la entrevista. Continuidad laboral. Cierre y debate.		
3 - CONCLUSION		pag. 35
4 - BIBLIOGRAFIA		pag. 37

1 - INTRODUCCION.

El Servicio “Hospital de Noche” funciona en el “Hospital Municipal José Tiburcio Borda” y es un espacio de rehabilitación terapéutica para pacientes psiquiátricos que se encuentran de alta médica por parte del Servicio hospitalario y/o judicial según el caso particular. Es un espacio de post alta en donde el residente comienza a conectarse con la sociedad en forma paulatina y escalonada, según sus posibilidades, participando obligatoriamente de los talleres terapéuticos.

Tabla 1. Actividades del Hospital de noche

Actividades	
Psicoterapia Individual.	Taller de Vida cotidiana.
Atención Psiquiatrica.	Taller de Informática.
Psicoterapia Grupal.	Taller de Literatura.
Asistencia Social.	Taller de Artes Plásticas.
Asesoramiento legal.	Taller de Juegos Teatrales.

Se apunta a otorgar al “residente”, termino con el que se identifica a la persona en dicho proceso terapéutico, un lugar, una función en el grupo social, colaborando con él en la búsqueda de su autonomía e independencia. Entendiendo por “rehabilitación” al modo de restablecer la estima pública en sus derechos perdidos por razones medicas, jurídicas y hospitalarias, a cualquier individuo o grupo. En tanto “resocialización” lo denominamos al proceso de reaprendizaje de aptitudes interpersonales y de interacción, que están de acuerdo con la sociedad a la que se pertenece, mediante la participación en grupos, como miembro comprometido mental y físicamente (Watts y Bennett, 1990).

Hay criterios de admisión para poder ingresar al Servicio, en los cuales se prioriza el grupo de residentes ya formado tratando de que haya una homogeneidad grupal: la patología, conciencia del problema, la edad, enfermedades contagiosas, etc. Una vez definido el ingreso del paciente por todo el plantel profesional, comienza el proceso integrándose al grupo y a todas las actividades.

El servicio cuenta con 10 camas, asignadas a los pacientes según los criterios de admisión; cocina, por lo que deben ocuparse de buscar la comida en el Hospital y cocinarla, comedor grande, baños individuales, un salón para las actividades terapéuticas y recreativas, un consultorio para psicoterapia individual, un espacio para los profesionales, un gran parque y demás comodidades.

Los residentes deben mantener el lugar limpio y en condiciones ya que por elección de los profesionales no hay personal de limpieza, como en los otros servicios. Esto promueve que la persona que se encuentra en el servicio comience a conectarse con las actividades diarias y responsabilidades disminuidas o perdidas, según el caso, debido al periodo de internación.

El objetivo general de este trabajo de integración es desarrollar la importancia e incorporación del taller laboral en el marco de las actividades ya establecidas en el Servicio, no solo para su reinserción laboral sino para una pronta resocialización y rehabilitación psiquiátrica. Teniendo en cuenta que varios autores toman la rehabilitación laboral como punto fundamental de la resocialización – rehabilitación psicosocial, en general se refieren a trabajos dentro de la institución o relacionados en forma directa con ella, por ejemplo empleo con apoyos y/o talleres protegidos. Si bien es positivo para el paciente adaptarse a las normas y obligaciones de estos trabajos y volver a sentirse útil desempeñando una actividad o empleo, no fomenta la reinserción social, ni la reinserción al mercado laboral actual, generando en algunos casos dependencia hospitalaria.

Este taller permite abordar el ámbito laboral en un espacio propio desde otra perspectiva, en el cual el residente pueda conectarse con las movilizaciones que surgen a la hora de buscar trabajo, conocer mejor sus ventajas y desventajas para emplearlas correctamente, como afrontar la búsqueda laboral, los miedos, temores a la hora de encontrar un empleo, su continuidad y seguridad laboral.

Las diversas intervenciones se focalizan en la obtención de habilidades, competencias, diferenciación, creatividad, contacto social y autonomía con lo que se propicia un breve periodo de autoaprendizaje que posibilite una rápida reinserción comunitaria evitando el “hospitalismo” y una pronta reinserción al medio laboral y social.

2 - DESARROLLO.

2.1- Hospital Municipal “Jose T. Borda”

2.1.1 - Reseña Histórica:

Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario “José Tiburcio Borda”, ubicado en Ramón Carrillo 375. C.P. 1275, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Cuya superficie es de: 14,8 hectáreas.

La historia del hospital se remonta al 11 de octubre de 1863 donde se inaugura el asilo para orates "De San Buenaventura", en homenaje al Dr. Ventura Bosch, propulsor de la obra.

En 1886 la Facultad de Medicina crea el Curso de Clínica Psiquiátrica, propuesto por el Dr. Cabred, y se designa como director del mismo al Dr. Lucio Meléndez.

Fué inaugurado durante la presidencia de Julio A. Roca, y bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes, patrona de presos y asilados.

En 1897 se crea el laboratorio de Anatomía Patológica, a cargo del Dr. Cristofredo Jakob. En 1900 se inicia la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica, siendo sus profesores Borda, Jones y Brandan. El 5 de agosto de 1903 se crea el consultorio de Odontología (Dr. Tomás Sanguinetti).

En 1904 se demuele el edificio del Asilo de San Buenaventura. En 1905 se lo declara Hospicio Nacional. Los consultorios externos de psiquiatría y neurología se crearon en 1931, a instancias de la Liga Argentina de Higiene Mental.

En el mes de octubre de 1949 cambia la denominación de Hospicio de las Mercedes, por la de "Hospital Nacional Neuro-psiquiátrico de Hombres". Y en 1967, por el de "Hospital Nacional José T. Borda".

En 1993 es designado Hospital Asociado a la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires.

2.1.2 - Estructura Hospitalaria:

Área de Internación:

Guardia (las 24 horas los 365 días del año). Admisión (periodos breves). Emergencias (30 a 60 días). Terapia a Corto Plazo (hombres y mujeres). Terapia a Mediano Plazo (hombres). Terapia a Largo Plazo (internaciones prolongadas).

Área de Prestaciones:

Hospital de Día (Servicio 166). Hospital de Noche (Servicio 165). Terapia Ocupacional (Servicio 48 Rehabilitación). Psicología Social. Servicio Social. Atención Psicosocial en Espacios Compartidos. Trabajo Corporal y Sección Salud Mental. Clínica Médica (Servicio 40). Diagnóstico por Imágenes (Rayos). Odontología. Farmacia (Servicio 49). Urología. Área Neurofísica (EEG). Medicina Legal. Clínica Quirúrgica. Laboratorio de Análisis Clínicos. Neurología (Servicio 16). Infectología (CIAIPI). Radiología. Trabajo Corporal (Educación Física, Deportes y Recreación). Kinesiología y Fisiatría.

Área de Atención Ambulatoria:

Asistencial: Consultorios Externos (Servicio 32). Hospital de Día. Hospital de Noche. Psicología Aplicada y Orientación Profesional. Terapia Ocupacional. Casa de Medio Camino (Servicio 59). Psicología Clínica. Trabajo Corporal (Sección Salud Mental). Centro Especializado en Asistencia, Investigación y Prevención en Trastornos Limítrofes y Bipolares.

Área de Apoyo técnico y administrativo:

Asuntos Jurídicos. Personal. Recursos Humanos. Relaciones Institucionales. Alimentación. Mantenimiento y Servicios Generales. Mesa de Entradas y Despacho. Contaduría. Contabilidad del Presupuesto. Contrataciones. Tesorería. Patrimonio. Depósito y Suministros.

Área de Niños y Adolescentes

Atención ambulatoria de psicoanálisis de niños y adolescentes, en consultorio especialmente equipado y acondicionado, con mobiliario y materiales específicos (posibilidad de instrumentación de horas de juego diagnósticas y terapéuticas).

En el marco de un abordaje global de la familia estos recursos permiten crear estrategias que incluyen terapias individuales, vinculares, nucleares, etc., con una modalidad psicoanalítica, para todos los integrantes de la familia, independientemente de su edad y sexo.

El equipo terapéutico realiza intervenciones psicoprofilácticas a través del trabajo interdisciplinario con diferentes profesionales del campo de la salud, apuntando a la atención primaria, prevención de patologías y promoción de la salud mental.

Prevención

1. Área programática: Asesoramiento e información sobre las distintas problemáticas que preocupan y angustian a la sociedad en general. En colaboración con la cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina (UBA) promueve temas de investigación, como “La .sexualidad en pacientes psiquiátricos”, “Política sanitaria”, “Problemas laborales y salud mental”.

Actualmente, agrega una comisión creada especialmente para realizar el proyecto de “Intervención en Crisis”, que tiene como objetivo salir a la comunidad a fin de auscultar los problemas actuales que padece la población en el área de salud mental. En primera instancia, trabajará con los barrios más cercanos al hospital, con el apoyo de organismos no gubernamentales allí existentes, detectando las dificultades, y llevando la prevención primaria a todos los estamentos sociales, desde el nivel pre-escolar, hasta la tercera edad.

2. Acción Social y Prevención Primaria: Prevención de la enfermedad y promoción de la salud por medio de talleres de diversas temáticas, estimulando en la comunidad la participación activa en sus organizaciones naturales. Trabaja con personas supuestamente sanas, en horarios matutino y vespertino. Se dan turnos para la realización de talleres, grupos de reflexión, charlas participativas, en los ámbitos educativo, laboral, recreativo social, etc. Sin límite de edad.

Ofrece sus servicios a escuelas, fábricas, centros de jubilados y vecinales, clubes, mediante talleres de violencia y maltrato familiar, violencia escolar, laboral y social, prevención de accidentes, adicciones, problemática nutricional, estimulación temprana y desarrollo normal, salud mental del preescolar, escolar y adolescente, orientación vocacional, SIDA, crisis vitales, tercera edad.

3. Taller Ocupacional: Para personas con dificultades en la organización y búsqueda de empleo y su sostenimiento, y en la organización de los hábitos y vínculos laborales. Los usuarios deben ser mayores de 18 años, sin necesidad de inscripción.

4. Difusión: Radio La Colifata

5. Frente de Artistas del Borda: Ha logrado doce años de existencia, con repercusión en todos los medios de información. Organiza eventos en salas teatrales de la ciudad, como así también encuentros internacionales como el “V Festival Latinoamericano de Artistas internados en Hospitales Psiquiátricos” (Mar del Plata). Este festival es único en el mundo, y han participado internados de hospitales psiquiátricos de Bolivia, Cuba, Italia y Uruguay.

Área de Formación Profesional y Difusión

1. Cátedra de Psiquiatría: Formación de Pre-grado y de Postgrado.

2. Departamento de Docencia e Investigación: Docencia e Investigación, Escuela de Enfermería, Biblioteca – Hemeroteca – Informática, Microcine, Videoteca, Comité de Investigación, Formación de Concurrentes y Residentes, Publicaciones.

La atención es gratuita.

2.2- Rehabilitación psicosocial:

2.2.1- Concepto, definición y antecedentes.

Como antecedentes conceptuales podemos señalar los movimientos de autoayuda americanos tipo Fountain House de los años 40, con su énfasis en la participación de los propios pacientes en su propio proceso de rehabilitación, la propia práctica de la rehabilitación física pos-bélica, con su actuación sobre las consecuencias de los traumas, y el movimiento de psiquiatría comunitaria y su insistencia en la normalización como referente. Así mismo, debemos citar el descubrimiento de los neurolépticos en los años 50 como antecedente necesario, pues permitió el control de los síntomas agudos como paso previo a la rehabilitación, haciendo ésta más necesaria al desvelar los límites farmacológicos por la persistencia de déficit en el funcionamiento psicosocial (Mueser, 1997).

La búsqueda de una definición satisfactoria de la Rehabilitación Psicosocial ha sido motivo de intensos debates, aunque resulta útil señalar sus objetivos y las diferencias con otras estrategias terapéuticas. Un enunciado operativo de los objetivos es el “mejorar los déficit en habilidades presuntamente causantes del deterioro en el funcionamiento psicosocial y/o modificar el ambiente promoviendo conductas adaptativas” (Anthony y Liberman, 1986). Algunas intervenciones, como el entrenamiento en habilidades sociales, buscan el primer objetivo, mientras que otras, como la psicoeducación familiar, promueven el segundo.

Otra forma de definirla es la delimitación con otras intervenciones, en primer lugar con el tratamiento: la Rehabilitación Psicosocial se diferencia del tratamiento en que mientras éste pretende actuar sobre las causas o etiología del trastorno, la Rehabilitación Psicosocial pretende hacerlo sobre las consecuencias.

Al igual que en otras enfermedades, la OMS (1980/1994) distingue tres clases de consecuencias de las patologías psiquiátricas: las deficiencias, o anormalidades en el funcionamiento neuropsicológico derivadas de la enfermedad y que también son objetivo del tratamiento; las discapacidades o pérdidas de habilidades de la vida cotidiana y que son el objetivo principal de la Rehabilitación Psiquiátrica; y las minusvalías o desventajas sociales secundarias a padecer la enfermedad y que también son susceptibles de intervenciones sociopolíticas.

La Rehabilitación Psiquiátrica se ha confundido en ocasiones con la reinserción, reubicación y desinstitucionalización. Sin embargo, gran parte de los problemas de ésta última pueden achacarse a una rehabilitación insuficiente, y ésta, a su vez, puede tener como objetivo la recuperación de funciones dentro de un hospital (Watts y Bennett, 1990). Gráficamente, se ha dicho que la desinstitucionalización abre la puerta de la institución, mientras que la Rehabilitación abre la de la comunidad (Farkas, 1996).

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos ha llevado consigo problemas debido fundamentalmente, a carencias en la planificación y la ejecución de servicios comunitarios alternativos a la hospitalización psiquiátrica. La desinstitucionalización de los enfermos mentales solo tiene éxito cuando existen los recursos comunitarios adecuados, puesto que, en caso contrario, puede ser contraproducente por provocar, a la larga, una resistencia en la población a la aceptación de estos enfermos en su seno.

Esta falta de recursos comunitarios genera otros dos nuevos inconvenientes. El síndrome de la “puerta giratoria” que describe a los pacientes que reingresan repetidamente, y el síndrome de los pacientes que se “caen por entre las grietas” del sistema, que se refiere a la carencia de seguimiento y tratamiento post-hospitalario (José Guimon, 2001).

Otro de los síndromes comunes en pacientes psiquiátricos es el “hospitalismo psiquiátrico”, en el cual, el paciente, después de un largo período de ingreso hospitalario, presenta temores y dificultades para salir al exterior y valerse por sí mismo, haciendo del hospital su hogar (Watts y Bennett, 1990).

El hospitalismo es una adaptación a la cultura institucional que sustituye a la de la vida común. Aunque la mayoría de las personas consideraría la estancia en un hospital o unidad psiquiátrica como una experiencia que ha de ser evitada a toda costa, hay individuos que creen obtener beneficios de su estancia hospitalaria: puede sacarles temporalmente de una situación particularmente tensa y difícil, proporcionándoles una tregua en la que pueden mejorar su relación con los demás. Corren, sin embargo, el riesgo del hospitalismo, por el cual creen que no pueden vivir sin la protección permanente del hospital (Watts y Bennett, 1990).

Dota al paciente de comportamientos típicos de la mayor parte de las personas que están sometidas a esa cultura hospitalaria. Los pacientes se muestran a los demás

diferentes y mucho más enfermos de lo que realmente están. La lista de estos comportamientos es demasiado extensa pero por citar algunos de ellos podemos mencionar la apatía, la inconstancia, la indiferencia, el deambular errático, la falta de energía, dormir con las prendas de vestir, desorden en el vestir, desaliño, superposición de ropa, la mendicidad, etc.

La Rehabilitación también debe distinguirse de los cuidados. Más que la recuperación del déficit, los cuidados pretenden suplirlos y hacer que el sujeto pueda vivir con ellos gracias a la ayuda de cuidadores (Fernández Liria, 1999).

2.2.2- Perspectiva Bipsicosocial.

Toda evaluación de la Rehabilitación Psiquiátrica debe ser conducida desde el principio por una teoría. Las preguntas sobre evaluación, mediciones, análisis e interpretaciones deben guiarse por conceptualizaciones explícitas del proceso causal por el cual se espera que el tratamiento tenga sus efectos. Una base teórica presenta, además otras ventajas como reducir la complejidad de la información, haciendo ésta explícita, ayudar a integrar la información nueva y colaborar en la evaluación de la eficacia identificando variables relevantes (Valiente, 1996).

Las bases teóricas constituyen los cimientos donde se ha construido el edificio empírico. En general, la Rehabilitación Psicosocial se encamina por una perspectiva biopsicosocial, que enfatiza la interacción entre la mente, la conducta y el ambiente.

El hombre forma parte indisoluble de la naturaleza. Todo lo existente es parte de una estructura ordenada en subsistemas o estructuras menores, subordinadas a la totalidad, donde cada elemento ocupa un lugar y cumple una función. La vida humana, en todas sus manifestaciones, forma parte de esta unidad ordenada, a la vez que ordenadora. La sociedad en su conjunto y sus diversas estructuras, como las nacionalidades, las culturas y todas las instituciones, forman parte de un universo donde cada elemento es inconcebible por sí solo, sin la indispensable vinculación con los demás.

El hombre es un ente social ya que recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad (constituida por semejantes a él) que lo rodea y con el medio ambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida. Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos con los seres humanos y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema que permite enmarcar a la salud como la correcta aptitud, para dar respuestas armónicas que sean acordes y ajustadas a los estímulos del ambiente (físico y la comunidad) y que garanticen una vida activa y creadora, lo que conlleva al hombre a manifestarse en el óptimo de su capacidad.

Es decir, la sociedad modela al hombre, estableciendo las características de sus respuestas adaptativas, devengadas de pronto en algo bueno para la comunidad, conveniente y aceptado por coincidir con los parámetros de un sistema que se adopta como vigente, fuertemente consensuado por los miembros de esa organización social.

Pero está misma organización puede desarrollar en los individuos respuestas no

aprobadas por el sistema vigente como aptas para funcionar dentro de este, designándolas como perturbadoras o inadaptadas. Estas manifestaciones expresan, luego, el conflicto del hombre con su ambiente.

La naturaleza humana es una potencialidad biológica capaz de generar salud o enfermedad. Es una condición previa, enfrentada a un ambiente conflictivo y conflictuante que, del mismo modo, puede generar respuestas adaptativas sanas o enfermas. Por consiguiente, tanto el individuo como su medio social contienen factores de salud y de enfermedad, en distintas proporciones, cuyo equilibrio explica por que frente a las mismas adversidades algunas personas enferman y otras pueden mantenerse exentas de enfermedad.

Entre los más antiguos escritos donde se advierte la influencia y responsabilidad del ambiente en la salud, se encuentra el tratado de Los Aires, Aguas y de los Lugares, redactado por el filósofo griego Hipócrates, quién vivió a mediados del siglo V hasta el primer tercio del siglo IV y que es reconocido como Padre de la Medicina; el cuál, hace mención de la relación permanente de la tierra, el agua y el aire con los padecimientos del hombre, y muestra una visión ecológica al citar lo siguiente:

Quién desee investigar la medicina adecuadamente, debería proceder en primer lugar considerar las estaciones del año, y que efectos cada una de ellas produce, porque de ningún modo son iguales, sino que difieren mucho entre ellas respecto a sus cambios. Después los vientos, los cálidos y los fríos, especialmente los que son comunes a todas las áreas y después los que son peculiares a cada localidad. Debemos considerar también las calidades de las aguas, puesto que así como difieren una de las otras en gusto y peso, también difieren mucho en sus calidades. Del mismo modo, cuando uno llega a una ciudad en el extranjero, debería considerar su situación, como yace, con respecto a los vientos, y al ascenso del sol; porque su influencia no es la misma cuando yace, hacia el norte o hacia el sur, hacia el naciente o al poniente (Esteban, García y Cabellos, 1989).

Cada ser humano es único e irrepetible, tanto en si mismo como en su particular manera de vivir en el mundo y de percibirlo, y como sujeto de la

experiencia. El hombre y su mundo son una sola cosa, una unidad indisoluble por cada hombre que mira su mundo, percibiéndolo e interpretándolo a su manera.

La unicidad de la peculiar manera de ser en el mundo permite la existencia de un abanico de diferentes modelos. Las combinaciones entre cada individualidad, con su indiscutible singularidad y su mundo histórico social y cultural, son infinitas.

Los pacientes no sólo deben considerarse como la enfermedad, el caso clínico, o el dato estadístico; sino como un ser, que como ser, posee vida y además está consciente de ella, el cual vive en un ambiente determinado y que es un miembro de una familia y una comunidad social, de los cuales recibe influencias positivas o negativas que pueden desencadenar su enfermedad, aliviarla o empeorarla. Todo lo cual debe analizarse en forma integral y unitaria.

Por lo tanto, es el profesional el que debe adaptarse a lo que necesita en cada caso particular el paciente y no insistir cuando el modelo teórico no es el apropiado. Cada profesional se siente cómodo en una línea o enfoque pero no siempre esta puede ser lo mejor para el paciente. Los profesionales deben aceptar esto y estar dispuestos a trascender la propia orientación cuando hacen un abordaje.

2.2.3- Concepto y significado de Trabajo.

El trabajo es una realidad social que ha cambiado a lo largo de la historia y cuya importancia para la vida de las personas y para el desarrollo de las sociedades es incuestionable.

Por ser una realidad social construida, el trabajo ha de ser estudiado desde una perspectiva psicosocial que permita considerarlo como un fenómeno insertado en un marco cultural que, a su vez, influye y condiciona la vida humana y las conductas de las personas (Peiró, Prieto y Roe, 1996).

Puede considerarse un referente muy importante, ante el cual los sujetos adoptan una postura incluso antes de que tengan que desempeñarlo (Peiró, 1993), cuyo significado se adquiere a través de las experiencias laborales reales y de la observación de modelos culturales.

Como resultado de esos conocimientos, creencias y valores aprendidos, se configuran distintos significados del trabajo que van cambiando acorde al momento histórico en el que nos situemos, a los modelos culturales, y a las variables individuales, que influyen en la manera de percibir y afrontar las experiencias laborales. No obstante, dentro de un mismo momento histórico, existen diferencias en la socialización laboral de los individuos dependiendo de la interacción entre variables situacionales (clase social, situación del mercado laboral, ciudad y región y redes de apoyo social) y variables personales (comportamiento, habilidades y capacidades, valores y actitudes, etc.).

En un puesto de trabajo se requiere de las personas cierto nivel de: comprensión, saber realizar las tareas requeridas, el uso de su conocimiento y el interés, además de adaptarse a la cultura organizacional. Se ponen en juego las expectativas así como también las prioridades, es necesario entonces la búsqueda del equilibrio satisfactorio.█

Jacques (2000) habla de comprensión o complejidad de los procesos mentales, afrontar una tarea implica comprender la complejidad de ella, toda tarea contiene una complejidad.

Distingue 7 niveles de complejidad en las demandas de un puesto, que se corresponden con los niveles de desarrollo de la capacidad humana.

Nivel 1: Juicio directo o sensoriomotor: Se refiere a tareas en las que se toma contacto directo con el material a través de los sentidos. Se debe desarrollar un

procedimiento establecido, y existe un camino indicado por el cual el empleado debe transitar. Ejemplos de puestos: recepcionista, cadete, operario, archivo, vigilancia, etc.

Nivel 2: Acumulación diagnóstica o imaginativo simbólica: Comprende tareas que requieren el manejo de conceptos y palabras. Se refiere a actividades para las cuales es necesario acumular información "juntar piezas" para luego sacar conclusiones. Ejemplos de puestos: un evaluador, analista de laboratorio, etc.

Nivel 3: Caminos Alternativos: la tarea requiere afrontar problemas de cierta complejidad para los cuales puedan plantearse diferentes caminos alternativos, según la composición de datos o el diagnóstico inicial. También el uso de diferentes criterios para ponderar los datos acumulados y arribar a diagnósticos alternativos.

Nivel 4: Procesamiento en paralelo: este nivel es el propio de posiciones en las cuales se atienden simultáneamente varios frentes. Se manejan varios caminos alternativos en interacción para llegar a una conclusión producto de la combinación.

Nivel 5: Sistemas unificados totales: se refieren a tareas de alta complejidad, integradas por totalidades unificadas que deben ser encaradas como un todo, sin desconocer las cualidades diferenciales de cada una, con miras a proyecto a largo plazo y dando importancia a las prioridades.

Nivel 6: Acumulación diagnóstica mundial, se refiere a tareas altamente abstractas, propias del nivel superior, que abarcan la corporación. Cada una de ellas trataría el conjunto de las unidades de negocio en el contexto internacional.

Nivel 7: Este nivel requiere trabajar con alternativas paralelas y elegir la más adecuada para la situación particular. Es la de más alta complejidad, ya que supone operar con datos abstractos en condiciones inciertas y sobre un horizonte temporal extenso.

Mas allá de los niveles propuestos por Jacques, lo fundamental es tener un empleo que cubra las necesidades y expectativas del trabajador, sobre todo en momentos como el actual en donde el trabajo es visto como un bien escaso dadas las altas tasas de desempleo.

Según Salanova (1992) el significado del trabajo consiste en un conjunto de creencias, valores y actitudes (de las personas) hacia el trabajo (que poseen las personas). Este significado se aprende antes y durante el proceso de socialización en el trabajo y varía en función de las experiencias subjetivas, y de aspectos situacionales que se producen en el contexto laboral y organizacional.

Se trata de un constructo multidimensional, lo que complica su conceptualización y operacionalización. El MOW International Research Group (1987) distingue tres dimensiones principales en el mismo: centralidad del trabajo, normas sociales sobre el trabajo y valoración de los resultados del trabajo.

1. La centralidad del trabajo: se han identificado dos componentes teóricos. El primero, implica la creencia del trabajo como un rol de vida, y se refiere a la centralidad del trabajo en la identidad personal. Es un valor general hacia el “trabajar” en términos absolutos, no al trabajo específico que se realiza. El segundo componente, implica una decisión sobre esferas preferidas de la vida, es más situacional, y según Kanungo (1991) sería la centralidad de la actividad laboral en el momento presente de la vida y en relación a otras actividades o aspectos también importantes como la familia, tiempo libre, los amigos, etc.

2. Las normas sociales sobre el trabajo: son creencias de las que la gente parte cuando realiza evaluaciones normativas sobre el trabajo y reflejan valores culturales. Existen dos dimensiones respecto a los principios normativos: la orientación normativa hacia el trabajo como obligación y la orientación normativa hacia el trabajo como derecho. La primera hace referencia a las obligaciones o deberes del individuo hacia sus empleadores y hacia la sociedad, contiene un elemento de “deber”, en base al cual la persona debe contribuir a la sociedad a través de su trabajo y debe velar por su seguridad futura. Por otra parte, la orientación normativa hacia el trabajo como derecho, hace referencia a las declaraciones acerca de los derechos individuales que subyacen al trabajo, y a las responsabilidades de las organizaciones laborales y de la sociedad en general, con respecto a las personas (M.O.W., 1987).

3. Los valores laborales o resultados valorados del trabajo, cabe señalar que tradicionalmente han sido considerados como motivadores de la conducta humana (Salanova, 1993) y se definen como un conjunto de resultados que la persona busca del “trabajar” junto a la importancia relativa dada a los mismos.

Como quedo expresado, el significado del trabajo es un concepto complejo y dinámico determinado por los cambios y experiencias del individuo y por su contexto social, que se desarrolla a través de un complejo y múltiple proceso de socialización.

2.2.4 – Antecedentes en Rehabilitación laboral.

Si bien la rehabilitación laboral es tenida en cuenta como herramienta para la rehabilitación psiquiátrica, en la mayoría de los casos se habla de tratamiento psicosocial, empleos o talleres protegidos, empleo con apoyos o rehabilitación laboral hospitalaria, todas asociadas directamente con el ámbito hospitalario, y no de cómo conseguir las herramientas necesarias para afrontar en forma independiente el actual mercado laboral, las consecuencias que conlleva esto en cada uno de los pacientes, la importancia del trabajo para un egreso efectivo y una resocialización satisfactoria.

Aunque existen multitud de diferentes tipos y orientaciones en rehabilitación ocupacional, en nuestro medio podemos distinguir los abordajes clásicos (taller ocupacional en hospitales, tratamiento psicosocial ambulatorio), el entrenamiento pre-laboral o empleo protegido, y el empleo con apoyos.

Rehabilitación laboral hospitalaria: Lo que se llamó “terapia industrial” fue muy utilizada y estudiada en los años 60 y 70 especialmente en el Reino Unido, considerándose en general que mejoraba variables como la adaptación, confianza e iniciativa, aunque la metodología era bastante deficiente de acuerdo a los cánones actuales (Morgan, 1990). La investigación posterior mostró consenso en que la participación en esos programas no se correlaciona con empleo posterior y puede, de hecho, provocar dependencia institucional.

Tratamiento psicosocial: La asunción es que la derivación al trabajo sería el último eslabón tras la estabilización de síntomas y la adquisición de habilidades. Sin embargo, ningún tratamiento (psicoterapia individual o de grupo, entrenamiento de habilidades sociales, hospital de día) ha mostrado ningún efecto laboral. Tal vez esto esté en relación con que las habilidades que se enseñan están poco relacionadas con las exigencias laborales (Aldaz y Vázquez, 1996).

Empleo protegido (Entrenamiento pre-laboral): es realizado en ambientes protegidos, con el objetivo de incrementar habilidades y hábitos laborales para permitir éxito en trabajos en la comunidad. Los resultados sugieren que el paso por estos programas predice el mantenimiento y mejor desempeño dentro de un subsiguiente empleo también protegido, especialmente si están remunerados (Lehman, 1995). La

literatura muestra claramente que estos programas producen un mínimo o ningún resultado en la habilidad para conseguir un empleo competitivo.

Empleo con apoyos: Es un enfoque nuevo y poco conocido, aunque prometedor y con algunos estudios bien controlados, a diferencia de los anteriores. Se basa en la integración directa en un empleo competitivo junto con un apoyo continuado por parte de profesionales que actúan como intermediarios con el empleador y asegurándose de que haya una buena adecuación (Aldaz y Vázquez, 1996).

2.3 – El taller laboral, un nuevo espacio.

2.3.1- Espacios terapéuticos.

La estructura promoverá dentro de su dinámica grupal que el paciente o residente por externarse posea una adecuada inserción social después del Alta institucional. Para lograr estos objetivos el Servicio cuenta con una amplia y variada gama de profesionales los cuales están a cargo de diferentes actividades. La integración del equipo interdisciplinario, trabaja con miras a la transdisciplina, buscando un enfoque totalizador abordando las siguientes actividades.

Psicoterapia Individual: Cada residente dispone de un espacio individual en el que es atendido por un psicoterapeuta del equipo. El número de los encuentros puede variar de una a tres sesiones semanales. El Objetivo de la psicoterapia individual es lograr la mejoría del residente y el tratamiento debe centrarse en el resultado. Es el profesional el que debe adaptarse a lo que necesita cada uno de ellos y no insistir cuando el modelo teórico no es el apropiado.

Atención Psiquiátrica: Semanalmente, todos los residentes de Hospital de noche tienen un control psiquiátrico y psicofarmacológico. En este espacio reciben la medicación que cada uno tiene prescrita por el lapso de una semana.

Psicoterapia Grupal: El encuadre establece una reunión semanal de dos horas con la inclusión de todos los residentes de Hospital de Noche y coordinados por dos psicoterapeutas.

Asistencia Social: El objetivo es trabajar con los residentes y el grupo a nivel preventivo, asistencial, promocional y de rehabilitación en lo que se refiere al desempeño de papeles inherentes a la vida social, a través de la movilización de potencialidades y la utilización de los recursos del medio.

Promover la participación de la comunidad y la familia en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida y elaborar estrategias destinadas a afrontar problemas propios del área.

Asesoramiento legal: Este dispositivo se puso en funcionamiento para desarrollar un servicio en forma integral, abarcando no solo las necesidades de

orientación en aspectos psicosociales sino también incluyendo las necesidades de asesoramiento legal de la comunidad. La orientación y las entrevistas de asesoramiento son de manera totalmente gratuita para los residentes.

El asesoramiento legal es en relación a conflictos civiles, en lo laboral todo lo relacionado con conflictos o inconvenientes en el puesto de trabajo, despidos, indemnizaciones. En lo que respecta a familia, conflictos derivados de divorcios, separaciones de hecho y tenencia de hijos. En tercera edad, asesoramiento sobre jubilaciones, pensiones, derechos y obligaciones personales. Además, se atienden conflictos económicos de toda índole, con personas, empresas y organismos.

Taller de vida cotidiana: Se encarga de promover y favorecer la reconexión con la vida diaria. Como todo periodo de internación provoca la pérdida de hábitos necesarios para la vida independiente. El taller busca estimular la readquisición de hábitos de higiene y cuidado personal, fomentar la responsabilidad en el cumplimiento de las tareas que se proponen a nivel grupal e individual, capacitar a través del taller de cocina la adquisición de hábitos alimentarios saludables adaptándolo a los recursos económicos con que cada uno contara y el reconocimiento y necesidad de disfrutar la vida en un ambiente limpio y agradable.

Taller de Informática: la organización de este taller surge del trabajo conjunto de residentes y profesionales en los talleres de vida cotidiana y laboral, en el que se advierte la imperiosa necesidad de mejorar la capacitación de los residentes, para de este modo ampliar sus oportunidades laborales, sociales y recreativas.

Taller de Literatura: Los objetivos del taller son, desarrollar la capacidad de participar activamente en situaciones colectivas de comunicación, despertar el interés por la creación de textos escritos personales y colectivos, valorar sus producciones como medio de comunicación social y expresión de pensamientos, apreciar textos de diferentes autores y respetar la opinión crítica de los demás y utilizar la escritura como medio válido para expresar y manifestar sus sentimientos.

La vida moderna exige un completo dominio de la escritura y dicción. Escribir implica ser capaz de expresar información de forma coherente y correcta para poder ser entendido. Comunicarse con el medio y los demás es un requisito indispensable para la salud física y psíquica de las personas.

Taller de Artes Plásticas: El Taller busca articular una conexión entre lo patológico y el arte. El arte debe estar presente en todo momento y lugar de vida, compartiendo la cotidianeidad y creatividad de cada ser humano, sea cual fuere su condición.

En efecto, se piensa y se espera que un paciente psiquiátrico plasme en una pintura o en un relato un tortuoso mundo interior: figuras fragmentadas, hermafroditas, calaveras, gritos, color rojo sangre, símbolos que forman parte del imaginario popular como precedente del arte en manos de un loco. Por el contrario, en el Taller no se busca exhumar lo escatológico de la locura, sino que obliga a la búsqueda de otra esencia de la vida: lo intrínsecamente bello, lo cómico, lo infantil, lo nostálgico, lo familiar, lo lúdico, lo emocional; revivir imágenes de mundos perdidos pero no olvidados del todo.

Taller de Juegos Teatrales: los objetivos de este espacio son posibilitar la recuperación del juego como principal modo de aprendizaje desde nuestros primeros tiempos de vida, brindar la posibilidad de ensayar situaciones de la vida real en el marco de un “como si”, con todas las ventajas de la experiencia real y a salvo de sus riesgos, dar la posibilidad de experimentar el presente, reexperimentar el pasado y anticipar el futuro, incorporar como vía de acceso al conocimiento de si mismo y de los otros la auto observación y observación respectivamente de las formas corporales, ensayar y aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron mas inconvenientes e investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y mas funcionales opciones de conducta.

En el interjuego de roles, el poder ponerse en el lugar del otro, nos modifica interiormente y beneficia la comunicación. La capacidad de comunicarnos es la que nos permite organizar grupos, negociar y establecer conexiones personales. Aquí se impone, mas allá de la posibilidad del darse cuenta, un aprendizaje desde la experiencia , que posibilite un enriquecimiento en la capacidad de ejercer distintos roles y ponerlos en juego no solo creativamente sino también de manera eficaz.

2.3.2- Taller laboral.

Los encuentros se realizan en las instalaciones del Servicio los días jueves de 19:00 a 21:00 hs., y como todos los talleres terapéuticos del sector son de carácter obligatorio.

El mismo es supervisado en las reuniones de profesionales que se desarrollan semanalmente, los días lunes de 19:00 a 21:30 hs. En dichos encuentros se centran todas las novedades con respecto a los talleres y la participación de los residentes en los mismos. De estas reuniones surgen interesantes e importantes reflexiones con respecto a la situación de cada uno de los residentes, lo que permite desarrollar una estrategia personalizada para cada uno de ellos y trabajarla en los diferentes talleres.

Se busca enfatizar en las variables personales, las cuales son determinantes en la postura que el paciente adopte ante el trabajo, en el intercambio de experiencias, en la interacción entre los residentes y profesionales y en las capacidades e incapacidades de cada uno. La rehabilitación debe basarse en un análisis claro de la incapacidad de cada paciente, y en la medida que dichas incapacidades varíen de persona a persona.

Teniendo en cuenta que se está refiriendo a un taller laboral el cual está relacionado directamente con la situación del país, no se puede dejar pasar la crisis socioeconómica por la que está atravesando la Argentina en estos últimos años. Esta situación no permite que la mayoría de la población pueda desarrollarse profesionalmente o conseguir un empleo que le permita un crecimiento personal. El trabajo es una forma de vinculación social y económica vital en nuestra cultura.

Muchas veces, se dificulta la inserción laboral por la falta de información sobre el sí mismo, el saber concientemente de lo que merecen, sus creencias, el saber para que se está capacitado y muchas veces suelen delimitar y limitar las posibilidades de conseguir un empleo o de buscarlo por no contar con las herramientas que obliga el mercado: curriculum vitae, carta de presentación, manejo de entrevistas, búsqueda laboral, etc.

A estas dificultades o barreras que padece la población general en relación al mercado laboral, en el caso de pacientes psiquiátricos, se les debe sumar la dificultad de mantener el empleo, como consecuencia de la patología.

Las Actividades del taller son diseñadas para trabajar diferentes aspectos relacionados con el mercado laboral, tratando de abarcar las mayores necesidades de cada uno de los residentes, para lograr una pronta resocialización y externación definitiva de la institución.

El taller busca ayudar al residente a planificar su búsqueda de empleo, conocer las diferentes vías de inserción laboral, a confeccionar estratégicamente su Curriculum Vitae, su Carta de Presentación, a entrenarse en cómo enfrentar con éxito una entrevista laboral, conocer los cambios en el mercado laboral actual, realizar un análisis del propio perfil, definir el objetivo laboral y ofrecerle un lugar en el cual pueda conectarse con sus dudas, temores, miedos y por supuesto con sus habilidades.

Se focaliza principalmente en:

- Brindarle al residente mayores herramientas para afrontar las diferentes situaciones laborales.
 - Fomentar el dialogo y la integración grupal.
 - Mejorar su presentación en el CV.
 - Mejorar la búsqueda en el mercado laboral.
 - Causas y consecuencias de la continuidad y discontinuidad laboral
 - Como afrontar la entrevista de selección.
 - Mejorar componentes verbales y no verbales de la comunicación.
 - Fomentar las relaciones con los demás.
 - Desarrollar contenidos de conversaciones adecuadas y coherentes.
 - Aumentar su autoestima.
 - Dotarlos de competencias para afrontar cualquier eventualidad.
 - Conectarlos con las ventajas y desventajas de sus competencias.
 - Trabajar y restituir las habilidades perdidas como consecuencia del periodo de internación.
-

Para afrontar y llevar a cabo los objetivos planteados, se busca fragmentar las etapas de los procesos de búsqueda laboral en forma progresiva con el fin de analizar, estudiar, examinar y rever cada uno de ellas en forma particular y grupal, relacionándolas con sus respectivas movilizaciones.

Tabla 2. Etapas en el proceso de búsqueda laboral.

1. Modo de armar el currículum.	5. La experiencia previa.
2. Necesidad de trabajo.	6. Cómo armar el plan de búsqueda.
3. Autoconocimiento.	7. Preparándose ante las entrevistas.
4. Capacitación y Desarrollo.	8. Continuidad laboral
Cierre y debate	

2.3.3 – Los encuentros – Experiencia.

Modo de armar el currículum.

Presentación y confección de Currículum vitae. De acuerdo al perfil del residente, su objetivo laboral y sus competencias técnicas, se realizará el CV conforme a los modelos mayormente aceptados por los selectores de personal. Asimismo, se elaborará una atractiva Carta de Presentación que acompañe el CV, tratando de impactar positivamente en el selector.

En este punto se revisan varios temas: uno de ellos es la presentación que hace cada residente ante diferentes situaciones, en el ámbito laboral, muchos de ellos comentan el periodo de internación en el hospital, lo que perjudica y disminuye las posibilidades en gran magnitud. Esto se debe a que vivimos en una sociedad que aun no esta preparada, ya sea debido a los prejuicios o al estigma que se tiene del paciente psiquiátrico.

Durante los primeros encuentros se trabajo sobre esta situación, en como presentarse y en las ventajas y desventajas de nombrar al Hospital en las entrevistas. En relación a como presentarse ante una posibilidad de trabajo nos centramos en las experiencias laborales anteriores en los cuales cada residente contaba y compartía sus experiencias, logros y dificultades con los demás participantes.

En el tema de las ventajas y desventajas se logra un consenso entre todos los participantes, determinando que nombrar ese periodo de internación disminuye las posibilidades y que eran casi inexistentes los puntos a favor. Para algunos de los residentes ocultar esa etapa de internación en el hospital era mentir y esto fue una de las barreras mas difíciles. Sin embargo se llevo a la conclusión de que en esta nueva etapa de resocialización es más importante darse la oportunidad de conseguir un empleo, y si mas tarde sienten la necesidad de comunicarlo no había problema. Se trabajo en que ese periodo fue parte de una etapa de la vida de cada uno, y que en este presente están en otra situación.

Otro tema de debate en los encuentros relacionados con el armado de CV es desprenderse de etapas de sus vidas que no tienen valor para la búsqueda laboral, pero

si para ellos. Muchos de los residentes recuerdan los trabajos anteriores como momentos de estabilidad social y familiar y les cuesta desprenderse a pesar de que fueran trabajos de corto plazo o que tengan poca significación o relevancia para la búsqueda en si.

Es importante señalar que en el armado del CV deben figurar la información necesaria y concreta para el entrevistador, que es el que va a evaluarla y realizar la futura selección.

Necesidad de trabajo.

En este aspecto se trabajo en el “darse cuenta”, hacer consciente la necesidad de un empleo para la pronta resocialización y externación del residente, tanto por la parte económica, como por la importancia y el lugar que ocupa el trabajo y los efectos que produce en la vida.

Todo trabajo tiene efectos psicológicos que no dependen del contenido o características particulares de cada empleo. Por ejemplo la función del empleo en el tiempo de estructuración, obligando a la actividad, proporcionando experiencias compartidas, vinculando al individuo con metas externas y confiriendo una identidad y calidad personal.

A través de los encuentros se intercambian opiniones y experiencias entre los residentes sobre las posibilidades laborales y la evaluación de cada una de ellas. Se prioriza en principio la búsqueda laboral sin restricciones, dándole importancia a la reincorporación en el mercado laboral o empleo como primer contacto.

Es necesario aclarar que las ofertas no son trabajos de alta complejidad los cuales podrían perjudicar, en el caso de no estar preparado, no solo ese primer contacto con el ambiente laboral sino el proceso de resocialización en general. Desde el lugar de la coordinación se evalúan los empleos y los perfiles de cada uno de ellos, con el fin de no crear falsas expectativas y aprovechar al máximo esas oportunidades.

En este punto lo que interesa destacar es el sentido del trabajo, en tanto mecanismo de participación, de contribución al bienestar y de desarrollo, y como esfera de realización personal y de socialización fundamental.

Dadas las características del mercado laboral, luego de un periodo de internación, a primera vista todo parece crisis, dificultad y adversidad. Estas situaciones

de adversidad y dificultad vistas como un obstáculo impiden lograr los objetivos e incluso, el crecimiento laboral y personal. Con los residentes se trabajaba para que puedan resolver estos inconvenientes viendo la posibilidad de pararse frente a esta realidad desde otro lugar y lograr así crear una nueva visión y ser capaces entonces, de ver su lado positivo. Se trata de tomar la adversidad, como una prueba, como una experiencia a través de la cual lograrán superarse a si mismos.

A través del intercambio de experiencias que surjan en el grupo y la posterior interacción y debate como se describe anteriormente, se busca alcanzar esta nueva visión o perspectiva, apelando a todo el poder creativo de los residentes, el cual les permitirá descubrir nuevas e interesantes posibilidades.

Autoconocimiento.

Fortalezas y debilidades. En los encuentros a través del dialogo e intercambio de opiniones, se busca que cada residente se conecte con sus competencias técnicas que ha desarrollado a través de su historia laboral, sus logros y su grado de empleabilidad en el mercado laboral actual y sus emociones.

Como consecuencia del periodo de internación es difícil dejar de lado los temores, emociones y miedos de afrontar un nuevo contacto con la sociedad y con el mercado laboral, para esto también se trabajo en el autoconocimiento de las debilidades de cada uno.

La inteligencia emocional tiene que ver esencialmente con nuestra capacidad para sentir, entender y aplicar nuestras emociones y las emociones de los demás. En este sentido, podríamos describir que mientras que la inteligencia “intelectual” nos ayuda a resolver problemas, el coeficiente emocional nos ayuda a resolverlos a través de distintos mecanismos de adaptación: alegría, tristeza, ira, temor, placer, sorpresa, vergüenza, disgusto, entre otros. Ahora bien, cómo se aplican estas habilidades emocionales al mundo laboral.

Por un lado, genera la idea de que es necesario desarrollar el conocimiento y el control de esas emociones y capacidades, es decir, moldearlas a su favor y de todos los demás. Sólo así, lograrán constituirse como individuos optimistas, capaces de asumir auténticos desafíos con capacidad de autoaprendizaje y automotivación.

Se trata de involucrar las emociones de manera tal que dejen de ser meros receptores de técnicas y conocimientos, para constituirse, a través del proceso de aprendizaje, en agentes transformadores de la realidad. Y la diferencia estriba precisamente en el uso de sus emociones.

A través del autoconocimiento se busca que el residente pueda conectarse y controlar sus emociones en los momentos críticos, tanto laborales como personales y utilizarlos satisfactoriamente para lograr el objetivo “empleo”.

Capacitación y desarrollo.

Hoy, ante la diversificación y la vertiginosidad del mundo, la capacitación, entendida como “educación permanente” cuyo objetivo final es lograr una mejor y mayor inserción laboral, adquiere una especial relevancia.

El objetivo de los encuentros es que el residente comience no solo a buscar trabajo sino que se desarrolle, conectándose con las diferentes posibilidades de capacitación que presenta la sociedad. De este modo podrán afrontar las búsquedas con mayores herramientas y de a poco conectarse con diferentes contextos sociales disminuyendo la estadía en la institución. Esto les permite aprender algún oficio y según el caso particular un crecimiento profesional y personal.

No se debe olvidar que la capacitación, además de ser una manera de estar en el mercado de trabajo, tiene que ver con la vida misma. Al trabajar y capacitarse, asumen una actitud abierta de preparación constante para poder dar respuestas actualizadas y comprometidas a ese nuevo mercado laboral, pero también a los hechos de su vida personal.

Durante los encuentros semanales en el Servicio, se plantean diferentes talleres gratuitos, los cuales son conseguidos durante la semana por los mismos residentes. Luego se comparten dentro del marco grupal para que todos tengan la posibilidad de acceder a dichas capacitaciones.

A raíz de estos contactos con la comunidad el residente comienza a relacionarse con personas en otros contextos y empieza a afrontar y cumplir responsabilidades perdidas durante el periodo de hospitalización. Estas actividades también funcionaban como antecedente para las futuras búsquedas laborales y ofertas de empleos.

Dentro del servicio se les brinda la infraestructura necesaria (PC, Conexión a Internet, Impresora) para que puedan acceder a ofertas laborales en Internet. Este punto se trabaja en conjunto con el taller de informática en el cual se les enseñan aspectos básicos de computación, necesarios e imprescindibles para encarar cualquier oferta laboral.

En un período de profundas transformaciones y de búsquedas, como el que toca vivir hoy, y en medio de una sociedad que cambia permanentemente, el capacitarse deviene un verdadero desafío, para el cual se debe estar preparado. Es decir, que se debe asumir una determinada actitud.

En primer lugar, estar alertas a los cambios que ocurren a nuestro alrededor y estar dispuestos a desprenderse de prácticas del pasado y de todo su bagaje histórico. Por otra parte, deben desarrollar una nueva forma de pensar, basada en la colaboración, donde el trabajo en equipo y con otros, es una fuente importante de información, conocimiento y experiencia. Se trata entonces, de “aprender con otros” a través del intercambio y la discusión.

Finalmente, se podría agregar que la capacitación no es un proceso finito, sino un proceso abierto. Es un proceso que dura toda la vida, y que puede darse en multiplicidad de lugares, siendo el ámbito laboral el que les brindará la mayor posibilidad de resolver situaciones y de poner en práctica la capacitación recibida.

La experiencia previa.

Para que el residente busque empleo se necesita que haya correspondencia entre las necesidades de trabajo y las recompensas esperadas de aquel. Es probable que las discrepancias entre necesidades y satisfacciones que haya en algunos campos afectara, más que a otros, a la disponibilidad a buscar trabajo.

Los antecedentes laborales detallados pueden proporcionar información importante, al igual que en el caso de la suficiencia, sobre las satisfacciones e insatisfacciones que los residentes han experimentado con sus empleos hasta el momento. Las preguntas sobre que les gusto o no en sus distintos empleos, y que sucesos los condujeron a aumentar o disminuir su satisfacción en el trabajo indicaran las áreas de satisfacción fundamentales para cada residente. También es importante indagar sobre su actitud y sentimientos ante el desempleo.

Hay que prestar particular atención tanto a las recompensas extrínsecas como intrínsecas para poder centrar la búsqueda en un empleo adecuado.

Cómo armar el plan de búsqueda.

En la planificación de la Búsqueda Laboral se trabaja sobre las vías de inserción laboral que existen en el mercado, sitios web dedicados a empleos, red informal, pautas para contestar avisos y otras recomendaciones específicas en función del perfil y el objetivo de cada residente.

Actualmente una posibilidad es el acceso de Curriculum Vitae vía Internet. Éste es un servicio que brindan algunas Consultoras y Empresas de Servicios Web, que permite a cualquier persona y desde cualquier lugar del mundo donde se encuentre, incorporar directamente sus datos. De este modo, cada persona que busca trabajo tiene la posibilidad de ingresar diferentes campos de datos, y a través de una contraseña personal mantenerlos permanentemente actualizados.

En relación a la búsqueda personalizada los temas desarrollados fueron:

- Recomendaciones útiles (herramientas de marketing personal).
- Tipos de entrevistadores.
- Etapas de la entrevista.
- Preguntas claves y capciosas.
- Seguimiento post entrevista.

Preparándose ante las entrevistas.

Uno de los pasos más importantes para poder conseguir empleo es saber enfrentar correctamente una entrevista laboral. Este punto, tiene por objetivo que el residente logre darse cuenta acerca de cómo comportarse y superar con éxito una entrevista laboral.

La entrevista psicológica, constituye una herramienta esencial dentro del proceso de evaluación psicológica, tanto en el campo clínico, como en el forense, educacional y Laboral que es el que hoy nos ocupa. Es considerada una técnica al igual que un test ya que de ella también obtendremos información válida sobre las características personales más salientes del sujeto evaluado (Alles, 2000).

La "primera impresión es la que vale", por ello es sumamente importante la corrección de su presentación. El cuidado personal es la primera carta ganadora que deben jugar. Su apariencia física debe acompañar siempre sus habilidades técnicas. Estos puntos se trabajan junto con el taller de vida cotidiana y en psicoterapia.

Es necesario que presten atención a la postura del cuerpo y a la forma de sentarse. Deben hacerlo en una posición correcta, dando a entender a su interlocutor el interés que ponemos en la entrevista. Su voz debe ser pausada y serena, deben manejar la ansiedad y los temores, pues se transmiten a quien los está escuchando como también llegar a horario y con hábitos culturales aceptados, ej. No fumar. No hablar demasiado. Se debe aprender a escuchar, a fin de responder correctamente al interrogatorio. De ser útil se formularan preguntas que demuestren sus inquietudes y el conocimiento que tienen sobre el empleo. Deben manifestar entusiasmo, sonreír, ser amables y gentiles, inspirar confianza a nuestro interlocutor, demostrando sus habilidades, conocimientos y potencialidades.

La entrevista puede tener momentos difíciles cuando preguntan acerca de carencias o problemas. Es imprescindible escuchar atentamente las preguntas, antes de elaborar las respuestas.

El proceso de entrevista, se facilita con la práctica. Cuánto más se conozca el proceso, más cómodos se sentirán para sentarse frente al entrevistador. Para esto se realizan simulacros de Entrevista Laboral (role playing): uno de los residentes mantendrá una entrevista individual con un compañero del grupo, quien hará de selector y simularán una entrevista de selección "real". Terminada la entrevista, el selector realizará una evaluación general de la performance del candidato, haciendo hincapié en los errores cometidos, los puntos fuertes desarrollados y luego se buscan en el grupo general recomendaciones para mejorar su desempeño en futuras entrevistas.

Continuidad laboral

Para que el residente conserve su empleo es necesario la correspondencia entre las necesidades de trabajo y los reforzadores que realmente experimente en el. Los reforzadores previstos del trabajo serán fundamentales, por lo tanto no percibirlos adecuadamente tendrá implicaciones importantes en la motivación al trabajo.

Los reforzadores tanto extrínsecos como intrínsecos pueden en cierta forma actuar como positivos o negativos a la hora de continuar en el empleo. Como fuentes de satisfacción extrínsecas podemos señalar el salario, la supervisión y los compañeros de trabajo, y como intrínseca la motivación, el logro, autoestima, etc.

Un tema fundamental es la importancia de la personalidad en el trabajo por lo tanto se deben incluir en el taller medidas específicas para mejorar aspectos mas generales de la conducta en el trabajo. La conducta social suele ser un punto decisivo.

Los problemas de interacción social que se presentan son muy variados, y van desde excesiva verborrea inapropiada, a la falta lamentable de lenguaje apropiado o reacciones emocionales inapropiadas. Por lo tanto se debe focalizar en el problema particular de cada uno y trabajar en forma conjunta con los profesionales de los demás talleres.

Otros inconvenientes que pueden surgir en los residentes a la hora de la continuidad laboral son, excesiva angustia por temor a cometer errores, cambiar de una tarea a otra, trabajar bajo presión de tiempo, recibir ordenes, ser criticado, etc.

Cierre y Debate.

Durante los encuentros, si bien se mantiene una estructura en relación a las actividades y objetivos, se le da gran importancia y relevancia a las necesidades e inquietudes que cada uno de los residentes aporta en el transcurso de los encuentros. Por lo tanto antes de finalizar los encuentros, se brinda un espacio para plantear nuevamente cuales son las inquietudes personales en relación al ámbito laboral.

- Presentación del problema.
 - Redefinición del problema. Se trabaja con el residente para definir de manera más concreta y específica cual es el problema mediante una redefinición del mismo.
 - Presentación de soluciones posibles. Todos los residentes participan proponiendo respuestas al conflicto, estas pueden ser de lo mas variadas y algunas de imposible aplicación pero igualmente se respetaban todas las respuestas pues la evaluación de las mismas pertenece al paso próximo.
 - Consideración de ventajas y desventajas de las soluciones propuestas. El grupo de residentes se planteaba cuales eran factibles y cuales son y de estas cuales eran los puntos a favor y en contra de las mismas.
-

- Elección de solución. El residente que presentó su conflicto elige alguna respuesta.
- Ensayo de la solución elegida. Se practica con ejercicios de role-playing.

3 - CONCLUSION.

Partiendo de la conceptualización de la Rehabilitación Psicosocial formulada por Anthony y Liberman (1986), la delimitación con otras intervenciones como el tratamiento sobre la etiología del trastorno, con los cuidados descritos por Fernandez Liria (1999) y las asiduas confusiones con la desinstitucionalización, reinserción y reubicación planteadas por Watts y Bennett (1990) y Farkas (1996), podemos inferir no sólo la importancia de la Rehabilitación Psicosocial en los residentes del Servicio, sino el ajuste social que genera disminuyendo el síndrome del “Hospitalismo” (Watts y Bennett, 1990), el Síndrome “Puerta Giratoria” (Guimon, 2001), el Síndrome “caen por entre las grietas” (Guimon, 2001) y el índice de cronicidad.

La rehabilitación psiquiátrica no es únicamente un conjunto de teorías, métodos y actuaciones más o menos estructuradas. Es, y sobre todo, el resultado de una filosofía de trabajo basado en la firme convicción de que los pacientes tienen el derecho a poder elegir y a disfrutar en plena igualdad de los recursos que ofrece la comunidad en la que vive, de la misma forma que una persona sin enfermedad mental.

El servicio Hospital de Noche asumió esta filosofía apuntando a este tercer plano de la prevención, ofreciendo los recursos terapéuticos a través de un enfoque totalizador, abordando los siguientes espacios: Psicoterapia individual, Atención Psiquiátrica, Psicoterapia grupal, Asistencia social, Asesoramiento legal, Taller de vida cotidiana, Taller de informática, Taller de literatura, Taller de artes plásticas, Taller de juegos teatrales y el Taller laboral.

Si rehabilitar psicosocialmente implica abrir la puerta de la comunidad (Farkas 1996), cómo ignorar que el “trabajo” supone para cualquier persona, la posibilidad de independencia vital y contribuye a la autonomía personal; cómo ignorar que el trabajador desempleado está en situación de desventaja social y por ende, en riesgo de

marginación. Por eso salta a la vista que la consecución de un empleo para aquellos que tienen problemas psiquiátricos es especialmente importante.

El trabajo es una de las principales formas de vinculación social. Trabajar nos permite relacionarnos con los demás, nos hace integrarnos con nuestra comunidad.

Trabajando aprendemos a compartir con el otro, aprendemos a vivir en sociedad, desarrollando nuestra actividad en lo que llamamos un contrato social. El trabajo es el medio de expresión en la comunicación social y en la relación con el prójimo.

Esta propuesta sobre la importancia de un espacio laboral en el Servicio, complementario a los demás espacios terapéuticos, busca principalmente desplazar al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado, sin ignorar los efectos de la patología y borrar de un plumazo esa etapa de la vida y sus efectos consiguientes. El rol de enfermo convierte al individuo en un ser sin tiempo, estático, al margen del discurrir natural de los acontecimientos; es por lo tanto un rol incapacitante y marginador.

En este camino transitado, denominado encuentros, resulta tan importante cada uno de los pasos como el objetivo final del mismo. Se trata de un proceso individual en el que interactúan muchas variables y muy complejas; sus tiempos, las emociones, los sentimientos y los objetivos están siempre en función de las necesidades individuales.

No hay un proceso o camino igual a otro: unas personas podrán evolucionar hacia una integración normalizada en la vida social y otras, también susceptibles de mejorar su funcionamiento y habilidades, habrán de conformarse con metas más modestas pero no menos importantes en la historia personal de cada individuo. Aun para este último grupo, los apoyos deben de ser continuos y dirigidos a la obtención de nuevos progresos. En este sentido, la rehabilitación debe de ser un proceso continuo que como filosofía de intervención no tiene por qué tener un final predeterminado, salvo el que marque la evolución misma del sujeto.

Por ultimo, es importante considerar los tiempos de cada persona, conocer el momento vital que atraviesa, y desde ahí trabajar, apoyar al desarrollo de la propia individualidad, confeccionar estrategias personalizadas de rehabilitación basados en

una evaluación multidisciplinar, realistas, contextualizados, que definan líneas de acción concretas.

4 - BIBLIOGRAFIA.

- Alles, M. (2000) *Dirección estratégica de Recursos Humanos*. Bs. As.: Granica.
- Anthony W. (1979) *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony W., Liberman R. (1986) *The Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Schizoph Bull.
- Dimauro, M. (1995) *Salud mental y sociedad*. Bs. As.: El ateneo.
- Esteban A, García E, Cabellos B (1989) *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos.
- Farkas M. (1996) Avances en Rehabilitación Psiquiátrica: una Perspectiva Norteamericana. En J. Aldaz y C. Vázquez (Eds). *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 167-186). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández Liria A, González Cases J. (1999) Rehabilitación Psicosocial en los Trastornos Esquizofrénicos. En J. Sáiz Ruiz (Eds.) *Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social* (pp. 207-13). Barcelona: Masson.
- García J., Pilar M., Rodríguez I., Peiro J. (2001) *Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: Un análisis longitudinal*. Recuperado el 14 de mayo de 2006 de la base de datos de anales de psicología.
- Guimon J. (1982) *Ventajas y desventajas de la desinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos*. Madrid: Psiquis.
- Guimon J. (2001) *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria*. Madrid: Psiquis.
- Jacques, E. (2000) *La Organización Requerida*. Bs. As.: Granica.
- Kanungo, R. N. (1991). Making Meaning Out of MOW Research: A Discussion. *European Work and Organizational Psychologist*.
-

- Martínez Seijas P., Barreiro García J. (2005) *Cambios en el significado del trabajo*. Recuperado el 14 de mayo de 2006 de la base de datos de Psicología-online
- MOW – International Reaserch Team (1987) *The meaning of working*. London: Academic Press.
- Mueser K., Drake R., Bond G. (1997) *Recent Advances in Psychiatric Rehabilitation for Patients with Severe Mental Illness*. Boston: Harvard Review of Psychiatry.
- Mueser K., Belck A. (1998) Social Skills and Social Functioning. En K. Mueser y N. Tarrier (Eds.) *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (pp. 79-96). Boston: Allyn & Bacon.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Segunda edición*.
- Peiró, J. M.; Prieto, F. y Roe, R. A. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo: Aspectos psicosociales del trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Richino, S. (1996) *Selección de personal*. Bs. As.: Paidós.
- Salanova M., Bravo M. J., Hontangas P., Rodríguez I.; Peiró J. M.; Gracia F. J. y Gastaldi, C. (1993). *Los jóvenes ante el primer empleo: El significado del trabajo y su medida*. Valencia: NAU llibres.
- Valiente C, Sechrest L. (1996) Evaluación de la Efectividad de Programas de Rehabilitación Psicosocial. En J. Aldaz y C. Vázquez (Eds.). *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 341-374). Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez C., Florit A., López Luengo B. (1996) Procesamiento de la Información y Esquizofrenia: Hallazgos Empíricos y Bases Teóricas Para la Rehabilitación. En J. Aldaz y C. Vázquez (Eds), *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 23-56). Madrid: Siglo XXI.
- Watts F., Bennett D. (1990) *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica*. Mexico: Limusa.
-