
CAPÍTULO 2: FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN LABORAL

José Augusto Colis

El presente trabajo pretende ser un instrumento eminentemente práctico para aquellos profesionales que aborden intervenciones en rehabilitación sociolaboral y para aquellos que protagonicen o asesoren a iniciativas de creación de empleo para personas afectadas por una enfermedad mental crónica. Los diferentes temas están elaborados para que puedan adaptarse sin dificultad a las diferentes posibilidades y circunstancias. Sabemos que los profesionales y miembros de asociaciones, acuciados por la creciente necesidad de integración de sus pacientes y familiares, suplen con esfuerzo las casi siempre precarias disponibilidades económicas y estructurales. Valga también este trabajo para aquellos que, disponiendo apenas de un espacio limitado y un número reducido de afectados, pretendan dotar a éstos de los conocimientos, hábitos y habilidades que propicien su integración social y laboral plena.

Es preciso recordar que los objetivos de la rehabilitación deben adaptarse a los recursos de que se dispone (Colodrón, 1991), por escasos que éstos fueran; al mismo tiempo la intervención rehabilitadora ha de intentar el adecuado aprovechamiento de *todos* los recursos disponibles. La rehabilitación psiquiátrica no es, en absoluto, cualquier tratamiento para personas con esquizofrenia (Farkas, 1996); nada parece haber de rehabilitador e integrador, por ejemplo, en la reiterada producción de objetos inútiles (Rotelli, 1995). Tejer alfombras, hacer tortillas, leer la prensa o dar los buenos días no abren espacios en el mundo laboral (Colodrón, 2001). La rehabilitación ha de tener para el sujeto un sentido y una finalidad, las intervenciones han de estar incluidas en un programa integral de rehabilitación que suponga un auténtico proyecto personal orientado hacia el futuro. Algo similar ocurre con el proceso formativo de una persona afectada por una enfermedad mental crónica: ha de tener también un sentido y una finalidad consecuencia de una visión de conjunto, de una estructura y la mayor coherencia posible. Pretendemos hacer un exhaustivo recorrido por las diversas fases del proceso de integración sociolaboral de las personas con enfermedad mental crónica; para ilustrar algunos temas incluimos casos reales de personas en proceso de rehabilitación y diversos ejemplos prácticos. Asimismo, el lector encontrará instrumentos utilizados por los profesionales como son registros, test, diseños de entrenamientos, ejemplos de programas de intervención, etc.

Parece razonable pensar que el objetivo primordial del sujeto enfermo es la salud o un estado lo más cercano posible a la salud. Las enfermedades mentales crónicas y sus efectos sobre las personas determinan significativamente procesos vitales esenciales. Cualquier otro objetivo que se plantee el individuo a lo largo de su vida estará bajo la influencia de esa necesidad de orden superior que es la salud. El protagonismo en un proceso de rehabilitación psicosocial-laboral requiere del individuo el convencimiento de que cada una de las fases de dicho proceso pretenden prioritariamente la satisfacción de esa necesidad fundamental, la salud o un estado lo más cercano posible a la salud.

La conciencia de *estar enfermo* sería imprescindible para iniciar un proceso de rehabilitación psicosocial-laboral, si bien esa "conciencia de enfermedad" no tiene por qué ser percibida por el sujeto de forma íntegra. Basta inicialmente que el individuo

reconozca en sí, en alguna de sus conductas, o en su *entorno*, justificación para el cambio. *En principio, el objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es que el individuo haga cosas diferentes* (Lieberman, 1991).

Podemos definir la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica como la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración sociolaboral plena. Hablamos de un proceso continuado que desemboca en una meta bien definida, la integración sociolaboral plena, que se obtiene cuando (Danley, 1993):

- a) se realiza un trabajo en el que la mayoría de los empleados no son discapacitados,
- b) la duración del trabajo cumple un mínimo de veinte horas laborales,
- c) el sueldo percibido debe aproximarse al de otro trabajador en las mismas condiciones,
- d) el apoyo en el lugar de trabajo debe ser el mínimo y tender paulatinamente a desaparecer.

Aunque nunca perdemos de vista esa referencia de integración, debemos concluir que en rehabilitación es tan importante cada uno de los pasos del proceso como el objetivo final del mismo. Se trata de un proceso individual en el que interactúan muchas variables y muy complejas; su duración, los objetivos y subobjetivos están siempre en función de las necesidades individuales. La rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola "meta"; es una *filosofía*, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas psicológicos a largo plazo (Shepherd, 1996). No hay un proceso rehabilitador 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 continuados y dirigidos a la obtención de nuevos progresos.

En este sentido, la rehabilitación debe ser un proceso continuado que como filosofía de intervención no tiene por qué tener un final predeterminado, salvo el que marque la evolución misma del sujeto. No se pretende realizar una actividad basada en la curación, ni en el tratamiento parcializado de la enfermedad (biológico versus psicosocial). Se trata de aportar una nueva forma de comprender y trabajar la problemática de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico crónico, en el que el eje central de la intervención está en el desarrollo de las competencias y habilidades que necesita cada una de ellas para vivir de forma digna en su entorno natural (Cuevas, Rivas, Perona, 1996). La figura del "*rehabilitado*" vale en tanto que quiere significar la persona que ha logrado sus objetivos de integración sociolaboral, pero no es menos cierto que encubre una cierta noción de "*final de camino*" o "*final de proceso*" que no coincide con la realidad clínica y nunca aparece en la esencia de la experiencia vital del común de las personas.

La rehabilitación laboral se fundamenta en los mismos principios básicos de la rehabilitación psicosocial: la persona con problemas psiquiátricos severos puede aprender y mejorar su funcionamiento, los abordajes que tiendan hacia su normaliza-

ción deben predominar sobre los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia. Pero, ¿por qué plantearse la integración laboral del enfermo mental crónico? La inactividad, el aislamiento dentro del caparazón familiar o institucional, el embotamiento personal de una vida sin proyectos, conservan y aun agravan los síntomas patológicos, confinando al individuo a una vida marginal y sin sentido. La rehabilitación laboral pretende dotar a la persona de un *proyecto de vida* a través del desempeño de un trabajo. Los condicionantes de la invalidez social obedecen a factores propios de la enfermedad y del ambiente (escuela, trabajo, familia); ni que decir tiene que cualquier estrategia rehabilitadora debe afrontar esta realidad bifronte (Colodrón, 1991).

Es necesario ver la rehabilitación como quehacer muy individualizado atento a impulsar la confianza en uno mismo, la autonomía, la libertad, y para ello, facilitar el empleo. Un quehacer que implica desarrollar habilidades para vivir y trabajar que es tanto como promover recursos debidos en la comunidad; es necesario incidir coherentemente en sujeto y medio, desde diagnósticos nada psiquiátricos sino desde otros establecidos sobre la relación entre habilidades del sujeto y necesidades comunitarias (Colodrón, 2001).

Entendemos el trabajo como un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas; asimismo, el trabajo supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo mental crónico en individuo perteneciente a un grupo: no en vano el desempeño de una actividad supone en muchos casos la línea divisoria que distingue a quien pertenece al grupo social y a quien resulta marginado. El trabajo suele generar conductas similares a las que la sociedad reconoce como propias y fomenta hábitos de conducta que identifican al sujeto como integrante de esa sociedad; *del mismo modo, el trabajo genera conductas que el propio individuo reconoce como pertenecientes al grupo* (Galilea y Colis, 1997). Gracias al desempeño de un trabajo, el enfermo mental crónico adquiere el *rol* normalizado (o rol de trabajador) por encima del *rol* de enfermo. El trabajo se convierte así en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios (sociabilidad, organización del tiempo, refuerzo de la autoestima, independencia social y económica, etc.); por otra parte, el valor de elemento terapéutico por el que el trabajo va incidir directamente sobre su estado defectual, mejorar su funcionamiento, aumentar la valoración de sí mismo, normalizar sus conductas, sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas. El trabajo es, a la vez, un resultado y un determinante del curso de un trastorno mental crónico (Lieberman, 1988).

El individuo psicótico es habilitado gracias a la medicación antipsicótica; competencia de la rehabilitación será su fortalecimiento como tal individuo en la sociedad, mediante intervenciones que propicien su mejor funcionamiento y autonomía personal y social. La rehabilitación considera que los problemas de funcionamiento merecen un tratamiento aparte (Shepherd, 1996); la rehabilitación psiquiátrica se concentra más en el tratamiento de las consecuencias de la enfermedad mental que en la enfermedad *per se* (Farkas, 1996). El individuo, durante el proceso de su rehabilitación, abandona progresivamente su ensimismamiento y se encuentra en condiciones de alcanzar la *alteración* o vida fuera de sí (Aranguren, 1989), que va a propiciar nuevas necesidades y expectativas. Conforme ese sujeto se afianza y crece, aumentan los requerimientos

naturales de su vida privada y social; poco a poco se equipara la motivación del sujeto a la motivación propia de su grupo de edad normalizado; todo ello exige que los recursos alternativos que están al servicio de los enfermos mentales crónicos sean dinámicos, capaces de acompañarlo en el proceso hasta el momento mismo de su integración sociolaboral plena, y aun entonces. Los recursos alternativos deben centrar sus actuaciones en las cambiantes necesidades de los pacientes, no en el credo, la disponibilidad económica o las estereotipias de los profesionales (Desviat, 1994).

Para tener éxito, la rehabilitación requiere casi siempre estimular no solamente el cambio de la persona que sufre una enfermedad mental grave y su entorno, sino también apoyar la modificación de las barreras sociales que obstaculizan su entrada en la sociedad (Farkas, 1996). Un número cada vez mayor de personas afectadas por un trastorno mental severo aguarda la creación de escenarios abiertos que propicien la adquisición de hábitos y habilidades que son potencialmente capaces de desarrollar. Igualmente, cada vez es mayor el número de profesionales que se ven en la necesidad de iniciar intervenciones de integración sociolaboral que satisfagan los requerimientos de sus pacientes.

La rehabilitación laboral no pretende una "restitutio ad íntegram" (Colodrón, 1991) de sus protagonistas; eso sería tanto como ignorar los efectos de la patología y borrar de un plumazo una etapa de la vida y sus efectos consiguientes sobre el individuo. Lo que sí está a su alcance es *desplazar* al sujeto de su arraigado rol de enfermo hacia un rol normalizado. 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, marginador, *que se mira a sí mismo*. El rol normalizado permite al individuo incorporarse al tiempo real y en él (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse; el rol normalizado es dinámico, integrador, *mira a los demás y a su entorno* (Galilea y Colis, 2000). El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la normalización es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas. La rehabilitación va a propiciar ese *desplazamiento de rol* mediante cuatro aspectos importantes:

1. El sujeto es *protagonista* de su proceso de rehabilitación laboral y es consciente de sus objetivos; se hace a su vez partícipe y responsable del mismo. Los principios de la rehabilitación implican aumentar al máximo las posibilidades de elección, apoyo flexible, mantenimiento de la individualidad y participación en el proceso global de rehabilitación (Farkas, 1996).

2. Favorecimiento de una adecuada *autoimagen* laboral: El sujeto debe sentirse inmerso en un ambiente "normalizado" Debe relacionarse con figuras propiamente laborales muy bien definidas y de la forma adecuada. Hay que propiciar que el individuo pueda verse a sí mismo como perteneciente a un grupo cuyos objetivos coinciden con los suyos. La condición de enfermo mental crónico ya no es sustantiva, sino adjetiva a la principal condición de persona, son "*personas que están intentando controlar su esquizofrenia, y no esquizofrénicos*" (Shepherd, 1996).

3. Favorecimiento de una adecuada imagen laboral: el sujeto debe atenerse a las normas laborales y formativas de los entrenamientos y tareas; aseo y vestido, respeto de horarios, conducta con los compañeros y profesionales, etc. El desempeño de una *rol*, o papel, o función dentro de la sociedad, surge en principio de una concordan-

cia entre la imagen de sí mismo que el sujeto percibe (autoimagen) y la imagen de uno mismo que perciben los demás. *La existencia humana es meramente un juego de roles, ya que el ego surge del rol que se represente* (Martí Tusquets, 1988).

4. Favorecimiento de una *distinción* clara entre los espacios terapéuticos y los espacios de entrenamiento laboral: Los talleres rehabilitadores y entrenamientos específicamente laborales deben estar bien diferenciados del apoyo terapéutico. Asimismo, esa diferenciación debe extenderse también a las figuras profesionales de cada uno de los ámbitos.

Los acontecimientos de la vida de un enfermo mental crónico están determinados por el *hecho* de padecer la enfermedad y ser enfermo, tanto incluso como por los propios síntomas de la misma. El entorno suele contribuir a que la persona se sienta a sí misma *permanentemente enferma* y todas sus acciones caracterizadas por lo mórbido. En el individuo enfermo mental crónico se reproduce esa condición de las personas por la que éstas se conducen de forma diferente según el ámbito en que se hallan y según las personas con que interactúan. El sujeto en la familia o en su ámbito de convivencia, en el que probablemente las figuras estarán muy marcadas por lo esencialmente patológico, mostrará una mayor expresión morbosa. Podríamos hablar de un *sujeto enfermizo* dentro de la familia, en tanto que desarrolla conductas que difieren de las normales a causa de una enfermedad, pero que son conductas *distinguibles* de la enfermedad en sí (Galilea y Colis, 1997).

Si los pacientes no se sienten capaces de dar una respuesta positiva a la rehabilitación, esto puede significar por sí mismo que aumenta la atención en los síntomas psiquiátricos y los esfuerzos acrecentados por ganar reconocimiento como paciente. Este es un ejemplo del fenómeno general denominado *conducta ante la enfermedad* (Mechanic, 1966); fenómeno que supone, en consecuencia, que bajo la capa sombría de la psicosis sobrevive aquello que es esencial al individuo y que lo caracteriza como tal ante sí mismo y ante los demás; el hombre psicótico puede enfrentarse también, en tanto que persona, a la psicosis (Schneider, 1951), y desarrollar voliciones y noliciones, satisfacciones, responsabilidades, juicios, opiniones sobre sí mismo y su entorno. El individuo en el espacio terapéutico (en la consulta del psiquiatra, del psicólogo, etc.) se encuentra de forma objetiva enfrentado a su enfermedad y es un *sujeto enfermo* que establece una relación clínica y terapéutica similar a otras patologías.

La rehabilitación laboral pretende la creación de un espacio normalizado donde el individuo sea capaz de desarrollar una forma de ser y actuar que no esté primordialmente caracterizada por la condición patológica. De este modo, el sujeto podrá desarrollar conductas y adquirir habilidades y hábitos normalizados que podrán generalizarse a otros ámbitos de su vida. La rehabilitación quiere al individuo en un ambiente social, normalizado y *en tanto su influencia sobre el individuo*, normalizante; aquí tendrá tendencia a desplegar ciertas habilidades de adaptación propias de quien se enfrenta a nuevas situaciones y nuevas figuras no marcadas por la enfermedad. El ámbito rehabilitador/normalizado tiende a eliminar o paliar las conductas del *sujeto enfermizo*, propicia el autocontrol, nuevos hábitos de conducta, el afrontamiento personal, las relaciones sociales, etc.

El concepto de normalización en rehabilitación laboral no puede considerarse aisladamente de los conceptos de individualización y de autonomía personal y social. Normalización y rehabilitación son términos convergentes e incluso, en cierto sentido, sinónimos. Normalización es, en sentido estricto, acción y efecto de normalizar; normalizar, a su vez, hacer que una cosa sea normal; y normal (del latín, "*normalis*") es lo que se halla en su estado natural. De esta forma, la normalización y la rehabilitación pretenden que el individuo tienda a la (re)-construcción de su estado natural que le corresponde como individuo; y así como la rehabilitación es entendida como un proceso *continuo* (Lieberman, 1982), de igual forma se debe entender el proceso de normalización, que es dinámico y abierto. La normalización, en consecuencia, atiende directamente a las necesidades del individuo y no específicamente a las del sistema social.

El individuo puede desarrollarse como tal cada vez con mayor eficiencia; las intervenciones psicológicas y de rehabilitación contribuyen a que el sujeto desarrolle sus capacidades y potencie lo que en sí mismo permanece a salvo de la patología. Ello no quiere decir que la rehabilitación ignore la diversidad, la diferencia, la enfermedad mental y sus secuelas, y tienda a una falsa "homogeneización social" donde se someta al enfermo a objetivos inalcanzables; al contrario, la rehabilitación pretende avanzar en la normalización para obtener en cada caso el mejor individuo posible o una *mejor normalidad* (Broustra, 1975).