



**LA INCLUSIÓN LABORAL COMO PROMOTORA DE SALUD  
MENTAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES  
CRÓNICOS**

**ADRIANA MARÍA ABELLA LORZA**

Directora de trabajo de grado  
**XIMENA CASTRO SARDI**

UNIVERSIDAD ICESI  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

SANTIAGO DE CALI  
2022

## **LA INCLUSIÓN LABORAL COMO PROMOTORA DE SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS**

*Una propuesta de acompañamiento psicosocial en inclusión laboral dirigida a las personas con trastornos mentales crónicos (TMC) usuarias de los servicios públicos de salud mental de la ciudad de Cali, desde un enfoque comunitario basado en los derechos humanos, la igualdad y la diferencia social como ejes que posibilitan el reconocimiento subjetivo y el valor social del trabajo.*

“«Soy humano —dijo un antiguo poeta latino— y nada de lo que es humano puede parecerme ajeno». Es decir: tener conciencia de mi humanidad consiste en darme cuenta de que, pese a todas las muy reales diferencias entre los individuos, estoy también en cierto modo *dentro* de cada uno de mis semejantes”.

Fernando Savater – “Ética para amador” (1991)

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. CONTEXTO</b>	<b>6</b>
<b>3. ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
3.1. LA SITUACIÓN DE LA INCLUSIÓN LABORAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL EN EL MUNDO	10
3.2. MARCO NORMATIVO ALREDEDOR DE LA SALUD MENTAL E INCLUSIÓN LABORAL DE LA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL EN COLOMBIA	13
3.3. PROGRAMAS DE INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL PARA PERSONAS CON TMC EN LA CIUDAD DE CALI	17
3.3.1. <i>Fundación Ideal</i>	18
3.3.2. <i>Instituto Tobías Emanuel (ITE)</i>	20
3.3.3. <i>IPS Oportunidad de vida</i>	24
<b>4. REFERENTES CONCEPTUALES</b>	<b>26</b>
4.1. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	26
4.2. SALUD MENTAL COMUNITARIA	30
4.3. TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS	35
4.4. INCLUSIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS (TMC)	39
<b>5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>43</b>
5.1. ESCENARIOS Y POBLACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	44
5.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	46
5.2.1. <i>Objetivo general</i>	46
5.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	46
5.3. REFERENTES CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN	46
5.4. METODOLOGÍA	49
5.4.1. <i>Escenario 1: Estrategias para la consecución de un empleo</i>	51
Primera sesión: El mito de Ícaro	51
Segunda sesión: Estableciendo redes de apoyo	53
Tercera sesión: Elaborando mi hoja de vida	54
Cuarta sesión: Mapeando la inclusión laboral	55
Otras actividades propuestas	56
5.4.2. <i>Escenario 2: Estrategias para el mantenimiento de un empleo</i>	57
Primera sesión: Ritual del fuego: reconociendo actitudes negativas	57
Segunda sesión: Detectando factores protectores y de riesgo en el trabajo	58
Tercera sesión: Retos para mejorar el entorno laboral	60
Otras actividades propuestas	62
5.4.3. <i>Escenario 3: Estrategias para el sector empresarial</i>	62
Primera sesión: Salud mental y trastornos mentales	63
Segunda sesión: Identificando barreras	64
Tercera sesión: Visibilizando la importancia de la inclusión laboral	65
Cuarta sesión: Experiencias de inclusión laboral	68
Otras actividades propuestas	69
<b>6. REFLEXIONES FINALES</b>	<b>70</b>
<b>7. REFERENCIAS</b>	<b>73</b>

# 1. Introducción

---

La inclusión laboral de las personas con trastornos mentales se ha presentado desde hace años como uno de los factores claves para mejorar su salud mental y su calidad de vida, por lo que hoy en día sigue siendo un reto y una preocupación para las instituciones que atienden la salud mental. La situación actual es preocupante puesto que además de la estigmatización y la exclusión que les impiden su plena participación en la sociedad, la inversión estatal y social es escasa en relación con la población necesitada de esa atención, y mucho más deficiente si se tienen en cuenta las consecuencias en la salud mental de fenómenos recientes como la pandemia del covid-19, entre otros. Así, se sabe que, del total de la población mundial con trastornos mentales que recibe ayudas estatales, solo el 33% recibe apoyo para el empleo, mientras que por concepto de asistencia social e ingresos lo recibe más del 75% (OPS y OMS, 2018, p. 26).

En el caso de América del Sur, que comprende países de bajos y medianos ingresos, los recursos destinados a la salud mental son muy escasos, aunque cuenta con una proporción mayor de población con trastornos mentales que los demás continentes. (OPS y OMS, 2018, pp. X, 9, 20, 28) Esto muestra una gran brecha entre las necesidades de atención y los servicios de salud mental y la poca prioridad que los gobiernos establecen a esta área, de lo cual sale perjudicada la inclusión laboral de la población con trastornos mentales. Así lo revela Colombia que, con una tasa alta de desempleo y con escasos recursos para la salud mental, la inclusión laboral dirigida a esta población se presenta como una problemática puesto que se evidencia escasez de programas, de estrategias y de intervenciones que apunten a fortalecerla.

Lo anterior muestra la importancia y la necesidad de trabajar por el bienestar de la población con trastornos mentales, pues, como lo indica el informe citado, las enfermedades mentales y la salud mental se consideran cada vez más como una prioridad mundial en materia de salud y desarrollo económico (OPS y OMS, 2018). También los estudios consultados concluyen que sigue siendo un desafío superar la exclusión, la estigmatización y la indiferencia social que dificultan la priorización y la atención desde un marco de derechos humanos a esta población.

Desde una mirada psicosocial comprometida con el desarrollo de sociedades más justas e igualitarias, la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales se concibe en el presente trabajo como un factor relevante en la salud mental ya que favorece su autonomía y su integración social. Asimismo lo manifiesta la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia cuando afirma que es necesario tener “una mayor integración entre lo laboral y lo mental, que permitan promover al ser humano (...) y establecer programas de inclusión laboral y retorno al trabajo de personas con trastornos mentales” (2015, pp. 59-60). De hecho, en las políticas de salud mental de Colombia la inclusión laboral es apreciada como uno de los ejes claves para el bienestar y la inclusión social de esta población, aunque no profundizan más allá de solo mencionar su importancia.

Por lo cual, uno de los aspectos claves para influir positivamente en la salud mental y en la calidad de vida de esta población es intervenir para su inclusión laboral. Así lo afirman autores como Carmona, Fernández y Homet (2020), que ven la inclusión laboral como aporte a la calidad de vida de esta población, considerando el empleo como “un mecanismo de inclusión, ya que puede facilitar el desarrollo de las relaciones y redes sociales, así como la participación en muchos otros aspectos que involucran el ejercicio de derechos de ciudadanía” (p. 346).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta propuesta de intervención aspira a ampliar los campos de trabajo de la intervención psicosocial y por lo tanto se orienta a estimular el cambio de la atención en salud mental promoviendo el modelo de salud mental comunitaria y la inclusión laboral como elementos claves para la inclusión de las personas con trastornos mentales. Una propuesta que se construye a partir de un marco de derechos humanos buscando la participación de estas personas desde un proyecto de intervención dirigida, entendiendo esta última como el diseño de “un plan o estrategia para tratar de intervenir un problema específico a partir de una demanda social, en el cual el cambio es posible” (Montenegro, 2001, citado en Alvis, 2009, p. 4).

## 2. Contexto

---

El interés por la inclusión laboral de personas con trastornos mentales surgió al constatar la suspensión relativamente reciente de un proyecto encaminado a la inserción laboral de los usuarios del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV). Aunque este hospital cuenta con el programa Hospital Día que atiende de forma parcial con actividades terapéuticas y educativas la recuperación funcional y psicosocial de los usuarios, no dispone actualmente de otra estrategia en operación que facilite y acompañe la inserción y la reinserción de esta población al campo laboral. Esta estrategia se considera aún más necesaria si se tiene en cuenta el cambio de modelo de salud mental que se está llevando a cabo en el HDPUV, que va de un enfoque exclusivamente clínico a uno clínico-integral, un modelo que busca fortalecer la atención integral e integrada en salud mental y a través de un equipo interdisciplinario dirigido a los usuarios y a su entorno familiar promover a su vez la inclusión social. Dicho cambio está vinculado con la adopción de la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República de Colombia, 2013).

El proyecto de intervención aquí planteado consiste en formular una propuesta de acompañamiento psicosocial hacia la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales crónicos (TMC), como se especificará más adelante. El propósito es que puedan estar acompañadas en el proceso de inserción y de mantenimiento en el campo laboral tanto en el reconocimiento de sus habilidades sociolaborales y en la prospección de lugares de trabajo como en el acompañamiento para afrontar los retos que se deriven de su inserción. Contar con un programa como este fortalecerá la atención en salud mental en Cali desde una perspectiva comunitaria. Una atención en la cual su objeto sea “las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad” (Galende, 1997, p. 31); que abarque todo el conjunto de prácticas asistenciales que buscan la mejoría de las relaciones de los individuos con su entorno social. El proyecto retoma una perspectiva comunitaria, entendida como la comprensión del contexto social e histórico en el que cada individuo se reconozca como un sujeto social y comunitario y en el que se evite ver solo la enfermedad y no a quien la vive. Por ello, la importancia de un abordaje interdisciplinario, con redes de apoyo que se sostengan en el mismo territorio de los individuos y desde un marco de derechos de ciudadanía.

Este proyecto de intervención va dirigido a las personas diagnosticadas con trastornos mentales crónicos que se encuentran con tratamiento en los servicios públicos

de salud mental de la ciudad de Cali, residentes en el municipio en los estratos 1, 2 y 3, que están en edad de trabajar, es decir, entre los 18 y los 60 años. Esta población comprende las personas diagnosticadas con esquizofrenia, psicosis delirantes y trastornos de la personalidad, entre otras, y que tienen dificultades en su conducta social, en sus relaciones interpersonales, en el autocuidado, en su autonomía y en el uso del tiempo libre, lo que conlleva niveles más bajos en su calidad de vida (García *et ál.*, 2016). Cabe mencionar, que para la puesta en marcha de un proyecto como este es conveniente la caracterización laboral completa de esta población para determinar, entre otras cosas, su estado de ocupación o de desempleo, sus dificultades, sus potencialidades y capacidades en cuanto al campo laboral; datos que hasta la fecha no se han recolectado de manera sistemática a nivel nacional.

Por lo anterior, como un marco general, es conveniente tener en cuenta las estadísticas actuales de salud mental del país y la región para conocer la incidencia y los estimativos de esta población. Según datos de la Encuesta Nacional, para 2015 aproximadamente el 40% de la población colombiana adulta había sufrido, estaba sufriendo o sufriría un trastorno mental diagnosticable a lo largo de su vida (DANE, 2015). Valga señalar que los datos de mayor cobertura sobre la epidemiología de los problemas en salud mental en Colombia los recogió la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, con posterioridad a ella han salido datos parciales como el estudio de Tejada quien, basándose en los resultados de la encuesta mencionada, afirma que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población adulta es de 9,1%, sostiene que hay una proporción significativa de adultos que sufre de trastornos mentales, sin embargo, se evidencia en el país escasez de datos, atenciones y recursos para esta población, “no existen datos publicados sobre los costos económicos de la enfermedad mental. Esto plantea una dificultad, principalmente para el gobierno y la planeación de acciones en salud” (Tejada, 2016, p. 34). Este panorama de escasez de datos sobre salud mental e inclusión laboral de la población afectada significa un reto para construir un programa como el que se plantea, pero también es una oportunidad para su justificación.

Otro estudio más reciente de la OPS y la OMS (2018), *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*, ofrece estadísticas relevantes sobre la situación de los trastornos mentales en Colombia. Un dato muestra que los años de vida

perdidos por discapacidad derivada de los TMNS<sup>1</sup> alcanza un 35% para dicha población, lo que evidencia que los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad. Además presenta datos específicos sobre los trastornos mentales crónicos advirtiendo que las esquizofrenias y los trastornos bipolares son parte de ese grupo y se los considera como uno de los estados de salud más discapacitantes y que “son particularmente letales en los entornos de ingresos bajos, que tienden también a ser contextos con una gran estigmatización” (OPS y OMS, 2018, p. 20).

Por otro lado, y acercándonos al contexto del proyecto de intervención, los datos más actualizados sobre la población con trastorno mental de Cali los ofrece la plataforma SISPRO<sup>2</sup>, que muestra que en el 2020 de un total de 1.326.729 personas que fueron atendidas por todas las causas en los servicios de salud en Cali (privados y públicos), 68.124 de ellas fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento. Cabe mencionar que para el año 2019 el número de habitantes de Cali rondaba los 2.227.642 según datos del DANE, lo que muestra un panorama aproximado sobre la demanda de atención en salud mental de la población caleña, y que, aun sabiendo que muchas personas no están incluidas en esas cifras, sigue siendo una cantidad considerable. Sumado a lo anterior, el informe del Observatorio de Salud Mental de Cali<sup>3</sup> “reporta a los adultos entre 29 y 59 años como el grupo poblacional más afectado por esquizofrenia - trastornos delirantes (48%) y trastornos del humor (45%)”.

En sintonía con lo que se ha dicho hasta el momento, es importante exponer con brevedad el panorama de Colombia y especialmente el de la ciudad de Cali frente a la situación del mercado laboral y de la actual crisis de desempleo que está atravesando el país, incrementada por la pandemia del covid-19. Según datos del DANE, para julio de 2021 la tasa de ocupación a nivel nacional fue de 51,8% y la tasa de desempleo del 14,3%. En el caso de Cali la tasa de ocupación en el 2019 fue del 59,6% y la de desempleo del 12,5%. Estos datos indican un elevado porcentaje de desempleo y de subempleo en la población colombiana, hechos que pueden llegar a generar notables

---

<sup>1</sup> Trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias y el suicidio.

<sup>2</sup> Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

<sup>3</sup> Observatorio de Salud Mental de la Secretaria de Salud Pública de Cali, 2020.

problemas asociados con la salud mental y otros aspectos psicosociales. Y que, según recientes noticias de prensa, ya se tienen registrados<sup>4</sup>.

Ahora, si el ingreso al mercado laboral ya es complicado para la mayoría de colombianos, para los grupos vulnerables y excluidos socialmente evidentemente es aún más difícil, como lo experimentan las personas diagnosticadas con trastornos mentales. El empleo como factor clave en la consecución de seguridad económica y mayor independencia a nivel social se presenta como una meta difícil de alcanzar para esta población; según estudios de la encuesta nacional, este aspecto tiene gran impacto ya que “los trastornos mentales conllevan importantes consecuencias socioeconómicas, (...) se han asociado con menores ingresos personales y familiares” (2015, p 52). Cabe mencionar que la dificultad para la inserción laboral afecta no solo su eje social, sino también el eje individual.

La información anterior advierte que, a pesar de la cantidad de personas con trastornos mentales, se siguen presentando barreras que les impiden su plena inclusión en la sociedad, tales como las exigencias en el campo educativo, en el acceso a los servicios sociales, la estigmatización y la indiferencia social. Barreras que el mismo Gobierno aumenta al asignar un mínimo presupuesto (0,5%) a la salud mental, lo que reduce claramente los servicios y los recursos destinados a los programas de salud mental e impide que se desarrollen nuevos programas y se amplíe la cobertura. Esta situación se hace más grave porque el escaso presupuesto dificulta mucho más la existencia de programas públicos de inclusión laboral para dicha población.

---

<sup>4</sup> “Los servicios de salud mental han sido los más afectados a lo largo de esta pandemia”, *El Tiempo* (Bogotá), 9 de octubre de 2021, p. 1.2.

## 3. Antecedentes

---

### 3.1. La situación de la inclusión laboral de la población con trastorno mental en el mundo

A nivel mundial, aproximadamente el 10% de la población adulta sufre un trastorno mental. Y en otra perspectiva, una de cada cuatro personas se verá afectada por algún trastorno mental a lo largo de su vida, lo que hace que esta condición sea una de las principales causas de deterioro de la salud y de discapacidad, según un comunicado del 2001 (OMS, 2001). Dos décadas después, la situación no ha variado mucho, una encuesta realizada a veintisiete países en el 2020 mostró que la salud mental ocupaba el tercer puesto entre los principales problemas de salud; el primero, el covid-19 y luego el cáncer (Ipsos, 2020). Tanto así que la directora de la OPS advirtió que “las enfermedades de salud mental constituyen una epidemia silenciosa que ha afectado a las Américas mucho antes del covid-19, con depresión y ansiedad como dos de las principales causas de discapacidad” (OPS, 2020).

Por lo anterior, cada vez es más urgente contribuir a la mejora de la salud mental y en este caso, desde la inclusión laboral que, aunque no es el único ámbito para aportar a la calidad de vida, ni indica que para todas las personas sea posible, se considera como promotora de la salud mental ya que puede contribuir positiva y significativamente al bienestar de la población con trastornos mentales. Por ello, se expondrán a continuación algunas experiencias en el mundo sobre cómo se ha tratado la inclusión laboral de estas personas.

Un informe basado en los impactos de los problemas de salud mental de los países que conforman la Unión Europea arrojó que en Europa las personas con problemas de salud mental tienen los índices más bajos de empleo, por lo que son uno de los grupos que “se enfrenta a una situación social y económica precaria, al aislamiento y a la exclusión social” (MHE, 2008, p.8). Gran parte de esa exclusión es por el estigma y la auto-estigmatización que experimentan estas personas. Este informe realiza un análisis claro en el que pone de relieve los tres factores principales de exclusión y desventaja social: el desempleo, la pobreza y el ‘sinhogarismo’, mencionando puntualmente que a las personas con problemas de salud mental se les dificulta mucho acceder al mercado laboral por sus condiciones, y las que trabajan son retribuidas con salarios muy precarios (MHE, 2008).

Siguiendo con lo anterior y de acuerdo con los estudios revisados, existen otras barreras y condicionantes que impiden o dificultan la inclusión laboral de la población con trastorno mental; barreras que se encuentran y se entrelazan con el contexto social y con las limitaciones o discapacidades derivadas del trastorno mental de cada persona, las cuales son particulares en cada una. Algunas de ellas, como lo mencionan Pallisera *et ál.* (2012) en su investigación, empiezan con la dificultad que enfrentan muchas de estas personas al no poder finalizar sus estudios secundarios y/o universitarios, lo que se refleja en el mercado laboral como una escasa formación profesional. Esta situación, aunque no es generalizable, sí es un hecho frecuente en esta población puesto que la mayoría de los trastornos mentales se manifiestan en la adolescencia o a inicios de la edad adulta. Relacionada con lo anterior, se suma otra barrera que es la escasa experiencia laboral. Al respecto, Mascayano *et ál.* (2013) señalan otras condicionantes del mercado laboral como:

La falta de incentivos laborales, el desentimiento con el trabajo particular a desempeñar, el estigma público con la consiguiente discriminación tanto por parte de los empleadores como de la población en general, y finalmente la falta de programas clínicos y vocacionales que apoyen la inserción laboral (p. 160).

De igual modo, la extrema competitividad y la presión laboral representan otras de las características que se imponen en el mercado laboral y dificultan notoriamente la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales (Pallisera *et ál.*, 2012).

La otra cara de estas barreras está condicionada por la misma enfermedad mental. El estudio de Jordán (2008), psicólogo especialista en discapacidad, presenta los problemas peculiares de la población con enfermedad mental en lo laboral dividiéndolos en tres aspectos centrales: las dificultades en el aprendizaje y la realización del trabajo, las dificultades en las relaciones interpersonales y, por último, las dificultades en el ámbito físico, como los trastornos del sueño y los efectos de la medicación. Ante estas barreras, el estudio resalta la importancia de que los procesos de inserción laboral sean diseñados para cada caso, “la propia naturaleza de las diferentes patologías hace necesaria la adecuación de los puestos a la problemática de cada trabajador al objeto de que el trabajo sea una herramienta normalizadora y no un problema” (Jordán, 2008, p. 300).

Una vez consideradas las barreras, es necesario abordar los beneficios que puede traer en la comunidad estudiada su inclusión laboral tanto para la salud mental

individual como para su entorno social. Las experiencias recogidas sobre inclusión laboral en Europa, especialmente en España, resaltan los beneficios que puede llegar a generar la inserción laboral de la población con trastorno mental. Uno de los estudios señala que “está ampliamente difundido el reconocimiento del valor positivo del empleo como herramienta de mejoría tanto de la situación clínica como psicosocial de los afectados por una alteración mental discapacitante” (Mascayano *et ál*, 2013, p. 159). Cabe resaltar que allá tienen un amplio recorrido en programas de inclusión laboral por lo que cuentan con más estudios y evaluaciones de los aciertos y limitaciones en su implementación.

Los beneficios que se han asociado con la inclusión laboral de la población con trastorno mental, a partir de datos basados en la evidencia, son aquellos que proporcionan un sentido de bienestar y calidad de vida como el incremento en la autoestima, la autonomía, la esperanza, el desarrollo subjetivo y la integración social. (Pallisera *et ál.*, 2012; Mascayano *et ál.*, 2013; Naranjo-Valentin *et ál.*, 2018 y Carmona *et ál.*, 2020). Estas revisiones hacen especial énfasis en el incremento del contacto social y la función terapéutica de la inclusión laboral, como lo indica el estudio de Pallisera *et ál.* (2012): “El empleo constituye un espacio fundamental para la construcción de la identidad personal y para la participación social de todas las personas” (p. 3). A propósito, el mismo estudio señala que:

Se produce un creciente reconocimiento de que el empleo puede ayudar a la recuperación, más que concebirlo como una consecuencia de la recuperación, y que los servicios de salud mental pueden jugar un papel clave en el apoyo a las personas para la recuperación a través del trabajo (Durie, 2008, citado en Pallisera *et ál*, 2012, p. 6).

Fortalecer las habilidades de afrontamiento, como el manejo del estrés y las frustraciones, es otro de los beneficios asociados a la actividad laboral. En su estudio, Carmona *et ál.* (2012) advierten que contar con un empleo no solo mejora la situación económica de la persona con trastorno mental, sino que también puede facilitarle “un proceso de empoderamiento, le puede dar un sentido personal de bienestar, eficiencia e identidad social, y garantizar el acceso al ejercicio de sus derechos ciudadanos” (p. 345). Asimismo, Carmona, Fernández y Homet (2020) argumentan que, para alcanzar la integración social, la cual es impulsada por la inclusión laboral, no es solo cuestión de rehabilitación funcional, sino que implica un compromiso por el desarrollo de la autonomía y la capacidad crítica de la población con trastornos mentales para afrontar

los retos de la vida. Por ello, muestran la inclusión laboral como un proceso de empoderamiento que brinda un sentido de organización, estructuración y significado a la cotidianidad.

Los estudios mencionados, más una guía detallada de la Fundación la Caixa (2012) dan cuenta de la larga trayectoria que lleva Europa en la implementación de modelos de inserción laboral para la población con trastorno mental. El empleo protegido y el empleo con apoyo son los modelos que más destacan, siendo el primero el modelo tradicional de rehabilitación vocacional y el segundo caracterizado por un proceso rápido de búsqueda de empleo (Hilarión y Koatz, 2012; Mascayano et al., 2012 y Naranjo-Valentín *et ál.*, 2018).

### **3.2. Marco normativo alrededor de la salud mental e inclusión laboral de la población con trastorno mental en Colombia**

En cuanto al marco legal que reglamenta la atención en salud mental de la población con trastorno mental en Colombia y otros acuerdos que consideran su inclusión laboral, se evidenció que hay un mayor desarrollo de material legislativo acerca de la población con discapacidad que, como bien se sabe, comparte situaciones de discriminación y exclusión similares a la población con trastornos mentales. Por ejemplo, cuentan con la Ley 1346 de 2009 que aprueba la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la ONU*, y en ella señalan la importancia de incluir a la población con discapacidad en todos los ámbitos sociales reconociendo su derecho a la participación e independencia y lo esencial que es que cuenten con oportunidades dignas de empleo, como acceder a entornos laborales inclusivos y ajustados a sus condiciones, pero al describir a quienes se considera como personas con discapacidad no se precisa a las personas con trastornos mentales o con discapacidad psicosocial.

Una apreciación igual se manifiesta en la Ley 1429 de 2010 que regula la formalización y la generación de empleo, y que establece que se tendrá como prioridad a la población con discapacidad en los programas de formación y capacitación, sin especificar si la población con trastorno mental está considerada dentro de esa población. De igual forma, señalan de manera general como deber del Gobierno nacional mejorar la ocupabilidad de los jóvenes planeando “una oferta que contemple todas las necesidades formativas de una persona en situación de exclusión y que cubra

todas las etapas que necesite para su inserción social y laboral” (Congreso de la República de Colombia, 2010).

La Ley 1438 del 2011 presenta un panorama similar al referirse a cierta población en la que pueden estar incluidas las personas con trastornos mentales. Dicha ley conforma el sistema general de seguridad social en salud con el fin de mejorar la salud en todos sus niveles, y dentro de sus principios abarca el *enfoque diferencial* que reconoce la existencia de sectores con características particulares por lo que “el sistema general de seguridad social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación” (Congreso de la República de Colombia, 2011). Adicionalmente, afirma que las acciones en salud deben garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de todos los colombianos implementando, entre otras estrategias, la política nacional de salud mental.

Hasta el año 2012 el marco legislativo en salud mental e inclusión laboral de Colombia no consideraba explícitamente a la población con trastorno mental, pero con la expedición de la Ley 1616 del 2013 el panorama a nivel normativo y político para esta población se modifica. La salud mental se convierte en “un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general” (Ley 1616 de 2013). Y en lo referente al aspecto laboral, uno de sus artículos señala el derecho a que los usuarios directos de la atención en salud mental puedan acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y laboral sin que sean excluidos a causa de su trastorno mental, y también al reconocimiento de incapacidad laboral. Estas disposiciones, aunque solo son anuncios, son de carácter oficial y por lo menos marcan un derrotero y, como muy bien lo plantea Castro, “su promulgación puede leerse como una oportunidad para proponer, desde la academia y la sociedad civil, procesos de investigación aplicada con miras a fortalecer la oferta de servicios y mejorar la calidad de la atención” (2016, p. 122).

Más adelante, aspectos claves como la atención integral e integrada, los equipos interdisciplinarios, las acciones intersectoriales y basadas en la comunidad y la reducción de la estigmatización y la discriminación, mencionados en la Ley 1616, se retoman con más hincapié en las actualizaciones y reformas de la *Política Nacional de Salud Mental*, que desde su adopción en 1998 ha contado con varias modificaciones para su mejora; en últimas, se han formulado en el propósito de alcanzar la humanización de la atención en

salud mental. Uno de los puntos que se resaltan de esta política, en las modificaciones hechas en la Resolución 4886 del 2018, es la importancia que le da al trabajo intersectorial como mecanismo para aumentar las oportunidades laborales, educativas y culturales de la población con trastorno mental y para articular todas las políticas públicas que buscan fortalecer la inclusión social de los colombianos, así como a la promoción de programas de prevención que unan los propósitos de las ofertas institucionales con los dispositivos de base comunitaria.

Dos años después, el Gobierno Nacional aprobó en el Documento Conpes<sup>5</sup> 3992 de 2020 (en adelante Conpes, 2020) una estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, específicamente dirigida a personas víctimas de la violencia, a personas con problemas o trastornos mentales e igualmente a personas que consumen SPA<sup>6</sup>. Esta estrategia se construyó ante la evidencia de las grandes problemáticas de la atención en salud mental que tienen que ver con la escasez de dispositivos, programas, medidas y atenciones intersectoriales e integrales que apunten a la salud mental de la población colombiana, y con las barreras y limitaciones que presentan en los entornos físicos y para los aspectos socioemocionales. Plantea entonces tres ejes principales de acción, que de manera resumida son: el primero, encaminado a aumentar la coordinación intersectorial, el segundo está enfocado en el fortalecimiento de los entornos sociales a través de la promoción de competencias socioemocionales, y el último eje, esencial para efectos de este trabajo, está dedicado a mejorar la atención en salud mental e inclusión social “por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social” (Conpes, 2020, p. 3).

Asimismo, la política advierte las consecuencias negativas que pueden derivarse de los trastornos mentales, como la deserción educativa, la baja productividad laboral y otros efectos que pueden aumentar la carga de problemas de salud mental y los suicidios en todo el país (Conpes, 2020). Da cuenta, también, de las dificultades que sigue presentando la política de salud mental en relación con su implementación y con la articulación intersectorial, de ahí que la estrategia planteada en el Conpes 2020 tenga como propósito “consolidar un plan de acción entre las diferentes entidades, sectores y espacios”(p. 10) que aborden los factores que afectan la salud mental y contribuyan a la

---

<sup>5</sup> Conpes: Consejo Nacional de Política Económica y Social que lo conforman el presidente de la República, el vicepresidente, todos los ministros del Gobierno nacional, el director del Departamento Nacional de Planeación y el director de Departamento Administrativo de la Presidencia.

<sup>6</sup> SPA: sustancias psicoactivas.

prevención y la atención integral de la población implicada. Además, tiene en cuenta seis entornos claves, caracterizados por su alta demanda de relaciones sociales y factores psicosociales, entre los cuales están el comunitario, el educativo y el laboral.

En cuanto a la inclusión laboral, la política manifiesta que existen limitaciones en la articulación entre los sectores que brindan servicios sociales y los que atienden la salud por la ausencia de lineamientos que los justifiquen y promuevan, lo cual genera dificultades para la atención integral y la promoción de la inclusión social. Estos servicios deben trabajar de manera paralela y en red para beneficiar a las personas que los requieran, es decir a las personas con trastornos mentales que están en tratamiento médico y que necesitan mejorar tanto su funcionalidad como sus relaciones sociales (Conpes, 2020). En este sentido, expresa la urgencia de que:

Se les brinde posibilidades para aportar en la sociedad, contribuyendo de esta forma en su proceso de recuperación. La ausencia de esta oferta puede hacer que el individuo recaiga o agudice los problemas o trastornos mentales, y no genere lazos familiares o comunitarios (Conpes, 2020, p. 48).

En concordancia con lo anterior, una de las líneas de acción para la inclusión laboral de las personas con problemas o trastornos mentales abordada conjuntamente por dos instituciones del gobierno<sup>7</sup> “construirá y socializará los lineamientos y herramientas que se definan para la inclusión laboral de población con afectaciones en la salud mental para la red de prestadores del Servicio Público de Empleo<sup>8</sup>” (Conpes, 2020, p. 56).

A raíz de la promulgación del Conpes 3992 de 2020, el Servicio Público de Empleo, junto con los ministerios de Trabajo y Salud y Protección Social, recientemente anunció en su página web (Mintrabajo, 2022) la creación de una estrategia de inclusión laboral a personas con afectaciones en la salud mental llamada LaboralMente, para contribuir a su calidad de vida. Con el argumento del impactante aumento de problemas de salud mental en Colombia, y aún más a causa de la pandemia, estas entidades manifiestan la importancia de mejorar la empleabilidad como responsabilidad social y como contribución a la generación de oportunidades laborales. La estrategia comprende “unos documentos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la

---

<sup>7</sup> Unidad Administrativa Especial del Servicio de Empleo y el Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>8</sup> Entidad del Ministerio del Trabajo encargada de generar oportunidades de empleos formales a los colombianos. Recuperado de: <https://www.serviciodeempleo.gov.co/la-unidad/quienes-somos>

salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral” (Mintrabajo, 2022).

Complementario con lo anterior, actualmente en la ciudad de Santiago de Cali está en curso la discusión del Proyecto de Acuerdo 082 que contiene “la Política Distrital de Salud Mental, Convivencia Social y Abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas”, proyecto que empezó a formularse desde el 2017 en la Alcaldía de Cali y que ha ganado prioridad a raíz del aumento de las problemáticas de salud mental causadas por la pandemia del Covid-19 y el estallido social del 28 de abril del 2021 que produjeron un ambiente social de inestabilidad y fragmentación, y en el cual se incrementaron los padecimientos subjetivos. Esta nueva política, además de abarcar los aspectos claves de las leyes citadas, dirige sus enfoques, en concordancia con la situación actual, al reconocimiento del otro y su territorio, a promover “la relación entre subjetividad y ejercicio de ciudadanía” (Proyecto de Acuerdo 082, 2021, p. 29), desde el modelo de salud mental comunitaria que introduce nuevas formas de intervención.

Por medio de esta política se pretende impulsar la inclusión social y los programas de prevención en los que trabajen conjuntamente las ofertas institucionales con los dispositivos de base comunitaria. Se precisa aún más el modelo comunitario y el fortalecimiento del trabajo en red como ejes esenciales para adoptar un sistema “alternativo al modelo clínico hospitalario e institucional, que permita valorizar la red y las relaciones sociales, así como las capacidades de las personas y las comunidades, más allá de los síntomas y las patologías” (Proyecto de Acuerdo 082, 2021, p. 51). En ese sentido, busca contribuir al empoderamiento de los usuarios en salud mental y a la inclusión social con el fin de afrontar la problemática central que establece: “la vulneración de derechos en salud mental”. Como se puede apreciar, en esta propuesta en discusión no se considera ni un solo aspecto en cuanto a la inclusión laboral de la población con trastornos mentales, ni se incluyen programas para el distrito que busquen atender esta necesidad.

### **3.3. Programas de inclusión socio-laboral para personas con TMC en la ciudad de Cali**

Para el siguiente apartado se examinarán tres programas de inclusión sociolaboral que brindan sus servicios en la ciudad de Cali, desarrollados por la Fundación Ideal, el Instituto Tobías Emanuel y la IPS Oportunidad de Vida.

### **3.3.1. Fundación Ideal**

La Fundación Ideal para la Rehabilitación Integral “Julio H. Calonje” es una institución privada prestadora de servicios de salud (IPS) creada en la ciudad de Cali en 1965 por dos médicos y el Club Rotario de Cali. La institución comenzó atendiendo a personas lisiadas, es decir, personas con carencias físicas por lo que en sus inicios se llamaba “Instituto de Ayuda al Lisiado” y años después obtuvo licencia para conformarse también como una institución de educación formal, cambiando así desde 1993 su razón social por la que conserva hasta el día de hoy. Sus servicios están dirigidos a la atención de personas con discapacidad y alteraciones neurológicas por medio de actividades terapéuticas y psicoterapéuticas realizadas por un grupo interdisciplinario conformado por profesionales de las áreas de medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, trabajo social, psicología, educación y nutrición (Fundación Ideal, 2020).

Actualmente se constituye como una fundación que brinda servicios en salud, educación formal, protección, investigación e innovación y como centro docente asistencial a través de dos unidades de servicios: una unidad de habilitación y rehabilitación y una unidad educativa. Esta última está dirigida a niños, adolescentes y adultos con discapacidad y cuenta con dos programas, uno de los cuales se llama *Educación para el trabajo y la productividad* dirigido exclusivamente a jóvenes y adultos entre los 11 y los 30 años de edad con discapacidad motora, intelectual, enfermedades huérfanas y personas con “antecedentes de trastorno mental con evolución satisfactoria los dos últimos años” (Fundación Ideal, 2022). Según la información de una de las trabajadoras sociales de la institución, este programa actualmente funciona como una asesoría y un acompañamiento enfocado a fortalecer procesos y habilidades socioemocionales, vocacionales y del quehacer de cada usuario en su trabajo, por lo que realizan un seguimiento de aquello que les falta mejorar como acatamiento de normas e instrucciones, cumplimiento de responsabilidades básicas como los horarios, la vestimenta y la actualización de la hoja de vida (comunicación personal, marzo de 2022).

También cuenta con programas transversales, entre los cuales está el programa de *Inclusión Social, Educativa y Laboral* implementado para realizar “acciones de sensibilización, formación y asesoría a las comunidades laborales y educativas acompañando para la implementación de ajustes razonables” (Fundación Ideal, 2022).

En cuanto al aspecto laboral, el programa vincula únicamente a los usuarios con discapacidad intelectual al convenio Best Buddies<sup>9</sup> para que sean candidatos de inclusión laboral y brinda asesorías a instituciones públicas y privadas sobre estrategias e implementación de ajustes razonables.

Otro de los programas transversales es una estrategia que cuenta con cuatro fases para el ingreso y egreso de la persona con discapacidad que pretende vincularse a la vida social y laboral. Es la *Estrategia de Articulación Institucional: Centro Comunitario de Rehabilitación*, la cual por medio de un trabajo conjunto entre la rehabilitación institucional y las acciones extramurales logra un espacio interinstitucional e intersectorial que contribuye a la inclusión y al fortalecimiento de la autonomía, las habilidades y las competencias de sus usuarios. Es por ello que cuenta con aliados estratégicos en el sector educativo y laboral, con convenios con empresas como El Corral, Juan Valdez, Homecenter y Alkosto. Las fases de la estrategia son:

- Fase I: Se realiza el ingreso por medio de un diagnóstico clínico, funcional y psicosocial.
- Fase II: Se lleva a cabo la intervención funcional y psicosocial a cargo de profesionales que trabajan de manera individual, grupal, familiar y comunitaria, dependiendo de la demanda de la persona con discapacidad.
- Fase III: Se hace el desarrollo de habilidades con la posibilidad de escoger entre tres programas transversales de la fundación que son: Programa de Inclusión, Rehabilitación con Participación Comunitaria y Rehabilitación basada en la familia.
- Fase IV: Se culmina con la etapa de egreso en la que se realiza un seguimiento al usuario en su proceso de inclusión con el propósito de ayudarlo en su autodeterminación y su vida independiente.

Actualmente, la Fundación atiende en su mayoría a personas con discapacidad física e intelectual y también a un número muy reducido de usuarios con trastornos mentales crónicos, los cuales deben estar paralelamente en tratamiento con alguna institución de servicios de psiquiatría. Cabe mencionar que para este año 2022 no abrieron el Programa de *Inclusión social, educativa y laboral* por falta de personal especializado en esa área, a pesar de que se presenta una alta demanda. En la actualidad,

---

<sup>9</sup> Es una organización internacional que promueve la inclusión social y laboral de personas con discapacidad intelectual. En Colombia existe desde el 2003 y cuenta con una alianza con empresas importantes que posibilitan la generación de oportunidades laborales para esta población.

se encuentran en proceso de capacitación de personal para lograr ponerlo en funcionamiento nuevamente (comunicación personal, marzo 2022).

### ***3.3.2. Instituto Tobías Emanuel (ITE)***

El Instituto fue fundado en 1965 en la ciudad de Cali como una entidad no gubernamental sin ánimo de lucro que brindaba sus primeros servicios únicamente a la población infantil con discapacidad intelectual desde un enfoque clínico, por lo que se centraban en tratar enfermedades biológicas y fisiológicas con médicos especialistas (Cruz y Enríquez, 2018). La institución cobra vida con los esfuerzos conjuntos de la educadora Ofelia de Romero y un equipo de médicos del Hospital Universitario del Valle y la Universidad del Valle, especialmente con la contribución económica de cien mil dólares donados por un médico que pide como única condición que la institución lleve el nombre de Tobías Emanuel, en homenaje a su hijo fallecido quien había nacido con una discapacidad múltiple (comunicación personal, marzo 2022).

Años después, influenciada por cambios internos y globales, como el proceso de desinstitucionalización, la concepción y la atención de la discapacidad en la institución pasó a regirse por un modelo social inclusivo. Este modelo asume la discapacidad como una construcción social, concibe el entorno social como causante de la discapacidad a través de imaginarios sociales, estructuras de normalización y restricciones a los individuos. En palabras de Ferreira (2009), dicho modelo señala que “la discapacidad no radica en la deficiencia fisiológica del individuo, sino en las estructuras sociales en las que este debe vivir (...) la discapacidad no implica personas discapacitadas, sino una sociedad discapacitante” (p. 2).

El ITE empieza a dirigir su accionar hacia una atención integral, dejando atrás el enfoque únicamente clínico y enfocándose mucho más en el área pedagógica para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. De ahí que durante un lapso contó con una estructura de escuela formal que abarcaba transición y primaria, pero las demandas e intereses tanto de los usuarios como de la institución se fueron transformando y llevaron a la institución a ofrecer programas ocupacionales encaminados a fortalecer la vida social y productiva de los jóvenes, a brindar capacitación en actividades de carpintería, panadería, jardinería, administración, tejido, cerámica y manualidades.

A medida que la institución fue logrando una buena reputación en la ciudad, se fue articulando con otros sectores y adicionando cambios en su atención y su visión;

uno de los cambios que intentó hacer al vincularse con las acciones y lineamientos del ICBF y de la Secretaría de Educación Municipal fue convertir el Tobías en una IPS, pero debido a la falta de recursos y de una estructura más sólida e integral no se pudo lograr (comunicación personal, marzo 2022).

A raíz del cambio ontológico, epistemológico y metodológico con el nuevo modelo y la articulación con otras instituciones como el SENA, el Instituto hasta el día de hoy se dedica a la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad intelectual desde una perspectiva cultural, como se puede ver en el manual de convivencia del programa *Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano* en el que hacen visible su concepción de sujeto: “Los estudiantes serán reconocidos como *Seres Sociales, Culturales e Históricos*, teniendo en cuenta que el hombre nace y se desarrolla dentro de una sociedad, haciendo parte de una estructura económica, política y cultural, llamada Estado” (*Manual ITE*, 2014, p. 5). De igual forma, se evidencia en su metodología cuando expresa que “el Instituto educará críticamente, fomentando la participación, apropiándose de las creaciones culturales, costumbres, normas, valores y creencias contempladas en su historia” (*Manual ITE*, 2014, p.5). Cabe añadir que su modelo pedagógico tiene un enfoque de derechos, en el cual se reconoce la diversidad étnica y cultural, la diferencia y la igualdad de oportunidades como ejes que rigen su accionar hacia la promoción de la inclusión y la responsabilidad de toda la comunidad (*Manual ITE*, 2014).

El Instituto actualmente cuenta con un grupo interdisciplinario y una red de trabajo tanto en el sector público como en el privado que lo posiciona como una entidad sólida, de calidad y comprometida con la transformación social de las personas con discapacidad y sus familias. Dicha posición se la ha ganado por su papel activo dentro de los planes de desarrollo del municipio de Santiago de Cali, en las políticas públicas asociadas a la discapacidad intelectual, la educación inclusiva, la responsabilidad social empresarial y la inclusión laboral (ITE, 2022).

Ahora, con respecto a los programas y estrategias enfocados en la inclusión laboral que maneja la institución, se encuentra el programa ya mencionado *Formación para el trabajo y el Desarrollo Humano*, el cual se creó desde el 2009 y actualmente ofrece cinco modalidades de formación laboral con una duración de tres años cada una, que culminan con el aval de un certificado de Técnico Laboral por Competencias. Las

cinco modalidades son: panadero-pastelero, auxiliar administrativo, auxiliar en jardinería y vivero, auxiliar en almacén y bodega y auxiliar en servicios hoteleros.

El programa está dirigido principalmente a la población joven considerada desde los 14 hasta los 35 años de edad y, aunque la condición de base para cualquier usuario es que tenga discapacidad intelectual, han trabajado en muchas ocasiones con jóvenes que presentan comorbilidades, es decir, que además de tener discapacidad intelectual tienen también trastornos mentales o síndromes convulsivos. En estos últimos casos, siguen un protocolo de seguridad en el que se realizan acuerdos con la familia o el responsable de la persona, como continuar con el tratamiento psiquiátrico y sus respectivos medicamentos o contar con otros servicios terapéuticos que posibiliten el proceso de formación en la institución. Pero también se han presentado casos en que el mismo equipo de profesionales identifica problemas asociados a los trastornos mentales y se encarga de hacer todo el proceso necesario para que el o la joven sea atendido oportunamente por otras instancias de salud. En otras palabras, han hecho el acompañamiento psicosocial con el consentimiento siempre de los familiares, cuando estos no se han sentido en la disposición de llevar a cabo la remisión a psiquiatría (comunicación personal, marzo 2022).

El programa está estructurado en tres etapas distribuidas en los tres años de formación para el trabajo.

- En la primera etapa se lleva a cabo el perfilamiento, o como comúnmente lo llaman, la orientación vocacional en la que los jóvenes conocen las tareas principales de las cinco modalidades técnicas y adicionalmente deben hacer un taller de joyería. Este último está diseñado para impulsar las habilidades de emprendimiento al tiempo que fortalece las habilidades motrices finas. Al finalizar el primer año, se decide conjuntamente, teniendo en cuenta las habilidades y el interés del joven, la modalidad que realizará.
- El segundo año está orientado a la formación como tal de la modalidad; aquí se trabajan las competencias específicas que demanda cada labor.
- En la tercera etapa pasan a realizar la práctica profesional directamente en la empresa o, en caso de que no se pueda, está la posibilidad de que la ejecuten dentro del Tobías Emanuel, ya que este cuenta con una simulación de empresa, lo que quiere decir que tienen una panadería industrial, una bodega, muchas zonas verdes y áreas administrativas. Además, los jóvenes tienen la posibilidad

de ser “aprendices Sena” y pueden realizar la práctica patrocinados por una empresa. Una vez terminada la práctica profesional, se gradúan con el título de técnicos y quedan incluidos en la base de datos del Instituto que sirve para posibles vinculaciones laborales.

Durante el proceso de formación se espera que los jóvenes fortalezcan las competencias técnicas y ocupacionales, que desarrollen habilidades adaptativas que pueden servirles para construir un proyecto de vida autónomo e independiente de acuerdo con sus habilidades, necesidades e intereses personales (comunicación personal, marzo 2022). Uno de los objetivos del programa es que se puedan “fortalecer las redes familiares y sociales con el fin de que el joven pueda desempeñar una actividad económicamente productiva” (PEI, 2016, citado en Cruz y Enríquez, 2018, p. 27).

Actualmente, el programa de Formación para el Trabajo cuenta con 194 estudiantes, de los cuales 157 se vincularon por convenio con la Secretaría de Educación y el resto directamente con la institución por lo que pagan una mensualidad. Para las prácticas profesionales y la vinculación laboral está aliado con entidades como Nomecol, Hotel Torre de Cali, Grupo Acrilan, JGB, D’Café, empresas con un fuerte compromiso social que han hecho posible la inclusión laboral de los jóvenes con discapacidad intelectual y al mismo tiempo contribuyen a sensibilizar a la población caleña en cuanto a la discapacidad y la inclusión. La alianza con las empresas implica que el Instituto se encargue de todo el proceso de sensibilización, es decir, da charlas y talleres sobre la discapacidad desde el modelo social, cómo atenderla, cuál es el rol que desempeñan los jóvenes en las empresas, cuáles serían los ajustes razonables. Cuando los jóvenes ya están vinculados a la empresa, el Instituto también se encarga de realizar el proceso de seguimiento y evaluación para que estos logren mantenerse en el trabajo (comunicación personal, marzo 2022).

El Instituto Tobías Emanuel en su propósito de generar entornos incluyentes y mejorar la calidad de vida de su comunidad brinda jornadas de capacitación como, por ejemplo, en la actualización o elaboración de la hoja de vida, realiza encuentros de socialización como cine-foros o salidas pedagógicas. Busca fortalecer y promover las competencias laborales (trabajo en equipo, liderazgo, manejo del tiempo, habilidades comunicativas) y la inclusión social con actividades alternativas para que los jóvenes no

pierdan aquellas habilidades y hábitos logrados durante su formación (comunicación personal, marzo 2022).

### **3.3.3. IPS Oportunidad de vida**

La IPS Oportunidad de vida es una institución creada en el 2009 para brindar atención en salud a través de un equipo variado de profesionales y en articulación con otras entidades prestadoras de servicios. En la actualidad, se muestra al público a través de su página web como una clínica especializada en salud mental y manejo de las adicciones a sustancias psicoactivas que dirige sus servicios a la población del suroccidente colombiano que presenta problemas derivados de la salud mental y el consumo de SPA, por lo que gran parte de sus usuarios padecen de trastornos mentales. Su objetivo principal es brindar una atención integral que permita a la población intervenida reincorporarse a un estilo de vida productivo y saludable (Oportunidad de vida, 2022).

La clínica cuenta con gran variedad de servicios ofrecidos por profesionales de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social. Entre los servicios se destacan dos que trabajan conjuntamente con otras instituciones del sector de la sociedad civil, como las comunidades rurales, empresas y escuelas con el fin de promover la salud mental, para lo cual abordan diferentes estrategias.

- Servicio de Reinserción Social: entre las estrategias que ofrece cuentan con dos enfocadas hacia la inclusión laboral de personas con trastornos mentales que son: “la vinculación a la formación para el trabajo a través de instituciones educativas y la vinculación a la vida laboral mediante convenios interinstitucionales con empresas colombianas” (Oportunidad de vida, 2022).
- Servicios empresariales: la mayoría de sus servicios están orientados a brindar programas sobre prevención de drogas y conductas psico-nocivas a escuelas y empresas. En cuanto a inclusión laboral, cuentan con un servicio dirigido a la implementación de planes de control para la vinculación laboral de personal (Oportunidad de vida, 2022).

Por último, es importante resaltar que, según la información suministrada por la página web oficial, esta institución o centro de salud mental es de los pocos en la ciudad de Cali que brinda atención específicamente a la población con afectaciones de salud mental, y que además de enfocar sus acciones a la prevención, la promoción y el

tratamiento de los trastornos en la salud mental, realiza campañas de sensibilización y promoción de la salud mental en otras instituciones, evidenciando así su alto compromiso e interés por esta población que necesita de apoyos especializados para su bienestar. Entre los valores de la institución, se aprecia que conciben a sus usuarios como personas con potencialidades capaces de tener un proyecto de vida y un desarrollo tanto personal como profesional. De ahí que cuenten con servicios que le apuestan a la investigación y la innovación académica y científica como las capacitaciones a personal y docencia, convenios con universidades y talleres psicoeducativos.

## 4. Referentes conceptuales

---

### 4.1. Intervención psicosocial

Alexander Alvis (2009) define la intervención psicosocial como “una actividad dirigida a la solución de problemáticas sociales, que privilegia la participación de los intervenidos con los interventores en la construcción de cambio social y emancipación” (Alvis, p. 4). En ese sentido, el escenario de intervención es el campo social en el cual se establecen las interacciones intencionadas entre individuos que buscan una transformación social. De ahí que, para Alvis, la interacción sea el elemento central de la intervención psicosocial pues es justo ahí donde convergen lo psicológico y lo social, superando la dicotomía individuo-sociedad.

Autores como Bruner (1991), Galende (1997), Revilla (2003), Fantin (2009) y Díaz y Díaz (2012) a partir de sus estudios brindan herramientas para comprender desde una mirada más amplia el escenario donde nace y se posiciona la intervención psicosocial. Para ellos, es tal la complejidad de la existencia humana que ven imposible examinarla desde una sola arista del conocimiento; afirman por lo tanto que es necesario abarcar todos los elementos que la componen para comprenderla; los cuales no son únicamente la dimensión subjetiva y social, también hay que reconocer la biológica y la que viene del mundo natural y físico, como bien lo indican Díaz y Díaz (2012). Estas dimensiones se desarrollan y funcionan de forma interdependiente, por lo tanto, hay que abordarlas desde su unidad, como componentes inseparables. Por ello, la intervención psicosocial busca comprender las problemáticas teniendo como base esas dimensiones que se manifiestan en la interacción social, en los lazos sociales.

En relación con lo anterior, Revilla argumenta que la conciencia humana está mediada y se construye en la interacción con los otros, que no puede ser otra cosa que una construcción social. “El yo está penetrado por elementos sociales, históricos y, por tanto, ideológicos. Igualmente, no es posible la integración del yo, sino que hemos de hablar de un yo multidimensional y descentrado” (2003, p. 2). Esta concepción de sujeto como alternativa a la psicología positivista, según el autor mencionado, se puede apreciar en investigaciones antropológicas y feministas, en el construccionismo social y en la teoría crítica, entre otras teorías que ponen como eje principal del “yo” las relaciones y el contexto social e histórico.

Coincidiendo con las teorías que se oponen a la concepción del “yo” como una identidad autónoma o una realidad objetiva, Revilla afirma que es en la propia interacción donde la identidad personal se desarrolla, donde suceden las prácticas discursivas, las narrativas propias, pero también donde se da el reflejo de “la estructura de la acción social” (Gergen, 1985, citado en Revilla, 2003, p. 3). De ese modo, invita a comprender “la identidad personal, no como esencia individual que conocer, sino como un diálogo (Bajtin, 1929) entre el individuo y sus otros de referencia” (Revilla, 2003, p. 3). Y aunque esa identidad personal no pueda separarse de lo social, existen otros elementos que hacen indisoluble, elementos que hacen único y distinguible a cada individuo en la sociedad; estos son para Revilla: el cuerpo, el nombre propio, la autoconciencia y la memoria, y las demandas de la interacción. En este último elemento resalta un factor muy importante que se debe tener presente en toda intervención psicosocial y es que la vida en sociedad exige que haya cierto entendimiento, confianza y responsabilidad en el actuar entre los participantes para facilitar la interacción, de lo contrario si esos factores se pierden puede llevar a los individuos a la exclusión y la indiferencia social (Revilla, 2003).

Por otro lado, Bruner, basándose en principios del transaccionalismo y la psicología cultural en los que se defiende la idea de que la acción humana por el hecho de estar situada debe concebirse en relación con el mundo cultural y no de adentro hacia fuera, considera el *yo* es “tanto un guardián de la permanencia, como un barómetro que responde al clima cultural local” (1991, p. 110). Para este autor, el *yo* se configura y se va transformando tanto en el discurso como en la acción dentro de los diferentes contextos sociales y para poder explicarlo es menester realizar un proceso interpretativo de los significados que surgen de la interacción social, del lenguaje y la narrativa que se construyen y se consolidan como reflejo de la cultura y la historia.

A su vez, Galende (1997), llevando la interacción social al campo asistencial, resalta lo valioso del lazo social como una alternativa de intervención entre el conjunto de actores e instituciones que participan en la resolución de problemáticas sociales, especialmente las derivadas de la salud mental. Orientar la atención o intervención a través de ese lazo social particular que expone el autor es darle voz y participación a los grupos que la demandan; es trabajar junto con otros sectores de la sociedad considerando esa complejidad humana de la que se habló ya, y es reflejar los principios y los valores de la democracia participativa y los derechos ciudadanos. “De lo que se

trata en las intervenciones comunitarias, pero no sólo en ellas, es de saber *qué política y qué tipo de lazo social se está impulsando*”(Galende, 1997, p. 53).

En concordancia con lo anterior, Fantin (2009) también reconoce los distintos enfoques con los que se debe abordar las problemáticas, dada la diversidad social, y reconoce, a su vez, la necesidad de articular las prácticas de salud con políticas sociales que propendan hacia la condición de ciudadanos como sujetos de derechos. Además, añade un factor esencial que debería tenerse en cuenta en toda práctica, enfatizando en las que se desarrollan desde la salud mental, y es la dimensión ética: “Entendida como reflexión del reconocimiento del otro como sujeto y por ende de su autonomía” (p. 183). La ética como reflexión de esa interacción que se teje entre los profesionales, usuarios y demás personas involucradas en la práctica y que a su vez los condiciona y atraviesa una serie de valores, derechos, leyes e ideologías imposibles de negar o pasar por alto. Por ello, es conveniente que en cualquier tipo de intervención se tengan en cuenta aspectos “científicos, éticos, políticos e ideológicos” (Amarante, 2007, citado en Fantin, 2009, p. 183).

En relación con la dimensión ética y la condición de ciudadano, Díaz (2017) menciona la importancia de comprender al otro y a la sociedad en sí desde un pensamiento crítico y auténtico; de reconocer a los demás y a nosotros mismos como sujetos autónomos y conscientes de nuestra responsabilidad social. En palabras del autor, “se trata de reconocernos como sujetos con deberes y derechos que debemos llevar a la realidad, mediante la participación social” (p. 166). Ahora, llevar esa responsabilidad al campo de profesionales en salud mental implica, como lo menciona Castro (2016), “una razón ética como lo es la necesaria restitución de la dignidad de las personas a quienes se les han vulnerado sus derechos fundamentales” (p. 129).

En este orden de ideas, los autores consultados ven indispensable abordar las intervenciones psicosociales desde las dimensiones que surgen tanto en el plano subjetivo, como en el social y físico. Como muy bien lo expresó Desviat (2016): “La acción terapéutica tiene que re-significarse en las vicisitudes históricas, en el acontecimiento social y no solo en el trauma del sujeto descontextualizado” (p. 2). Toda intervención psicosocial ubicada desde la salud mental comunitaria debe comprender el contexto social e histórico de los participantes reconociendo a cada individuo como un sujeto social y comunitario; debe tener en cuenta que “el pasado no pertenece nunca

solo a los individuos, sino que siempre, se reconozca o no, se entrelaza con los discursos colectivos sobre el presente y sobre la historia” (Beneduce, s. f., p. 4).

Ahora, volviendo a los dos conceptos que engloban la intervención psicosocial, conceptos que, vistos desde la postura de Díaz y Díaz (2012) como realidades simbólicas construidas por la misma necesidad social, precisan, de manera concisa, la *intervención* como una actividad o acción dirigida a mejorar una situación, y en cuanto a lo *psicosocial*, en palabras de Díaz y Díaz (2012), “la clave para entender lo psicosocial está en comprender de qué forma los sujetos adquieren e interpretan los significados con los cuales actúan en su entorno” (p. 8). Para estos autores, lo psicosocial es el campo en el que se establecen las interacciones, o como ellos las nombran, las intersubjetividades, de las cuales se construyen los significados, las identidades, los lenguajes simbólicos y sentidos de pertenencia que se verán indudablemente influenciados por los contextos sociales y culturales.

Asumir la intervención psicosocial como se ha mostrado hasta ahora, especialmente dentro del campo de la salud mental comunitaria en el que se ubica el presente proyecto, implica que el profesional desde su compromiso ético evite promover actitudes de dependencia y paternalismo, sino que busque fortalecer el pensamiento crítico, la autonomía y, en palabras más generales, el empoderamiento de la persona o grupo al que va dirigida la intervención, reconociendo siempre su contexto. Desviat (2016) nombra a este tipo de intervención “clínica de la dignidad”. Se acompaña a los individuos en su proceso de mejoría y estabilidad abarcando todas sus dimensiones; se trata de evitar ver solo la enfermedad y no a quien la vive. Por ello, la importancia de un abordaje interdisciplinario, con redes de apoyo que se sostengan en el territorio y desde un marco de derechos humanos.

Otro elemento de la dimensión práctica-metodológica de la intervención es estar con una actitud de aceptación y validación del otro, de creer en el otro como un sujeto de cambio. A propósito, González y Ortiz (2012) señalan que validar al otro es una forma de animarlo, de transmitirle una visión positiva de sí mismo y de confiar en sus habilidades y su mejoría. Asimismo, tener claro que la responsabilidad es compartida; de ahí a que se prioricen las relaciones de confianza y la reciprocidad de saberes entre los actores que participan de la intervención. Todos tienen algo que aportar, o como lo advertía el pedagogo Freire (2010), “nadie lo sabe todo, nadie lo ignora todo. Todos sabemos algo, todos ignoramos algo” (p. 75). A lo anterior se suma otro elemento: la

noción de etnocentrismo crítico. Que los profesionales sean conscientes de sus propios sesgos y limitaciones de comprensión ante otras realidades, que estén dispuestos a visibilizar y valorar los saberes y experiencias de otras culturas o grupos minoritarios evitando caer en la desestimación e indiferencia por lo diferente, que cuenten con una visión como la del antropólogo Ernesto De Martino, quien resaltaba “la interdisciplinariedad como cooperación de aportes distintos orientados hacia la solución de un problema histórico cultural” (Signorelli, 2003, p. 2).

Aspectos que parecen tan mínimos como valorar la palabra de los otros, escucharlos y construir mutuamente estrategias encaminadas al bienestar personal y colectivo pueden ayudar mucho si los profesionales de salud mental tienen la esperanza de que cada participante podrá asumir ciertas responsabilidades y cierta capacidad crítica frente a su situación y sus intereses personales. Se afirma entonces que un buen interventor psicosocial concibe a todo aquel con el que trabaja como una persona capaz de transformarse, de ahí que “Saberse condicionado y no fatalistamente sometido por este o aquel destino habilita su intervención en el mundo” (Freire, 2012, p. 68).

## **4.2. Salud mental comunitaria**

La concepción y la atención de la salud mental ha tenido cambios significativos a nivel mundial a partir de los años sesenta a raíz de numerosas investigaciones por parte de profesionales tanto médicos como de otras ciencias, y de personas del común como familiares y usuarios de salud mental que buscaban mejoras en las atenciones ya que disentían frente algunos tratamientos y perspectivas de la psiquiatría. De hecho, estos cambios surgieron como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y se fueron expandiendo alrededor del mundo, sobre todo en los países de Occidente. A esta transición se le denominó como la reforma psiquiátrica o también llamada la desinstitucionalización.

En ese entonces, surgieron movimientos en oposición al modelo biomédico hegemónico, especialmente a la psiquiatría, que imponía prácticas violentas y promovía la farmacodependencia; uno de los fuertes rechazos hacia los profesionales de psiquiatría era que declaraban la cronicidad como etiqueta permanente en las personas con enfermedades mentales; en ese contexto, “la imagen del loco crónico e incurable se hace prominente en la teoría psiquiátrica y en la práctica asistencial” (Colina *et ál.*, 2020, p. 6). Otra de las críticas de estos movimientos hacia el modelo tradicional fue la

representación que se le asignaba a la enfermedad mental como sinónimo de peligrosidad, asistiéndola en consecuencia como un asunto más de orden policial que de salud; como un fenómeno de castigo y reclusión y no como un proceso terapéutico. (Castro-Sardi, 2013). De ahí también la crítica hacia los hospitales psiquiátricos, antes nombrados manicomios, en los que se perpetuaba el maltrato y la represión hacia los mal llamados enfermos mentales.

A esos movimientos se les denominó como la antipsiquiatría, un fenómeno social que desarrolló una lucha anti-institucional, que defendía la dignidad y la autonomía de los pacientes psiquiátricos y promovía sobre todo la mejora asistencial planteando y aplicando alternativas de tratamientos ante la complejidad humana, ante la diversidad que caracteriza a las sociedades. Fue evidentemente una crítica y una denuncia de la injusticia con una minoría vulnerada, que buscaban: “Construir nuevas formas de pensar y abordar las diferencias subjetivas, teniendo como eje el rechazo a la realidad establecida y la búsqueda de alternativas como proyecto político” (Marcos, 1979, citado en Cea-Madrid *et ál.*, 2016, p.170). Hoy en día, este movimiento se puede asumir como “un movimiento contracultural, un desacuerdo que pone en cuestión tanto la enfermedad mental como la psiquiatría” (Desviat, 2007, p. 36).

Por lo anterior, se puede decir que la antipsiquiatría cumplió un papel muy importante en la reforma psiquiátrica, época en la que emergieron nuevas miradas y acciones de salud mental enfocadas más hacia un eje social, político y comunitario; en el cual se incrementaron estudios que avalaban una salud mental más humana, una salud que priorizara ante todo la participación de los pacientes en su proceso teniendo como eje los derechos humanos y la ética. Surgieron nuevos programas dirigidos a intervenir en los contextos comunitarios, partiendo de la justificación de que las enfermedades y los trastornos mentales también son producidos o acrecentados por el entorno social, por lo que lo ideal es trabajar desde otros escenarios, no solo en el hospitalario, y adicionalmente con una variedad de profesionales de otras áreas del conocimiento. Al respecto, García *et ál.* (2016) señalan que “El cambio de modelo de atención en salud mental abre las puertas a un abordaje multiprofesional” (p. 181). En términos generales:

Se dio una reconfiguración del paradigma asistencial en salud mental, es decir, se adoptaron políticas de salud mental, se incorporaron profesionales de otras áreas de la ciencia, se crearon servicios más enfocados en el modelo psicosocial y comunitario, se conocieron nuevos procesos alternativos, y se abrieron escenarios de crítica y debate

frente a la influencia de la industria farmacéutica en el campo psiquiátrico y el modelo de psiquiatría dominante (Abella, 2020, p. 45).

Esta transición exigió una modificación en las actitudes, conocimientos y competencias de los profesionales (Bravo-Ortiz, 2012) hacia una orientación biopsicosocial y la necesidad de “amplificar la mirada incluyendo un eje subjetivo, un eje social y un eje político” (Desviat, 2016, p. 20). Una nueva clínica ampliada, como la llama Desviat, que es propia o, al menos, se acerca mucho al modelo de salud mental comunitaria que aún hoy en día sigue siendo una meta a alcanzar por los diferentes centros de salud alrededor del mundo, especialmente en América Latina.

Según lo dicho hasta aquí, el modelo de salud mental comunitaria nace de todas esas reconfiguraciones del sistema de salud mental tradicional, de la necesidad de nuevas formas de atenderla y entenderla; es un modelo que “exige una subjetividad vinculada a lo social, a la creación de formas de convivencia que desarrollen vínculos sociales que fortalezcan el lazo social” (Desviat, 2016, p. 12). Por ello, la importancia de intervenir desde los territorios en los cuales se gestan las relaciones sociales y la cotidianidad de las personas con trastornos mentales; de contar, no solo con un equipo interdisciplinario, con toda una red de apoyo que abarque los campos médico, jurídico, educativo, recreativo y laboral. A eso es que le apunta el modelo comunitario y que lo hace un referente clave para este proyecto.

En este orden de ideas, abordar la salud mental comunitaria requiere de un amplio bagaje teórico que sustente y dé sentido al trabajo en red e interdisciplinario, “una hibridación entre una gran diversidad de planteamientos, con diferentes marcos epistémicos, reunidos en estrategias de intervención social que tienen en común un mismo sujeto: el pobre” (Carrasco, 2014, citado en Olivares y del Valle, 2019, p. 2). Esta diversidad de conocimientos que apuntan hacia un tratamiento del sujeto en sociedad, de lo colectivo desde su singularidad, está marcada por dos grandes categorías que atraviesan todo modelo de intervención comunitaria: el enfoque de derechos y la ética. Como lo expresan Olivares y del Valle (2019), el modelo comunitario se diferencia del asilar u hospitalario de concepción biologicista, ya que incorpora el enfoque de derechos, lo cual lo hace idóneo para trabajar con personas con trastornos mentales por los altos riesgos de vulneración de sus derechos y su dignidad. De ahí que los conceptos comunidad, derechos humanos y ética obran conjuntamente en el modelo comunitario y en la intervención psicosocial, y buscan no solo el bienestar de la salud

mental, sino también la inclusión social y el “reconocer la multiplicidad de sentidos que cohabitan en las relaciones humanas” (Moreno, 2013, p. 127).

De acuerdo con lo anterior, en este modelo “el concepto de comunidad es central por ser el espacio de fortalecimiento donde sus miembros logran la transformación del entorno y de sí mismos” (Olivares y del Valle, 2019, p. 3). La comunidad como fenómeno social y por tanto psicosocial en la medida que en ella convergen y median procesos relacionales, dialécticos y de índole psicológica como los sentimientos y lo singular de cada sujeto que constituye una comunidad. De ahí que Montero (2004) afirme que a la comunidad no se le puede considerar como un grupo homogéneo, sino como un grupo de individuos que comparten ciertas características y condiciones, y que en ese relacionarse se pueden ver afectados psicosocialmente.

Ahora bien, para efectos del presente proyecto, es importante esa comparación y ese vínculo entre lo subjetivo y singular de un individuo y lo social, ya que es en este campo en el cual se manifiestan el malestar y el conflicto de la persona con trastorno mental y es ahí donde la atención comunitaria debe operar. En palabras más precisas, “el síntoma de un sujeto es comprendido como una construcción singular frente al malestar que se vive en el lazo social. El sufrimiento del sujeto remite siempre a una dificultad en la relación con el Otro” (Castro-Sardi, 2016, p. 132). Por ello, como se dijo en párrafos anteriores, los usuarios de salud mental, aquellos que tienen trastornos mentales, deben ser atendidos desde una perspectiva intersectorial y con diversidad de actores, una atención que cuente con “una pluralidad de abordajes disciplinares cuyos aportes enriquecen las propuestas y modos de intervención” (Castro-Sardi, 2016, p. 127). Los usuarios desde el modelo comunitario deben ser considerados siempre como sujetos amarrados a un contexto y unas relaciones intersubjetivas que los afectan. A eso le apuesta la atención comunitaria, dirige sus acciones a “articular distintos recursos dispersos en el territorio para hacer frente no solo a las distintas patologías psiquiátricas, sino también a los distintos momentos que atraviesan las personas aquejadas de trastornos psíquicos” (Desviat, 2016, p. 77).

Hasta aquí se ha tratado el sentido y el abordaje de la salud mental comunitaria como un modelo capaz de responder adecuadamente a la atención integral de las personas con trastornos mentales, y que dada sus características de pluralidad acoge dentro de sus acciones el campo laboral como parte de la cotidianidad, de los derechos y, en muchas ocasiones, de la necesidad de estas personas. Es un modelo que exige una

posición ética de los profesionales ante la relación con un otro que al igual que ellos cuenta con una voz, con unos saberes y unos derechos que deben ser reconocidos y valorados; unos profesionales que pongan en práctica la reflexión, la escucha y la palabra (Moreno, 2013; Castro-Sardi, 2016; Desviat, 2016). Una relación “siempre negociada, contractual con el paciente, en donde el diagnóstico sea una orientación y una pieza administrativa que no cierre nada” (Desviat, 2016, p. 40).

Sumado a lo anterior, otro elemento que se complementa y se muestra indispensable en la intervención desde el modelo comunitario es la participación; solo dando lugar a un espacio participativo es cuando se establece una relación horizontal y de respeto por la palabra y la idiosincrasia del sujeto a intervenir, es así como se va construyendo un vínculo. A propósito, Carrasco y Yuing afirman que “el rol de los profesionales es conocer los entornos sociales de los sujetos de intervención y acompañarlos en un proceso de adquisición de mayores grados de reflexividad e independencia” (2014, p. 106). Concederle la palabra al otro es darle un lugar de autonomía y de responsabilidad de su propia vida, de que actúe como protagonista y no como un usuario pasivo que solo sigue órdenes sin cuestionarse. Sin ello, es difícil que haya una mejoría de la persona con trastorno mental, “la posibilidad de un cambio pasa por la reflexividad de las personas y no por el conocimiento experto de los profesionales” (Carrasco y Yuing, 2014, p. 105).

De igual modo, al darle ese lugar al usuario como sujeto de enunciación, se le reconocen aquellas capacidades, potencialidades y recursos propios con los que cuenta y con los cuales se ha sostenido para afrontar las adversidades. Se pretende, entonces, desde el modelo de salud mental comunitaria, que se trabaje con esas cualidades y estrategias que los mismos usuarios han acogido. Al respecto, Moreno y Díaz concuerdan en que:

Las propuestas de trabajo comunitario pueden integrar la perspectiva de fortalecimiento de recursos individuales, lo importante desde la perspectiva psicosocial es el reconocimiento de que el sujeto se forma y se transforma en un devenir que es relacional y que se caracteriza por ser un espacio de interacciones dialécticas (2015, p. 197).

No obstante, sosteniendo el hecho de que en toda intervención se da un intercambio de saberes y una relación de poderes, incluyendo las que se posicionan desde el modelo comunitario, es preciso aclarar que, aunque estas últimas actúen como alternativa al modelo biomédico hegemónico, siguen moviéndose dentro de las lógicas

del sistema neoliberal. De ahí que se conciba la intervención social “como el medio por el cual ocurre la alineación de las subjetividades con los propósitos de gobierno, en un ámbito de libertad, o mejor dicho no institucional” (Carrasco y Yuing, 2014, p. 99). En este aspecto, los profesionales de salud mental juegan un rol importante al conectar la ciudadanía con las lógicas de gobierno, es decir, con los programas y políticas públicas, por lo que se podría concebir a estos profesionales como “agentes de gubernamentalidad” (Holmes y Gastaldo, 2002, citado en Carrasco y Yuing, 2014, p. 99). Al mismo tiempo, se presenta una dificultad para operar desde otras lógicas que no estén influenciadas por las del poder central ya que este tipo de intervenciones van dirigidas a las personas de escasos recursos, a las que por derecho común deben ser prioridad del Estado.

### **4.3. Trastornos mentales crónicos**

A lo largo del tiempo se han experimentado cambios en el concepto de trastorno mental, lo que ha acarreado igualmente cambios en los tratamientos y en las políticas de salud mental, pero estos cambios tuvieron un mayor auge tras la Segunda Guerra Mundial, época en la que se cuestionaron muchas de las lógicas del sistema imperante, dando así lugar a grandes transformaciones a nivel social, cultural, económico y político en Occidente. En un panorama general, respecto del campo de la salud mental, dichos cambios se vieron reflejados en temas operativos como el rechazo al manicomio y en temas éticos como en “la devolución de la dignidad, el respeto de los derechos de los pacientes mentales” (Desviat, 2007, p. 17). De ahí a que se empezara a transformar la mirada hacia las personas con trastornos mentales, alejándose de esa concepción de locos incurables y considerándolos más como individuos que padecen de una enfermedad, la cual puede tratarse.

En el marco de este proyecto, los trastornos mentales se consideran como un subgrupo de enfermedades mentales que afectan la parte cognitiva del cerebro como los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos provocando a su vez problemas de índole social y relacional. Son alteraciones psicológicas y del comportamiento que causan malestar en el individuo dificultando su adaptación al mundo externo o real. Estos pueden surgir o incrementarse no sólo por una deficiencia del organismo, también a causa de factores ambientales, es decir, situaciones externas a la persona (Medlineplus y OMS, 2019).

Para la Asociación Americana de Psiquiatría, que es la creadora del *Manual DSM*, un referente por excelencia de las instituciones internacionales regidas por el modelo biomédico, el trastorno mental es una manifestación caracterizada por una alteración “del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (APA, 2014, p. 20). Pero los trastornos por lo general van enlazados con problemas de funcionalidad y comunicación en las interacciones sociales, por lo que se presentan no solamente como un fenómeno subjetivo, sino también social, como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud: “Una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (OMS, 2019). Sumado a esto, los trastornos mentales pueden causar grandes secuelas tanto en la salud de los individuos como en el ámbito social, económico y de derechos humanos como lo advierten la OMS, la OPS, la Encuesta Nacional de Salud Mental, el Conpes y la gran mayoría de documentos que hablan sobre problemas de salud mental.

Ahora bien, en cuanto al concepto de trastorno mental crónico (TMC), no se tiene una definición consensuada que englobe todo el término como tal; sin embargo, se pueden considerar las apreciaciones de una vasta literatura sobre salud mental resumidas, en palabras de Conejo Cerón *et ál.* (2014), como “trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad” (p. 224). Adicionalmente, según lo investigado por los autores, los TMC, también llamados trastornos mentales graves, se pueden comprender a partir de tres dimensiones: diagnóstico, discapacidad y duración. Pero es el Instituto Nacional de Salud Mental, el que acogiendo esas tres dimensiones, elabora una definición más detallada que se adecua al consenso internacional para determinar la presencia de un TMC:

- “El diagnóstico de una psicosis no orgánica o trastorno de personalidad.
- La duración en términos de presentar una enfermedad prolongada y un tratamiento de largo curso.
- La discapacidad, que puede variar en términos de gravedad de acuerdo al impacto funcional, social y ocupacional” (Castro, 2019, p. 40).

En relación con el dictamen psiquiátrico, las personas que presentan dichas características pueden ser identificadas con los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, psicosis delirante y trastorno de la personalidad. Son personas con trastornos psicóticos

que han presentado situaciones de delirio y alucinaciones. Su tratamiento dura más de dos años y presentan dificultades en su conducta social, sus relaciones interpersonales, el autocuidado, su autonomía y el uso del tiempo libre. Adicionalmente, suelen experimentar otros factores negativos de carácter contextual como la estigmatización y la discriminación, aspectos que llevan al rechazo social y al autoestigma (García, 2016). Los problemas de estas personas “desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones de índole social” (Trullenque, 2010; citado en García, 2016, p.188). Por tanto, es usual que manifiesten altos niveles de sufrimiento psíquico, limitaciones en actividades de la vida cotidiana y que demanden apoyo de otras personas o entidades para mantenerse económicamente.

Por otro lado, Conejo Cerón *et ál.* (2014) afirman que el concepto de TMC surgió gracias al modelo comunitario de salud mental como una dinámica contrahegemónica del enfoque biomédico, contribuyendo así a que se priorizara una atención basada en las necesidades y particularidades de las personas que los padecían. Otro rasgo del modelo de salud mental comunitaria que marcó significativamente la concepción de los TMC en las personas fue comprender a estos desde una ética de la dignidad humana. En este sentido, se concibe a este grupo como personas con una multiplicidad de diferencias singulares como un rasgo común de todo ser humano; concebirlos como una identidad y no como grupos separados, que es lo que precisamente logran con las etiquetas y los diagnósticos. Estos últimos, para Desviat (2016), son “identidades artificiales creadas por la lógica del sistema”(p. 27). Además, comprender a estas personas en su singularidad es entender que no son solamente su enfermedad o el diagnóstico; es darles ese lugar de autodeterminación, que aunque experimenten sufrimientos psíquicos desean ser considerados y tratados con respeto y dignidad. La mayoría de personas con TMC:

Quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados, una vivienda decente, oportunidades educativas, una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso, participación en la vida de la comunidad, amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto (OPAS/OMS, 2001, citado en Desviat, 2016, p. 29).

A su vez, Beneduce (2016) trae a colación otras críticas al modelo psiquiátrico afirmando que parte de sus modos de accionar tienen el “efecto de destrozar la temporalidad humana” (p. 90), aludiendo a que no se contempla la historia y el transcurrir del tiempo propio de los pacientes con trastornos mentales, sino que se

asume una posición asimétrica, una relación de poder a través de la imposición de un conocimiento objetivo y absoluto en manos de los profesionales. Sin embargo, ilustra aspectos positivos en obtener un diagnóstico psiquiátrico como el de sacar provecho asistencial y de derechos ciudadanos, sin desconocer su lado negativo como, por ejemplo, agudizar la estigmatización y la exclusión social. De hecho, el autor argumenta que la historia de la psiquiatría se puede resumir en sus procedimientos diagnósticos ya que estos van fuertemente ligados a los contextos de la época, y hace especial énfasis en un factor que, según él, desde su origen ha revelado que “la producción del diagnóstico está en psiquiatría *siempre* dominada por valores culturales, sensibilidad histórica, intereses hegemónicos, y que por lo tanto sigue como una sombra el curso de aquello que llamamos *mentalidad*” (Beneduce, 2016, p. 91).

Lo dicho hasta aquí deja ver que las producciones diagnósticas son constructos sociales que trascienden el campo de la biología; son interpretaciones que a su vez están mediadas por componentes epistémicos, políticos, culturales y económicos, y responden a intereses de control social como beneficiar a la industria farmacéutica, la cual “contribuye a forjar el imaginario de la cura” (Beneduce, 2016, p. 114). En tanto que son categorías o diagnósticos establecidos por consenso social, es inapropiado concebir cualquiera de ellos como si fueran la totalidad de la persona, eliminando en muchos casos su historia, su contexto y su discurso. Al respecto, Beneduce (2016) concluye que “el diagnóstico revela y nombra algo, pero con el precio de ocultar o de olvidar algo más, sin embargo, esto no significa que este *algo más*, sea menos importante para quien sufre” (p. 113). De ahí que se consideren dentro de este trabajo los TMC como categorías que sirven de guía para el tratamiento, mas no para universalizar los sufrimientos psíquicos a costa de ocultar las singularidades de las personas que los padecen.

Por lo que concierne a las consecuencias de tener un TMC, se manifiesta en ellas una de las caras del estigma social a la que le apuesta este proyecto de intervención: la vida laboral de la población con trastornos mentales crónicos, proponiendo una estrategia encaminada a su inclusión laboral que genere repercusiones positivas en relación con su salud mental, su funcionalidad y sus ingresos económicos, como se ha tratado a lo largo de este escrito.

#### **4.4. Inclusión laboral de personas con trastornos mentales crónicos (TMC)**

Cuando se alude al término de inclusión laboral se hace referencia explícitamente a la acción de integrar a las personas dentro del campo productivo de la sociedad. Esta definición va dirigida principalmente a aquellos grupos o comunidades excluidas y marginadas socialmente, sectores que se encuentran en desventaja por diferentes factores económicos, culturales, de género o de discapacidad. Para este caso en especial, el término se define en relación con el grupo de personas con trastornos mentales crónicos y adicionalmente como un sinónimo de inserción laboral, aunque para la autora el concepto de inclusión laboral abarca más que el simple hecho de acceder y mantener un empleo, le apunta a la inclusión social. Se piensa entonces que la inclusión laboral:

Consiste en ofrecer un acompañamiento a personas que están en situación de exclusión laboral y social, con el objetivo de incorporarse al mercado de trabajo. (...) un trabajo permite a la persona acceder a la esfera económica de la sociedad, lo que facilita el acceso a otro tipo de esferas (social, política y cultural) (Larrazábal y Morales, 2010, citados en Porras, 2013, p. 106).

Al mismo tiempo, Porras hace una diferencia entre los conceptos: trabajo y empleo, manifestando que el término ‘trabajo’ se atribuye a una cantidad de fenómenos complejos que se expresan en el mundo laboral, los cuales no pueden apartarse para una real comprensión de la inclusión laboral. Afirma, considerando otras teorías, que el trabajo es una realidad social marcada por interacciones humanas, ideologías, modos de ser colectivos y significados que subyacen en la cultura, la época y el sistema social vigente. De ahí a que se considere el trabajo como un fenómeno social y una actividad humana que cumple un papel fundamental en la estructuración y el orden social (Porras, 2013). En este sentido, el trabajo es un componente de integración social dado que en cualquier contexto laboral se da una interacción entre lo individual y lo colectivo, se construye un lazo social condicionado por ciertas normas y acuerdos ya establecidos.

Martín-Baró (1989), quien definió el trabajo como una actividad primordial que da sentido a la existencia de los seres humanos, manifestó a su vez que “cuando se deja de lado el contexto laboral, la interacción humana queda abstraída de sus raíces inmediatas y privada del sello cotidiano que le da su forma social concreta” (Porras, 2013, p. 103). Lo anterior evidencia que el valor de trabajar implica más que un intercambio comercial, está valorado socialmente como un campo que otorga cierto

significado a una persona como productiva, útil y con sentido en su proyecto de vida. Desde esta perspectiva del trabajo, se asume la importancia de la inclusión laboral para el presente proyecto de intervención, sin opacar uno de los elementos esenciales de contar con un trabajo o empleo: ser la fuente principal de ingresos económicos.

A lo anterior conviene sumarle la perspectiva de trabajo que desarrollan López *et ál.* (2010), al considerarlo como un papel múltiple que se desempeña a lo largo de la vida. Para estos autores, la utilidad del trabajo se puede resumir en tres niveles de actividades, siendo estas la organizada, la retribuida y la socialmente valorada. El empleo, además de ser un organizador de la vida cotidiana y de generar ingresos, si se lo entiende como actividad de reconocimiento social, “puede contribuir significativamente a aumentar la autoestima, a través del desempeño del rol de trabajador” (Lopez *et ál.*, 2010, p. 514).

La inclusión laboral como proceso de inserción y mantenimiento en el campo laboral de las personas con TMG reconoce y valora la diversidad humana, a la vez que fomenta los derechos de estas personas como ciudadanos dignos de acceder y mantenerse en un trabajo remunerado. Según documento del Ministerio de Trabajo (2016), la inclusión laboral para la PcD<sup>10</sup> es una alternativa para que esta “pueda mostrar sus habilidades y ejercer su derecho al trabajo y a tener un ingreso digno, a partir del cual se derivan otros derechos y deberes como ciudadano, que le proporcionan a cada persona un desarrollo personal y profesional” (p. 8).

Sumado a lo anterior, la inclusión laboral pretende, por medio del acompañamiento, del apoyo y de ser un puente o lazo con la sociedad, facilitar el acceso y el mantenimiento en el mundo laboral mejorando así la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, “ayudándolos a asumir responsabilidades de sus propias vidas, participando activamente en la comunidad y logrando la mayor independencia posible en su entorno social” (Florit, 2006, citado en Carmona *et ál.*, 2020, p. 345). De ahí que se asuma, en términos generales, como promotora de la salud mental de esta población.

Por otro lado, dentro de la literatura acerca de la inclusión laboral dirigida a este colectivo hay autores que trabajan con otro término diferente al de inclusión o inserción laboral, pero que opera igualmente como sinónimo, el de rehabilitación laboral. Para autores como López *et ál.* (2010), la rehabilitación laboral es un componente básico de

---

<sup>10</sup> Abreviatura de Personas con Discapacidad. Entre los tipos de discapacidad del documento está la discapacidad mental o psicosocial, en la que incluyen a la población con trastornos mentales. (MinTrabajo, 2016).

la atención comunitaria a personas con TMC que funciona como una intervención específica que se “enlaza con la inclusión social y la plena ciudadanía” (p. 511).

Partiendo de la inclusión laboral desde un enfoque comunitario, esta solo se hace posible con un trabajo en red entre servicios de apoyo, empresas y servicios de salud mental que logren una integración más eficaz aumentando las opciones laborales y la participación social de este colectivo. Adicionalmente, se deben considerar las condiciones sociodemográficas y psicosociales de las personas con TMC interesadas en su inclusión laboral; entre ellas, su entorno familiar, sus experiencias educativas y laborales, sus intereses, potencialidades y expectativas que contribuyan a la búsqueda acertada de un empleo, incrementando a su vez las posibilidades de mantenimiento en él (Pallisera *et ál.*, 2012).

Un trabajo en red implica que se establezcan unos acuerdos y unas normas entre todos los agentes que inciden en la inclusión, más si es para favorecer la plena inclusión de las personas con TMC. Por ello, se deben tomar medidas flexibles y de adaptación tanto en la búsqueda de empleo como en el puesto laboral. Que exista “la aplicación de un grado adecuado de flexibilidad en el diseño y búsqueda de puestos de trabajo, adaptando las fórmulas de contratos, horarios y salarios por rendimiento” (Pallisera *et ál.*, 2012, p. 9). Son tan importantes estos aspectos que en el documento del Mintrabajo (2016) se mencionan las acciones afirmativas y los ajustes razonables como medidas para favorecer la inclusión reduciendo las desigualdades y las barreras que se puedan presentar en el ámbito laboral. Medidas que deben ser responsabilidad de la empresa contratante.

Por otra parte, Lopez *et ál.* (2010), consideran tres aspectos básicos para cualquier programa o estrategia de inclusión laboral dirigida a la población con TMC, que son: la especificidad del colectivo, la variabilidad individual de las personas y la complejidad de intervenciones necesarias. Entendiendo este último como los diferentes dispositivos necesarios para lograr un trabajo intersectorial efectivo.

En consecuencia, la inclusión laboral, en tanto proceso facilitador del acceso y el mantenimiento en el contexto laboral, debe ocuparse tanto de la capacitación de las personas con TMC como de la gestión ante las empresas contratantes o instituciones que favorezcan su desarrollo personal. Debe también tener en cuenta las relaciones interpersonales que se gestan ya que son claves en todo el proceso de inserción de este colectivo y las variadas utilidades que se le otorgan al empleo ya que estas “constituyen

dimensiones importantes de la recuperación y que permiten y obligan a considerar distintas modalidades de programas de actividad y empleo, incluyendo diferentes combinaciones de actividad productiva, retribución y valoración social” (López *et ál.*, 2010, p. 514).

## 5. Propuesta de intervención

---

Partiendo de lo que se ha examinado de los programas que prestan servicios en rehabilitación e inclusión laboral para la población con problemas de salud mental y discapacidad, se puede observar a grandes rasgos que hace falta una oferta de programas de inclusión laboral dirigidos específicamente a la población con TMC en la ciudad de Cali. Los programas consultados centran sus servicios en la población con discapacidades físicas e intelectuales y dejan relegada a la población con TMC, sin suficientes recursos y sin un equipo interdisciplinario capacitado para atenderlos; es por ello que a la hora de brindar servicios a este colectivo presentan dificultades en su proceso de rehabilitación y vinculación al sector laboral. Son programas que no están preparados para atender de manera eficaz e integral a esta población y reconocen la falta de cobertura para esta población que indudablemente necesita de sus servicios.

Sumado a esto, y también desde la revisión documental realizada, se constata que no es solo una escasez de atención dirigida a las personas con TMC y sus familias, se ve la necesidad y, por consiguiente, la priorización de realizar más acciones de sensibilización y reconocimiento de la salud mental encaminadas a la comprensión y el respeto por los trastornos mentales, a rechazar el estigma y los discursos discapacitantes y excluyentes que hoy en día siguen circulando. Para hacer frente a la escasez de atención en salud mental, además de promover procesos de sensibilización en institutos, empresas y sociedad civil, es indispensable contar con el respaldo de movilizaciones políticas a nivel nacional que garanticen los derechos básicos y fundamentales tanto en el campo de la salud mental como para la población con TMC, entre los que se encuentra el derecho al trabajo.

El marco legislativo de Colombia da cuenta de que hay unas leyes y unos lineamientos para garantizar el derecho a la salud mental de las personas con trastornos mentales; entre otros derechos como el de acceder y mantener el vínculo con el sistema laboral; promulgar la importancia del trabajo intersectorial como herramienta para acrecentar las oportunidades laborales y de otros sectores, y fortalecer la articulación de todas las políticas que propendan a la inclusión social de los colombianos; sin embargo, todos esos discursos oficiales se quedan cortos a la hora de dar el paso a la implementación; ya que la realidad muestra esa falta de atenciones y estrategias, especialmente para la población con trastornos mentales. Y, aunque, a raíz de la pandemia y del paro nacional 2021, se mostró cierto interés por parte del Gobierno en

mejorar la salud mental, como se manifiesta en la adopción de la Política Distrital de Salud Mental de Cali y la reciente estrategia LaboralMente, se sigue presentando la dificultad de pasar de la teoría a la práctica en cuestiones políticas.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo expuesto hasta el momento, la estrategia de acompañamiento que se desarrolla en este trabajo está enmarcada dentro de las intervenciones psicosociales de enfoque comunitario. Uno de sus propósitos es sostener las lógicas comunitarias, buscando que la población con TMC pueda seguir permaneciendo en su comunidad, que no pierda el lazo social con el que cuenta, ya sea con familiares, amigos o cualquier red que signifique un apoyo, y que a su vez pueda generar otros lazos sociales a través de la búsqueda, la vinculación y el mantenimiento de un empleo. También busca que esta población pueda estar en un entorno laboral seguro, en el que puedan expresar sus propias formas de ser y de actuar, pero con un sentido de responsabilidad y sin que se les vulneren sus derechos; facilitar su vinculación a la esfera económica y, a la vez, su inclusión a otro tipo de esferas.

Más allá del ingreso económico que posibilita el mercado laboral, la propuesta de intervención apunta al valor social de contar con un empleo, lo cual representa un desarrollo personal en tanto otorga un sentido y un proyecto de vida a las personas. En esta perspectiva, las estrategias planteadas en la metodología buscan por un lado que las personas con TMC reconozcan sus habilidades, capacidades, intereses y recursos propios, pero también sus debilidades, limitaciones y contextos vulnerables, con el fin de que sean más conscientes de su potencial y su realidad social y puedan, por ejemplo, elaborar una hoja de vida práctica y realista, gestionar mejor su problema de salud mental y reducir los factores de riesgo en su entorno laboral. Y, por el otro lado, sensibilizar a las empresas y los empleadores para incluir a la población con trastorno mental crónico como un sector de la sociedad que necesita de su apoyo, así como también concientizarlos de la importancia de generar oportunidades laborales que estimulen el crecimiento social en tanto sociedad y de promover la salud mental y la responsabilidad social dentro de sus empresas.

## **5. 1. Escenarios y población de la intervención**

Es importante aclarar que esta propuesta de intervención no necesariamente tiene que partir de un escenario hospitalario, puede desarrollarse en las comunidades, como por ejemplo desde las juntas de acción comunal o juntas administradoras locales,

o también desde instituciones no formales o privadas. Será un acompañamiento que se ofertará a las personas con TMC usuarias de servicios públicos de salud mental mediante una convocatoria abierta. La ventaja de que sea una convocatoria abierta es que ya están implícitos el interés y la motivación de sus participantes, pues “los sujetos que la atienden lo hacen movidos por su deseo” (Moreno, 2013, p. 136). En cuanto a que deban ser usuarios de los servicios públicos de salud mental, como característica clave para la selección, es porque indicaría que la persona está en tratamiento y estable, además porque es probable que se pueda contar con esos servicios para realizar un trabajo en red.

Dado que sería una oferta de atención a un colectivo que presenta múltiples complejidades a nivel individual y social con respecto a otros grupos con características, si se puede decir, más homogéneas y específicas, debe situarse desde un enfoque diferencial y flexible capaz de realizar ajustes personalizados y alternativas de orientación laboral que correspondan al contexto y al deseo de los participantes. Debe ser un acompañamiento psicosocial contextualizado que tenga en cuenta los determinantes estructurales, intermedios y los factores de riesgo<sup>11</sup> y que procure adaptaciones realistas para que se pueda establecer un vínculo laboral a largo plazo. Y, por supuesto, al basarse en un modelo de salud mental comunitaria, debe “preservar en todo lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales” (Ardila y Galende, 2011, p. 47) del colectivo con TMC. Por lo anterior, algunas actividades de la intervención estarán dirigidas a los participantes con TMC junto con sus familiares, si así lo desean y se acuerda entre todos.

Ahora bien, esta propuesta de intervención, como participe de los programas de inclusión laboral para personas con TMC en Cali, también dirige parte de sus estrategias de acompañamiento psicosocial al tejido empresarial, buscando el reconocimiento de la población mencionada y la necesidad de su inclusión laboral para promover entornos más igualitarios e incluyentes que favorezcan tanto el lazo social como el desarrollo y la responsabilidad social de la ciudad.

En síntesis, todas las actividades enmarcadas en la estrategia de acompañamiento psicosocial están dirigidas, por una parte, a personas con TMC que quieran acceder al mercado laboral y a las que deseen mantener su puesto de trabajo y, por el otro lado, a los empleadores interesados en realizar procesos de inclusión laboral.

---

<sup>11</sup> Los tres factores del modelo de determinantes sociales de la OMS.

Adicionalmente, las actividades se construyeron para que sean guiadas por uno o dos interventores psicosociales con grupos de mínimo 5 y máximo 10 personas.

## **5.2. Objetivos de la intervención**

### **5.2.1. Objetivo general**

Formular una estrategia de acompañamiento psicosocial dirigida a la inclusión laboral de personas con trastornos mentales crónicos (TMC) usuarias de los servicios públicos de salud mental de Cali, interesadas en acceder y mantener un empleo a largo plazo.

### **5.2.2. Objetivos específicos**

- Generar espacios de reconocimiento de habilidades, limitaciones y recursos propios dirigidos a las personas con TMC, y hacia la consecución de un empleo.
- Diseñar estrategias de acompañamiento para el mantenimiento de un empleo de las personas con TMC.
- Promover actividades de sensibilización en inclusión laboral para empleadores y empresas de Cali.

## **5.3. Referentes conceptuales de la intervención**

Para la construcción de la metodología, se han establecido unos referentes conceptuales en los cuales se enmarcan las estrategias y las actividades propuestas, por lo que se hace necesario abordarlos primero para luego pasar a la metodología. Estos referentes son la *clínica*, la *educación* y el *lugar de la experiencia* como construcción subjetiva y de transformación en el campo social.

La propuesta de intervención se ubica desde una postura clínica y ética en la que se parte de considerar al sujeto con trastorno mental como una persona con multiplicidad de diferencias que la hacen singular, con unos derechos, unas responsabilidades y unas necesidades como cualquiera otra; una persona que al igual que las demás merece ser respetada y digna de portar el sello de ciudadana de esta sociedad. Al concebirla desde su singularidad, se la comprende en toda su unidad y no solo desde su enfermedad o su diagnóstico. En esta vía lo plantea Villalobos (2014) al afirmar que cada persona significa sus vivencias y experiencias y que, por ello mismo, las intervenciones deberían partir de “una comprensión de las individualidades,

considerando que, si bien hay condiciones comunes, las experiencias y significaciones son particulares” (p. 26).

De lo anterior se puede inferir que la postura clínica de la autora se refleja al darle un lugar, una voz y un reconocimiento al sujeto con trastorno mental, teniendo la convicción de que es un sujeto capaz de construir y transformarse, capaz de establecer unos significados, unos sentidos y unos recursos personales que proyecten su vida. Es un individuo en constante desarrollo e invención, un sujeto *en falta*, en otras palabras, inacabado. Un sujeto con derecho a habitar el mundo, a vivir todas las experiencias abiertas a cualquier persona y, por tanto, a ser incluido en todas las esferas de la vida, como la laboral, una de las actividades humanas fundamentales de la estructura y el orden social. En tanto ser inacabado, se le atribuye la capacidad de desarrollarse, de aprender, de expandir sus saberes y sus experiencias, de reconocerse a sí mismo junto con todo lo que lo caracteriza y le da una identidad, esto es, tanto su condición de salud mental como su contexto histórico y familiar. Pero esto se logra en la medida que él permita la ayuda de otros, ya que solo se sana y se aprende a través de la intersubjetividad (Fernández, 2012), y solo se ayuda realmente si existe la preocupación y el interés por comprender a ese otro; y aquí es pertinente incorporar esa parte característica de la clínica que es entender los procesos inconscientes. Para Fernández (2012), estos son:

Fenómenos no identificables por el sujeto mismo o por el grupo, cuyo reconocimiento requiere de un dispositivo que pasa por la palabra y cuenta con la presencia de alguien que, por no estar implicado en la situación, puede ayudar en su identificación (p. 62).

Ubicarse desde un enfoque clínico es prestarle atención a la subjetividad del otro, es considerar “la importancia de trascender lo aparente o lo descriptivo de las situaciones” (Villalobos, 2014, p. 27). Por ello, se debe estar en posición de escucha y observación y ofrecer espacios de apertura a la palabra, a los sentimientos, a que ese otro emerja. Abrir esos espacios es darle un lugar protagónico al otro sin desconocer el rol de cada cual, así como lo advierten Greco *et ál.* (2008) en la relación profesor-alumno: “Adelantamos la confianza, nos posicionamos en igualdad de condiciones con él” (p. 11).

Sumada a la anterior, hay otra característica de la clínica que tiene que ver con la posibilidad de conectar la subjetividad con la teoría, es decir, poder comprender al otro, entender el vínculo y los modos de relación que se establecen con ese otro que brindan los modelos teóricos sobre el pensamiento y el comportamiento humano. Como lo

advierde Fernández (2012), es tener la posibilidad de hacer pensables las situaciones que pasan en la cotidianidad; en ese campo juega constantemente la clínica, es el campo de las intervenciones psicosociales. La intervención indica *entre*: “Ese entre es entre la objetividad y la subjetividad. Por lo tanto, no es solo intrapsíquico. Es un espacio que simultaneiza la objetividad y la subjetividad” (Fernández, 2012, p. 69).

Hacer pensables las situaciones no es solo una mezcla entre subjetividad y objetividad, la experiencia también juega un papel fundamental, ya que, además de constituirse en la subjetividad, se construye a su vez de lo colectivo; de allí a que no haya experiencia sin los otros. Por lo anterior, en las actividades formuladas se considera una amalgama de aspectos teóricos, subjetivos, éticos, clínicos, comunitarios y cargados de experiencia. Esta última, vista en términos de Larrosa (2009): “La experiencia no está del lado de la acción, o de la práctica, o de la técnica, sino del lado de la pasión. Por eso la experiencia es atención, escucha, apertura, disponibilidad, sensibilidad, vulnerabilidad, ex/posición” (p. 38). Adicional a esto, hay dos elementos esenciales que se enfatizan en todo el desarrollo de la metodología que son el diálogo y la participación, sin estos tampoco sería posible sostener relaciones recíprocas y horizontales. Al respecto, cabe tener en cuenta:

El diálogo como encuentro con el otro, donde se provocan reflexiones pedagógicas, se construye un conocimiento libertario y emancipador, que le permite al hombre transitar hacia su integración con el mundo, hacia una conciencia crítica que le hace sujeto social (Freire y Rodríguez, citado en Zea, 2019, p. 63).

Ahora bien, las actividades metodológicas le apuestan a considerar y a trabajar con la población con TMC sosteniéndose en unos marcos teóricos expuestos a lo largo de este proyecto, pero también considerando la experiencia que adquirida en mi formación como educadora popular. Se parte entonces desde un saber que reconoce que, en el trabajo de campo, el aprendizaje y la enseñanza se dan de manera recíproca. Por ello se es consciente de que así se establezca un plan de actividades, estas seguramente se modificarán con la retroalimentación y la participación de las personas a las que van dirigidas; a la final, son ellas las que harán posible que sean eficaces y significativas, ya sea para su experiencia laboral o para valorar la inclusión laboral del colectivo con TMC. En esta vía, concuerdo con lo expresado por Fernández (2012): “Mucho más importante que los contenidos pensados, es el espacio que posibilita hacer pensable un determinado contenido. A ese lugar estaremos dirigiendo nuestra intervención, nuestra mirada” (p. 68).

## 5.4. Metodología

Se propone entonces una estrategia de acompañamiento psicosocial desarrollada en tres escenarios, los cuales corresponden a cada uno de los objetivos específicos. Así pues, el primero y el segundo escenario están dirigidos a las personas con TMC; el primero específicamente orientado a la consecución de un empleo y, el segundo, hacia su mantenimiento. El tercer escenario, como complemento, se construyó dirigido a los empleadores. De esta manera se presenta a continuación una tabla con los tres escenarios y sus componentes:

Tabla n.º 1. Escenarios de la metodología y componentes

Escenarios	Sesiones	Objetivo de la actividad	Actividad/estrategia	Participantes
1. Generar espacios de reconocimiento de habilidades, limitaciones y recursos propios dirigidos a las personas con TMC, hacia la consecución de un empleo.	1 <i>El mito de Ícaro</i>	Reconocer los aspectos positivos y negativos de la persona con TMC que influyen en la consecución de un empleo.	- Presentación de un video sobre la leyenda de la mitología griega: <i>El vuelo de Ícaro</i> . - Resolver preguntas de manera individual en relación con el mito y utilización del esquema DOFA como síntesis.	Personas con TMC e interventora(s).
	2 <i>Estableciendo redes de apoyo</i>	Reconocer las redes de apoyo como las familiares y socio-comunitarias que faciliten el acceso a un empleo.	La estrategia Colcha de Retazos como herramienta para identificar y socializar las redes de apoyo, las competencias y experiencias laborales.	Personas con TMC, familiares e interventora(s).
	3 <i>Elaborando mi hoja de vida</i>	Ofrecer herramientas para la elaboración de una hoja de vida indispensable en la consecución de un empleo.	- Diligenciar un modelo o formato de hoja de vida (HV) previamente elaborado. - Realización de un juego participativo con tablero y tarjetas para identificar aspectos positivos y negativos de una HV.	Personas con TMC e interventora(s).
	4 <i>Mapeando la inclusión laboral</i>	Identificar el sector empresarial y los institutos que realizan procesos de inclusión laboral para la población con trastornos mentales en Cali.	- Realización de un juego participativo con tarjetas, artículos informativos y mapa grande de Cali.	Personas con TMC, familiares e interventora(s).
2. Diseñar estrategias de acompañamiento para el	1 <i>Ritual del fuego: reconociendo actitudes</i>	Reconocer los aspectos individuales que generan un mal ambiente laboral y perjudican la	Realización de un ritual simbólico que consiste en hacer una lista individual de aspectos dañinos para el entorno	Empleados con TMC e interventora(s).

mantenimiento de un empleo de las personas con trastornos mentales graves.	<i>negativas</i>	permanencia en el empleo.	laboral y luego quemarla en una fogata de socialización.	
	2 <i>Detectando factores protectores y de riesgo en el trabajo</i>	Identificar los factores protectores y de riesgo que inciden en la salud mental y en el entorno laboral.	- Realización de un juego participativo construido con pequeñas leyendas relacionadas con los factores de riesgo. - Cartulina dividida en factores protectores y de riesgos como síntesis de lo encontrado en el juego.	Empleados con TMC, familiares e interventora(s).
	3 <i>Retos para mejorar el entorno laboral</i>	Ofrecer estrategias para el manejo del estrés y las relaciones interpersonales.	- Realización de un juego participativo con una pecera, dos cañas y unos peces de cartón que tendrán unos mensajes relacionados a la temática. - Socialización del juego con un tablero y las categorías trabajadas.	Empleados con TMC, familiares e interventora(s).
3. Promover actividades de sensibilización en inclusión laboral y salud mental al sector empresarial de Cali.  <i>LaboralMente Sanos</i>	1 <i>Salud mental y trastornos mentales</i>	Generar un espacio de análisis y reflexión acerca de la salud mental y los trastornos mentales.	- Armar una mesa de discusión con preguntas orientadoras para propiciar el análisis y el diálogo. - Presentación de videos como apoyo para nutrir las concepciones que se tienen acerca de la salud mental y los trastornos mentales en vía de una mirada inclusiva.	Empleadores e interventora(s).
	2 <i>Identificando barreras</i>	Analizar las barreras que pueden presentar las personas con trastornos mentales crónicos.	- Realización de una actividad de contraste de experiencias y escritura creativa para el reconocimiento de las barreras. - Identificación de las causas y consecuencias de las 4 barreras más comunes para la población con TMC, que se pondrán en discusión.	Empleadores e interventora(s).
	3 <i>Visibilizando la importancia de la inclusión laboral</i>	Identificar herramientas y actitudes que contribuyan a mejorar la inclusión laboral de la población con TMC.	- Realización de un juego participativo con un tablero dividido en 4 categorías y sus tarjetas correspondientes. - Video de apoyo.	Empleadores e interventora(s).

	4 <i>Experiencias de inclusión laboral</i>	Visibilizar los procesos de inclusión laboral a partir de testimonios de empleados con TMC y sus empleadores.	- Un encuentro en el que empleados con TMC y sus empleadores exponen a los empleadores participantes sus experiencias de inclusión laboral con el propósito de resolver inquietudes y brindar consejos. - Presentación del cortometraje <i>Votamos</i> .	Empleados con TMC, empleadores expositores, empleadores participantes e interventora(s).
--	---	---	---	--

#### **5.4.1. Escenario 1: Estrategias para la consecución de un empleo**

- Objetivo específico: generar espacios de reconocimiento de habilidades, limitaciones y recursos propios dirigidos a las personas con TMC, hacia la consecución de un empleo.

##### *Primera sesión: El mito de Ícaro*

Utilizar como estrategia los mitos, las leyendas o las metáforas en las intervenciones psicosociales es de gran ayuda para trabajar sobre la experiencia humana en cuanto a sentimientos, anhelos, miedos, deseos, etc. A través de ellos, se pueden analizar aquellas situaciones difíciles de abordar dada la complejidad que nos caracteriza; trabajar sobre eso que no se dice, ya sea porque va en contra de los principios religiosos o de los principios sociales; estos mitos, en su categoría de “ajenos”, narran sin filtros, son relatos que transgreden (Perinat, 1999). Siguiendo a Perinat, “Los mitos dicen muchas cosas trascendentales a los hombres; las dicen envueltas en un relato cuya forma poética y literariamente bella deja traslucir esos enigmas que nos desconciertan” (p. 6).

Asimismo, para Beneduce (2018), las metáforas “favorecen una serie de posibles *identificaciones*, en el sentido psicoanalítico del término y, por tanto, el replasmarse de la experiencia” (p. 158) Lo interesante de trabajar con estas estrategias es que pueden surgir variedad de sentidos y experiencias relacionadas, se pueden analizar y explorar desde muchas aristas dando lugar a la imaginación y la libre interpretación, pero a la vez se pueden guiar para trabajar un tema específico.

Objetivo de la actividad: reconocer los aspectos positivos y negativos de la persona con TMC que influyen en la consecución de un empleo.

Actividad: para esta actividad se empezará con un juego inicial llamado “naranja-limón” que ayude al reconocimiento del grupo, y que consiste en hacer un

círculo con todos los participantes en el cual cada uno se presentará; luego deberán estar atentos al llamado de la interventora cuando ésta señale a alguien diciéndole limón o naranja; si al participante lo llaman naranja entonces este debe decir el nombre de la persona que tiene a su derecha y si lo llaman limón deberá decir el nombre de la persona que esté a su izquierda. Finalizada esta actividad rompehielos, se da un espacio de presentación con todo el grupo en el que la interventora hablará sobre su rol, conocerá los motivos y expectativas del grupo y hará unas cuantas preguntas y resolverá otras. Pasará a explicar brevemente los contenidos de la actividad y, acto seguido, acomodará el espacio con la ayuda de todos para presentar un video sobre la leyenda famosa de la mitología griega llamada “El vuelo de Ícaro”. Luego se abrirá un espacio con una pregunta que propicie la discusión sobre impresiones y reflexiones que dejó el mito, por ejemplo, ¿Cómo relacionas el mito de Ícaro con alguna experiencia de tu vida? Se pasa después a resolver unas preguntas de manera individual relacionadas con el mito que contribuyan al reconocimiento de potencialidades y debilidades con las que se cuenta e igualmente para analizar los deberes, las responsabilidades, los alcances y las limitaciones que hay y que se presentan a la hora de acceder a un empleo.

Preguntas orientadoras: ¿cuáles son los oficios o actividades laborales que más les interesan?, ¿qué expectativas tienen frente a la obtención de un empleo?, ¿con qué habilidades y recursos propios cuentan para obtener un empleo?, ¿qué aspectos de su personalidad y entorno les impiden o los limitan para conseguir un empleo?, ¿qué es lo que les motiva de tener trabajo?, ¿eres una persona responsable, capaz de cumplir con órdenes?, ¿cuáles crees que serían los obstáculos que se pueden presentar una vez estés contratado(a) en la empresa?

Por último, se socializarán las respuestas con todo el grupo a medida que se van categorizando en una cartulina grande con el esquema de DOFA (factores internos y externos en cuanto a: debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas). Al finalizar la actividad se presentan los elementos más relevantes de cada componente trabajado.

Participantes: personas con TMC e interventora(s).

Materiales: video o *podcast* “El vuelo de Ícaro”, 10 hojas de papel reciclado, lápices, marcadores y una cartulina grande previamente elaborada.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

## *Segunda sesión: Estableciendo redes de apoyo*

La estrategia Colcha de Retazos es un método empleado en la educación popular para trabajar con grupos las diferentes concepciones, experiencias, sentires y demás procesos que se manifiestan en la vida. Es una técnica que alude a la metáfora y permite “develar las distintas formas en que los sujetos apropian su cotidianidad y su realidad, formas que son divergentes entre sujeto y sujeto, pero que en la interacción con el otro conforman un texto en común” (Quiroz *et ál.*, 2002, p. 60).

Esta técnica es adecuada para identificar las relaciones y los lazos sociales que tenemos, pero que muchas veces no los acogemos como redes de apoyo, las cuales son clave hacia la consecución de un empleo. Además, siendo una técnica abordada en colectivo desde el enfoque comunitario, brinda la posibilidad de conocer otras redes de apoyo, como la colaboración entre las mismas personas participantes dentro del programa de intervención y otras experiencias relacionadas con la inclusión laboral.

Objetivo de la actividad: reconocer las redes de apoyo como las familiares y socio-comunitarias que faciliten el acceso a un empleo.

Actividad: para esta actividad se utilizará la estrategia Colcha de Retazos que comenzará entregando a cada participante un pedazo de papel cuadrado en el que cada uno deberá escribir con ayuda de sus familiares las redes de apoyo que tiene. Previo a esto la interventora dará unos ejemplos de redes de apoyo utilizando unas preguntas orientadoras: ¿cuentan con apoyo familiar o de amistades en la búsqueda de empleo?, ¿consideran el barrio donde viven como una red de apoyo?, ¿tienen lugares que frecuenten como el curso X, la iglesia, etc.?, ¿conocen si el centro de salud mental al que asisten brinda apoyos en inclusión laboral?, ¿conocen lugares virtuales o presenciales que puedan ayudarlos en la inclusión laboral?

Finalizado el tiempo de elaboración de los retazos, estos pasarán a pegarse sobre un cartón grande de manera que queden pegados formando una colcha de retazos, así todos podrán visualizar los escritos de los demás por unos minutos y luego se les entregará otro pedazo de papel, pero esta vez con la consigna de que plasmen sus competencias y sus experiencias formativas y laborales. La interventora también dará unas preguntas orientadoras para incentivar la memoria: ¿tienen experiencias relacionadas con la búsqueda de empleo?, ¿qué estudios han realizado?, ¿qué tanto saben de manejo de computadores e internet?, ¿en que se consideran buenos? Nuevamente deberán pegarlo en forma de colcha de retazos en la parte de abajo del

cartón para su posterior análisis y diálogo participativo en el que se pretende que haya entre todos un reconocimiento más profundo sobre sus redes de apoyo y otras relaciones y estrategias que les faciliten la búsqueda y consecución de un empleo.

Participantes: personas con TMC, familiares e interventora.

Materiales: un cartón grande, 20 pedazos de papel en forma de cuadrado, cinta, lápices y marcadores.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

### *Tercera sesión: Elaborando mi hoja de vida*

Toda persona que quiera acceder al mercado laboral debe tener consigo una hoja de vida que le servirá como presentación en cualquier entidad o institución en la cual pretenda trabajar. Es por ello que este taller está planteado para brindar algunas herramientas como guía para la construcción de una hoja de vida que abarque la información principal, pero que se organice de manera clara y concisa.

Objetivo de la actividad: ofrecer herramientas para la elaboración de una hoja de vida indispensable en la consecución de un empleo.

Actividad: se comenzará ofreciendo a los participantes un modelo de formato de hoja de vida que contenga 5 espacios divididos en datos personales, perfil profesional, formación académica y complementaria, experiencia laboral y referencias. Se pasará a explicar la importancia de tener una hoja de vida y la consigna de la actividad que es diligenciar de forma individual cada espacio del modelo de formato. Se darán unas preguntas orientadoras para propiciar la escritura: ¿qué les motiva a querer un empleo?, ¿cuáles son sus habilidades más destacadas?, ¿cuáles son sus intereses laborales?, ¿han realizado cursos o diplomados de formación?, ¿sus redes de apoyo aportan en sus experiencias? Una vez termine el plazo para diligenciar los formatos, se pasa a dialogar con todos la experiencia. En este espacio se resolverán dudas, se compartirán las motivaciones e intereses que se tienen en cuanto a la consecución de un empleo y se resaltarán los aspectos más importantes que debe tener siempre una hoja de vida. Continuando con el taller, la interventora explicará la siguiente actividad que tendrá como propósito identificar los aspectos positivos y negativos en la realización de una hoja de vida, a través de un juego que consta de un tablero dividido en dos partes: falso y verdadero, y unas tarjetas con mensajes cortos dentro de una bolsa que los participantes deberán sacar de ella, una por una y decidir en cuál de las dos casillas del

tablero acomodarla, luego justificarán su decisión y se pondrá a discusión con todos para llegar a un consenso y finalmente ponerla en la casilla adecuada.

- Mensajes casilla “Verdadero”: La ortografía es importante para una buena presentación. / Hay que ser claro y concreto en la descripción. / Se recomienda tener la hoja de vida guardada en USB, correo electrónico e impresa. / Se pueden utilizar modelos de formatos como el Minerva.
- Mensajes casilla “Falso”: Se debe empezar describiendo las experiencias laborales más antiguas para así finalizar con las más recientes / Una vez realizada la hoja de vida no se necesita actualizarla / Es necesario referenciar más de 3 personas.

Finalizada la actividad, se organiza una participación de cada sobre los resultados en el tablero, se resuelven dudas y se brindan otras posibilidades de formatos como el de la Agencia Pública de Empleo (digital). También se les sugiere realizar la hoja de vida en casa para que en el próximo encuentro puedan compartirla con el grupo y obtener retroalimentaciones.

Participantes: personas con TMC e interventora.

Materiales: diez copias de un modelo de formato de HV, tablero y tarjetas previamente elaboradas y lápices.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

#### *Cuarta sesión: Mapeando la inclusión laboral*

Es fundamental que el colectivo con TMC identifique y reconozca los institutos que brindan apoyo en rehabilitación e inclusión laboral y aquellas empresas con políticas de inclusión laboral que emplean a grupos vulnerables en la ciudad de Cali, especialmente a las personas con TMC. Esta actividad también sirve para fomentar las redes de apoyo y motivar la búsqueda de posibles ofertas laborales.

Objetivo de la actividad: identificar el sector empresarial y los institutos que realizan procesos de inclusión laboral para la población con trastornos mentales en Cali.

Actividad: se inicia la actividad realizando una relatoría de lo visto en la última sesión, a la vez que se analizan y retroalimentan entre todos las HV compartidas por los compañeros. Luego se pasa a explicar la consigna de Mapeando la inclusión laboral,

que consiste en formar parejas y repartir al azar unas tarjetas<sup>12</sup> con los nombres de las empresas e institutos que al finalizar deberán ubicarlas en el mapa de Cali. Una vez que cada pareja tenga sus dos tarjetas deberán informarse acerca de la empresa o instituto con el material informativo facilitado por la interventora, luego cada grupo pegará las tarjetas ubicándolas en un mapa de Cali según la localización real de la empresa o instituto y acto seguido se sentarán en círculo para responder de manera colectiva a unas preguntas formuladas por la interventora que propiciará el diálogo participativo.

- Preguntas orientadoras: ¿qué instituto tiene servicios de formación para el trabajo y vinculación a la vida laboral?, ¿qué instituto apoya la inclusión laboral de personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales?, ¿qué empresa trabaja en la comercialización de alimentos?, ¿alguna en la que su especialidad sea el café?, ¿qué empresa cuenta con variedad de máquinas?, ¿cuál empresa tiene convenio con un instituto de formación laboral?, ¿qué instituto ofrece estrategias para la implementación de ajustes razonables al sector empresarial y educativo?, ¿cuál empresa vende productos para el hogar?, ¿conoces alguna otra empresa o institución que tenga este tipo de programas?

Terminadas las preguntas se abrirá un espacio para que los grupos compartan lo investigado del material informativo y sus propias búsquedas acerca de las empresas e institutos de formación en inclusión laboral.

Participantes: personas con TMC, familiares e interventora.

Materiales: mapa grande de Cali, tarjetas previamente elaboradas y cinta doble faz.

Duración: 1 hora y 30 minutos.

#### *Otras actividades propuestas*

- Organizar visitas a empresas que realicen inclusión laboral de población vulnerable, especialmente si trabajan con personas con TMC.
- Gestionar con algunas empresas la posibilidad de hacer prácticas laborales en tiempos cortos con participantes del programa que estén interesados.
- Establecer relaciones de confianza entre la interventora y los centros de salud mental de los participantes para fortalecer el trabajo en red en la búsqueda de su inclusión laboral.

---

<sup>12</sup> Esta parte de la actividad está basada en propuestas de Vargas, L. y Bustillos, G. (1997). *Técnicas participativas para la educación popular*. Apartado 8.25.

- Presentar y discutir con ejemplos la opción de organizar emprendimientos individuales o grupales sobre áreas productivas, de comercio o de servicios. Y sobre instituciones que ofrecen capacitación en el tema.

#### **5.4.2. Escenario 2: Estrategias para el mantenimiento de un empleo**

- Objetivo específico: diseñar estrategias de acompañamiento para el mantenimiento de un empleo de las personas con trastornos mentales crónicos.

##### *Primera sesión: Ritual del fuego: reconociendo actitudes negativas*

“Los rituales son una manera útil ya que fortalecen la incorporación de cambios, logros o momentos importantes a la historia de vida” (Morales, 2016, p.32). Los rituales como estrategias en la intervención o acompañamiento psicosocial son idóneos para visibilizar temas emocionales, subjetivos o de la experiencia que son difíciles de abordar o reconocer en las prácticas sociales. Además, por su gran carga simbólica, abren espacios para la escucha y la palabra a través de la narrativa personal, el diálogo y la reflexión en grupo. A propósito, Perinat (1999) afirma que:

Nos construimos como *yo* a través de una narración. Dicho más rotundamente, el *yo* es un producto del lenguaje, pero no del *logos* sino del *mythos*<sup>13</sup>. Es interesante al respecto constatar que una terapia es la confrontación de *mythos* (que expresa el paciente) (p. 5).

Los rituales a su vez contribuyen a fortalecer los lazos sociales, en la medida que abren un espacio en el cual se solicita, se interpela y se aprende de los otros; son actos que invitan a reflejarse y a reconocerse en los otros. Eso es lo que se pretende en la actividad, que los participantes al tiempo que están narrando su perspectiva, están escuchando otras narrativas con las que posiblemente pueden identificarse y sacar provecho. El propósito es que las personas con TMC reconozcan sus emociones, comportamientos y signos de descompensación que perjudican el ambiente laboral para poder afrontarlos de una manera ritualizada y mejorar su entorno y, por tanto, su salud mental.

Objetivo de la actividad: reconocer los aspectos individuales que generan un mal ambiente laboral y perjudican la permanencia en el empleo.

---

<sup>13</sup> Según Perinat (1999), el *mythos* tiene que ver con el conocimiento en forma narrativa y el *logos* con el conocimiento elaborado en forma proposicional. Este último como un discurso racional u objetivizado.

Actividad: para la actividad se empieza con el juego naranja-limón como técnica rompehielos y de reconocimiento de todos los participantes, luego la interventora se presenta y explica el objetivo y sentido de la actividad Ritual del fuego, en la cual cada participante deberá escribir sobre un papel una lista de pensamientos, actitudes y signos de descompensación (insomnio, irritabilidad, agotamiento, indiferencia, desmotivación, etc.) que por causar un mal ambiente y conflicto en el trabajo quieran eliminar de su vida.

- En este espacio la interventora hará unas preguntas o comentarios como pistas para nutrir la parte escrita: ¿cómo es la comunicación entre los compañeros y los directivos?, ¿se sienten valorados y productivos?, ¿les gusta trabajar en grupo?, ¿se preocupan por tener buenas relaciones o son indiferentes?, ¿han recibido quejas o reclamos de otros?, ¿cómo se perciben en el trabajo?, ¿se irritan o se estresan con facilidad?, ¿cómo responden a las tareas que deben cumplir?, ¿duermen lo suficiente para rendir en sus labores?, ¿se sienten motivados trabajando?, ¿cómo es la relación entre el tratamiento médico y el trabajo?

Terminado el tiempo establecido, se pasa a formar un círculo en un espacio al aire libre para reflexionar sobre las causas y consecuencias de los aspectos negativos encontrados y se lleva a cabo el ritual del fuego en el que los participantes deberán arrojar su papel envuelto a una pequeña fogata ubicada en el centro del círculo, mientras se apropian del acto con la convicción de eliminar esos aspectos negativos y así procurar ambientes más favorables. Por último, se establece una conversación general para construir estrategias que reduzcan o eliminen esos aspectos negativos.

Participantes: empleados o trabajadores con TMC e interventora.

Materiales: Diez hojas de papel reciclado, lápices, fósforos, un recipiente de cerámica y una vela.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

### *Segunda sesión: Detectando factores protectores y de riesgo en el trabajo*

Por un lado, es importante reconocer los factores de riesgo para estar prevenidos, ya que son todas aquellas situaciones que se tornan difíciles de afrontar en el entorno laboral y van generando a la larga factores de estrés y problemas de salud mental, como

los signos de descompensación<sup>14</sup> que pueden desencadenar crisis mentales o la renuncia al empleo. Y, por el otro lado, identificar los factores protectores que contribuyen a reducir, afrontar o eliminar las situaciones de riesgo y los problemas de salud mental que surjan o se incrementen en la actividad laboral con el fin de generar entornos estables que contribuyan a la permanencia en el trabajo.

Objetivo de la actividad: identificar los factores protectores y los de riesgo que inciden en la salud mental y en el entorno laboral.

Actividad: para esta sesión se abordarán primero los factores de riesgo, hablando de manera general con todo el grupo sobre cuáles son los factores de riesgo que identifican en el trabajo; luego, por medio de una estrategia participativa se presentarán algunos de ellos. La actividad<sup>15</sup> consiste en entregar a grupos de dos personas unas tarjetas con frases o pequeñas leyendas que presenten los factores de riesgo que se pueden dar en el entorno laboral; después cada grupo tendrá un tiempo estimado para resolver las dos tarjetas asignadas y encontrar posibles soluciones que ayuden a mitigar el problema presentado; entre más soluciones encuentren será mucho mejor para nutrir la discusión grupal.

- Ejemplos de tarjetas: “Lucía está preocupada porque debe entregar unos productos a final de mes y ve difícil obtener ayuda de sus compañeros ya que ellos se encuentran en la misma situación”, “Olga se pregunta porque Luis se pone a la defensiva y se irrita siempre que recibe críticas constructivas de sus jefes o compañeros de trabajo”, “Carlos empieza a sentir que no tiene las suficientes capacidades y herramientas para responder a las tareas que le asigna la empresa”, “a raíz de un cambio de medicamentos en el tratamiento, Amelia se ha vuelto incumplida con el horario de llegada al trabajo”, “la gerente exigió cumplir con jornadas largas de trabajo y con un solo receso de una hora”, “Mateo es un señor tímido y poco social, por lo que siempre ha preferido hacerse en lugares alejados y trabajar solo, pero ahora se encuentra muy angustiado con una tarea que no ha podido resolver”.

---

<sup>14</sup> Algunos signos de descompensación son: insomnio, pérdida o aumento del apetito, agotamiento físico y mental, irritabilidad, preocupación e indiferencia (Hansen *et ál.*, 2007, citado por Obra Social “la Caixa”, 2012).

<sup>15</sup> Esta parte de la actividad está basada en propuestas de Vargas y Bustillos (1997). Técnicas participativas para la educación popular. Apartado 8.39.

Por último, se realizará una mesa de discusión con todos, en la que cada grupo leerá sus tarjetas y expondrá las soluciones o estrategias construidas. Se espera hacer una reflexión sobre los factores de riesgo analizando a su vez aquellos factores protectores, estos se dejarán plasmados en una cartulina a medida que avanza la discusión grupal.

Participantes: empleados con TMG, familiares e interventora.

Materiales: tarjetas previamente elaboradas, cartulina grande, marcadores.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

### *Tercera sesión: Retos para mejorar el entorno laboral*

Una de las situaciones más frecuentes en los entornos laborales es el estrés laboral, ya que en estos espacios se ponen en juego factores complejos que implican cierta tensión, como cumplir con unos productos en un tiempo establecido, llevar a cabo tareas retadoras o exponerse a situaciones nuevas. Cuando este tipo de situaciones no se logran controlar, el estrés aumenta a tal punto que puede perjudicar la estancia en el trabajo, más riesgoso aún si se presenta en personas con TMC. Según Epstein (2001), citado en Obra Social “la Caixa” (2012):

El estrés es un estado de desequilibrio fisiológico en el organismo, que genera una sobrecarga con efectos desagradables para la persona que lo padece. Este concepto implica un estímulo externo y una respuesta que altera cierto equilibrio en el individuo (p. 167).

Por ello, es necesario identificar estrategias y recursos que ayuden a controlar y reducir las situaciones de estrés que pueden afectar significativamente la autoestima, el rendimiento, la dedicación y la motivación laboral. Asimismo, es indispensable contar con estrategias para evitar los conflictos generados por las relaciones interpersonales y con herramientas que ayuden a mejorar las relaciones necesarias en cualquier trabajo.

Objetivo de la actividad: ofrecer estrategias para el manejo del estrés y las relaciones interpersonales.

Actividad: se comienza la actividad con una explicación general de los temas a tratar y su importancia para el entorno laboral, se abre un espacio para preguntas, comentarios o la relación que tengan los participantes con los temas, para luego conectar con la actividad participativa<sup>16</sup>, la cual iniciará con los participantes formando

---

<sup>16</sup> Esta parte de la actividad está basada en propuestas de Vargas y Bustillos (1997), apartado 9.1.

un círculo que tendrá en su centro una pecera (recipiente) con varios peces de cartón. Estos peces estarán marcados con mensajes que corresponden a dos categorías: la primera está dirigida a las causas y efectos del estrés y de las malas relaciones interpersonales, y la segunda, a brindar estrategias contra el estrés y las malas relaciones interpersonales. Se pedirá que conformen parejas para que se acerquen a pescar al recipiente y una vez tengan dos pescados deberán discutirlos con su compañero o compañera, elegir a qué categoría pertenece cada uno y resolver las preguntas correspondientes que estarán escritas en un tablero o cartulina grande la cual estará dividida en las dos categorías. Terminado el tiempo establecido, se reúne todo el grupo y cada pareja tendrá la oportunidad de compartir las problemáticas que le correspondió y las conclusiones a las que llegó a partir de las preguntas formuladas. Luego deberán ubicar los pescados en las categorías correspondientes en el tablero y escribir al lado las estrategias que encontraron o la consideración de las estrategias planteadas en los mensajes. A continuación, un ejemplo de los mensajes y las preguntas orientadoras para las dos categorías:

- Mensajes categoría (1): “no querer hablar con nadie por estar de mal humor la mayor parte de la jornada laboral”, “echarle la culpa a los demás antes que asumir los propios errores o responsabilidades”, “siente que no puede llevar el ritmo laboral por un medicamento que la pone somnolienta y eso la tiene muy preocupada”, “Por estar angustiado con una entrega a final de mes, los demás lo notan distraído y un poco desorientado en sus labores”, “piensa constantemente que la van a despedir del trabajo por no rendir lo suficiente”, “ha recibido quejas de sus compañeros por su forma de comunicarse, dicen que siempre responde a la defensiva”, “a pesar de que se siente con mucha carga laboral, no pide ayuda por temor a que lo estigmaticen”. Preguntas: ¿Por qué esta situación puede causar/aumentar el estrés o los conflictos con otras personas?, ¿qué estrategias/recursos pueden mejorar esta problemática? ¿Entre más soluciones encuentren mucho mejor!
- Mensajes categoría (2): “reciba las críticas de sus compañeros como una oportunidad para mejorar sus relaciones. No sea indiferente”, “sea honesto con lo que puede hacer y lo que no, todos tenemos límites y ritmos diferentes para trabajar”, “establecer un cronograma o una agenda con las actividades y los tiempos a cumplirlas. Esto ayuda como recordatorio y organización”, “nadie se las sabe todas, pida ayuda las veces que sea necesario”, “siempre es bueno tener

un compañero o compañera de confianza que sea un apoyo en el trabajo”, “sea amable con los demás, recuerde que no trabaja solo”, “si las terapias y los medicamentos hacen parte de su estabilidad mental, no los abandone. Recuerde que su salud mental es lo primero”, “valore su trabajo y todos sus beneficios. El empleo puede ser un factor protector”, “realiza actividad física. Ayuda a reducir el estrés y aumenta la autoestima”, “reconozca sus errores y asuma sus responsabilidades, todos tienen un trabajo por cumplir.” “Trata de no ser indiferente con los demás. Así como uno necesita ayuda, otros también pueden necesitarla”. Preguntas: ¿Piensan que esta estrategia ayuda a manejar el estrés o las relaciones interpersonales?, ¿la aplica en su diario vivir?

En el momento de la socialización, se espera que se genere una reflexión y una conversación colectiva sobre las estrategias planteadas y formuladas por cada participante con el fin de explorar otros recursos y soluciones que pueden contribuir a mejorar el entorno laboral.

Participantes: empleados con TMC, familiares e interventora.

Materiales: peces de cartón previamente elaborados, cinta, tablero y marcadores.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

#### *Otras actividades propuestas*

- Realizar encuentros de socialización de experiencias entre los empleados con TMC y los que están en la búsqueda de empleo para hablar sobre los procesos de inclusión laboral en los que se pueda aportar herramientas, estrategias o posibilidades de ofertas laborales.
- Realizar talleres sobre lo visto en las tres sesiones dirigidos a los participantes con TMC que están en búsqueda de empleo y sus familias. La idea es que sean los mismos empleados con TMC que guíen los talleres para que se apropien más de lo aprendido y experimentado durante el acompañamiento psicosocial. En esta actividad todos se benefician e igualmente la interventora puede evaluar que tanto sus estrategias influyeron y tuvieron sentido en los participantes.

#### **5.4.3. Escenario 3: Estrategias para el sector empresarial**

- Objetivo específico: promover actividades de sensibilización en inclusión laboral y salud mental en el sector empresarial de Cali.

### *Primera sesión: Salud mental y trastornos mentales*

Es necesario realizar un proceso de sensibilización sobre la salud mental y los trastornos mentales crónicos antes de empezar un proceso de inclusión laboral con las empresas. Esto es conocer los conceptos más generales de la salud mental y como esta se puede ver afectada en el ambiente laboral, independientemente de si se tiene o no un trastorno mental. Asimismo, es necesario que los empleadores reconozcan que existen varios tipos de trastornos mentales y que, entre ellos, hay unos catalogados por la medicina hegemónica como trastornos mentales crónicos o graves. Se espera entonces identificar estos dos conceptos desde una mirada que vaya en la vía de la inclusión, el respeto y la capacidad hacia las personas que tienen trastornos mentales crónicos.

Objetivo de la actividad: generar un espacio de análisis y reflexión acerca de la salud mental y los trastornos mentales.

Actividad: para empezar el taller se utilizará un método rompehielos que consiste en armar primero una fila de manera ascendente según la primera letra del nombre y luego otra fila descendente, pero con la fecha de nacimiento de cada participante. Aunque son juegos sencillos ayudan mucho para entrar en confianza y conocer un poco más a los demás. Luego se armará una mesa de discusión sobre qué tanto sabe el grupo acerca de la salud mental y los trastornos mentales, la interventora realizará preguntas sencillas para propiciar la discusión y establecer qué tanto se conoce y qué no sobre los temas.

- Preguntas orientadoras sobre salud mental: ¿cuáles son sus características?, ¿qué es tener salud mental?, ¿la salud mental depende solo de uno mismo? ¿qué factores inciden en la salud mental?
- Preguntas orientadoras sobre los trastornos mentales: ¿qué es lo primero que se le viene a la mente cuando escucha la palabra trastorno mental?, ¿conoce otros sinónimos de trastorno mental?, ¿qué ha escuchado sobre los trastornos mentales?, ¿qué tipo de trastornos mentales conoce?, ¿conoce personas cercanas que tengan alguno?, ¿tiene o ha vivido afectaciones mentales?

Pasado el tiempo establecido de diálogo, en un pliego de papel se construirá entre todos un concepto de salud mental y uno de trastornos mentales con los cuales todos estén de acuerdo. Luego se muestran unos videos cortos referentes a los temas abordados para finalizar con unas definiciones generales guiadas por la interventora frente a cómo se concibe hoy en día la salud mental y cuáles son las miradas más

incluyentes sobre los trastornos mentales o problemas de salud mental. Luego, de manera colectiva se escribirán en la misma cartulina unos nuevos conceptos que se contrastaron con las definiciones planteadas al inicio de la sesión.

Participantes: empleadores e interventora.

Materiales: videos *¿Cómo es la buena salud mental?* – CareChannel (min. 2:45) y *Anímate, cuidemos nuestra salud mental*- Instituto MIDAP (min. 3:55), cartulina grande y marcadores.

Duración estimada: 1 hora y 30 minutos.

### *Segunda sesión: Identificando barreras*

Conocer las barreras que se presentan para las personas con TMC puede generar cierta conciencia y responsabilidad social hacia este colectivo. Sumado a esto, contribuye a valorar aún más los procesos de inclusión laboral como una de las estrategias de lucha contra esas barreras y generar oportunidades de desarrollo personal.

Objetivo de la actividad: analizar las barreras que pueden presentar las personas con trastornos mentales crónicos.

Actividad: se comienza la actividad con un juego para reconocer las diferencias entre los participantes, aludiendo a que todos somos diferentes tengamos o no un trastorno mental, a pensar en que “lo normal es ser diferente” y la diversidad es enriquecedora. El juego no necesita ningún material o herramienta y consiste en delimitar tres lugares cercanos a donde las personas se puedan movilizar rápidamente y a cada lugar se le asignará una opción de respuesta dependiendo de la pregunta que se haga, acto seguido los participantes deberán responder a la pregunta dirigiéndose al lugar donde se encuentra la opción que escogieron.

- Preguntas orientadoras: ¿a qué hora prefiere comenzar su trabajo?: 1) 7 a. m., 2) 8:30 a. m., 3) 10 a. m. ¿Qué hace al llegar a casa después del trabajo?: 1) escuchar música, 2) leer, 3) dormir. ¿Qué prefiere hacer para relajarse durante la jornada laboral?: 1. comer, 2. salir a caminar, 3. distraerse hablando con alguien. ¿Dónde prefiere vacacionar?: 1. playa, 2. montaña, 3. ciudad turística. ¿Cómo prefiere trabajar?: 1. solo o sola, 2. en grupo, 3. de forma virtual.

Una vez terminada la actividad lúdica, se discute brevemente sobre la importancia de respetar la diferencia en todos los aspectos y de valorar la diversidad como herramienta enriquecedora. Luego, se pasa a realizar la retroalimentación sobre los conceptos trabajados en la primera sesión mostrando la cartulina donde se

plasmaron y de esa manera conectar con la siguiente temática que consistirá en generar un espacio de análisis de las barreras sociales que vive la población con trastorno mental. Este momento estará guiado por la interventora que luego mostrará un video relacionado con la temática. Finalizado el video, se pasará a la siguiente actividad encaminada a contrastar las experiencias propias de vida de los participantes con las de las personas con trastornos mentales en relación con las barreras. Para ello, cada participante deberá escribir una lista de barreras, tanto personales como sociales, que ha experimentado a lo largo de su vida y, luego, escogerá una o dos de esas barreras para abordarlas dentro de un pequeño cuento narrativo que deberá crear con un final feliz, es decir, deberá crear una o más estrategias que ayuden a superar o derrumbar esas barreras que vivió. Cuando todos hayan terminado el cuento, se pasarán a leer en voz alta y se identificarán colectivamente tanto las barreras como las estrategias encontradas. Este momento servirá para dar cuenta de que, aunque todos hemos experimentado barreras u obstáculos, esas barreras se agrandan y complejizan aún más para los grupos que han sido excluidos y estigmatizados como la población con TMC. Esta actividad funciona para acercarse y reconocer las experiencias del otro a través de la vida propia, ponerlas en papel ayuda a la retención de memoria y a estar más conscientes. Para profundizar más en el tema, la interventora mostrará una cartulina grande dividida en cuatro barreras comunes de las personas con TMC: desempleo, pobreza, sinhogarismo y limitaciones derivadas del trastorno mental. Así se dinamizará la reflexión para abordar cada una de las barreras escribiendo en la cartulina sus posibles causas y sus efectos en esta población. El propósito es que los participantes logren ser más conscientes de la importancia de incluir laboralmente a esta población reconociendo las barreras y mitigando parte de esas barreras por las que pueden estar atravesando.

Participantes: empleadores e interventora.

Materiales: video (min. 5:14) “La historia de Bruno: salud mental y estigma. Fundación ASAM”, cartulina grande previamente elaborada, diez hojas tamaño carta, lápices y marcadores.

Duración estimada: 2 horas.

*Tercera sesión: Visibilizando la importancia de la inclusión laboral*

A través de una actividad interactiva que pone a los participantes en constante acción, reflexión y diálogo frente a los temas abordados, se espera generar herramientas,

estrategias, cambios de actitud y reconocimiento de políticas y programas encaminados a mejorar la calidad de vida con respecto a la inclusión laboral de la población con TMC. Por otro lado, se busca que los empleadores reconozcan el valor que tiene para este colectivo contar con un trabajo estable. Al respecto, el programa Incorpora afirma que:

Trabajar y contar con una rutina laboral facilita que la persona estructure su proyecto de vida y le otorga un rol activo en la sociedad, lo cual aumenta su autoestima y bienestar. En el caso de las personas con problemas de salud mental, el empleo es además un elemento clave en su proceso de recuperación (Incorpora, 2022).

Objetivo de la actividad: identificar herramientas y actitudes que contribuyan a mejorar la inclusión laboral de la población con TMC.

Actividad: como inicio se presentará un video corto del Servicio de Empleo acerca de la temática a trabajar. Al finalizar, la interventora hablará sobre la Unidad de Servicio Público de Empleo, su impacto en Colombia y las acciones que ha realizado por la inclusión laboral de la población con TMC. Luego pasará a explicar la dinámica de la actividad que consiste en formar un círculo grande entre todos y poner en el centro un tablero de cartón el cual estará dividido en cuatro casillas, cada una corresponderá a una categoría: Positivo, Negativo, Políticas y Programas en Cali. Al lado del tablero, habrá un recipiente con varias tarjetas mezcladas las cuales tendrán mensajes relacionados con las categorías. La dinámica empezará con el círculo que facilitará escoger al participante a través del juego *tingo tingo tango*, entonces el o la participante que quede deberá sacar una tarjeta, leerla y escoger a qué casilla corresponde, acto seguido deberá dar una explicación de por qué escogió esa casilla y qué consideración tiene sobre la tarjeta. Después de que todos hayan jugado se dará un espacio de reflexión y la interventora se encargará de profundizar sobre el contenido de las tarjetas resaltando las actitudes, las herramientas y los programas que fomentan la inclusión laboral.

Contenido de las tarjetas:

- Tarjetas “políticas”. Serán fragmentos de las leyes y políticas que orientan y promueven la salud mental y la inclusión laboral de la población con trastornos mentales como la Ley 1616 del 2013, la Política de Salud Mental o Resolución 4886 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, el Conpes 3992 del 2020, el Servicio Público de Empleo y la Ley 1429 de 1010 que contempla

algunos beneficios para empleadores de grupos vulnerados en Colombia. Ejemplo: “La ausencia de esta oferta puede hacer que el individuo recaiga o agudice los problemas o trastornos mentales, y no genere lazos familiares o comunitarios”.

- Tarjetas “Programas en Cali”. Se asignarán tarjetas con un pequeño mensaje sobre la función que realizan algunos programas en Cali en cuanto a la formación y el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad y trastornos mentales. Programas como los de la Fundación Ideal, el Instituto Tobías Emanuel y la IPS Oportunidad de Vida. Ejemplo: “Cuenta con servicios de inclusión laboral a personas con TMC: 1- vinculación a la formación para el trabajo a través de instituciones educativas y 2- vinculación a la vida laboral mediante convenios interinstitucionales con empresas colombianas”.
- Tarjetas “positivo”. Estas tarjetas están pensadas para mostrar pequeñas situaciones, frases o imágenes sobre ambientes laborales favorables, actitudes y maneras de apoyar la inclusión laboral de la población con trastorno mental. Ejemplo: “hago parte de esta empresa porque siento que se respeta la diversidad”, “cada mes se realiza una jornada sobre experiencias y estrategias de salud mental e inclusión social”, “Mario, quien tiene un TMC, le asignaron una compañera de trabajo que hace las veces de tutora durante la jornada laboral”, “promover el trabajo en equipo y la solidaridad dentro de la empresa”, “dar permisos para citas importantes como las médicas”, “respetar la confidencialidad de los empleados”, “resaltan más mis capacidades que mis limitaciones en el trabajo”.
- Tarjetas “negativo”. Para el caso de estas tarjetas será con la misma consigna que las tarjetas-positivo, pero aludiendo a situaciones que pueden perjudicar la inclusión laboral y los entornos laborales o causar deserción laboral. Ejemplo: “cada quien ocúpese solo de cumplir con lo que le corresponde”, “a todos se les trata como iguales por ende a todos se les asignan las mismas exigencias laborales”, “el único beneficio que interesa en esta entidad son los productos que deben entregar, los otros aspectos son problema de ustedes”, “se asume que todos entendieron las tareas a realizar por lo que no se abren otros espacios para resolver dudas o facilitar más información”.

Participantes: empleadores e interventora.

Materiales: video (min. 4:11) “Modelo de inclusión laboral con enfoque de cierre de brechas - Servicio Nacional de Empleo”. Tablero y tarjetas previamente elaborados.

Duración estimada: 2 horas.

#### *Cuarta sesión: Experiencias de inclusión laboral*

Como cierre de la fase, se llevará a cabo un encuentro sobre inclusión laboral en el que los expositores serán empleados con TMC y empleadores de algunas empresas que contarán sus testimonios sobre el proceso de inclusión laboral y todo lo que ha significado, por un lado, acceder y mantener un empleo y, por el otro, incluir en sus empresas a este colectivo. Se espera que esta actividad dirigida a los empleadores muestre de manera más directa las dos caras de la moneda de la inclusión laboral y logre sensibilizarlos en la importancia y las ventajas que puede traer consigo dicho proceso. Además, es una actividad que propicia el trabajo en red ya que se realiza un vínculo inicial entre las empresas, las personas con TMC y los interventores psicosociales.

Objetivo de la actividad: visibilizar los procesos de inclusión laboral a partir de testimonios de empleados con TMC y sus empleadores.

Actividad: para esta actividad se empezará con un juego inicial llamado naranjalimón que consiste en hacer un círculo con todos los participantes en el que cada uno se presentará con sus nombres, luego deberán estar atentos al llamado de la interventora cuando ésta señale a alguien diciéndole limón o naranja, si lo llama naranja entonces debe decir el nombre de la persona que tiene a su derecha y si lo llama limón deberá decir el nombre de la persona que esté a su izquierda. Finalizada la actividad rompehielos se hace la presentación general del encuentro en el que se explicará a grandes rasgos la importancia de que las empresas acojan y fomenten la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) y el valor que tiene conocer testimonios en la propia voz de los empleados y los empleadores. Se resolverán dudas en cuanto a la dinámica del encuentro y acto seguido se pasará a la exposición de los empleadores y los empleados con TMC en el que se espera que se nutra la presentación con imágenes de sus experiencias y los entornos laborales. Al terminar cada uno de los testimonios se abrirá un espacio de socialización en el cual la interventora iniciará con algunas preguntas para propiciar la participación activa:

- ¿Cómo se adaptan las personas con TMC al trabajo en la empresa?, ¿qué beneficios obtiene la empresa que contrata personas con TMC?, ¿cuentan con una política de RSE?, ¿cuentan con una red de apoyo en todo el proceso de inclusión laboral?, ¿cómo son las relaciones entre empleado y empleador?, ¿cómo establecen las condiciones laborales en cuanto a flexibilidad de horarios, reglas, transporte, etc.?, ¿tienen ajustes razonables para el colectivo con TMC?

Una vez terminada la socialización se pasará a concluir la sesión con un compartir mientras se presenta un cortometraje titulado *Votamos*, el cual ilustra algunas de las barreras, estigmas y exclusiones que vive a diario la población con trastorno mental en España y en todo el mundo. Con el video se invita a los participantes a que traten de fijarse y resaltar más las capacidades que las limitaciones de las personas con TMC, ya que es ahí donde se mejora todo proceso de inclusión laboral.

Participantes: empleados con TMC, empleadores expositores, empleadores participantes e interventora psicosocial.

Materiales: Sillas, mesas, computador, proyector, cortometraje (min. 13:50) *Votamos*, director Santiago Requejo, refrigerio.

Duración estimada: 2 horas y 30 minutos.

#### *Otras actividades propuestas*

- Realizar encuentros de sensibilización dirigidos a las agencias de empleo de la ciudad, ya que estas pueden ayudar mucho en el proceso de inclusión laboral en cuanto a estrategias de inserción y ofertas laborales.
- Organizar un evento con los empleadores y los participantes con TMC que están en búsqueda de empleo, para que estos últimos puedan presentar de manera grupal sus motivaciones laborales, sus potencialidades y los beneficios que le otorgan al hecho de tener un empleo reconociendo su condición de salud mental.

## 6. Reflexiones finales

---

Querer el bien común en una sociedad actual en la que abunda el individualismo y la indiferencia siempre será un gran reto. Esto mismo sucede cuando se pretende favorecer a las comunidades o grupos más vulnerables de la sociedad, como lo ha sido la población con trastornos mentales crónicos, en diferentes niveles de vulneración y estigmatización relacionados con la época y el contexto social, pero que aún hoy siguen siéndolo a pesar de que parece haber una mayor conciencia social sobre el respeto y la diferencia. Por ello, y como se constata en la realización de este proyecto, llevar a cabo programas y estrategias de inclusión laboral para la población con TMC representa un reto, pues se requiere de un esfuerzo conjunto entre los entes gubernamentales, políticas públicas y demás entidades e instituciones de carácter privado y público que atienden la salud mental y la inclusión social. Pero no se trata únicamente de un trabajo intersectorial; para que eso se establezca de manera radical, debe haber un sentido de responsabilidad social con este colectivo que se vislumbra muy poco en los servicios de atención en salud, y de hecho presenta escasez de programas y recursos destinados a esta población, particularmente en la ciudad de Cali.

Para alcanzar esa responsabilidad social, es necesario visibilizar a la población con TMC fortaleciendo las acciones en salud mental como con el incremento de recursos humanos y financieros para la salud mental y la inclusión laboral, así como una mayor incidencia política en la implementación de derechos y estrategias para el colectivo con TMC, que hasta el momento ha tenido escaso respaldo estatal, a diferencia un tanto de la población con discapacidad. También es necesario sensibilizar a las empresas, agencias de empleo e instituciones formativas y de salud sobre todo lo concerniente a trastornos mentales y sobre el valor humano y social que tiene incluir a las personas con TMC en los entornos laborales.

Es necesario incidir en lo social para eliminar los mitos en torno a los trastornos mentales, ya que es precisamente ahí donde se generan y se estimulan la estigmatización, la exclusión y el autoestigma. Este último refuerza la concepción negativa sobre los trastornos mentales, por lo que la sensibilización debe dirigirse también a las mismas personas que los padecen, aspecto más importante aún pues es un asunto que les compete y les beneficia directamente. El propósito de incidir en la sociedad civil es cambiar la mirada negativa que suele tener el sistema laboral hacia este colectivo, que ha llevado, entre otras cosas, a que presenten altas tasas de desempleo, y,

por tanto, promover su inclusión laboral, pues siguen siendo personas con derechos, con necesidades y con capacidades para desenvolverse socialmente.

Para contribuir a la inclusión laboral de las personas con TMC se deben generar oportunidades desde un marco de igualdad, diferencia social y derechos humanos. Es por ello que la propuesta de intervención formulada tiene como uno de sus enfoques el modelo de salud mental comunitaria, ya que este ha luchado por transformar prácticas provenientes del modelo biomédico que han contribuido a la exclusión social y al desarrollo de imaginarios negativos sobre los usuarios con trastornos mentales. La propuesta aquí planteada, impulsa una postura ética y clínica para la realización de intervenciones psicosociales hacia la inclusión laboral de este colectivo en las que sean considerados como agentes de cambio y se les posibiliten espacios de participación y diálogo que contribuyan a fortalecer su autonomía y su desarrollo personal y profesional. Intervenciones en las que el equipo profesional parta de la convicción de que son personas capaces de trabajar brindándoles la oportunidad y apoyo necesarios, así como lo hemos necesitado todos en algún momento.

“Está demostrado que las personas con problemas de salud mental no solo pueden trabajar en la empresa ordinaria, sino que tienen unas expectativas de empleos realistas y una gran motivación” (Incorpora, 2022), así lo afirma uno de los programas más exitosos de España en inclusión laboral y, como se ha mostrado aquí, es indudable que la inclusión laboral conlleva muchos aspectos positivos para la población con TMC, que pueden considerarse como un factor protector y provechoso para el proceso de recuperación y disminución de crisis psíquicas. Otros beneficios son: independencia económica, inclusión e interacción en otros ámbitos sociales, mayor autonomía y autoestima, mejorar el control de horarios y rutinas y capacidad de gestionar el trastorno mental como requisito para la estabilidad mental y laboral.

Contar con un empleo puede generar más conciencia sobre la importancia de la salud mental en el colectivo con TMC, sin embargo, también es prudente reconocer que puede producir los efectos contrarios en este colectivo, ya que el empleo implica acomodarse a otros ritmos y responsabilidades que fácilmente pueden llevar a escenarios de tensión como el estrés y los conflictos en las relaciones interpersonales. De ahí, la importancia de esta propuesta dirigida necesariamente a personas con TMC que deseen por voluntad propia acceder y mantener un empleo y que sean usuarios actuales de los servicios de salud mental como indicador de que se encuentran anímica

y mentalmente estables y con un servicio de atención con el que posiblemente se puede contar como una red de apoyo.

En cuanto a la postura ética-clínica y el enfoque comunitario de este proyecto, también se resaltan los aspectos socioeducativos propios de la educación popular en la construcción metodológica de la propuesta de intervención, como la clave de trabajar con metodologías participativas, interactivas y dialógicas para fortalecer las relaciones intersubjetivas y los vínculos entre los profesionales y la comunidad, con actividades que implican poner en acción la palabra, la escucha, la apertura y la comprensión de ese otro que demanda atención desde su singularidad y su realidad.

Finalmente, se buscó realizar un acompañamiento psicosocial dirigido a la inclusión laboral de las personas con TMC que le apuntara al reconocimiento de la diferencia y al valor social y simbólico de trabajar, sin pretender nunca concebir el empleo como una herramienta normalizadora u homogeneizadora para la población con TMC. Un acompañamiento con estrategias que faciliten la búsqueda y el mantenimiento de un empleo teniendo en cuenta los intereses, los recursos propios y el contexto social de las personas con TMC usuarias de los servicios de salud mental de la ciudad de Cali.

## 7. Referencias

---

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. 5.º ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- Alvis, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, (17).
- Ardila, S. y Galende, E. (2013). *El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria*. Buenos Aires: Salud y Comunidad.
- Beneduce, R. (2018). Conectar el mundo: imágenes y cura ritual en el altiplano Dogón (Malí). *Calibán, Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 16(2), 153-160.
- Beneduce, R. (ca. 2013). *La narración del dolor*. Turín, Italia.
- Bravo, O. (Ed.). (2016). *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Universidad Icesi. 228 p.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Editorial Alianza.
- Castro-Sardi, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, (11), 73-114.
- Castro-Sardi, X. (2016). Salud mental y atención psicosocial. En O. Bravo (Ed.), *Pensar la salud mental* (pp. 121-157). Cali: Universidad Icesi.
- Castro, E. (2019). *Comparación de modelos explicativos de perfiles de discapacidad en población con trastornos mentales graves de tres países de Sudamérica*. Tesis de doctorado en Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108.
- Carmona M., Fernández R., y Homet G. (2021). Calidad de vida e inserción laboral de personas con trastorno mental grave. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(2), 342-355.
- Cea-Madrid, J. et ál. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y crítica de la psicología*, (8), 169-192. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5895483.pdf>
- Cruz, K. y Enríquez, P. (2018). *Educación para el trabajo e inclusión laboral de cinco personas con discapacidad intelectual egresadas del Instituto Tobías Emanuel de la ciudad de Cali*. Tesis de pregrado en Trabajo Social, Universidad del Valle, Cali.
- Colina, F., Desviat, M. y Huertas, R. (2020). DD. HH. y sufrimiento psíquico. En: M. del Cano (Ed.), *Tiempos de vulnerabilidad. Reflexión desde los derechos humanos*. Madrid: Dykinson, SL.

- Conejo, S. *et ál.* (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (2), 223-233.
- Conpes (Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia. (2020). *Documento Conpes 3992 del 14 de abril de 2020*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>.
- Conpes (Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia). (2020). *Estrategia para la salud mental en Colombia*. Bogotá.
- Concejo Municipal de Santiago de Cali. (2021). *Proyecto de Acuerdo 082. “Por el cual se adopta la Política Distrital de Salud Mental, Convivencia Social y Abordaje del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali – Tejiendo caleñidad y ciudadanía efectiva”*. [http://www.concejodecali.gov.co/Documentos/Normatividad/proyectos\\_de\\_acuerdo/proyectos\\_de\\_acuerdo\\_2021](http://www.concejodecali.gov.co/Documentos/Normatividad/proyectos_de_acuerdo/proyectos_de_acuerdo_2021).
- Congreso de la República de Colombia. (2009). *Ley 1346 del 31 de julio de 2009. “Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006”*. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1346\\_2009.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html).
- Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1429 del 28 de abril de 2010. “Por la cual se deroga el Decreto 657 del 3 de marzo de 2006, se reglamentan los artículos 482, 483 y 484 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”*. [funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39430](http://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39430).
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 del 19 de enero de 2011. “Por medio de la cual se forma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”*. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html).
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013. “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.”* [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1616\\_2013.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html).
- Dane (Departamento Nacional de Estadística). (2021). *Empleo y desempleo. Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>.
- Desviat, M. (2007). *De locos a enfermos. De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Leganés (España): Ayuntamiento de Leganés.
- Desviat, M. y Moreno, A. (Eds.). (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. (2016). *Conflicto, trauma, reparación y memoria: ¿qué puede hacer la psiquiatría, la psicología, los oficios de salud mental para ayudar a las víctimas?* Conferencia, 9 de agosto de 2016, Universidad del Bosque, Bogotá.

- Desviat, M. (2016). *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- Díaz, A. y Díaz, J. (2012). *¿Qué es lo psicosocial? Ocho pistas para reflexiones e intervenciones psicosociales*. Ponencia en el Primer Encuentro Nacional y Cátedra Internacional sobre Intervenciones Psicosociales, 12-14 de abril de 2012, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín.
- Díaz, A. y Londoño, C. (2017). *Lectura de una experiencia de educación para la paz territorial desde el pensamiento crítico. Formación para la crítica y construcción de territorios de paz*. Bogotá: Editorial Magisterio.
- Fantin, J. y Fridman, P. (2009). *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
- Fernández, A. (2012). Para aprender, poner en juego el saber. En *Poner en juego el saber. Psicopedagogía clínica: propiciando autorías de pensamiento*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Ferreira, Miguel A. V. (2009). *Discapacidad, corporalidad y dominación: la lógica de las imposiciones clínicas*. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), 31 de agosto – 4 de septiembre de 2009, Buenos Aires.
- Freire, P. (2010). *Cartas a quien pretende enseñar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Freire, P. (2012). *Pedagogía de la indignación, cartas pedagógicas en un mundo revuelto*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- García, O. et ál. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 23(72), 171-197. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10546932008>
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós.
- Greco, M., Pérez, V. y Toscano, A. (2008). Crisis, sentido y experiencia: conceptos para pensar las practicas escolares. En: R. Baquero, V. Pérez y A. Toscano. (Eds.), *Construyendo posibilidad. Apropriación y sentido de la experiencia escolar*. Rosario: Homo Sapiens.
- Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L. y Rodríguez V. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud de la República de Colombia.
- González, F. y Ortiz, A. (2012). Habilidades de entrevista en salud mental. En: M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*, (pp. 187-198). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393–395.
- Hilarion, P. y Koatz, D. (2012). *Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental*. Madrid: Fundación la Caixa.

- Instituto Tobías Emanuel. (2014). *Fundamentos de convivencia. Programa de educación para el trabajo y desarrollo humano*. <https://tobiasemanuel.org/wp-content/uploads/2020/04/MANUAL-DE-CONVIVENCIA.pdf>.
- Jordán, F. (2008). Empleo con apoyo para personas con enfermedad mental. *Intervención psicosocial*, 17(3). <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a06.pdf>.
- Larrosa, J. (2009). Experiencia y alteridad en educación. En: C. Skliar. y J. Larrosa (Eds.), *Experiencia y alteridad en la educación* (pp.13- 44). Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- López, M., Laviana, M. y González, S. (2010). Rehabilitación laboral y programas de empleo. En: A. Pastor., A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave* (pp. 511-538). Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Mascayano T., F., Lips C., W. y Moreno A., J. M. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*, 36(2), 159-165. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58226224009>
- Mental Health Europe. (2008). *De la exclusión a la inclusión. Un camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa. Un análisis basado en los informes nacionales de los miembros de MHE en los 27 países de UE, informe abreviado*. Traducido por la Confederación FEAFES. <https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2018). *Resolución 4886 del 7 de noviembre de 2018. “Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Morales, C. (2016). *La olla de Saroma Yobaty*. Colombia: Corporación Sisma Mujer.
- Moreno, M. A. (2013). *Psicoanálisis e intervención social*. Cali: Universidad San Buenaventura.
- Moreno, M. y Díaz, M. (2015). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193-213. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/2172>.
- Ministerio del Trabajo de la República de Colombia. (2016). *Guía para el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad*. Bogotá: Mintrabajo. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59111836/GUIA+PARA+EL+PROCESO+D+E+INCLUSION+LABORAL+DE+PCD.pdf/1d8631c0-58d5-8626-69cb-780b169fcdf7?version=1.0>.
- Ministerio del Trabajo de la República de Colombia. (2022, 28 de marzo). *Con LaboralMente se podrá mejorar la inclusión laboral de las personas con afectaciones en la salud mental:* Ministro Ángel Custodio Cabrera.

<https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/prensa/comunicados/2022/marzo/-con-laboralmente-se-podrá-mejorar-la-inclusión-laboral-de-las-personas-con-afectaciones-en-la-salud-mental-ministro-Ángel-custodio-cabrera>.

- Naranjo-Valentín, R. *et ál.* (2018). Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la comunidad de Madrid. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 65-71.
- Signorelli, A. (2003). El historiador etnógrafo. Ernesto De Martino en la investigación de campo. *Alteridades*, 13(25), 13-24.
- Olivares-Asing, D. y del Valle, M. (2019). Salud mental comunitaria: equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, 18(2), 70-85.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, 28 de noviembre). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001, septiembre 28). *The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people*. <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Washington D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018*. Washington D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020, octubre 8). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.
- Pallisera i D., M., Vila, M. y Fullana, J. (2012). La inclusión laboral de personas con trastorno mental grave mediante empleo con apoyo. Elementos clave a partir de los profesionales. *Trabajo Social y Salud*, (71), 17-30. <https://core.ac.uk/download/pdf/132556336.pdf>.
- Perinat, A. (1999). *Mitos y metáforas como formas de conocimiento y saber*. Conferencia, 17 de mayo de 1999, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España. [https://www.academia.edu/1532843/Mitos\\_y\\_Met%C3%A1foras\\_como\\_formas\\_de\\_Co nocimiento\\_y\\_Saber](https://www.academia.edu/1532843/Mitos_y_Met%C3%A1foras_como_formas_de_Co nocimiento_y_Saber).
- Porrás, N. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis Psicológica*, 8(2), 98-117.
- Quiroz, A. *et ál.* (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. Medellín: Grupo de Investigación Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales – Fundación Universitaria Luis Amigó. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2021/11/33.-Tecnica-interactivas-investigacion-social-cualitativa-1.pdf>. Requejo, S. (Dir.). (2021). *Votemos*. Cortometraje. 2:59 min. <https://www.youtube.com/watch?v=aC0mXkOibFM>.

- Revilla, J. C. (2003). Los anclajes de la identidad personal. *Athenea Digital*, (4), 54-67. <https://atheneadigital.net/article/download/n4-revilla/85-pdf-es/85+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>.
- Riaño, F. (Loc.). (2019). *El vuelo de Ícaro*. Canal: Mira la Historia. Narración en video. 4:15 min. <https://www.youtube.com/watch?v=zWd3b6gB6Yk>.
- Tejada, P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29-40.
- Vargas, L. y Bustillos, G. (1997). *Técnicas participativas para la educación popular*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Lumen-Hvmanitas. <https://evalparticipativa.files.wordpress.com/2019/05/07.-tc3a9cnicas-participativas-de-eduaciac3b3n-popular-tomo-2.pdf>.
- Villalobos, M. (2014). La clínica psicológica: adentrándonos en la comprensión del sujeto. En *Construcción psicológica y desarrollo temprano del sujeto: una perspectiva clínico-psicológica de su ontogénesis*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle. <https://www.bibliotecadigitaldebogota.gov.co/resources/2910007>.
- Zea, L. (2019). La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), pp. 61-66. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n2/0120-386X-rfnsp-37-02-61.pdf>.

#### Páginas web consultadas

- Instituto Tobías Emanuel. Cali, Colombia. <https://tobiasemanuel.org>.
- IPS Oportunidad de Vida. Cali, Colombia. <http://oportunidaddevida.com.co>.
- Fundación Ideal. Cali, Colombia. <https://www.fundacionideal.org.co>.
- IPSOS. Página web informativa. <https://www.ipsos.com/es-cl/monitor-global-de-salud-2020>.