



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“APOYO SOCIAL PARA LA REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE LOS  
USUARIOS CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE LA  
CORPORACIÓN DE REHABILITACIÓN DR. CARLOS BRESKY”**

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

ALUMNA SEMINARISTA  
**PAULINA LOBOS ALBERTI**

PROFESOR GUÍA  
**PATRICIO GARCÍA LETELIER**

INSTITUCIÓN PATROCINANTE  
**CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY**

**2008**

## ÍNDICE DE MATERIAS

	PÁGINA
<b>Presentación General</b>	1
<b>Capítulo I Marco Institucional</b>	3
☐ Presentación de la Institución	3
☐ Estructura Organizacional	5
☐ Objetivos de la Institución	8
☐ Líneas de Acción	10
☐ Beneficiarios	12
☐ Fuentes de Financiamiento	13
<b>Capítulo II Investigación Diagnóstica</b>	16
☐ Identificación del Problema	17
☐ Objetivos de Investigación	20
☐ Fundamentos	21
☐ Marco Teórico Referencial	23
☐ Sistema de Hipótesis	38
☐ Operacionalización de Variables	39
☐ Metodología de Investigación	45
☐ Análisis de Datos	46
☐ Conclusiones	62
☐ Síntesis Diagnóstica	66
☐ Prognosis	68
<b>Capítulo III Propuesta Programática</b>	69
☐ Fundamentación	69
☐ Diseño del Programa	75
☐ Propuesta Económica	77
☐ Criterios de Evaluación	77
☐ Diagrama de Programación Lineal	81
<b>Conclusiones Finales</b>	88
<b>Bibliografía</b>	92
<b>Anexos</b>	93

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

▣	<b>Gráfico 1</b> “Trastornos que presentan los usuarios”	49
▣	<b>Gráfico 2</b> “Distribución por sexo”	52
▣	<b>Gráfico 3</b> “Distribución por Estado Civil”	55
▣	<b>Gráfico 4</b> “Capacitación de los usuarios”	56
▣	<b>Gráfico 5</b> “Desarrollo y fomento de la capacidad de trabajo en equipo”	57
▣	<b>Gráfico 6</b> “Desarrollo y fomento de la capacidad de cumplir un horario establecido”	57
▣	<b>Gráfico 7</b> “Desarrollo y fomento de la capacidad de Liderazgo”	58
▣	<b>Gráfico 8</b> “Entrega de información acerca de la Red Social de Apoyo”	59

## ÍNDICE DE TABLAS

▣	<b>Tabla 1</b> “Distribución por edad”	53
▣	<b>Tabla 2</b> “Distribución según el lugar de residencia”	53
▣	<b>Tabla 3</b> “Distribución por escolaridad”	54
▣	<b>Tabla 4</b> “Relación entre variable Grado de Dependencia y variable Reinserción Socio-laboral”	61
▣	<b>Tabla 5</b> “Relación entre variable Nivel de Conocimiento y variable Reinserción Socio-laboral”	62
▣	<b>Tabla 6</b> “Propuesta Económica”	77
▣	<b>Tabla 7</b> “Medición del indicador de Asistencia”	78
▣	<b>Tabla 8</b> “Medición del indicador de Participación”	79
▣	<b>Tabla 9</b> “Medición del indicador de Interés”	80

## PRESENTACIÓN GENERAL

La investigación que se presenta a continuación se desarrolla en un contexto particular que se inscribe en la ciudad de Valparaíso, en una institución de intervención en salud mental, la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, en donde se realizó un estudio descriptivo-correlacional de corte cualitativo y cuantitativo sobre la *Reinserción Socio-laboral de las personas con diagnóstico psiquiátrico*.

La definición de la profesión como tecnología, implica entender el Trabajo Social bajo la perspectiva de la acción, de la utilización del conocimiento para la generación de cambios a nivel social. Así mismo, como tecnología gran parte del conocimiento que utiliza para contextualizar su actuar proviene de las diversas Ciencias Sociales que actúan como soporte teórico de tal intervención.

Lo anterior toma relevancia en la medida en que se pretende expresar que al momento de optar por un tema o por un aspecto del fenómeno no se deja de considerar aquellos otros factores que lo conforman y que evidencian su mayor complejidad. Por lo tanto, con el fin de lograr una mayor profundidad en el conocimiento, es que se llega a una reducción metodológica del tema para centrarse en uno de los factores que podría afectar los procesos de integración, o no-integración, y que fue uno de los factores visualizado como importantes en esta investigación a partir de la relación con los diversos actores a los que se tuvo acceso. Esto hace referencia a los procesos de vinculación vividos por las mismas personas que componen los espacios de intervención, con la sociedad, por ejemplo las redes sociales de apoyo en salud mental.

Para dar cuenta de la experiencia desarrollada, el Seminario de Título se estructura mediante un diseño metodológico que permite desarrollar un diagnóstico consistente y acabado de la realidad en estudio que se refleja en la elaboración de un completo programa que se sostiene en el tiempo permitiendo la resolución de la problemática detectada de una manera eficaz y eficiente. Ésta metodología consta de tres etapas o capítulos, éstos son:

**Capítulo I, Marco Institucional** que pretende dar cuenta de las características más relevantes de la Corporación Dr. Carlos Bresky, como son

la identificación de la institución, su estructura organizacional, los principales objetivos institucionales y líneas de acción.

**Capítulo II, Investigación Diagnóstica**, este capítulo contempla la identificación del problema objeto de estudio, el cual consiste en el primer paso para comenzar la investigación que permitirá conocer en detalle aspectos relevantes que guiarán el proceso. Estos aspectos serán fundamentados desde una perspectiva Institucional, Profesional y Personal.

Al identificar el problema objeto de estudio, es posible establecer los objetivos que regirán la investigación. De la misma forma se incluye el Marco de Referencia en el cual se exponen los principales referentes teóricos y conceptuales que otorgan el sustrato de reflexión y análisis a la experiencia.

Luego de la contrastación teórica se establecen los factores causales y consecuencias del problema identificado, los cuales permiten establecer el sistema de hipótesis y por consiguiente la determinación de variables que sustentarán la intervención posterior.

**Capítulo III, Propuesta Programática**, en este capítulo se exponen los fundamentos metodológicos que sustentan la intervención desarrollada, el diseño de la programación incluyendo los objetivos, los proyectos que constituyen el programa, los beneficiarios a los cuales está dirigido, la estrategia de intervención, entre otros ítems. Finalmente se presenta la planificación del proceso de intervención reflejada en el diagrama de programación lineal.

Para finalizar este informe de seminario de título se expone la síntesis de la experiencia realizada, a través de la presentación de las conclusiones en torno a los aprendizajes personales, a la temática de la intervención y el desarrollo profesional de Trabajo Social.

# **CAPITULO PRIMERO**

## **MARCO INSTITUCIONAL**

El informe que se presenta a continuación pretende dar cuenta de las características más relevantes de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, institución elegida por la alumna Srta. Paulina Lobos A. para llevar a cabo su Seminario de Título durante el presente año. Dentro de las características de los primeros ítems del documento en cuestión, se establecerán como marco general la identificación de la institución, estructura organizacional y los principales objetivos institucionales. Ya avanzados los temas anteriormente señalados se presentarán las líneas de acción en que se enmarca la Corporación, los beneficiarios y por último las fuentes de financiamiento.

## **1. PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.**

### **1.1 Tipo de Institución.**

La Corporación Dr. Carlos Bresky es una institución de derecho privado, con Personalidad Jurídica N° 1572 del año 1979 y constituye un Centro Diurno de Salud Mental, el cual se entiende como un espacio comunitario, extrahospitalario de atención ambulatoria para personas que sufran trastornos mentales y psicosociales.<sup>1</sup>

### **1.2 Antecedentes Históricos.**

La Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky surge de la iniciativa de un grupo de profesionales del Hospital del Salvador de Valparaíso<sup>2</sup> y de un grupo de familiares de jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia, en tratamiento ambulatorio e inactivos.

En el año 1979 se trazaron las primeras líneas de acción con el objeto de fomentar la participación de los jóvenes en diferentes actividades que fueron organizadas en torno a la idea de un Club. Nace entonces el "Club de Modecate" haciendo referencia al fármaco inyectable más usado en ese momento.

---

<sup>1</sup> Compendio Práctica de Grupo, Cristóbal Dauvin H. y Daniela Morales C. 2006.

<sup>2</sup> Este grupo lo conformaban el médico psiquiatra Iván Nazarala, la asistente social Nelly Günther, la enfermera Graciela Rosati y la auxiliar de enfermería Olga Briones.

Con el apoyo de la dirección del Hospital del Salvador, sin mayores recursos pero con el entusiasmo de familiares y equipo profesional se implementaron actividades deportivas, artísticas (teatro y música) y se realizaron reuniones de psico-educación con los familiares. El entusiasmo siguió creciendo como también el número de participantes lo que motivó a iniciar gestiones para obtención de la personalidad jurídica la que se publica en el Diario Oficial el 20 de marzo de 1979. Parte de la primera directiva la constituyeron la Sra Eliana Cabanilla, como Presidenta, el Señor Belisario Gallardo, Tesorero; el equipo técnico lo conformaban los profesionales mencionados con anterioridad.

El Hospital en sí no parecía ser el lugar más indicado para realizar actividades que tenían por objetivo la reinserción socio-laboral de personas marginadas por motivos psiquiátricos, razón por la cual prontamente se traslada a un local cedido en comodato por el Servicio de Salud en Calle Simón Bolívar, pleno centro de la ciudad de Valparaíso.

A las actividades que ya se estaban realizando se agregó un taller laboral protegido de carpintería en el cual numerosos jóvenes se capacitaron y lograron pequeños ingresos que fueron fuertes incentivos para continuar y buscar una reinserción laboral real.

El año 1985 el terremoto ocurrido en Valparaíso no permite continuar funcionando en la calle Simón Bolívar y se hace necesario volver al interior del Hospital del Salvador; el taller de carpintería deja de funcionar y sólo se realizan algunas actividades que permiten mantener a los jóvenes ocupados en algunos talleres artísticos. Si bien es cierto que la actividad con los jóvenes disminuyó considerablemente, no dejó de ser un período importante en el sentido de que se participó en varios congresos sobre rehabilitación psiquiátrica ( en Viña del Mar , Santiago, y Putaendo), los pacientes participaron en las primeras olimpiadas para discapacitados, se realizaron campamentos y un sin fin de actividades con las familias.

El año 1991 marca una nueva etapa: dos asistentes sociales<sup>3</sup> y algunos familiares<sup>4</sup> se unen para dar nueva vida a esta corporación, obteniendo un

---

<sup>3</sup> Rosa Navarro y Nelly Günther.

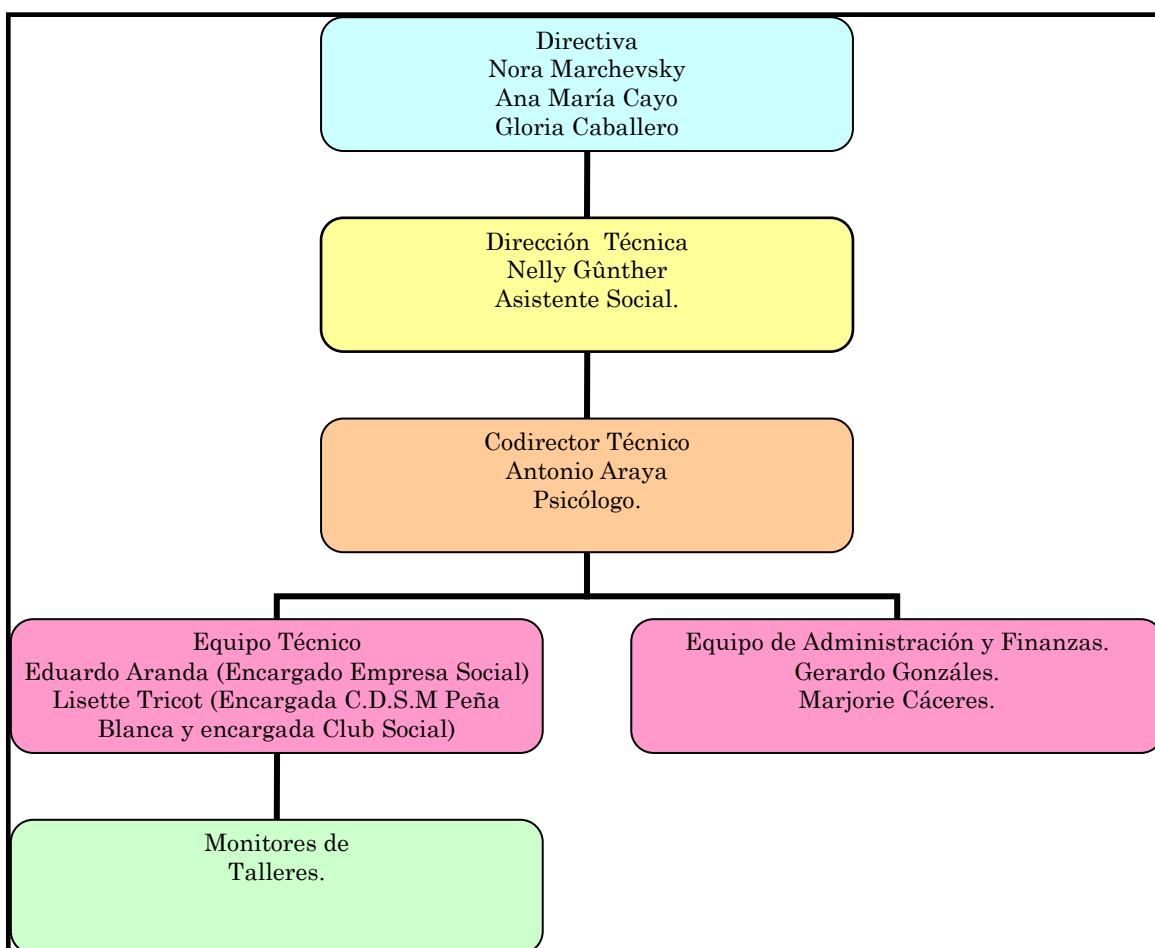
recinto del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio en comodato, esta vez al interior de parque El Litre, en dependencias que pertenecían al ya desaparecido Hospital Jean et Marie Thierry.

Se conforma una nueva directiva, se organizan talleres y se contratan profesionales que no son funcionarios del Hospital del Salvador. Al coincidir con las iniciativas de la reforma psiquiátrica del momento, se obtiene todo el apoyo y ayuda financiera de parte de la Unidad de Salud Mental encabezada por el Dr. Alfredo Pemjean del Ministerio de Salud y luego se firma un convenio entre el Servicio de Salud de Valparaíso- San Antonio con la Corporación Dr. Carlos Bresk .

## 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

En la siguiente estructura organizacional se presentará el organigrama de la institución y los distintos establecimientos con que cuenta la Corporación.

### 2.1 Organigrama.



<sup>4</sup> Gloria Caballero, María Victoria Vargas, Helen MacQueen y otros.

## 2.2 Establecimientos.

La Corporación Bresky cuenta con dos centros diurnos, una empresa social y un club social.

### a) *Centros Diurnos de Salud Mental.*

Un Centro Diurno de salud Mental es un espacio comunitario, extrahospitalario de atención ambulatoria para personas que sufran trastornos mentales y psico-sociales. Su objetivo principal es proporcionar a estas personas y sus familiares, apoyo, poniendo énfasis en las partes sanas.<sup>5</sup> Actualmente, la institución, ha puesto en funcionamiento dos Centros Diurnos, uno en Valparaíso y otro en Peña Blanca.

- Sede Valparaíso<sup>6</sup>:

El Centro Diurno de la Corporación Dr. Bresky de Valparaíso abre sus puertas el año 1991 en un local cedido por el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio al interior del Parque El Litre, actualmente ofrece a los usuarios los sgtes. talleres con sus respectivos monitores:

- Taller de Teatro (María Angélica Arcos, actriz)
- Taller de Actualidad y Habilidades Psicosociales (Karima Abd-el-Kader, estudiante de psicología; Gianni Python, enfermero psiquiatra.)
- Taller de Música (Luís Jiménez, profesor de música)
- Taller de Actividades Físicas y Recreativas (Karima Abd-el-Kader)
- Taller de Autocuidado (Giancarlo Python)
- Taller de Terapia de Superación de la Esquizofrenia (Gianni Python)

Existen dos horarios que se dictan estos talleres. En el primero de éstos, que va desde las 9:00 a las 13:00 hrs., asiste un grupo llamado Tipo 1<sup>7</sup>, donde los usuarios tienen un mejor pronóstico en comparación a sus compañeros de la tarde, los cuales forman el grupo Tipo 2 que presentan una patología anexa debido a efectos secundarios de los medicamentos, abandono familiar, etc., este grupo tiene un horario de 14:00 a 17:00 hrs.

---

<sup>5</sup> [www.Bresky.cl](http://www.Bresky.cl)

<sup>6</sup> Dirección: calle Hontaneda esquina subida El Litre, interior parque. Fono:2120379.

<sup>7</sup> Distinción y definición aplicada por el Ministerio de Salud, área Salud Mental.

- Sede Peña Blanca<sup>8</sup>:

En el año 1996 inicia sus funciones este segundo Centro Diurno de Salud Mental en la ciudad de Peña Blanca y se firma un convenio con el Servicio de Salud Viña-Quillota , actualmente existen, en este Centro, los sgtes talleres, con sus respectivos monitores:

- Taller de Música (Luís Jiménez, profesor de música)
- Taller de Teatro ( María Angélica Arcos, actriz)
- Taller de Proyecto de Vida (Claudia López, psicóloga y Giancarlo Python, enfermero psiquiatra).
- Taller de Actualidad y Narrativa (Claudia López)
- I.P.T., Taller de Terapia Integrada (Claudia López y Giancarlo Python)

b) *Empresa Social.*

Con el objetivo de facilitar la reinserción social de los participantes de la Corporación se puso en marcha, en las dependencias del Centro Diurno de Valparaíso, una Empresa Social, la cual pretende ampliar las posibilidades laborales futuras de las personas que a ella pertenecen. La Empresa Social “FA” (Fusión Arte) es un proyecto que surge el año 2002 como una iniciativa cuyo fin es la capacitación laboral permanente de usuarios de la Corporación en diferentes oficios. Actualmente existen 10 usuarios<sup>9</sup> capacitados en las áreas de:

- Cerámica.
- Vitrofundición.
- Orfebrería.
- Papel Reciclado.

Esta empresa permite, además, que sus participantes se capaciten a la vez que reciben un estímulo por su aporte de aproximadamente \$45.000 mensuales. Dentro de los objetivos de esta iniciativa destacan los sgtes:

- Capacitar a los participantes en un área determinada.
- Generar líderes al interior de los talleres.

---

<sup>8</sup> Dirección: calle Sargento Aldea 660, Villa Alemana. Fono:2118724.

<sup>9</sup> 5 hombres y 5 mujeres.

- Desarrollar hábitos laborales en los participantes.
- Apoyar el egreso de los participantes, cuando éste es posible.

c) *Club Social.*

Durante el año 2007 la Corporación Bresky creó, en las dependencias del Centro Diurno de Peña Blanca, un Club de Integración Social, abierto a la comunidad priorizando, sin embargo, la participación de personas que presenten alguna discapacidad por causa psíquica, pretendiendo, de esta forma, que estas personas “desarrollen mayores niveles de propositividad y autonomía, y al mismo tiempo, una valoración mejorada de sí, desarrollando roles sociales que se alejen del solo rol de paciente o de discapacitado para así, incidir de mayor manera en las decisiones que los afectan en los espacios cotidianos”<sup>10</sup>. En este Club de Integración se desarrollan encuentros participativos, poniendo énfasis en las prácticas democráticas y en la educación continua de sus participantes. Las actuales actividades tienen un carácter recreativo, formativo y propositivo, llevándose a cabo en los sgtes. talleres<sup>11</sup>:

- Taller de Comics (Sergio López, dibujante de comics)
- Taller de Literatura (Marcos Araneda, escritor)
- Taller de Gastronomía (Víctor Maldonado, chef)
- Taller de Agronomía (Romina Love, agrónoma)

### **3. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.**

#### **3.1 Objetivos de Rehabilitación.**

Los principales objetivos de la institución están enmarcados dentro del concepto de rehabilitación psiquiátrica de los individuos, entendida esta como “la recuperación máxima posible del funcionamiento del rol social y operativo a través de mecanismos de aprendizaje y del apoyo de entorno”<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Bases Técnicas- XIII Concurso Nacional de Proyectos 2007, FONADIS, Gobierno de Chile.

<sup>11</sup> Con sus respectivos monitores.

<sup>12</sup> “Temas de Salud Mental en la Comunidad”, Organización Panamericana de la Salud, 1992.

El concepto de rehabilitación psiquiátrica nace luego de la Segunda Guerra Mundial (1945) minuto en que el tema psiquiátrico necesita de una reestructuración a través de la organización de estructuras psiquiátricas alternativas a las clásicas. Comienza el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de dispositivos comunitarios de atención en donde la rehabilitación apunta a restituir al enfermo su capacidad de desenvolverse en la rutina cotidiana y de integrar sus actividades en el flujo normal de la comunidad (es decir, en la utilización del tiempo y del espacio y en la formas de reronamiento interpersonal habituales en sus comunidad)<sup>13</sup>. Es en esta descripción en donde se apoya la Corporación Bresky para delimitar sus objetivos, que son:

- Facilitar la reinserción socio-laboral de personas con discapacidad psíquica.
- Ofrecer un espacio de acompañamiento especializado a personas definidas como discapacitadas mentales por causas psíquicas y a sus familiares directos.
- Favorecer una mejoría en la calidad de vida de los participantes y disminuir desventajas sociales causadas por enfermedades psiquiátricas, los efectos colaterales de los medicamentos y la estigmatización.
- Desarrollar toda clase de iniciativas que apoyan a personas con enfermedades mentales en su rehabilitación.
- Ofrecer a dichas personas y sus familiares alternativas de capacitación, mediante el desarrollo de cursos, prácticas y actividades similares.
- Planificar, organizar y ejecutar actividades que faciliten la resocialización de personas con problemas psiquiátricos.
- Colaborar con los servicios de salud, tanto públicos como privados, en la labor de rehabilitación de personas con problemas psiquiátricos.

### **3.2 Objetivo de Promoción y Prevención.**

- Planificar, ejecutar y difundir toda actividad educativa y sensibilizadora hacia la comunidad en relación con la prevención en salud mental.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Ídem.

<sup>14</sup> Ver Líneas de Acción. Pág.10

## **4. LÍNEAS DE ACCIÓN.**

### **4.1 Marco Político-social.**

La Corporación Bresky se encamina por la consecución de los objetivos generales de los Centros de Salud Mental el cual se enmarca en el conjunto de iniciativas que busca actualizar la defensa de los derechos de todas las personas, a que se promuevan, faciliten e investiguen todas las alternativas factibles para mejorar, sino cambiar sus condiciones actuales de aislamiento social, de marginalidad laboral, de pobreza y deterioro de la salud.

El objetivo principal que persigue la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, coincide con algunas de las líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe sobre la Salud en el Mundo”. Entre esas líneas de acción se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención en salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y también de reinserción social, dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales.

### **4.2 Promoción en Salud Mental.**

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas condiciones de enfermedad. La promoción de salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental. La promoción en salud mental es un término que cubre una diversidad de estrategias:

Una de las estrategias fundamentales para este fin es el desarrollo de habilidades para el fortalecimiento de las personas, familias y grupos, que les permita una comunicación efectiva con los otros y una mayor capacidad de enfrentamiento al estrés. Esta estrategia considera las distintas etapas de la vida, incluyendo acciones desde el embarazo, para enfrentar los cambios físicos, sociales y psicológicos del desarrollo.

Otra estrategia, vinculada más directamente con aspectos sistémicos de la participación y organización es aumentar el grado de cohesión social, creando un tejido social protector y favorecedor del desarrollo humano, disminuyendo la intensidad y complejidad de las demandas y desafíos de la vida. Esto se logra construyendo redes de apoyo social a nivel familiar, social y comunitario, sin exclusiones, aportando así a la superación de las desigualdades que favorecen la marginación de personas y grupos. La mayor cohesión social permite a las personas y grupos ejercer un mayor control, tomar e implementar decisiones de acuerdo a los proyectos de vida, sobre los asuntos de vida personal y comunitaria. La existencia y calidad del tejido social depende y también se expresa en los entornos naturales de interacción entre las personas.

Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

- Nivel individual: motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la autoestima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
- Nivel comunitario: una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario.
- Nivel oficial: el estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

Contribuir a modificar los factores socio-económicos, políticos, culturales, especialmente para los grupos menos favorecidos de la población, es responsabilidad del Estado y de todas las instituciones y organizaciones, públicas y privadas. Valores como la dignidad de las personas, la solidaridad, el respeto, la tolerancia, la sensibilidad cultural y la participación son elementos orientadores de las acciones de promoción de la salud mental. Es por esto que la Corporación Bresky mediante su comunidad de aprendizaje<sup>15</sup> ha

---

<sup>15</sup> Esta comunidad de aprendizaje la conforman alumnos que realizan sus prácticas en la institución, provenientes de diversas universidades, de las carreras de Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Arte, Diseño, Periodismo, etc.

realizado diversas acciones referidas a la promoción en salud mental a nivel comunitario en la comuna de Valparaíso.

## **5. BENEFICIARIOS.**

### **5.1 Características Generales de los Usuarios.**

*Número:* Actualmente la Corporación Bresky cuenta con 80 usuarios.

*Sexo:* 30 mujeres y 50 hombres.

*Edad:* entre 18 y 65 años.

*Nivel Socio-económico:* los usuarios de la institución tienen un nivel socio-económico bajo y medio.

### **5.2 Radio de Acción.**

El radio de acción de esta institución está dirigido a todas aquellas personas que pertenezcan a la comuna de Valparaíso y sus alrededores (Quillota, Quilpue, Limache, etc.).

### **5.3 Requisitos de Ingreso.**

Para poder ingresar a la Corporación las personas deben encontrarse en tratamiento psiquiátrico, deben estar compensados desde el punto de vista médico y finalmente que deseen participar en los talleres y actividades que ofrece la Corporación.

### **5.4 Sistema de Ingreso.**

Las personas que deseen ingresar a la Corporación deberán seguir el presente conducto:

- Derivación de la Unidad Asistencial Hospital El Salvador, Hospital Gustavo Fricke o consulta espontánea.
- Entrevista con algún profesional de la Institución.<sup>16</sup>
- Una semana de marcha blanca, esto significa que el usuario participará por una semana en los diversos talleres de la Corporación y así podrá decidir finalmente su ingreso.

---

<sup>16</sup> Psicólogo o Asistente Social.

## **5.5 Tiempo de Permanencia.**

Como máximo los usuarios pueden pertenecer al centro por dos años consecutivos, esta es una norma impuesta por el Servicio de Salud, sin embargo existe la posibilidad de que las personas puedan reingresar luego de su egreso y continuar el tiempo que sea necesario.

## **6. FUENTES DE FINANCIAMIENTO.**

### **6.1 Provenientes de convenios con organismos del Estado.**

La Corporación Bresky cuenta con diversas fuentes de financiamiento. Las principales las constituyen los convenios con los Servicios de Salud Valparaíso- San Antonio y Viña del Mar-Quillota.

Durante todos estos años el Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS, ha financiado diversos proyectos en Valparaíso y Peña Blanca.<sup>17</sup>

### **6.2 Donaciones y otros.**

En la actualidad la Corporación Bresky cuenta con aproximadamente 35 socios colaboradores, los cuales pagan una cuota mínima mensual de \$ 1000.

Durante los últimos 8 años la Orquesta Juvenil del Conservatorio de la Escuela de Música de la Universidad Católica de Valparaíso, ha realizado conciertos a beneficio de la Corporación Bresky, en el Teatro Municipal de Viña del Mar y Valparaíso.

CORPORA: donación permanente de jugos y café.

COMPAQ: donación de computadores de última generación que hará posible la implementación de un taller que permite a los participantes un acercamiento al mundo de la tecnología actual.

---

<sup>17</sup> Como el Club de Integración Social.

VTR: donación de la conexión a Internet que permite acceder a una visión de mundo mucho más amplia y a través de esta vía tener contacto con agrupaciones similares en lugares apartados.

ROUND ROBIN: se trata de un grupo de apoyo a la Corporación Bresky que se creó hace 18 años por iniciativa del Sr. Federico Horn (Q.E.P.D) y su Sra. Helen MacQueen. El grupo lo conformaron en un comienzo ocho señoras viñamarinas que se reunían a jugar bridge y que en la actualidad asciende a cuarenta y cuyo aporte asciende a interesantes sumas de dinero.

UVB<sup>18</sup>: organización independiente, sin fines de lucro, que integró en el equipo profesional de la Corporación Bresky a la Sra. Mónica Orlandini, periodista y psicóloga, por el período comprendido entre Agosto del 2000 y Mayo del 2003. Además financió un proyecto de realización de postales de Valparaíso llevado a cabo por los participantes del Centro Diurno de Valparaíso; y, también, financió un proyecto de difusión de temas de salud mental.

A.D.A<sup>19</sup>: grupo de señoras ligadas al Colegio Alemán de Valparaíso quienes han hecho una valiosa donación de implementos como piso cerámico, estufas, juego de mesas y sillas, etc., que contribuyen a una más grata estadía al interior de los Centros Diurnos.

DANTE GYMNASIUM: colegio ubicado en München, Alemania, de aproximadamente 900 alumnos, que integra a niños discapacitados físicos y cuyo director, el Sr. Clemens Mayer-Schuchard gestionó la organización de una feria navideña con la participación de toda la comunidad escolar y cuya total recaudación se entregó a la Corporación Bresky para la compra de un moderno horno para el taller de vitrofusión. Esta donación permitió, además, completar la implementación del mencionado taller y la reparación de todo el techo del local.

---

<sup>18</sup> Cooperación Técnica Sueca.

<sup>19</sup> Agrupación de Damas Alemanas.

## 7. CONCLUSIÓN

Para la mayoría de la población la esquizofrenia, bipolaridad, trastornos de la personalidad, etc. son signos de locura, pues los medios de comunicación se han encargado de darle esa imagen a través del cine, y la televisión en general, fomentando una difusión en sentido negativo que nada aporta o se acerca a la realidad. Producto de esa calificación apresurada que la sociedad realiza se desencadenan un sin fin de consecuencias sociales, que se expresan en miedo o temor a las personas que padecen estas enfermedades, recelo a una cercanía, pues se califican de violentas y agresivas sus conductas para con el entorno, produciéndose así los prejuicios negativos, la discriminación y la estigmatización hacia su persona.

En cuanto a la discriminación y la exclusión social ésta se da en los variados ámbitos, desde el relativo a los derechos como ciudadanos, que muchas veces se desconocen, hasta el aspecto laboral, pues las personas diagnosticadas con estas enfermedades se subvaloran, restringiendo de esta forma su desarrollo como personas pertenecientes a una sociedad. Situación que les cierra las puertas de esperar un futuro que los acepte, que los integre y ayude a vincularse con los demás, ya no con la clasificación de paciente sino como persona que tiene capacidades y que las utiliza para su propio bien y el de los demás. Debido a estos requerimientos de rehabilitación psicosocial, a la necesidad de apoyo en salud mental y sensibilización comunitaria, la Corporación Bresky ha implementado instancias abiertamente participativas que apuntan a estrechar las distancias entre las personas con y sin discapacidades y las organizaciones interesadas en mejorar las condiciones de vida en la comunidad.

En el presente marco institucional se establecen las bases fundamentales de la Corporación, las cuales serán el referente para la intervención social que dará cuenta del proceso de Seminario de Título.

## **CAPITULO SEGUNDO**

### **INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA**

## PRESENTACIÓN

La investigación social, entendida como la investigación científica aplicada al conocimiento de la realidad social, es un instrumento de vital importancia para profesionales como el Asistente Social, quien, constantemente, en el ejercicio profesional, debe atender de la manera más eficaz posible a individuos, grupos o comunidades con todas sus problemáticas.

El conocer implica investigar y para ello debe planificar su acción investigativa, lo que obliga a trabajar con esquemas preestablecidos, planes, proyectos y/o diseños.

Por todo lo anterior se presenta a continuación la Investigación Diagnóstica que guiará el Seminario de Título. Este capítulo contempla la identificación del problema objeto de estudio, el cual consiste en el primer paso para comenzar la investigación que permitirá conocer en detalle aspectos relevantes que guiarán el proceso. Estos aspectos serán fundamentados desde una perspectiva Institucional, Profesional y Personal.

Al identificar el problema objeto de estudio, es posible establecer los objetivos que regirán la investigación. De la misma forma se incluye el Marco Teórico que entrega una visión del problema desde la teoría, validando la importancia de llevar a cabo este estudio.

Luego de la contrastación teórica se establecen los factores causales y consecuencias del problema identificado, los cuales permiten establecer el sistema de hipótesis y por consiguiente la determinación de variables que sustentarán la intervención posterior.

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La reinserción laboral constituye una parte fundamental del proceso de reinserción a la sociedad de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

La Legislación Laboral de nuestro país reconoce la “función social de trabajo”, vale decir, el Código del Trabajo parte del supuesto que la relación laboral excede el ámbito privado; una relación subordinada y dependiente interesa a la sociedad en su conjunto, por lo que se entiende que el trabajo dignifica y engrandece a la persona, aumentando la autoestima, favoreciendo la aprehensión de hábitos laborales, como el cumplimiento de un horario, trabajo en equipo, etc.

A nivel personal y familiar la carencia de un trabajo provoca desajustes psicológicos y emocionales de estatus y roles, deterioro de las relaciones familiares, alteración de los niveles de educación y salud, afectando más que en el sistema económico; en lo personal y emocional del individuo y de su entorno más cercano.

Por otra parte, es importante destacar que el trabajo no sólo cumple una función de carácter instrumental, en tanto medio para ganarse la vida, si no que también cumple con otras funciones latentes que posibilitan la adaptación de las personas a su entorno, factor que resulta preponderante en el trabajo con personas con diagnóstico psiquiátrico, ya que para éstas personas, el desarrollo de una labor remunerada significa:

- Instrumento para el logro de la autonomía financiera, social, ideológica y moral.
- Organización del tiempo cotidiano; en función de las jornadas, semanas, años y vidas laborales.
- Eje vertebrador de la actividad personal y familiar, de sus estructuras, ritmos, rutinas, y rupturas.
- Fuente de roles, estatus, poder, prestigio, reconocimiento e identidad sociales.
- Facilitación, ampliación y regulación de experiencias compartidas y de interacciones sociales que trascienden los ámbitos familiar y vecinal.

- Contexto para la socialización secundaria y la consiguiente asunción personal de valores, normas y criterios morales organizacionales.
- Oportunidad para la participación, afiliación e inserción en grupos laborales.
- Ocasión para el desarrollo de aspiraciones, expectativas, actitudes, conductas, proyectos y realizaciones profesionales.
- Marco de experiencias emocionales y de cogniciones autorreferenciales subyacentes a situaciones de logro, control y eficacia.
- Percepción de utilidad social y de cumplimiento de un deber moral.
- Aprendizaje u despliegue de conocimientos, destrezas y habilidades sociales.
- Entorno privilegiado para la expresión personal.
- Motivo de compromiso con metas organizacionales y punto de articulación de proyectos individuales y colectivos.
- Experiencia de sentido de la vida y acontecimientos existenciales positivos.

Una variable significativa en el tema de la reinserción sociolaboral es que no solo basta con entregar herramientas o medios legítimos y valorables a las personas que se han visto impedidas por una discapacidad de orden psíquica a fin de que estas puedan adaptarse e introducirse de manera adecuada a la sociedad, también se debe trabajar con la sociedad, para que ella esté preparada al momento de recibirlos, y que al estar sensibilizada con el tema ella pueda ser accesible a los individuos y evitar la marginación y la exclusión social. Así será la sociedad la encargada de informar y entregar los medios, vías o caminos para que el individuo pueda acceder al sin número de redes sociales de apoyo, contribuyendo a la reinserción social de éstos.

Con respecto a la problemática de insuficiente reinserción socio-laboral que manifiestan las personas con discapacidad psíquica, se consideraron causales, que a juicio de la alumna, estarían provocando dicha problemática, entre las cuales se dedujeron las siguientes:

La insuficiente reinserción socio-laboral de éstas personas es debido, principalmente, al síntoma de retraimiento social que poseen estas personas

propio de su enfermedad, ya sea esquizofrenia, bipolaridad, depresión, etc. Estas personas se alejan de la comunidad o sociedad y de sus manifestaciones (grupos sociales, normas sociales, ciertos constructos conceptuales como “normalidad”, “comportamiento adecuado”, etc.) resultando aún más difícil volver a ser parte de todo este sistema.

Por otro lado, está la sobreprotección que ejercen los padres o cuidadores de éstas personas, que se ven altamente influidos por la estigmatización de las enfermedades de orden psíquico, lo que contribuye a pensar que las personas afectadas por estas enfermedades pierden su capacidad cognitiva y por ende no pueden tomar decisiones y así terminan dependiendo absolutamente de sus cuidadores, que tratan, a su vez de alejarlos de todas las situaciones “estresantes”, como por ejemplo la búsqueda de un empleo.

La Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, por medio de su empresa social “Fusión Arte”, genera espacios de empleabilidad, favoreciendo la reintegración sociolaboral de sus beneficiarios con trastornos psiquiátricos, principal objetivo de la institución, pero a la vez, presenta el problema de insuficiente reinserción socio-laboral, ya que de un 100% de usuarios que egresan solo un 5%<sup>20</sup>, aproximadamente, pueden verdaderamente reinsertarse laboralmente en el sistema social.

Teniendo en cuenta las cifras expuestas anteriormente, el problema social se define como: **“insuficiente reinserción socio-laboral”** que será abordado en la ciudad de Valparaíso, a través de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky y dirigido a hombres y mujeres con diagnóstico psiquiátrico. Con este problema se da inicio a la investigación.

---

<sup>20</sup> Información obtenida de una entrevista realizada a Eduardo Aranda, encargado de la empresa social de la Corporación Bresky.

## **2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **Objetivo General**

Realizar una Investigación Diagnóstica orientada a explicar el problema de la insuficiente reinserción socio-laboral por parte de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky en la comuna de Valparaíso.

### **Objetivos específicos**

#### En relación a los usuarios:

- Realizar una caracterización socio-demográfica en cuanto a sexo, edad, domicilio, escolaridad y estado civil.
- Identificar el nivel de conocimiento acerca de la red social de apoyo que facilite su reinserción socio-laboral.
- Identificar la situación actual con respecto al desempeño de actividad remunerada fuera de la Corporación Bresky.
- Identificar el grado de dependencia que poseen los usuarios para con sus cuidadores, tutores y/o padres.

#### En relación a la Corporación Bresky:

- Identificar las principales acciones empleadas en la reinserción socio-laboral.

### **3. FUNDAMENTOS**

El estudio y diagnóstico acerca del problema identificado precedentemente tiene su justificación en fundamentos de carácter institucional, profesional y personal.

#### **3.1 Fundamentación personal.**

Mi motivación en la actualidad, se relaciona poderosamente con lo profesional. Desde los inicios de la formación académica, aprendí que la creencia en el cambio y las actividades que provocaran la transformación de la realidad y de la sociedad en la cual vivimos, debía ser el pilar fundamental que orientara mi actuar profesional.

Desde ahí nace, no solo la motivación de realizar este estudio sino además de seguir en el camino del Trabajo Social. Jóvenes con motivación y esperanza en el cambio es lo que a juicio personal, debería ser lo que nos caracteriza en nuestra sociedad. Atreverme a nuevos desafíos y lograr crear nuevos conceptos y lineamientos que se amolden a la sociedad en la cual vivimos, construyendo nuevas bases del Trabajo Social, respetando la rigurosidad de lo tradicional que siempre será la base que sostiene la profesión, aplicando ciertos ajustes que se hacen necesarios al momento de intervenir en nuestra realidad. Todo esto hace que considere un desafío personal y profesional el complementarme con este mundo tan particular que será la base en donde construiré paso a paso este trabajo.

#### **3.2 Fundamentación profesional.**

La intervención con minorías en Trabajo Social siempre es enriquecedora. Bajo esta premisa podemos analizar las enfermedades psíquicas, que son un tipo de patologías parcialmente desconocidas, mitificadas y discriminadas por la sociedad. Es por esto que la intervención en esta temática se torna de suma importancia e interés cuando se toma en cuenta que el trabajador social debe

estar al servicio y preparado para trabajar con distinto tipo de personas, bajo las premisas de la diversidad y la legitimación del otro.

En el aspecto social, las personas con enfermedades psiquiátricas se han visto en cierta medida discriminadas, por todas las características descritas anteriormente, sus capacidades y derechos no son explícitamente conocidos ni valorados, lo que dificulta su normal desenvolvimiento en la sociedad. Debido a estas razones, la sociedad debe generar espacios de integración social, con el fin de interactuar en la cotidianeidad con personas con estas características, para así lograr un vínculo más cercano y generar mayor conciencia en el resto de las personas.

Es por estas razones que el desafío profesional se vuelca en disminuir la lejanía entre la sociedad y las personas con trastornos psíquicos, para así evitar la discriminación, promoviendo la integración social y la participación activa de parte de los afectados, lo que puede ser efectivamente desarrollado a través de las competencias profesionales que posee el trabajador social.

### **3.3 Fundamentación institucional.**

El modelo de rehabilitación desarrollado por la corporación resulta innovador por la diversidad de disciplinas y capacidades que concurren a él: salud mental, arte, educación, recreación y participación cívica, “es necesario un cambio de visión sobre las personas con esquizofrenia y lo que significaría padecer una enfermedad mental de causa psíquica, o ser un profesional de la salud mental, de manera de dar la posibilidad a estas personas de desarrollarse en la sociedad y no quedarnos solo en el discurso de la “integración social”, del “ser esquizofrénico adaptado”, lo que implicaría un proceso de dar un paso al comprender y comprenderse como un constante “estar siendo” una persona que ha recibido un diagnóstico de una enfermedad psíquica pero que no por ello deja de ser lo primero, persona.”<sup>21</sup>

También se reconoce la importancia que tiene el manejar la información adecuada por parte de los beneficiarios, para la rehabilitación psicosocial,

---

<sup>21</sup> Entrevista, Lisette Tricot L., Asistente Social Corporación Bresky.

“una de las líneas de acción que falta potenciar en la corporación es la recuperación, frente a sí mismo y a la sociedad, del sujeto de derecho que hay tras de cada persona en tratamiento psicosocial. Lo anterior es sólo posible en la medida que se potencie la articulación entre quienes viven ésta realidad con el entorno social en sus dimensiones individuales y colectivas, transformándolos en sujetos informados, creando una propicia inclusión social”<sup>22</sup>

#### **4. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

La salud es un concepto dinámico que ha sufrido variaciones a lo largo del tiempo, los conceptos han variado desde una mirada biomédica hacia una biopsicosocial, es por esta razón que en el año 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que salud es “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades”.

Es en esta definición en donde el concepto de salud es tomado desde una perspectiva integral, otorgándole a la salud mental un papel trascendental en las vidas de los individuos.

##### **4.1 Salud Mental.**

Salud mental o estado mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice “salud mental” como analogía de lo que se conoce como “salud o estado físico”, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo.<sup>23</sup>

La salud mental es un concepto que abarca no solo el eufemismo utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que,

---

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> “Estructura Social y Salud Mental”, Torregrosa J. y otros. 1992.

aun siendo inestable, porque vivir lo es, no acarree más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a nuevas circunstancias. Este es un concepto multidisciplinario que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, urbano, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas.<sup>24</sup>

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus estados de tensión, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

El tema de salud mental no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los profesionales del área, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

El concepto de salud mental es, entonces, una construcción social y cultural, aunque pueden definirse o determinarse algunos elementos comunes. Por esta razón, diferentes profesionales, comunidades, sociedades y culturas tienen modos diferentes de conceptualizar su naturaleza y sus causas, determinando qué es salud mental y decidiendo cuales son las intervenciones que consideran apropiadas.

---

<sup>24</sup> Idem ref. 1.

## 4.2 Enfermedades en Salud Mental.

El concepto de salud mental es de difícil definición. Varias son las causas. La primera es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.<sup>25</sup>

En segundo lugar, los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos. La aproximación médica dominante en la Antigüedad Clásica daba una explicación de los desordenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales. Este tipo de explicaciones persistirá hasta finales del siglo XVI. Durante el siglo siguiente se desarrollan interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la iatrofísica y la iatroquímica. En los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos los enfermos mentales son encerrados y apartados de la vida comunitaria. La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que

---

<sup>25</sup> Véase González de Pablo y otros, 1993; Rosen, 1974.

infringían las normas sociales, una situación que en algunos casos persistirá hasta bien avanzado nuestro siglo. En el siglo XIX predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental; objeto de estudio médico, los desordenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por el psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826). El siglo XX se caracteriza por la introducción y el desarrollo del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales iniciada por Emil Kraepelin (1856-1926), el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, bases del desarrollo de la psiquiatría organicista, el auge de la psicofarmacología y, finalmente, el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental.

Las enfermedades mentales, afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, que se encuentran opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social. En la actualidad, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

Actualmente es imposible saber con exactitud cuántos individuos padecen trastornos mentales, aunque según un informe de la OMS publicado en 2003, “unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno mental o neurológico. Aunque existen tratamientos eficaces para muchas de estas enfermedades hay un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional”.<sup>26</sup>

En estas últimas décadas la población ha presentado mayores trastornos, pero de menor gravedad, ya que el riesgo de sufrir una esquizofrenia alguna vez en la vida es de un 1%, mientras que el de sufrir una depresión- el trastorno mental más común en la actualidad, e incluso el motivo de consulta médica en atención primaria más frecuente- es de un 10%.

---

<sup>26</sup> “Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos” MINSAL, 2006.

Entre las enfermedades mentales más comunes en la actualidad encontramos<sup>27</sup>:

Depresión: trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. La depresión, es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital, como la adolescencia, la menopausia, y en general los periodos de crisis y cambios importantes, parecen ser las mas afectadas.

Estrés o stress: en medicina, proceso físico, químico y emocional de una tensión que puede llevar a la enfermedad física. Una eminente autoridad en el tema del estrés, el médico canadiense Hans Selye, identificó tres etapas en la respuesta del estrés. En la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión. En la segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Si continúa la resistencia se inicia la tercera etapa, agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar a situaciones muy extremas incluso la muerte.

Trastorno bipolar: el trastorno maníaco-depresivo, conocido en términos médicos como trastorno bipolar, es un trastorno mental crónico serio. Es más

---

<sup>27</sup> Enciclopedia virtual, [www.wikipedia.cl](http://www.wikipedia.cl).

que un simple cambio del estado de ánimo. Los pacientes bipolares experimentan períodos donde su estado de ánimo se altera, pasando por estados de manía (eufórica o irritable) y depresión. También pueden experimentar estados mezclados. Se estima que una de cada cien personas es maníaco-depresiva. La enfermedad se manifiesta generalmente antes de los 35 años de edad. La duración y la frecuencia de los ciclos entre el estado bajo de depresión y la euforia de la manía varían de persona en persona, al igual que los otros síntomas de la maníaco-depresión.

Esquizofrenia: abarca un grupo de trastornos graves, que normalmente de inician en la adolescencia. Los síntomas son las agudas perturbaciones del pensamiento, la percepción y la emoción que afectan a las relaciones con los demás, unido a un sentimiento perturbado sobre uno mismo y a una pérdida del sentido de la realidad que deteriora la adaptación social. El concepto de “mente dividida”, implícito en la palabra esquizofrenia, hace referencia a la disociación entre las emociones y la cognición, y no, como vulgarmente se supone, a una división de la personalidad que, más bien, hace referencia a otro tipo de trastornos como la personalidad múltiple o psicopatía, denominada así por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin.<sup>28</sup>

En la Corporación Bresky actualmente se atiende principalmente a personas con esquizofrenia, también acuden a este centro personas con trastorno bipolar y depresión.

### **4.3 Rehabilitación en Salud Mental.**

El concepto de rehabilitación psiquiátrica nace luego de la Segunda Guerra Mundial (1945) minuto en que el tema psiquiátrico necesita de una reestructuración a través de la organización de estructuras psiquiátricas alternativas a las clásicas. Comienza el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de los dispositivos comunitarios de atención en donde la rehabilitación apunta a restituir al enfermo su capacidad de desenvolverse en la rutina cotidiana y de integrar sus actividades en el flujo normal de la

---

<sup>28</sup> Compendio de práctica de grupo, Cristóbal Dauvin y Daniela Morales, 2006.

comunidad, es decir, en la utilización del tiempo y el espacio y en las formas de relacionamiento interpersonal habituales en su comunidad.

La aceptación social de personas que padecen condiciones de salud mental ha probado ser la mejor ayuda y también la mejor prevención de desórdenes mentales. Desafortunadamente las personas con condiciones de salud mental son en muchos casos víctimas de discriminación incluso por parte de su propio núcleo familiar, no son aceptadas con facilidad en el mundo laboral, en el estudio y en el vecindario.

La recuperación se da ante todo dentro de un ámbito de la aceptación social. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedades mentales en lo que se refiere a conservar su empleo y encontrar un tratamiento. De allí la importancia de que la rehabilitación sea un servicio primordial en el área de la salud mental.

En Chile, actualmente, existen cuatro grandes categorías de servicios de salud mental que incluyen la rehabilitación en sus líneas de acción, éstos son:

Servicios residenciales: son aquellos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los pacientes y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de la enfermedad.

Servicios ambulatorios y comunitarios: reúne a los servicios que establecen un contacto entre el personal de salud mental y los pacientes, con el propósito de controlar la enfermedad mental y sus consecuencias psicosociales y clínicas. No ofrecen un servicio diario.

Servicios de actividades estructuradas y de día: corresponden a aquellos servicios que atienden a varios pacientes al mismo tiempo, proporcionan alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad mental, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo. Se espera que los usuarios utilicen estos servicios más allá del contacto cara a cara con el personal y tienen un horario de apertura establecido.

Servicios de autoayuda y no profesionales: centros dirigidos a adultos con enfermedades mentales, pero no emplean personal especializado en evaluación, apoyo o tratamiento de personas con enfermedad mental.

En el caso de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, se localiza bajo la línea de Servicios de Actividades Estructuradas y de Día. Se trata de servicios No Agudo, con grado de intensidad alto.

Los servicios para agudos son aquellos donde el paciente es admitido debido al deterioro de su estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con el trastorno. Aliviar este deterioro es un objetivo del programa y el ingreso puede realizarse dentro de las 72 horas. La categoría no agudos esta compuesto por aquellos servicios que no cumplen estos criterios.

La categoría Intensidad se divide en alta y baja. La primera corresponde a aquellos dispositivos que están disponibles para atender a los pacientes durante al menos 4 medios días por semana. Aunque no todos los usuarios asistan con esta frecuencia, esta debe ser posible si se requiere. La segunda corresponde a los programas que entregan atención por menos de 4 medios días a la semana.<sup>29</sup>

El tipo de actividad prestada por estos servicios de salud mental se clasifica en:

- *Trabajo*. Se proporciona la oportunidad de trabajar con un salario de al menos el 50% del salario mínimo que se reciba por este tipo de trabajo en la zona. El trabajo no se obtiene a través de una competencia abierta sino que esta reservado a personas con necesidades especiales.

- *Actividad relacionada con el trabajo*. Es una actividad muy parecida al trabajo remunerado normal, pero a los pacientes no se les paga o se les paga menos del 50% del salario local esperado para ese trabajo.

- *Otras actividades estructuradas*. Se proporcionan otras actividades estructuradas independientes del trabajo, como pueden ser entrenamiento en

---

<sup>29</sup> “Evaluación de Programas de Rehabilitación para personas con Esquizofrenia”, Sandra Valdivia y otros, 2004.

habilidades, actividades creativas como arte música y grupos de trabajo. Estas actividades están disponibles al menos el 25% de la jornada.

La Corporación Bresky cumple con estas actividades por medio de su empresa social, centros diurnos y el Club Social.

#### **4.4 Red Social de Apoyo para la Reinserción Social.**

El hombre es un ser social; siempre ha necesitado de otros para construir su propia autoimagen e identidad, ganar seguridad y reducir la angustia; su espíritu gregario le ha inducido a funcionar en grupos lo que ha favorecido el surgimiento de la sociedad, pero como individuos no entramos en contacto directo con la sociedad global sino con una parte de ella. La experiencia que tenemos de lo social está dada por la red a la que pertenecemos, penetramos a la sociedad a través de la red, y a su vez la sociedad nos penetra a través de ésta. Así tomamos contacto con el cuerpo social que denominamos instituciones, clase social, ideología, vida laboral, vida política, vida cultural; enfermedad, marginalidad; barrio, comuna, ciudad, país, etc. La red constituye la plataforma de comunicación, la interfase entre el individuo y el sistema social, construye el horizonte de nuestro mundo, delimita nuestro territorio social, el espacio de nuestro comportamiento. La red estructura nuestra percepción, nuestras conductas sociales, reformula nuestra experiencia social y opera las distinciones básicas que orientan nuestro curso vital. Para cada uno de nosotros, la sociedad es la red social en la que nos desenvolvemos. Es en este microsistema que nos constituimos como entes sociales, como partes de ese suprasistema que es la sociedad global. Y es también a través de este microsistema que participamos en la reproducción y transformación de la misma. “La red es un sistema de vínculos entre nodos, orientados hacia el intercambio de apoyo social”<sup>30</sup>. En esta definición se distinguen cinco componentes básicos, los cuales son:

*Nodos*: componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones sociales.

---

<sup>30</sup> “Redes Sociales hacia un Modelo de Intervención”. Abarca y Martínez. SENAME, 1997.

*Vínculo:* es la relación o comunicación que se establece entre los nodos.

*Sistema de Vínculos:* lo central en la red es el conjunto de vínculos entre los nodos. La red, entonces, no es un conjunto de nodos; sino más bien un sistema de vínculos.

*Intercambio:* en la relación entre los nodos se produce un intercambio entre ellos, este intercambio es recíproco; puede darse en el plano afectivo, emocional, material, financiero, social, etc.

*Apoyo Social:* como resultado de este proceso de intercambio se produce apoyo social para los nodos. La red social proporciona así, el marco indispensable para que el apoyo social sea accesible a los nodos.

La red social tiene gran importancia para el sujeto; ya que ella facilita el intercambio de ayuda económica, apoyo emocional, conocimiento información, beneficios y servicios que pueden ser complementarios con los otorgados por otras instituciones sociales. El funcionamiento efectivo de la red social permite al individuo obtener apoyo real de su entorno, le permite por ejemplo, conseguir trabajo, lograr un ascenso, ubicar una casa para arrendar, usar los servicios profesionales de un miembro de la red, lograr reconocimiento y prestigio social, entre otros. Incide directamente en la calidad de vida de un individuo, siendo un recurso clave para desarrollar y mantener interacciones gratificantes.

### **Aspectos que conforman la Red Social<sup>31</sup>**

Dimensión Estructural: formado por las dimensiones cuantitativas de las relaciones entre las personas, estas son:

- Tamaño: número de personas que conforman la red social.
- Dimensionalidad: tipo de actuar que desarrolla con cada uno de los integrantes de la red (familiar, política, recreación, etc.).

---

<sup>31</sup> “Estudio sobre las Necesidades y Sistemas Sociales de Apoyo del Adulto Mayor”, Atala y Gallegos, 1996.

- Homogeneidad: grado de similaridad o congruencia entre los miembros de la red.
- Intensidad: cercanía percibida de la relación con los distintos miembros que conforman la red social.
- Extensión: referida a la dispersión física de los miembros que forman la red en base a su relación con un sujeto en particular.

Dimensión Funcional: análisis cualitativo, las funciones que cumple la red, estas son:

- Orientación: guiar a los miembros hacia los recursos necesarios para enfrentar una dificultad.
- Entrega directa de servicios: se define como apoyo social, entendiéndose por éste el intercambio que implica reciprocidad; percepción que tiene un sujeto inserto en la red social de que es cuidado, valorado y que pertenece a una red social con derechos y obligaciones.

El apoyo social se define como “intercambio de recursos entre dos individuos, percibidos uno como proveedor y el otro como receptor con el fin de mejorar el bienestar del receptor”.<sup>32</sup>

Entonces, el apoyo social puede ser:

*Apoyo Instrumental*: apoyo material o económico para cubrir con ello una necesidad imperante.

*Apoyo Emocional*: demostraciones de cariño, simpatía y afecto que influyen en la autoestima y sentido de pertenencia grupal.

*Apoyo Informativo*: comunicaciones, opiniones e información que contribuye a que el individuo enfrente de manera adecuada sus circunstancias de vida, mediante el cambio de significado y contenido de las situaciones estresantes, además de la orientación acerca de las alternativas o recursos disponibles para la solución de problemas.

---

<sup>32</sup> Idem. Ref. 11.

El apoyo social que proporciona la red debiera existir en todas las situaciones, tanto en la vida cotidiana como en situaciones de crisis.

Las personas que viven con un diagnóstico psiquiátrico necesitan de manera especial apoyo, para reestablecer el funcionamiento de su sistema personal.

### **Efectos del Apoyo Social**<sup>33</sup>

*Gratificación de las necesidades:* el hombre requiere sentirse parte de un grupo humano, con el objetivo de satisfacer la necesidad de pertenencia.

*Mantenimiento y mejoramiento de la identidad:* la retroalimentación y modelos recibidos influyen en la forma de enfrentar las situaciones de vida.

*Mejoramiento de la autoestima:* el individuo puede a través del apoyo, reafirmar su valor, sentir aprobación, simpatía, respeto, todo lo cual despierta en él la sensación de seguridad, haciéndolo menos vulnerable a situaciones de vida negativa.

Todos los individuos tienen algún tipo de red social, sin embargo, éstas no siempre están activas, lo que dificultaría la posibilidad de cumplir con las funciones de apoyo, entrega de información y apoyo material; las relaciones no tienen lugar en el vacío, sino en un entorno, espacio y contexto, por lo tanto, el ambiente y las condiciones, físicas y mentales, en que una persona se desenvuelve y vive, facilita o inhibe las posibilidades de desarrollo y bienestar.

La red total de apoyo está integrada por todas aquellas organizaciones e instituciones que procuran la satisfacción de las necesidades que la red personal (grupo familiar), no puede cubrir. La red total constituye en la práctica una red funcional para resolver los distintos problemas que se le plantean al individuo en su devenir como sistema social, la red total sirve para proporcionar o para obtener dinero, vivienda, información clave, salud, etc.

---

<sup>33</sup> Idem. Ref. 11.

Como contraparte a la teoría de las Redes Sociales y como una explicación al problema social de que trata el seminario, surge la teoría de la Exclusión Social, el exponente de esta teoría, Xiberras,<sup>34</sup> señala que esta se refiere a un debilitamiento o quiebre de los vínculos que unen al individuo con la sociedad, aquellos que le hacen pertenecer al sistema social y tener identidad en relación a éste; a partir de esta concepción se establece una nueva forma de diferenciación social entre los que están dentro (incluidos) y los que están fuera (excluidos).

Bajo esta perspectiva, la exclusión social, es la separación del individuo de la sociedad, que trae como consecuencia un aislamiento del mismo dentro de ella y una no-participación<sup>35</sup> dentro del entorno social, derivado de la no-pertenencia del sentirse no pertenecer a nada, no ser acogido. Este aislamiento es visto como problemático en la medida que le impide a la persona, desarrollarse normalmente dentro del sistema, es decir, le imposibilita su correcta sobrevivencia material o su adecuado desenvolvimiento social, de acuerdo a los patrones considerados normales dentro de la sociedad.

La exclusión se produce entonces, por el debilitamiento de los vínculos sociales entre los individuos, organizaciones e instituciones sociales, lo que incide en la pérdida de apoyo instrumental, emocional e informativo, es decir, no participan de los bienes de la sociedad, no perciben los recursos y no gozan de los correspondientes beneficios sociales.

Mientras más diversificadas sean las relaciones de un individuo, es decir, mientras mas contextos abarquen, mayores y mas variados serán los recursos psicosociales de su red social y por lo tanto menos vulnerables será este individuo frente a una situación de quiebre o crisis, en síntesis en la medida que el individuo se vincule con las redes sociales, será posible su inclusión social.

---

<sup>34</sup> Lectura sobre la Exclusión Social, Barros, de los Rios y Torche. OIT, 1996.

<sup>35</sup> El concepto de la participación significa que el individuo intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas. Es la potenciación de las personas para que participen del desarrollo y se beneficien de él. El desarrollo del concepto de participación tanto dentro como fuera de la red, implica ampliar opciones y un mayor empoderamiento de las personas para facilitar el acceso a las diferentes oportunidades que se presentan.

#### **4.5 Reinserción Laboral en personas con Diagnóstico Psiquiátrico.**

La rehabilitación psicosocial consiste, esencialmente, en el conjunto de esfuerzos y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo a fin de ayudarlo a superar o disminuir desventajas o discapacidades en los principales aspectos de su vida diaria. El más importante objetivo de la rehabilitación consiste en el reaprendizaje de las actividades de la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, la participación en actividades laborales significativas y en la vida socio-cultural del medio natural.<sup>36</sup>

Los trastornos mentales graves cursan, en general, con deterioros significativos y permanentes en las áreas social y ocupacional. En países desarrollados la tasa de empleo competitivo en enfermos mentales crónicos es del orden del 20% en general y en esquizofrénicos es aun menor.<sup>37</sup>

Las personas que padecen esquizofrenia son la población más desfavorecida, frente a otras personas que padecen otro tipo de trastornos mentales, en cuanto a sus capacidades de mantenerse incorporadas a dispositivos normalizados de la comunidad, ya que necesitan recursos más tuteladores, protectores y de carácter más específico, en el ámbito ocupacional-laboral, residencial, de ocio y tiempo libre, y de mantenimiento en la comunidad.<sup>38</sup>

Las necesidades sociales de estos enfermos se detectan en los primeros años de aparición de la enfermedad, no obstante se da una variación en el tipo de recursos aconsejables a medida que transcurren los años se aprecia un mayor grado de discapacidad y con éste la prescripción de recursos cada vez más específicos, con mayor grado de tutela y más alejados de recursos de mantenimiento en la comunidad. Muchos trabajos apuntan a la conclusión de que los pacientes con esquizofrenia consiguen significativamente menos empleos con relación a los que tienen otros diagnósticos: trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos por abuso de

---

<sup>36</sup> “El desencuentro entre la Salud Mental y la salud de los trabajadores” Revista Cubana de Salud Pública. N° 4, 2006.

<sup>37</sup> “Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psico-educación”, Anderson C. y otros, 1988.

<sup>38</sup> A la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky asisten mayoritariamente personas con diagnóstico de esquizofrenia.

sustancias.<sup>39</sup>Hoy día se puede afirmar que la esquizofrenia admite un amplio rango de evoluciones y pronósticos y que prácticamente la mitad de los pacientes llega a tener una buena evolución social. Pero aún en el caso de las buenas evoluciones, el desempleo sigue persistiendo como una constante difícil de revertir. Las mayores exigencias del mercado laboral, las altas tasas de desempleo para la población en general sumadas a factores dependientes de la enfermedad, tales como la falta de motivación, dificultades en las relaciones interpersonales, tolerancia disminuida ante el estrés y las exigencias, trastornos en el procesamiento de la información, etc., hacen que la posibilidad de que una persona con diagnóstico psiquiátrico severo (esquizofrenia, bipolaridad, depresión severa, etc.) llegue a emplearse sea una eventualidad lamentablemente poco usual. Además, el frecuente comienzo de estas enfermedades en la adolescencia o primera etapa de la juventud condiciona falta de experiencia y ausencia de referencias laborales. A esto debe agregarse los prejuicios contra la enfermedad mental y/o la escasa tolerancia de los posibles empleadores ante personas “diferentes” en sus ritmos de trabajo y modalidades vinculares.

Por otra parte, la falta de ocupación laboral condiciona una baja autoestima y una menor posibilidad de relacionarse con otros, así como también un mecanismo de perpetuación del estigma social. El desempleo es uno de los factores que más afecta la calidad de vida del paciente con enfermedad psíquica. Las personas que trabajan en rehabilitación con este tipo de pacientes saben de su desconsuelo cuando expresan su condición de desocupados a permanencia. Hayes y Halford, estudiando el uso del tiempo en varones esquizofrénicos con y sin empleo, concluyeron que los esquizofrénicos desempleados tienen menores ingresos, menos tiempo estructurado, ausencia de un rol social valorado, reducción de los contactos sociales por fuera del marco familiar y disminución de las oportunidades para utilizar habilidades valoradas socialmente.

No es concebible una rehabilitación psicosocial plena sin la incorporación de las personas portadoras de trastornos psiquiátricos en edad laboral a centros y colectivos de trabajo (como la empresa social de la Corporación Bresky). Ciertamente, es preciso proveer estos ambientes de un adecuado grado de protección física y social, con una sensibilización acorde a estas

---

<sup>39</sup> Idem Ref. 15

necesidades de empleados y empleadores. No ha de tratarse solamente de crear ambientes específicos a manera de espacios ergoterapéuticos especiales, aunque ellos sean un auxilio en determinadas circunstancias para el tratamiento. Ellos no harían sino reproducir el modelo manicomial, excluyente en escenarios laborales. Se precisa de crear condiciones para la integración y la comunicación con sus congéneres, con sus colegas de trabajo. Se comprenderá que la vinculación de las ciencias de la salud mental y de la salud en el trabajo es imprescindible para preservar los derechos de los pacientes y promover su recuperación psicosocial.

## **5. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### *Hipótesis Descriptiva.*

- Las acciones empleadas para la reinserción socio-laboral de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico serían insuficientes para dicho objetivo.

### *Hipótesis Correlacionales:*

- A mayor grado de dependencia de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico menor será su reinserción socio-laboral.
- A menor nivel de conocimiento de la red social de apoyo por parte de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico menor será su reinserción socio-laboral.

## **6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

A continuación se llevará a cabo la operacionalización de las variables extraídas de las hipótesis y objetivos antes descritos, las cuales corresponden a:

- Nivel de conocimiento por parte del usuario.
- Caracterización socio-demográfica.
- Acciones empleadas en la reinserción laboral.
- Grado de dependencia de los usuarios.
- Reinserción socio-laboral.

Variable	Indicadores	Categoría	Valores
<p>“Nivel de conocimiento por parte del usuario”</p> <p>Se refiere al conocimiento que posee el usuario con diagnóstico psiquiátrico acerca de la red social de apoyo que le pueda ayudar en su reinserción sociolaboral.</p> <p>Ponderación:  0 a 4 Bajo  5 a 7 Medio  8 a 10 Alto</p>	Conocimiento de lo que significa la red social de apoyo en general.	Existe	2
		Existe parcialmente	1
		No existe	0
	Conocimiento de la influencia de la red social de apoyo en la reinserción laboral.	Existe	2
		Existe parcialmente	1
		No existe	0
	Conocimiento de lo que significa un beneficio social en general.	Existe	2
		Existe parcialmente	1
		No existe	0
	Conocimiento acerca de los beneficios sociales a los que pueden optar en particular.	Existe	2
		Existe parcialmente	1
		No existe	0
	Conocimiento acerca de las organizaciones sociales e instituciones a las que pueden acudir en caso de necesitar ayuda en diversos casos.	Existe	2
		Existe parcialmente	1
		No existe	0

Variable	Indicadores	Categoría	Número
<p>“Caracterización Sociodemográfica.”</p> <p>Hace referencia a la identificación de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación Bresky en relación a sexo, edad, domicilio (con quien comparte la vivienda), escolaridad, estado civil.</p>	Sexo	Femenino	
		Masculino	
	Tramo de edad.	Menor a 18 años.	
		19 – 29 años.	
		30 – 40 años.	
		41 – 50 años.	
		51 - 60 años.	
		61 y más años	
		Domicilio (con quién comparte la vivienda)	Vive solo(a)
	Vive con familiares.		
	Vive con amigos.		
	Vive en hogares protegidos.		
	Vive en otro tipo de institución.		
	Escolaridad.	Básica incompleta.	
		Básica completa.	
		Media incompleta.	
		Media completa.	

		Técnica profesional incompleta.	
		Técnico profesional completa.	
		Profesional incompleta.	
		Profesional Completa.	
	Estado Civil	Casado(a)	
		Soltero(a)	
		Separado(a)	
		Viudo(a)	

Variable	Indicadores	Categoría	Valores
<p>“Acciones empleadas en la reinserción laboral”</p> <p>Se refiere al aporte, en todo ámbito, que ha realizado la Corporación Bresky en beneficio de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico para que se les facilite la reintegración socio-laboral.</p>	Capacitación de los usuarios en distintos trabajos manuales.	Existe	2
		No existe	0
	Desarrollo y fomento de la capacidad de trabajo en equipo dentro de los beneficiarios.	Existe	2
		No existe	0
	Desarrollo y fomento de la capacidad de cumplir un horario establecido dentro de los beneficiarios.	Existe	2
		No existe	0
	Desarrollo y fomento de la capacidad de liderazgo dentro de grupo de trabajo.	Existe	2
		No existe	0
	Se entrega a los usuarios la información necesaria acerca de la red social de apoyo que facilite su reinserción laboral.	Si	2
		No	0

Ponderación: 0 a 4 Completamente deficiente.  
5 a 8 Insuficiente.  
9 a 10 Suficiente.

Variable	Indicadores	Categoría	Valores
“Grado de dependencia de los usuarios”  Hace referencia a cuánto dependen los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de sus cuidadores, tutores, padres o encargados, para desempeñar las actividades de la vida diaria.	Por la mañana se despierta solo para asistir a las actividades de la Corporación.	Siempre	0
		A veces	1
		Nunca	2
	Realiza su rutina de aseo personal solo.	Siempre	0
		A veces	1
		Nunca	2
	Se alimenta solo.	Siempre	0
		A veces	1
		Nunca	2
Se toma los medicamentos usted solo (a) Y a la hora.	Siempre	0	
	A veces	1	
	Nunca	2	
Es independiente para salir de su casa o residencia, a pasear, a comprar, etc.	Siempre	0	
	A veces	1	
	Nunca	2	
Va solo a sus controles con el médico.	Siempre	0	
	A veces	1	
	Nunca	2	

Ponderación:  
 0 a 4 Baja  
 5 a 8 Media  
 9 a 12 Alta.

Variable	Dimensión	Indicadores	Categoría	Valores
“Reinserción socio-laboral”  Hace referencia al logro, mantención y remuneración de un trabajo que el usuario con diagnóstico psiquiátrico pueda obtener fuera de la Corporación Bresky.	Desempeño de actividad remunerada fuera de la Corporación Bresky.	Anteriormente ha desempeñado alguna actividad remunerada.	Si	2
			No	0
		Actualmente desempeña alguna actividad remunerada.	Si	2
			No	0
		Interés en desempeñar alguna actividad remunerada.	Existe	2
			No existe	0
	Existencia de discriminación en el área laboral con las personas con diagnóstico psiquiátrico	Existe	0	
		No existe	2	
	Remuneración percibida.	La remuneración percibida actualmente alcanza para satisfacer sus necesidades básicas.	Si	2
			Medianamente	1
			No	0

Ponderación: 0 a 3 Bajo  
 4 a 6 Medio  
 7 a 10 Alto

## **7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

### **7.1 Tipo de Investigación.**

La investigación se define como Descriptiva, ya que pretende caracterizar, definir, etc. las variables relacionadas con la problemática, posibilitando antecedentes para el desarrollo de estudios posteriores, lo que proporciona proyección a la temática, “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”<sup>40</sup>.

La investigación mantiene, a su vez, características de un estudio correlacional, ya que se establece una relación entre las variables descritas, “este tipo de estudios (correlacionales) tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables, en un contexto en particular.”<sup>41</sup>

### **7.2 Unidad de Análisis.**

La unidad de análisis del presente diagnóstico, será:

- Los profesionales que conforman el equipo de trabajo de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, específicamente los que se desempeñan en el Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social.
- Los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación Bresky, específicamente los que asisten al Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social.

### **7.3 Delimitación del Universo.**

La población a abordar será:

- 9 profesionales que conforman el equipo de trabajo de la Corporación Bresky, específicamente los que se desempeñan en el Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social.

---

<sup>40</sup> “Metodología de la Investigación”, Sampieri, Roberto y otros. P.117

<sup>41</sup> “Metodología de la Investigación”, Sampieri, Roberto y otros. P. 121.

- 20 usuarios con diagnóstico psiquiátrico que asisten al Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social, de la Corporación Bresky.

#### **7.4 Técnicas de Investigación.**

La principal técnica de investigación utilizada en este proceso es la **encuesta** que corresponde a cuatro cuestionarios de entre 5 y 8 preguntas cada uno aplicados a los usuarios con diagnóstico psiquiátrico y un cuestionario de 5 preguntas para los profesionales correspondientes al universo, todos estos cuestionarios serán aplicados en el mes de julio.

#### **7.5 Plan de Análisis.**

El plan de análisis del presente programa será cuantitativo pues la información se registrará y procesará en una sábana de datos, para luego sistematizarla de acuerdo a las variables involucradas, otorgándoles puntaje para posteriormente efectuar el análisis cualitativo que permita describir la realidad, que se complementará con gráficos de barra y cuadros descriptivos.

### **8. ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS.**

#### **8.1 Presentación.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de Investigación Diagnóstica, comprendido entre los meses de Mayo y Julio del presente año, en la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky.

De esta forma, se incorporan los antecedentes recogidos en la investigación, su análisis y posterior interpretación con respaldo en la teoría, lo que permitirá proyectar la Programación.

La información obtenida en el proceso de investigación, se presenta por cada variable, las cuales se derivan de las hipótesis de investigación, tanto descriptivas, correlativas como explicativas, respondiendo de esta manera a los objetivos planteados.

El análisis como la interpretación de los datos recogidos, es dividida por ítems determinados y a su vez, por estamentos de estudio: profesionales del

equipo de trabajo del Centro Diurno de Valparaíso y Empresa Social, y usuarios con diagnóstico psiquiátrico de los mismos establecimientos.

## **8.2 Consideraciones Previas.**

La situación de las personas con diagnóstico psiquiátrico, en cuanto a personas con discapacidad, se ha convertido en tema de interés para distintos actores sociales, tanto instituciones gubernamentales, organizaciones sociales y educativas, como la comunidad en general, se han involucrado activamente en iniciativas orientadas a favorecer la calidad de vida de estas personas.

En Chile desde el año 1994, en el marco de la Ley n° 19.284, se crea la política Nacional para la Integración Social de las personas con discapacidad, en cuyas bases conceptuales se plantea que “la discapacidad deja de ser abordada sólo desde un punto de vista asistencial y humanitario o como un tema exclusivo del sector salud y educación, para ser considerado como un problema social de carácter global, que puede afectar a todas las personas por igual, sin distinción de sexo, edad o condición socioeconómica”<sup>42</sup>

Según el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (2005), el total de personas con discapacidad en Chile es de 2.068.072, lo que corresponde al 12,9% de la población del país. De este total, el 7,83% presenta discapacidad asociada a deficiencia de tipo psiquiátrica y el 9% discapacidad asociada a deficiencia intelectual.

Con respecto a la situación de ingresos de la población con discapacidad, la encuesta CASEN 2000 indica que “las personas con discapacidad resultan relativamente más pobres que las personas sin discapacidad”<sup>43</sup>. Según esta encuesta, un 22,7% de población con discapacidad psíquica y un 22,5% de la población con discapacidad mental se encuentran bajo la línea de la pobreza. Información complementaria entregada por el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (2005), muestra que el 39,5 de las personas con discapacidad se encuentra en una condición socioeconómica baja. Además se indica que en la población nacional en condiciones socioeconómicas bajas, la discapacidad es el

---

<sup>42</sup> MIDEPLAN, 1999, p.4.

<sup>43</sup> p.2

doble de frecuente que en aquella población en condiciones socioeconómicas media, media-alta y alta.

Considerando que las condiciones de los lugares de trabajo no son siempre adecuadas para recibir a individuos con discapacidad, cobra relevancia la aplicación del “principio de normalización”, establecido en 1983 por la ONU en el marco del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Éste señala que es deber de los países hacer que los servicios existentes, públicos y privados, sean accesibles a las personas con discapacidad, así como su involucramiento activo en la creación de agencias de colocación selectivas tanto en el sector público como en el privado. En esta perspectiva, la inserción laboral en tanto acciones para conseguir y mantener un empleo o como colocación remunerada, se constituye en uno de los aspectos fundamentales de la Política Nacional vigente a favor de las personas con discapacidad, toda vez que “las personas con discapacidad que no realizan trabajo remunerado, alcanzan el 70,8% de la población con discapacidad mayor de 15 años”.<sup>44</sup>

Según FONADIS (2005), cuando se observa el tema de la ocupación en relación al tipo de discapacidad, encontramos que en el caso de las personas con deficiencia de tipo psiquiátrica, el 73% no tiene empleo remunerado, y en el caso de personas con deficiencia de tipo intelectual este porcentaje aumenta al 87%.

A su vez, la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (Mideplan, 1999) indica en sus bases conceptuales que las políticas públicas dirigidas a la población con discapacidad deberán ser planteadas de modo que “promuevan la capacitación individual y la capacidad de emprendimiento para que las personas, sin exclusión, se inserten en el desarrollo nacional”.<sup>45</sup> Existen en Chile diversas instituciones que trabajan en capacitación e inserción laboral de personas con discapacidad, dentro de las instituciones que trabajan con discapacidad psíquica se encuentra la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky ubicada en Valparaíso, es en esta institución en donde se llevará a cabo el presente Seminario de Título y se

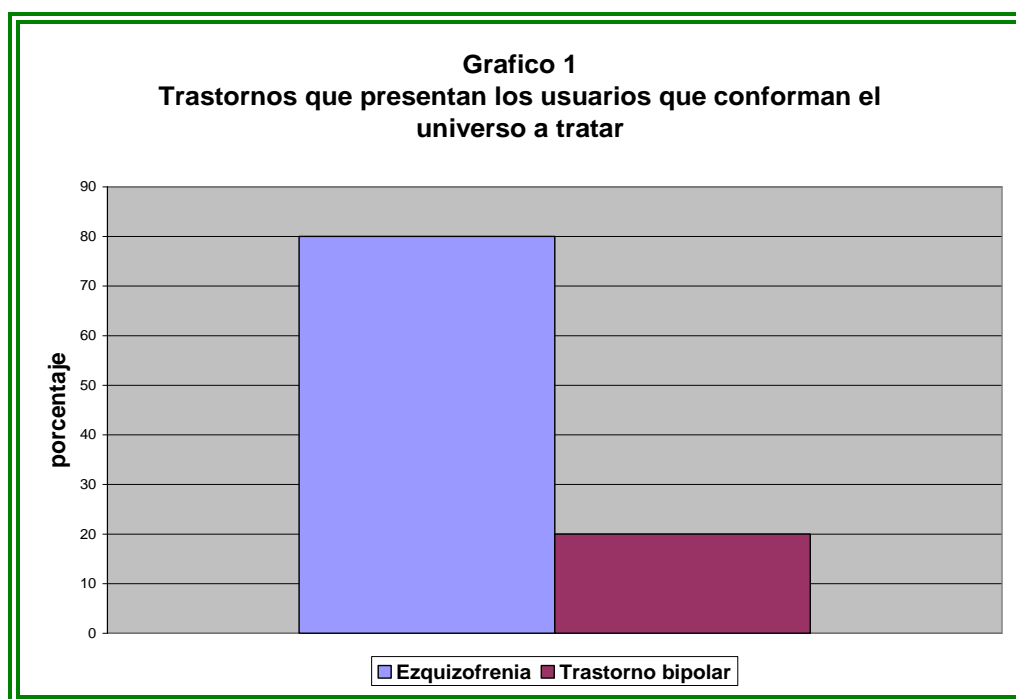
---

<sup>44</sup> Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS, 2005, p.50.

<sup>45</sup> P. 2

considerará la esquizofrenia como ejemplo para este análisis, ya que dentro del universo a tratar<sup>46</sup> es la enfermedad más común.

Según el siguiente gráfico los usuarios encuestados que presentan esquizofrenia son el 80% del universo comparado con los usuarios que presentan trastorno bipolar que son un 20% de la muestra:



Desde un punto de vista clínico, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud – CIE 10 (2006), los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por trastornos del pensamiento, la percepción y los afectos. La claridad de conciencia y la capacidad intelectual usualmente se mantienen, aunque puede desarrollarse cierto deterioro cognitivo con el curso del tiempo. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen: eco del pensamiento, robo e inserción de pensamientos, transmisión del pensamiento, percepción delirante y delirios de control, influencia o pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten sobre el paciente en tercera persona, desorden del pensamiento y síntomas negativos. El curso de estos trastornos puede ser continuo, episódico con déficit estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o parcial.

---

<sup>46</sup> 20 usuarios con diagnóstico psiquiátrico del Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social.

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM – IV (1995), señala que “el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social”.<sup>47</sup> Desde una perspectiva más general, la esquizofrenia constituye, sin lugar a dudas, “una de las enfermedades mentales más impactantes tanto por su costo social, como por el estigma social asociado a ella y el sufrimiento de quienes la padecen y sus familiares”<sup>48</sup>. Esto ha llevado al Ministerio de Salud a incluir a la esquizofrenia como tema prioritario dentro de los programas orientados a la salud mental, representando un desafío importante respecto al desarrollo de abordajes integrales.

Una de las áreas de desarrollo en la integración social de personas con discapacidad se refiere a la relación de este proceso con la realización de tareas productivas en un trabajo determinado. Esta relación ha sido tema de diversos estudios, los que coinciden en la relevancia del trabajo como elemento estructurador de la vida para personas con discapacidad. En la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas. El individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento. Los abordajes que tiendan hacia su normalización deben predominar por sobre los específicos y las intervenciones propiciar una mayor autonomía e independencia.

Se ha mostrado esencial evitar la inactividad, pues el aislamiento familiar o institucional, así como el embotamiento personal, conservan y agravan los síntomas patológicos.

El trabajo también supone un factor de integración y normalización que puede convertir al enfermo en un individuo perteneciente a un grupo, en tanto el desempeño de un trabajo permite que el enfermo mental crónico adquiera un rol normalizado, de trabajador, por sobre el rol de enfermo psiquiátrico.

El trabajo se convierte en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios;

---

<sup>47</sup> P. 280

<sup>48</sup> MINSAL, 2003, p.6

y por otra, el valor de elemento terapéutico, ya que el trabajo va a incidir directamente sobre su estado defectual, mejora su funcionamiento, aumenta la valoración de sí mismo, normaliza sus conductas, lo hace sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas.

Si bien la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia pueden tener logros en el área laboral, los estudios muestran que éstos aumentan cuando el sujeto vive inserto en la comunidad y tiene una historia breve de hospitalizaciones psiquiátricas<sup>49</sup>. Las personas “con un mejor pronóstico de rehabilitación laboral son aquellas para quienes la competencia laboral es percibida como un logro personal, que tienen una historia previa de competencia laboral o que poseen buenos hábitos pre ocupacionales”<sup>50</sup>

A continuación se presentarán los resultados arrojados por la aplicación del instrumento de recolección de datos, los cuales permiten una observación global de la problemática de la insuficiente reinserción socio-laboral en personas con diagnóstico psiquiátrico.

En primer lugar se presenta la descripción de las variables proporcionadas por las hipótesis de investigación, las que grafican el comportamiento del conjunto de indicadores que conforman las variables estudiadas, sin perder de vista las orientaciones generales entregadas por los objetivos que se han planteado anteriormente.

Posteriormente se continúa con la exposición de las correlaciones entre las variables, las cuales son derivadas de las hipótesis correlacional y explicativa que se plantean en el diseño de investigación. El presente análisis concluye con la Síntesis Diagnóstica, la cual deriva de la información recopilada en la investigación, y además se establecen los aportes de la investigación al desarrollo profesional para así terminar con el desarrollo de la prognosis.

### **8.3 Análisis por Variables.**

El presente análisis se llevó a cabo, en primer lugar, a través de una caracterización socio-demográfica y, también, a través de un estudio de opinión realizado a diversos usuarios con diagnóstico psiquiátrico y a los profesionales

---

<sup>49</sup> MINSAL, 2000.

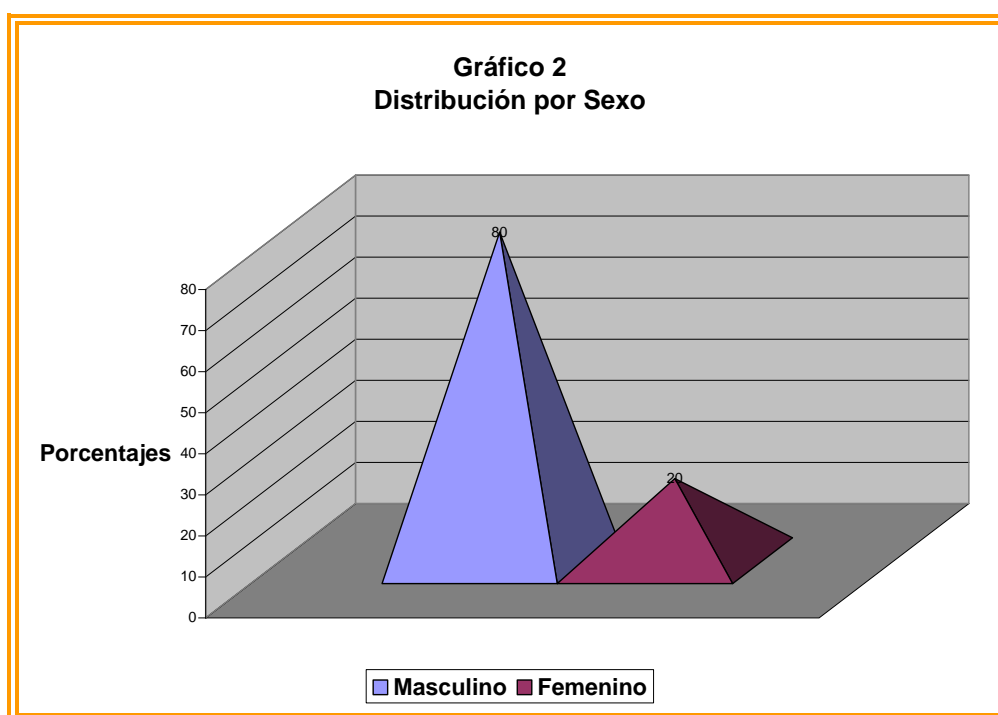
<sup>50</sup> MINSAL, 2000, p.24.

que conforman el equipo de trabajo, ambos grupos pertenecientes a la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky.

a. Variable Socio-demográfica.

En relación a lo anterior se procederá a describir los resultados por indicadores de la primera variable en estudio correspondiente a la “caracterización socio-demográfica” de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico del Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social de la Corporación Bresky.

El **primer indicador** para la variable descrita es “distribución por sexo”, a continuación se presentarán los datos obtenidos:



Los datos arrojados demuestran que la distribución por sexo es altamente desigualitaria, ya que existe mayor presencia masculina en el Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social de la Corporación. A pesar de que las enfermedades psíquicas afectan por igual a hombres y mujeres, es considerablemente menor la cantidad de mujeres que acuden a instituciones de rehabilitación, debido a la menor presión social sobre la mujer en cuanto a insertarse laboralmente; lo más frecuente es que las pacientes que sólo se desempeñan en quehaceres domésticos en su hogar sean aceptadas socialmente en el aspecto laboral.

Respecto al **segundo indicador** de la presente variable, esto es “distribución por tramo de edad”, se obtuvo lo siguiente:

**Tabla N°1**  
**Distribución por Edad**

Menor de 18 años	0%
19 a 29 años	35%
30 a 40 años	25%
41 a 50 años	35%
51 a 60 años	5%
Mayor de 60 años	0%
Total	100%

Si se observan los datos obtenidos se puede concluir que la gran mayoría de los encuestados se encuentra en las edades más productivas del ser humano, es decir, entre los 20 y los 45 años, pero esta realidad se ve opacada al constatar, como se verá mas adelante que la mayoría de estas personas no tienen trabajo estable o actividad remunerada.

Respecto al **tercer indicador**, definido como “distribución relacionada al lugar donde vive”, esto se refiere al lugar donde vive el encuestado(a) y con quien comparte la vivienda, los datos obtenidos son los siguientes:

**Tabla N°2**  
**Distribución relacionada al lugar de Residencia**

Vive Solo(a)	10%
Vive con Amigos	0%
Vive con su Familia	70%
Vive en Hogares Protegidos	20%
Vive en otras Instituciones	0%
Total	100%

Según los datos expuestos anteriormente se puede observar que la gran mayoría de los encuestados viven con la familia (70%), mientras que el 20% vive en hogares protegidos, y el 10% vive solo, estos casos corresponden a dos personas que los propios familiares le facilitan un lugar donde puedan vivir independientemente.

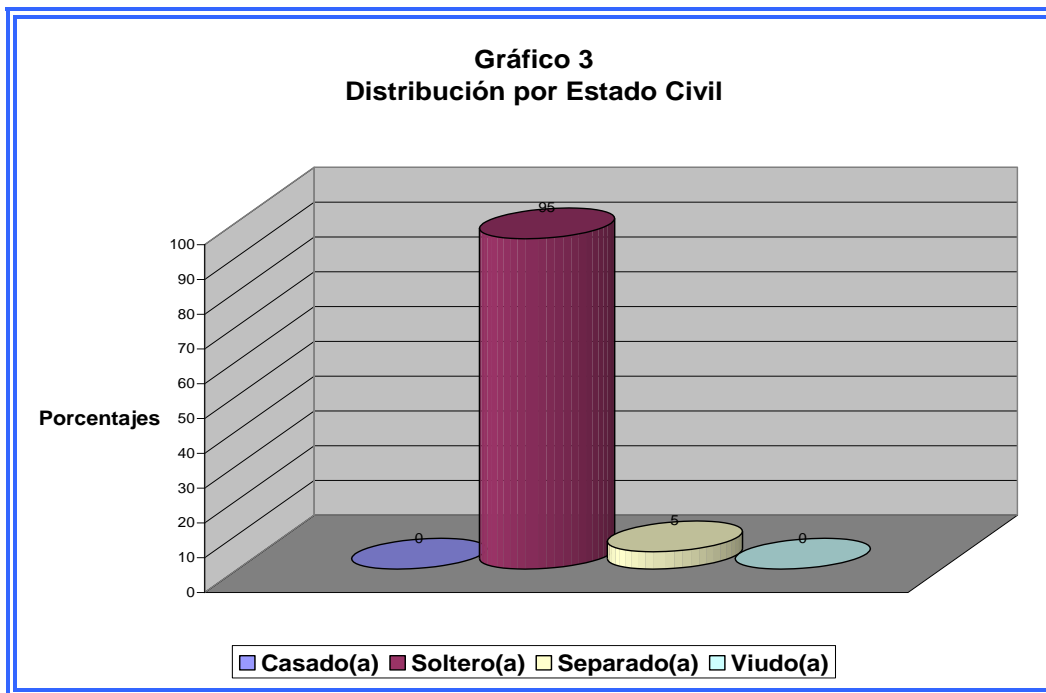
El **cuarto indicador** para la variable descrita es “escolaridad”, a continuación se presentarán los datos obtenidos:

**Tabla N°3**  
**Distribución por Escolaridad**

Básica Incompleta	10%
Básica Completa	5%
Media Incompleta	10%
Media Completa	35%
Técnico Profesional Incompleta	5%
Técnico Profesional Completa	5%
Profesional Incompleta	30%
Profesional Completa	0%
Total	100%

Los datos arrojados dan a conocer que la gran mayoría de los encuestados han terminado la etapa de estudios obligatorios, esto se debe principalmente a que el primer brote de la enfermedad se manifestó entre los 18 y los 24 años, lo que condiciona un buen pronóstico de la enfermedad. También se puede observar que existe un número considerable de personas con estudios superiores incompletos. Con respecto a las personas con estudios básicos o medios incompletos, han manifestado la intención de retomar los estudios, esto demuestra el interés de éstas personas por reinsertarse socio-laboralmente.

Con respecto al **quinto indicador**, que corresponde a “estado civil”, se obtuvieron los siguientes datos:



Según los datos anteriormente expuestos, podemos decir que la mayoría de los encuestados, como es común en las personas con diagnóstico psiquiátrico, es soltero(a) y sólo un 5% es separado; dentro de los solteros(as) sólo un 15% se encuentra con pareja, que también sufre de algún trastorno psíquico, y el resto está solo, pero manifiestan estar tranquilos y consideran que el no tener pareja no es igual a estar solos.

### 8.5 Contratación Hipótesis Descriptiva.

A continuación se describirán los resultados arrojados por el cuestionario aplicado a los profesionales de equipo de trabajo de la Corporación, partiendo con la descripción de la variable utilizada en la hipótesis descriptiva, en relación a sus indicadores.

La Hipótesis descriptiva corresponde a: *“Las acciones empleadas para la reinserción socio-laboral de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico serían insuficientes para dicho objetivo”*.

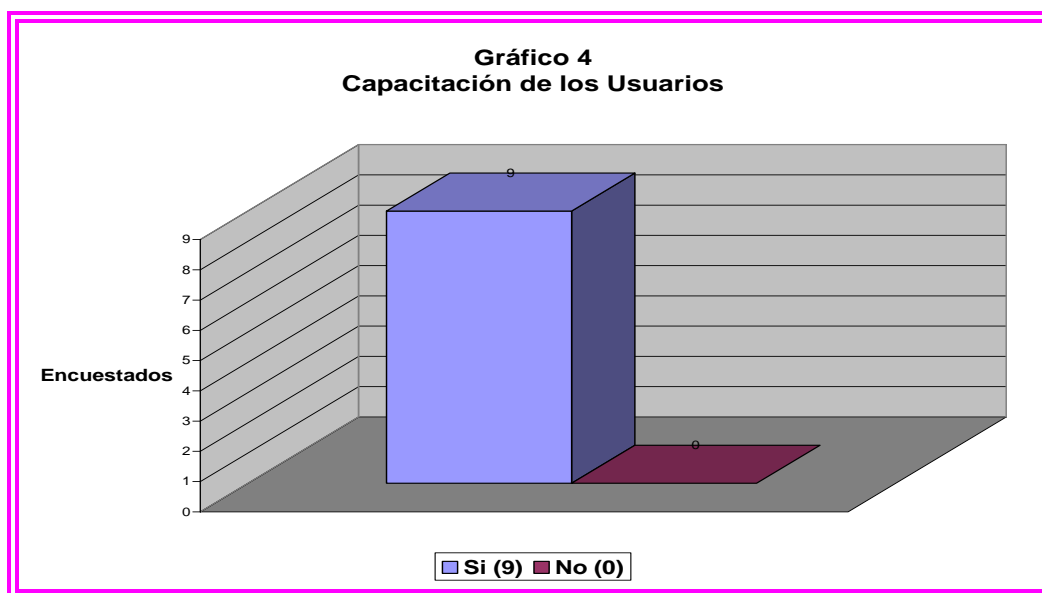
Se entenderá la variable “acciones empleadas para la reinserción socio-laboral” como el aporte, en todo ámbito, que ha realizado la Corporación Bresky en beneficio de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico para que se les facilite la reintegración socio-laboral. Esta variable generó cinco indicadores

que requirieron de la medición en categoría, para lo cual se utilizaron las siguientes:

Si	
No	

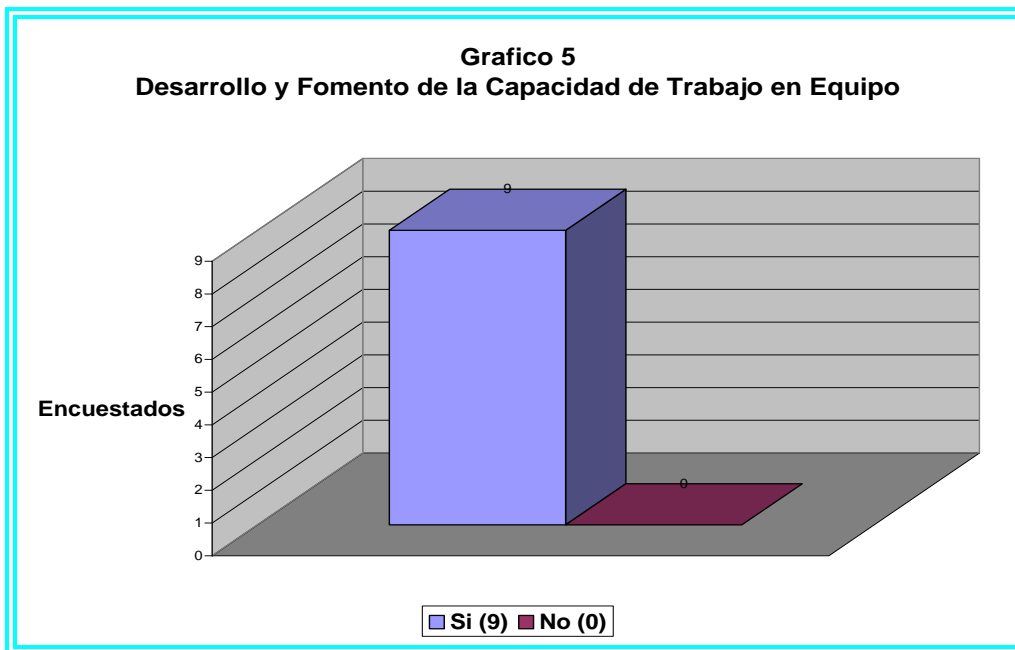
Estas categorías permiten describir la existencia o ausencia de dichas acciones para la reinserción socio-laboral de los usuarios, con respecto a la visión de la unidad de análisis, la que corresponde a los profesionales del equipo de trabajo de la Corporación Bresky.

El **primer indicador** para la variable descrita es “existe capacitación de los usuarios en distintos trabajos manuales”. A continuación se presentarán los datos obtenidos de los profesionales del equipo de trabajo de la Corporación:



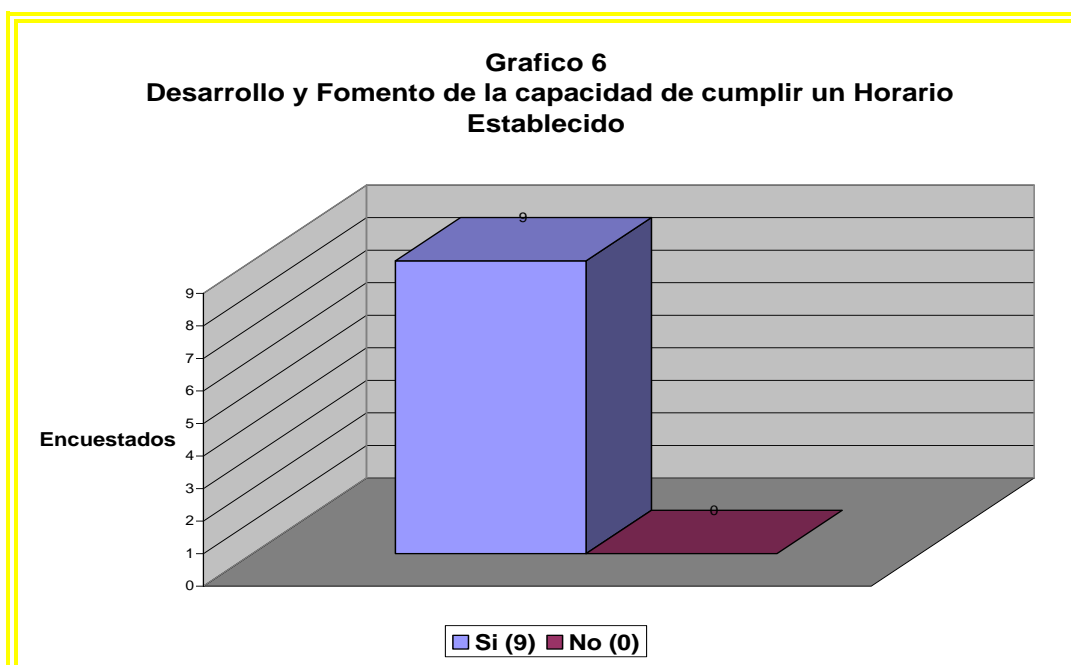
Los datos arrojados demuestran la existencia de capacitación de los usuarios en distintos trabajos manuales. Dentro de la Corporación Bresky se capacita a los usuarios en las áreas de papel reciclado, vitrofusión, orfebrería y cerámica, en donde se les entrega a los usuarios un incentivo monetario. Todos los encuestados reconocen la existencia de este indicador.

El **segundo indicador** es “existe desarrollo y fomento de la capacidad de trabajo en equipo dentro de los usuarios”. A continuación se presentarán los datos obtenidos de los profesionales del equipo de trabajo:



Los profesionales del equipo de trabajo del Centro Diurno de Valparaíso de la Corporación reconocen totalmente la existencia del desarrollo y fomento de la capacidad de trabajo en equipo. Manifiestan que tanto en los talleres del Centro Diurno como en las capacitaciones de la Empresa Social se fomenta la tolerancia, el respeto, la validez del trabajo del otro y la división del trabajo, es decir que cada integrante tenga su determinado aporte para el resultado final, acciones que fomentan el trabajo en equipo.

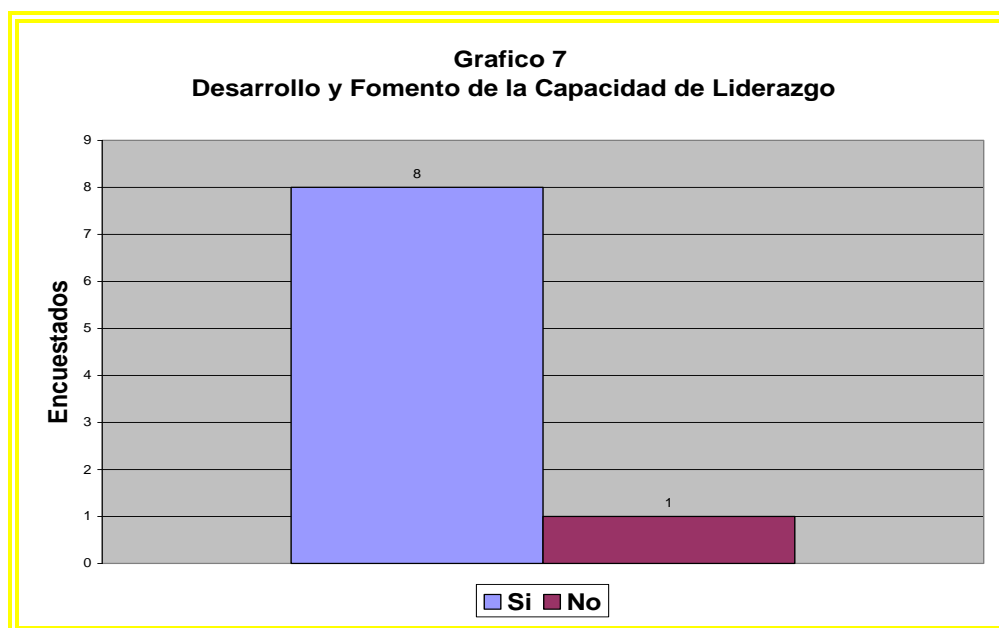
El **tercer indicador** de la variable en estudio es “existe desarrollo y fomento de la capacidad de cumplir un horario establecido dentro de los beneficiarios”. A continuación se presentarán los datos obtenidos de los profesionales de la Corporación:



De acuerdo a lo anterior los resultados arrojados demuestran que se reconoce la existencia de dicho indicador. Los profesionales encuestados argumentan que fomentar el cumplimiento de un horario establecido es muy importante para la rehabilitación de las personas con diagnóstico psiquiátrico ya que supone un ordenamiento y disposición adecuada del tiempo de ocio, lo que les ayuda considerablemente en el hecho de reinsertarse laboralmente, ya que al desempeñar cualquier trabajo en la comunidad, existen exigencias básicas como es el respetar el horario de trabajo, esto es un común denominador en cualquier labor remunerada que quieran desempeñar los usuarios fuera de la Corporación Bresky.

El **cuarto indicador** de la variable en análisis es “existe desarrollo y fomento de la capacidad de liderazgo dentro del grupo de trabajo de los usuarios”, este indicador se refiere específicamente al la intención de los profesionales de sustituir, en la medida de lo posible, a los monitores de talleres y encargados de las capacitaciones, que actualmente son externos, por los propios usuarios con diagnóstico que manifiesten características adecuadas a este fin.

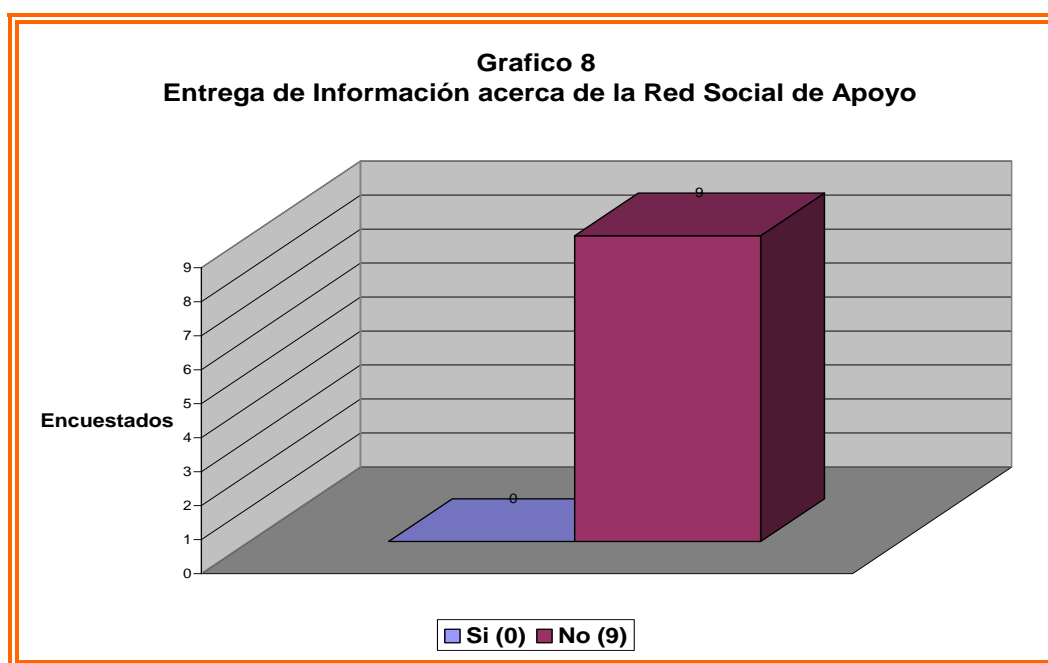
A continuación se presentarán los datos obtenidos de los profesionales del equipo de trabajo:



Los datos arrojados muestran que la mayoría de los profesionales encuestados reconocen la existencia de desarrollo y fomento de la capacidad de

liderazgo por parte de los usuarios dentro de las actividades de la Corporación. Sin embargo uno de los profesionales manifiesta que si bien existe la entrega de herramientas y desarrollo de habilidades sociales que tengan relación con fomentar la capacidad de liderazgo dentro de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico, éste objetivo no se lleva a cabo en su totalidad, debido a que los factores que entran en juego en el surgimiento de un líder dentro del grupo de trabajo, no se han complementado, ya sea por las características propias de la enfermedad que manifiestan los usuarios o porque simplemente no se ha presentado la persona que cumpla con las características adecuadas a este fin.

El **quinto** y último indicador para esta variable es “se entrega a los usuarios la información necesaria acerca de la red social de apoyo que facilite su reinserción laboral”. A continuación se presentan los datos obtenidos del cuestionario aplicado a los profesionales del Centro Diurno de Valparaíso correspondiente a la Corporación:



Los profesionales encuestados confirman que no existe entrega formal de información acerca de la red social de apoyo, si bien se realiza una entrega personalizada de información según los requerimientos del usuario, ésta carece de formalidad al no existir un trabajo informativo intenso, por ejemplo talleres que se desarrollen con el propósito de cubrir esta necesidad.

A modo de conclusión el estudio muestra que las acciones empleadas en la reinserción socio-laboral de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico serían insuficientes debido, principalmente, a la falta de un trabajo informativo

acerca de la red social de apoyo, que en estos casos, resulta de vital importancia, ya que el manejo de conocimiento e información adecuada es el primer y gran paso a la reinserción laboral de estas personas. Sin embargo se reconocen los esfuerzos que realiza la Corporación Bresky en pos de una rehabilitación integral de las personas diagnosticadas con enfermedades psíquicas. Por todo lo anterior se acepta como válida la hipótesis descriptiva planteada en este estudio.

## **8.6 Contrastación Hipótesis Correlacionales.**

A continuación se presenta la aplicación de pruebas estadísticas que permitan medir la existencia o inexistencia de asociaciones entre variables que teóricamente serían interdependientes. Para la realización de las pruebas de hipótesis se realizarán tablas de doble entrada, correlacionando las variables en cuestión para el posterior análisis, las que serán comprobadas mediante la aplicación del cálculo Chi Cuadrado. Para esto, se relacionarán las variables según las respuestas de la unidad de análisis determinada en el diseño de investigación, lo que permitirá darle un orden a las correlaciones establecidas.

### **A. Relación entre variable Grado de Dependencia y variable Reinserción Socio-laboral.**

Con respecto al Grado de Dependencia conviene recordar que hace referencia a cuánto dependen los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de sus cuidadores, tutores, padres o encargados, para desempeñar las actividades de la vida diaria. Por otra parte, la Reinserción Socio-laboral se entiende como el logro, mantención y remuneración de un trabajo que el usuario con diagnóstico psiquiátrico pueda obtener fuera de la Corporación Bresky.

La variable Grado de Dependencia, al igual que la variable Reinserción Socio-laboral, se operacionalizó con tres categorías: Alto, Medio, Bajo; pero se observaron frecuencias sólo en la categoría Bajo, para la primera variable antes mencionada, y, Medio y Bajo para la segunda variable.

La asociación entre ambas variables se representa en la siguiente tabla:

**Tabla N° 4**

**Relación entre variable Grado de Dependencia y variable Reinserción Socio-laboral.**

Reinserción Socio-laboral \ Grado de Dependencia	Medio	Bajo	Total
Bajo	1	19	20
Total	1	19	20

De acuerdo a lo teóricamente planteado, se ha definido que la dependencia de los usuarios dificultaría su reinserción socio-laboral. El cálculo estadístico indica que no existe correlación entre ambas variables, por lo que se acepta la hipótesis nula.

**B. Relación entre la variable Nivel de Conocimiento y la variable Reinserción Socio-laboral.**

Con respecto al Nivel de Conocimiento conviene recordar que se refiere al conocimiento que posee el usuario con diagnóstico psiquiátrico acerca de la red social de apoyo que le pueda ayudar en su reinserción socio-laboral.

Las dos variables aquí mencionada se operacionalizaron con tres categorías: Alto, Medio y Bajo, pero sólo se observaron frecuencias en las categorías Medio y Bajo.

La asociación entre ambas variables se representa en la siguiente tabla:

**Tabla N° 5**

**Relación entre Nivel de Conocimiento y variable reinserción Socio-laboral.**

Reinserción Socio-laboral \ Nivel de Conocimiento	Medio	Bajo	Total
Medio	1	1	2
Bajo	0	18	18
Total	1	19	20

El cálculo estadístico aplicado para esta correlación establece que **si** existe relación entre estas dos variables, es decir, a menor nivel de conocimiento de la red social por parte de los usuarios de la corporación, menor será su reinserción socio-laboral.

## **9. CONCLUSIONES.**

### **9.1 Conclusiones Generales.**

El establecer una conclusión no significa poner término o punto final a un proceso, por el contrario expresa un resumen sintético pero completo de la argumentación y de las pruebas consignadas en los puntos anteriores dentro de la Investigación Diagnóstica. A continuación se presentará una síntesis de cada uno de los aspectos relevantes de la investigación, considerando tanto aspectos metodológicos como operativos.

En cuanto a los aspectos metodológicos de la investigación, estos se llevaron a cabo de acuerdo a lo dispuesto, debido a que la aplicación de los instrumentos dieron respuesta a las necesidades del seminario y a la problemática de estudio planteada, permitiendo al mismo tiempo recoger impresiones sobre las temáticas propuestas, información que favoreció aún más el proceso de investigación, ya que, indudablemente, en un análisis de un tema tan delicado y complejo como es la rehabilitación de personas con diagnóstico psiquiátrico, no se puede solamente apoyarse en las datos, considerados éstos como las cifras, recogidos durante este tiempo, si no también considerar el análisis de las opiniones y discusiones constructivas que se produjeron en torno a esta problemática durante la aplicación de los cuestionarios.

En los aspectos operativos se contó con la ayuda de la Corporación Bresky, facilitando el espacio físico para la aplicación de instrumentos, siendo de gran ayuda para la investigación debido a que permitió aplicarlos en el tiempo estimado.

A continuación se hace referencia a las conclusiones respecto de los objetivos de investigación, los cuales dieron origen al proceso de investigación, permitiendo explicar y caracterizar la problemática estudiada.

## **9.2 Conclusiones en relación a los Objetivos de Investigación.**

En cuanto al objetivo general propuesto: “Realizar una Investigación Diagnóstica orientada a explicar el problema de la insuficiente reinserción socio-laboral por parte de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky en la comuna de Valparaíso” se puede señalar que se dio cumplimiento a éste, ya que la investigación en efecto ha permitido identificar los principales factores que determinan la insuficiente reinserción socio-laboral.

Si se observan los objetivos específicos en relación a los usuarios es posible establecer que:

I. Según el objetivo: “Realizar una caracterización socio-demográfica en cuanto a sexo, edad, domicilio (con quien vive), escolaridad y estado civil”, se puede determinar los siguientes datos:

- En relación al sexo: el 85% de los usuarios son hombres y el 15% corresponde a mujeres.
- En cuanto a la edad: el 35% de los usuarios se encuentra dentro del tramo de edad de 19 a 29 años, el 25% se encuentra entre los 30 y 40 años, el 35% se encuentra entre los 41 y 50 años y el 5% restante se encuentra entre los 51 y 60 años.
- En relación a la distribución según el lugar de residencia: el 70% de los usuarios vive con la familia (padre y/o madre, hermanos, etc.), el 20% vive en hogares protegidos y un 10% vive solo(a).
- En relación a la escolaridad: un 10% de los usuarios posee básica incompleta, un 5% básica completa, el 10% posee media incompleta, el 35% posee media completa, el 5% tiene estudios técnico profesional incompleto, igualmente el 5% posee estudios técnico profesional completo y el 30% restante posee estudios profesionales incompletos.

- En cuanto al estado civil: la mayoría de los usuarios, el 95% es soltero(a) y el 5% restante es separado(a).

**II.** Según el objetivo: “Identificar el nivel de conocimiento acerca de la red social de apoyo que facilite su reinserción social”, se puede determinar que el nivel de conocimiento de la red de apoyo es bajo, si bien la mayoría de los usuarios tienen una idea general de lo que significa un beneficio social o saben de la existencia de alguna institución de apoyo, no poseen el conocimiento específico para que, tomando en cuenta su condición, puedan acceder fácilmente a las oportunidades de desarrollo dentro de la sociedad y sobre todo en el campo laboral.

**III.** Según el objetivo: “Identificar la situación actual con respecto al desempeño de actividad remunerada fuera de la Corporación Bresky.”, podemos determinar que la gran mayoría, excepto un participante que realiza trabajos esporádicos de comerciante ambulante, no poseen trabajos fuera de la Bresky. Cabe destacar que los participantes de la Empresa Social reciben un incentivo, que de ninguna forma se puede considerar como remuneración, ya que no supera los \$ 40.000. La mayoría de los participantes nunca han trabajado, pero manifiestan interés por obtener un trabajo estable. Igualmente consideran que existe discriminación en el área laboral para con las personas con su condición psíquica.

**IV.** Según el objetivo: “Identificar el grado de dependencia que poseen los usuarios para con sus cuidadores, tutores y/o padres”, podemos determinar que el grado de dependencia en la totalidad de los encuestados es bajo, es decir, no necesitan de sus cuidadores o padres para realizar las tareas de la vida diaria, en ciertos casos y labores existe dependencia media, por ejemplo el hecho de que sean acompañados para ir a sus controles con el médico, generalmente son acciones que tienen que ver con sus medicamentos y la forma de administrarlos.

Por otro lado, si se observa el objetivo específico en relación a la Corporación Bresky, es posible establecer que:

V. Según el objetivo: “Identificar las principales acciones empleadas en la reinserción socio-laboral”, podemos determinar que existen iniciativas para apoyar la reinserción laboral de los usuarios referidas a: capacitación, fomento del trabajo en equipo, adquirir ciertas normas laborales, que en cualquier lugar de trabajo se exigen, como respetar horarios, presencia personal adecuada, etc., pero existe un vacío en la tarea de informar a los usuarios acerca de la red social de apoyo que facilitaría su reinserción, ya que, como lo demuestra el objetivo II, el nivel de dicho conocimiento es bajo.

### **9.3 Conclusiones referentes a las Hipótesis.**

Continuando con el orden para la comprensión de este estudio se expondrá a continuación la contrastación de las hipótesis que han guiado esta investigación.

#### **a. Hipótesis Descriptiva.**

La hipótesis descriptiva corresponde a: “Las acciones empleadas en la reinserción socio-laboral de los usuarios serían insuficientes para dicho objetivo”.

De acuerdo al proceso de investigación diagnóstica, y a los datos arrojados por el instrumento aplicado a la unidad de análisis, se valida la hipótesis expuesta anteriormente, debido a que cada indicador fue comprobado empíricamente.

#### **b. Hipótesis Correlacionales.**

Las hipótesis correlacionales corresponden a:

- A mayor dependencia de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico menor será su reinserción socio-laboral.
- A menor nivel de conocimiento de la red social de apoyo por parte de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico menor será su reinserción socio-laboral.

De acuerdo al proceso de investigación diagnóstica, y a la aplicación de determinada prueba estadística, se comprobó, en la primera hipótesis

planteada, la inexistencia de asociaciones entre variables que teóricamente serían interdependientes; mientras que en la segunda hipótesis planteada se comprobó que existe relación entre las variables. Por lo tanto se refuta la primera hipótesis antes mencionada, y se acepta la segunda hipótesis.

## **9. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.**

La investigación descriptiva realizada entre los meses de Mayo y Agosto del presente año, tuvo como objetivo general “Realizar una Investigación Diagnóstica orientada a explicar el problema de la insuficiente reinserción socio-laboral por parte de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky en la comuna de Valparaíso”.

Con respecto a la información obtenida en el proceso de recolección e datos y posteriormente analizada e interpretada se presenta lo siguiente:

Una de las áreas de desarrollo en la integración social de personas con discapacidad psíquica se refiere a la relación de este proceso con la realización de tareas productivas en un trabajo determinado. Esta relación es tema de suma importancia en la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, en donde coinciden en la relevancia del trabajo como elemento estructurador de la vida para personas con discapacidad psíquica. En la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, etc.

Pero, a la luz de esta investigación diagnóstica, se confirma la existencia, dentro del sistema social en general, de un problema de insuficiente reinserción socio-laboral de las personas con diagnóstico psiquiátrico, problema que, por supuesto, afecta a la institución en estudio.

Las situaciones detectadas por la alumna que favorecen la continuidad de este problema, son diversas, entre ellas está la falta de información o impresiones respecto a las enfermedades psíquicas que se presenta en los contextos sociales que contribuye al surgimiento de prejuicios que se hacen presentes en tres contextos. Primero, en la visión asistencialista de las

instituciones que los acoge y en la inexistencia de procesos adaptados al curso de la enfermedad. Segundo, en el temor, el rechazo y la discriminación que se da en el contexto social, cuyos protagonistas son las personas que podrían darles trabajo o compartir un trabajo con estas personas. Por último, en las mismas personas con diagnóstico psiquiátrico, quienes sienten temor al rechazo dada su condición. La dinámica de los prejuicios que involucra al contexto social, institucional e individual, repercute negativamente en el proceso de intervención de los programas o iniciativas de inserción laboral para estas personas.

Además del problema antes mencionado, se debe sumar el desconocimiento por parte de las personas con diagnóstico psiquiátrico en relación a la red social de apoyo, esto entorpece aún más las posibilidades de que estas personas encuentren un trabajo adecuado, ya que la información precisa se convierte, en este caso, en una herramienta vital para poder surgir dentro de un medio adverso, ya que no sólo se trata de luchar contra los prejuicios de la sociedad si no que también luchar para vencer los elementos obstaculizadores que la propia enfermedad genera dentro del organismo físico y mental de estas personas.

## **11. PROGNOSIS.**

Considerando los elementos diagnósticos expuestos en relación a la situación de insuficiente reinserción socio-laboral de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación Bresky, se puede decir que, de no mediar una intervención profesional, el problema seguirá manifestándose, manteniéndose en el tiempo los diversos factores que determinan la existencia de dicha problemática

# **CAPITULO TERCERO**

## **PROPUESTA PROGRAMÁTICA**

## **PRESENTACIÓN.**

La planificación se presenta como una herramienta que orienta el camino a seguir, ya que planificar según Ezequiel Ander-Egg es: “prever racionalmente las acciones a realizar en función de los recursos y los objetivos que se quieren lograr para generar transformaciones”, planificar supone entonces conocer la realidad y luego tomar decisiones sobre la misma.

Para una mayor comprensión de la presente Fundamentación es que se basa en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que sustenta las bases político-sociales e institucionales del presente estudio, en sus distintas etapas, y que coincide, a su vez, con los fundamentos diagnósticos desglosados del capítulo anterior.

### **1. FUNDAMENTACIÓN.**

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene como, un aporte al desarrollo humano del país, el propósito de “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan a la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”<sup>51</sup>

El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo, es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita y minimizan la discapacidad

---

<sup>51</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, MINSAL, 2004.

y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

Los avances científico-tecnológicos en el campo de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales en general, permiten hoy formular políticas de salud mental más ambiciosas y disponer de intervenciones efectivas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Utilizar los avances científicos y la evidencia para la orientación técnica y evaluación sistemáticas de las acciones permiten la más adecuada utilización de los recursos en beneficio de las personas que los necesitan.

Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. La prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores. Dado que la identidad y sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y en el caso de necesitar atención cerrada esta deberá ser en instancias lo más parecidas posible a un ambiente familiar.

Se ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren de forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes, las organizaciones sociales y la comunidad entera, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

El desempleo y la marginación del mundo laboral constituyen una de las más importantes desventajas sociales que suelen sufrir gran parte de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Aunque algunas personas con enfermedad mental pueden abordar su inserción laboral utilizando los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos otros casos la inserción y mantenimiento del trabajo va a requerir procesos estructurados de rehabilitación laboral, los que son puestos en marcha en la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, institución en donde se realiza este estudio.

Como se planteó en el capítulo anterior, en la situación de desempleo de estas personas con diagnóstico psiquiátrico influyen muchos factores que podríamos dividir en tres grupos:

- Las dificultades derivadas de la situación del mercado de trabajo.
- Las derivadas del prejuicio social.
- Las derivadas de la propia enfermedad.

*Dificultades derivadas de la situación del mercado laboral:* la lógica del mercado laboral conforma una barrera a veces infranqueable para la inserción laboral del enfermo mental crónico, a pesar de los cambios recientes que pueden facilitar el proceso.

Si bien es cierto que en países como el nuestro los indicadores reflejan un aumento de empleo, en muchos casos en realidad lo que ha aumentado es el subempleo y la precarización laboral.

En un contexto de incertidumbre sobre la realidad laboral, sí se dispone ya de algunas evidencias, por ejemplo, el hecho de que se han producido cambios en la economía, el más importante relacionado con la tendencia hacia la internacionalización y la globalización de los procesos económicos. Una consecuencia es el incremento de la competitividad y la variabilidad de la demanda y un cambio en la estructura de los sectores económicos.

La innovación tecnológica ha supuesto una sustitución de la actividad laboral humana y una disminución del trabajo físico. También se ha producido un cambio en el perfil de la población activa, con un aumento de la edad media

de los trabajadores y un aumento de la tasa de incorporación de la mujer. Surgen nuevos fenómenos estructurales que afectan a colectivos excluidos o en riesgo de exclusión, como mujeres solas, trabajadores de mayor edad, jóvenes con fracaso escolar, y esta situación se agrava en el caso de personas con discapacidad psíquica. En general, el empresario manifiesta un concepto estereotipado del minusválido al que considera poco rentable; si ha este estereotipo se suma una disminución de su capacidad por esquizofrenia, por ejemplo, la respuesta es, en muchos casos, de rechazo absoluto, es por esta razón que parte de esta propuesta programática está focalizada en sensibilizar al sector empresarial, en general, en cuanto al tema de la salud mental, específicamente la inserción y/o reinserción laboral de personas con diagnóstico psiquiátrico.

*El prejuicio social ante el enfermo mental:* la sociedad mantiene en la actualidad una visión medieval del loco o enajenado de la que se han hecho eco los principales medios de comunicación. La relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es exagerada por los medios de comunicación, a pesar de que no se ha conseguido demostrar una relación causal entre enfermedad mental y violencia. En muy pocas oportunidades se ha presentado en televisión a un enfermo mental trabajando con otras personas con un comportamiento normal.

Los empresarios, como parte de esta sociedad, también tienen una imagen negativa de este colectivo, y sus miembros son considerados incapaces o demasiado problemáticos para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario, “hemos visto el enorme grado de desconocimiento que existe entre los empresarios respecto a la enfermedad (esquizofrenia), es conveniente graficar cómo ven los empresarios a los esquizofrénicos, para orientar los esfuerzos en las terapias de rehabilitación y en los dirigidos a empresarios para que contraten a estas personas. Los ven como: (1) peligrosos, agresivos o violentos, (2) tienen problemas en las relaciones interpersonales y en la comunicación y dificultades para cumplir las tareas, (3) tienen crisis, pueden descompensarse de repente, (4) no dan confianza, no hay credibilidad, (5) son inestables, muestran cambios de ánimo o ritmo de trabajo, muestran

expresión emocional superficial y cambiante, (6) muestran rigidez y obstinación, y (7) son conflictivos.”<sup>52</sup>

*Dificultades derivadas de la propia enfermedad:*

- Sintomatología positiva persistente así como sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.
- Formación académica y profesional incompleta, debido a que la enfermedad surge en la adolescencia o inicio de la edad adulta que es cuando la persona se está formando. También se da el caso de personas con formación que no les sirve para afrontar un empleo propio de la profesión. Ejemplo de esto último se da con usuarios con estudios superiores que tienen que bajar las expectativas por no ser capaces de afrontar la responsabilidad y el estrés de empleos altamente cualificados.
- Escasa motivación para realizar distintos tipos de labores.
- Ausencia de experiencia laboral previa. Muchos jóvenes crónicos no han conseguido llegar a trabajar, esto provoca un sentimiento de ineficacia, miedo y una carencia de habilidades para afrontar un mundo tan complicado.
- Experiencia laboral previa vivida como frustrante. Entre los que han trabajado son muchos los que han fracasado por no saber adaptarse a las exigencias del puesto o por problemas de relación con los compañeros o jefes, ambas cosas generan miedo a un nuevo fracaso, baja autoestima y actitudes negativas frente al trabajo.
- Déficit de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
- Desconocimiento de la red social de apoyo, lo que abarca también el desconocimiento de habilidades de búsqueda de empleo y habilidades de ajuste laboral. Esto condiciona negativamente la inserción laboral de los usuarios con

---

<sup>52</sup> “Sociedad, Psiquiatría y Esquizofrenia”, Jorge Chuaqui, 2002, pág.127.

diagnóstico psiquiátrico, ya que éstos no conocen los beneficios sociales a los cuales pueden postular dada su condición, o las instituciones de ayuda, también desconocen los conductos regulares por los cuales pueden obtener alguna ayuda. Tienen déficit importantísimos en las áreas de habilidades de búsqueda de empleo, como por ejemplo:

⇒ Desconoce las fuentes de información sobre empleo. No sabe a dónde dirigirse para buscar empleo. No sabe manejar prensa laboral, no identifica ofertas, no se dirige a organismos ni instituciones.

⇒ Mantiene poca constancia en la búsqueda de trabajo. Busca empleo a impulsos, sin organización y de forma irregular aunque manifieste lo contrario. Se desanima pronto si no tiene éxito inmediato.

⇒ No sabe elaborar un currículum vitae, no discrimina lo importante de lo accesorio, no documenta su formación ni su experiencia, no ordena los datos de forma relevante, no sabe ocultar lagunas laborales.

⇒ Tiene dificultades para rellenar solicitudes o formularios, salta casillas, a veces no comprende términos específicos, olvida datos, fechas, etc.

⇒ No sabe manejarse en una entrevista laboral. Tiene dificultades en aspectos no verbales y paraverbales (contacto visual, postura, volumen y claridad de la voz), en la imagen y la higiene personal; en algunos casos se mantiene en la idea de aclarar cual es su problema de salud, la medicación que recibe, incluso aunque no se lo pregunten.

También presentan déficit en relación a las habilidades de ajuste laboral. Podemos definir el ajuste laboral como “aquel conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles.”<sup>53</sup>

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de un trabajo así como la obtención de beneficios sociales son dos temas importantes que se relacionan

---

<sup>53</sup> “Centros de Rehabilitación Laboral”, Teo Sobrino, Directora del centro de rehabilitación laboral Vázquez de Mella, Madrid. 2002.

altamente con los niveles de satisfacción del usuario con diagnóstico psiquiátrico, resulta evidente que conseguir estos objetivos se convierte en algo prioritario de ésta propuesta programática.

Es por lo anterior que se fundamenta y justifica la siguiente etapa que a continuación se describe, el cual consta de un Programa que se compone de tres proyectos, dirigidos a los empresarios de la comuna de Valparaíso y a los usuarios con diagnóstico psiquiátrico que asisten al Centro Diurno de Valparaíso y Empresa Social de la Corporación Dr. Carlos Bresky.

## **2. DISEÑO DEL PROGRAMA.**

**a. Nombre del Programa:** “Diseño e Implementación de Acciones para la Reinserción Socio-laboral de personas con diagnóstico psiquiátrico de la Corporación Dr. Carlos Bresky.”

**b. Objetivo General:** “Generar la red social que permita facilitar la reinserción socio-laboral de personas con diagnóstico psiquiátrico.”

**c. Objetivos Específicos:**

- ⌘ Coordinar un conjunto de acciones orientadas al funcionamiento de la red social de apoyo.
- ⌘ Realizar una labor de sensibilización dirigido al sector empresarial de la comuna de Valparaíso, acerca de las enfermedades psiquiátricas y la inserción laboral de las personas que las padecen.
- ⌘ Realizar un trabajo informativo dirigido a los usuarios con diagnóstico psiquiátrico, referente a la red social de apoyo, abarcando, también las habilidades de búsqueda de empleo y habilidades de ajuste laboral.

**d. Proyectos:**

☞ Proyecto n° 1: “Reunir y motivar a los representantes de organismos empresariales para constituir la red social de apoyo.”

☞ Proyecto n° 2: “Jornadas de Reflexión: Salud Mental y Reinserción Socio-laboral.”

☞ Proyecto n° 3: “Jornadas de Información para facilitar la Reinserción Laboral.”

**e. Dependencia Administrativa del Programa:** Se inserta bajo dependencia de la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, dirigido por la sra. Nelly Günther, Asistente Social.

**f. Beneficiarios:** los usuarios con diagnóstico psiquiátrico del Centro Diurno de Valparaíso y la Empresa Social pertenecientes a la Corporación Bresky.

**g. Radio de acción:** comuna de Valparaíso.

**h. Estrategia de Intervención:** en la confección del presente programa, se utilizó para la planificación de las distintas actividades propuestas, una metodología de tipo socio-educativa, socio-reflexiva y participativa. Se han propuesto dinámicas de conocimiento y reflexión, así como trabajos grupales, con la finalidad de lograr y generar una mayor participación, interés y respuesta de parte de la comunidad a la cual se dirige la intervención.

**i. Duración del Programa:** la presente programación se extiende desde el 09 de Marzo al 21 de Agosto del año 2009.

### 3. PROPUESTA ECONÓMICA.

#### ♣ Recursos Institucionales:

Las actividades de la presente programación serán realizadas dentro de las dependencias de la Corporación Bresky, en el salón principal de reuniones, ubicado en Calle Hontaneda esquina subida El Litre, (interior del parque).

#### ♣ Recursos Humanos:

Alumna en Seminario de Título de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de Valparaíso, la que realizó el trabajo de diseño del programa, por otro lado la ejecución del programa estará a cargo de alumnas(os) de Seminario de Título que desarrollen su trabajo en la Corporación.

#### ♣ Recursos Materiales:

El material fungible y el comestible estará, en parte, a cargo de las alumnas(os) seminaristas que lleven a cabo esta programación y también por la Corporación. La locomoción estará a cargo en su totalidad por las alumnas(os) seminaristas.

**Tabla N° 6**  
**Propuesta Económica**

Material Fungible	\$ 55.000
Colaciones	\$ 200.000
Locomoción	\$ 26.500
Total	\$ 281.500

### 4. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

De acuerdo a los Criterios de Evaluación establecidos por Guillermo Briones<sup>54</sup>, se considerará en estos proyectos el criterio de Logro, el cual se refiere “a la medición de los efectos producidos por el programa, es decir, a su

---

<sup>54</sup> Metodología de los estudios Evaluativos, su aplicación a Programas de Desarrollo Social, Briones Guillermo, documento 28. pág. 28. 1979.

cuantificación en términos de alguna unidad de medida.”<sup>55</sup> En consecuencia se han establecido tres indicadores que darán cuenta del nivel de logro de los sujetos a los cuales están dirigidos los proyectos.

Los indicadores que se han establecido son los de Asistencia, Participación e Interés que han sido seleccionados a raíz de la gran representatividad que pueden adquirir en la evaluación del Logro en cada una de las sesiones.

#### 4.1 Indicadores de Medición del Criterio de Logro.

\* **Asistencia:** este indicador hace referencia a la concurrencia de los participantes a cada sesión.

Se medirá a través de un registro de asistencia, el cual considerará:

**Tabla N° 7**  
**Medición del Indicador de Asistencia**

LOGRADA	60% - 100%
MEDIANAMENTE LOGRADA	41% - 59%
NO LOGRADA	0% - 40%

\* **Participación:** este indicador hace referencia a la atención e intervenciones que hacen los participantes en las actividades realizadas en las diferentes sesiones. La medición se realizará en base a tres sub-indicadores, estos son:

- Los participantes responden 2 o más preguntas planteadas por las alumnas.
- Los participantes plantean 2 o más dudas en el transcurso de la sesión.

---

<sup>55</sup> Ídem ref. 4, pág. 29.

- Los participantes realizan 2 o más aportes acerca del tema tratado durante la sesión.

La evaluación del sub-indicador por sesión, y el puntaje asignado al resultado de cada sub-indicador será:

**Tabla N° 8**  
**Medición del Indicador de Participación**

LOGRADO	Alcanza el rango óptimo, en porcentaje, del sub-indicador.	2 PUNTOS
MEDIANAMENTE LOGRADO	Alcanza el rango moderado, en porcentaje, del sub-indicador.	1 PUNTO
NO LOGRADO	No alcanza un rango aceptable, en porcentaje, del sub-indicador.	0 PUNTO

\* **Interés:** este indicador hace referencia a las actitudes que ponen de manifiesto los participantes en las actividades de cada sesión. La medición se realizará en base a tres sub-indicadores, estos son:

- Actitud positiva frente a las actividades propuestas.
- Atención prestada por los participantes cuando las alumnas exponen un tema en la sesión.
- Respeto de los participantes por las opiniones de sus compañeros(as) de grupo.

La evaluación del sub-indicador por sesión, y el puntaje asignado al resultado de cada sub-indicador será:

**Tabla N° 9**

**Medición del indicador de Interés**

LOGRADO	80% - 100% de los asistentes alcanza el comportamiento esperado del sub-indicador.	2 PUNTOS
MEDIANAMENTE LOGRADO	40% - 79% de los asistentes alcanza el comportamiento esperado del sub-indicador.	1 PUNTO
NO LOGRADO	Menos del 40% de los asistentes alcanza el comportamiento esperado del sub-indicador.	0 PUNTO

Los aspectos administrativos a medir en la evaluación serán:

- ∞ Recursos (humanos, materiales y financieros).
- ∞ Tiempo comparando el cronograma programado con el de ejecución real.
- ∞ Técnicas en cuanto a su pertinencia y operatividad para el programa.
- ∞ Actividades.
- ∞ Estrategia de intervención.

**Proyecto N° 1: “Reunir y motivar a los representantes de organismos empresariales para constituir la Red Social de Apoyo”**

Objetivo General	Objetivo Especifico	Actividad	09 a 13 Marzo <sup>56</sup>	16 a 20 Marzo	23 a 27 Marzo	30 Marzo a 03 Abril	06 a 10 Abril	13 a 17 Abril	20 a 24 Abril	Recursos		Técnicas	Criterios de Evaluación
										Humanos	Materiales		
Coordinar un conjunto de acciones orientadas al funcionamiento de la Red Social de Apoyo.	Organizar y definir la metodología de trabajo para la aplicación del proyecto en la institución.	“Inicio del Proyecto” Reunión de presentación del proyecto.	---							Alumnas seminaristas. Supervisora institucional. Equipo de trabajo de la Corporación.	Data show de reuniones. Hojas y lápices Cuaderno de campo.	Técnicas de planificación (miremos más allá; la baraja de la planificación, etc.)	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Convocar a los representantes de organismos empresariales de Valparaíso para conformar la Red Social de Apoyo.	“Conociendo lo que nos une” Sesión de trabajo con los representantes de organismos empresariales.		---						Alumnas seminaristas. Representantes de organismos empresariales.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas para fomentar la participación (discusión dirigida; técnica de grupo nominal, etc.)	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Reconocer las individualidades de cada organismo empresarial y sus objetivos propios.	“Somos constructores de Caminos” Sesión de trabajo con representantes empresariales.			---					Alumnas seminaristas. Representantes empresariales.	Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de análisis (Phillips 6-6; el periódico mural, etc.) Técnicas de animación.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Lograr integración interinstitucional.	“Construyendo una Red”. Sesión de								Alumnas seminaristas. Representantes	Data show. Sala de reuniones.	Técnicas para fomentar la	Registro de asistencia. Participación.

<sup>56</sup> Unidad de tiempo: Semanas.

		trabajo con el equipo de la Corporación y representantes empresariales.				---				de la Corporación. Representantes empresariales.	Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	participación; técnicas de planificación.	Interés.
	Lograr aunar criterios de gestión para el trabajo en red.	“De tu trabajo aprendo”. Sesión de trabajo con el equipo de la Corporación y representantes empresariales.								Alumnas. Representantes de la Corporación. Representantes empresariales.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas para fomentar la participación; técnicas de planificación.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Evaluar el proceso de implementación del proyecto de creación de la Red Social de Apoyo.	“Evaluemos nuestro trabajo”. Sesión de evaluación.								Alumnas. Representantes de la Corporación. Representantes empresariales.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de análisis.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Sistematizar los hallazgos y productos obtenidos a través del proyecto.	“Nuestra semilla es el primer paso”. Sesión de trabajo con el equipo de la Corporación.								Alumnas. Equipo de la Corporación.	Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de planificación.	Registro de asistencia. Participación. Interés.

**Proyecto N° 2: “Jornadas de Reflexión: Salud Mental y Reinserción Socio-laboral”**

Objetivo General	Objetivo Específico	Actividad	27 Abril a 01 Mayo	04 a 08 Mayo	11 a 15 Mayo	18 a 22 Mayo	25 a 29 Mayo	01 a 05 Junio	08 a 12 Junio	15 a 19 Junio	22 a 26 Junio	29 Junio a 03 Julio	Recursos		Técnicas	Criterios de Evaluación
													Humanos	Materiales		
Realizar una labor de sensibilización dirigida al sector empresarial de la comuna de Valparaíso, acerca de las enfermedades psiquiátricas y la inserción laboral de personas que las padecen.	Organizar y definir la metodología de trabajo para la aplicación del presente proyecto en la institución.	“Inicio del Proyecto”. Reunión de presentación del proyecto.	--										Alumnas seminaristas. Equipo de trabajo de la Corporación.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de planificación	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Captar la percepción inicial que poseen los empresarios acerca del desenvolvimiento social y laboral de las personas con diagnóstico psiquiátrico.	“¿Qué piensas de...?”. Sesión de reflexión con representantes de organismos empresariales.		---									Alumnas. Representantes empresariales.	Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de análisis (lluvia de ideas, afiche, etc.)	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Informar y reflexionar acerca de la Salud Mental y sus principales	“Salud mental, un tema que nos afecta a todos”. Sesión de trabajo con			--								Alumnas. Representantes empresariales.	Data show. Folletos informativos. Sala de reuniones.	Técnicas de análisis. Entrega de información.	Registro de asistencia. Participación. Interés.



	empresariales a una exposición que realizará la empresa social de la Corporación, para que aprecien el trabajo que producen los usuarios con diagnóstico psiquiátrico.	contará con la presencia de los usuarios que participan en la empresa social y los representantes empresariales.												social. Usuarios que participan en la empresa social. Representantes empresariales.	objetos que se producen en la empresa social. Cuaderno de campo.		Interés.
	Captar la percepción actual que tienen los empresarios acerca del desenvolvimiento social y laboral de las personas con diagnóstico psiquiátrico.	“Y ahora, ¿qué piensas de...?”. Sesión de trabajo con los representantes empresariales.												Alumnas. Representantes de organismos empresariales.	Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de análisis.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Sistematizar los hallazgos y productos obtenidos a través del proyecto.	“Con esto logramos...”. Sesión de trabajo con representantes empresariales.												Alumnas. Representantes de organismos empresariales.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de planificación	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Finalizar las jornadas de reflexión.	“Sigamos abriendo caminos”.												Alumnas. Representantes de la Corporación. Representantes empresariales.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de análisis.	Registro de asistencia. Participación. Interés.

**Proyecto N° 3: “Jornadas de Información para facilitar la Reinserción Laboral.”**

Objetivo General	Objetivo Especifico	Actividad	06 a 10 julio	13 a 17 julio	20 a 24 julio	27 a 31 julio	03 a 07 agosto	10 a 14 agosto	17 a 21 agosto	Recursos		Técnicas	Criterios de Evaluación
										Humanos	Materiales		
Realizar un trabajo informativo dirigido a los usuarios con diagnóstico psiquiátrico, referente a la red social de apoyo, abarcando también, las habilidades de búsqueda de empleo y habilidades de ajuste laboral.	Organizar y definir la metodología de trabajo para la aplicación del proyecto en la institución.	“Inicio del proyecto”. Reunión de presentación del proyecto.	-----							Alumnas seminaristas. Supervisora institucional. Equipo de trabajo de la Corporación.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de planificación.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Informar a los usuarios las diversas instituciones y organizaciones que conforman su red de apoyo social y de que manera pueden beneficiarse.	“Descubriendo la red” Sesión de trabajo con los usuarios de la Corporación.		-----						Alumnas. Usuarios.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de integración (la telaraña; el amigo secreto, etc.) Entrega de información.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Informar a los usuarios acerca de lo que significa un	“¿Qué son los beneficios sociales?”			-----					Alumnas. Usuarios	Data show. Sala de reuniones.	Técnicas de animación (la doble rueda;	Registro de asistencia. Participación.

	beneficio social y como lograr ser un beneficiario.	Sesión de trabajo con los usuarios.									Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	el correo, etc.) Entrega de información.	Interés.
	Comunicar y reflexionar acerca de la importancia del trabajo y su utilización como terapia.	“Trabajando me siento mejor”. Sesión de trabajo con los usuarios.				----				Alumnas. Usuarios	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de animación y concentración (el mundo; los números, etc.) Técnicas de análisis.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Crear y reforzar las habilidades de búsqueda de empleo.	“¿cómo debo encontrar un empleo?” Sesión de trabajo con los usuarios.					----			Alumnas. Usuarios	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de animación. Técnicas de análisis. Entrega de información.	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Crear y reforzar las habilidades de ajuste laboral.	“¿Cómo debo mantener un empleo?” Sesión de trabajo con los usuarios.						----		Alumnas. Usuarios	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de animación. Técnicas de análisis. Entrega de información	Registro de asistencia. Participación. Interés.
	Finalizar las jornadas de información.	“Mejorando nuestras vidas” Sesión de trabajo con los usuarios y equipo de trabajo de la Corporación.							----	Alumnas. Usuarios. Equipo de la Corporación.	Data show. Sala de reuniones. Hojas y lápices. Cuaderno de campo.	Técnicas de animación. Técnicas de análisis.	Registro de asistencia. Participación. Interés.



## CONCLUSIONES FINALES

La construcción de esta tesis, si bien ha servido para dar respuesta a las interrogantes que dieron forma y sentido a esta investigación, al mismo tiempo, se fue transformando en un intento de reflexión teórica y de búsqueda de sentido de esta práctica, tanto como joven investigadora, como desde el Trabajo Social.

Es necesario así explicitar la necesaria crítica y aprendizaje del presente quehacer, aunando así el cuestionamiento de la propia incertidumbre e inquietud surgidas en la práctica, que van renaciendo por la fuerza de las propuestas y cuestionamientos de aquellos y aquellas que han compartido sus pasiones, su necesidad de preguntarse y el deseo de transformación, y que ayuda a salir del sí mismo para reconocer al otro, y reconocerse como sujeto y Trabajadora Social en ese otro.

Es así como este punto del presente informe de seminario de título se torna fundamental como parte de la conclusión del proceso, ya que al momento de traducir la investigación en un proceso, más que en un mero resultado, las conclusiones que de éste se desprenden se vuelven en aprendizajes y reflexiones que surgen de aquello que muchas veces no se presenta explícito en la tesis como tal, el proceso de aprendizaje, y que puede tener tanta riqueza como aquello referido a dar respuesta a las interrogantes que en un inicio dieron forma a esta investigación.

El trabajo Social en gran medida está cruzado por la intervención en las áreas en las que se desempeña, sin embargo, el producir conocimiento científico desde nuestra disciplina se torna, al mismo tiempo, en una necesidad y un desafío, en la medida en que desde las distintas áreas en donde se desempeña se exige y se requiere “el hacer” de la profesión, la acción del trabajo social en el ámbito social está marcada por la intervención en el mismo.

Es así como esta investigación si bien pretende aportar a la creación de conocimiento científico desde el Trabajo Social, también apunta a la intervención en el área, en la medida en que los sujetos y la constitución de sujetos en el espacio se puede influenciar desde las relaciones, interacciones

desarrolladas en él, es decir, desde el trabajo Psicosocial fundamental en el trabajo en Salud Mental.

La intervención Psicosocial, y la participación del trabajo social en esta, se hace fundamental en la necesidad de “salir de lo médico” y no considerarlo como el único prisma con el que se puede ver la realidad e intervenir en ella, sino que se hace necesario considerar todos los aspectos del sujeto, y entre ellos el aspecto social, el entramado de relaciones en los que se desenvuelve el sujeto y de las cuales participa y que inciden en la constitución de estos como sujetos activos y concientes, protagonistas de su vida.

Es así, como desde esta postura, se hace fundamental reconstruir el sentido y significado en torno a lo que “es la Esquizofrenia” y sus formas de intervenir en ella, de manera de ir generando un cambio en la Salud Mental, donde paso a paso se va de la posibilidad de un tránsito desde la intervención centrada en la patología a otra centrada en las personas y en sus capacidades, cambio que debe ir mas allá del discurso de la reforma, sino que ser materializado en los distintos dispositivos de Salud Mental, a partir de la base de un cambio en la visión del otro y de la relación que se entabla con él, es decir, afectar las relaciones patologizadoras como un objetivo en la intervención y no como una forma meramente altruista de ver al otro, sino como una intencionalidad y sustento de la intervención, de forma de reconocer la posibilidad de cambio por medio de la transformación de las relaciones en los espacios y lo que ello implica.

Es así como desde el trabajo social se hace imprescindible el reconocimiento del otro como posibles actores sociales, intencionado y aportando al desarrollo de las capacidades del otro, del reconocimiento de si mismos en estas capacidades y de los otros que lo rodean, al mismo tiempo que son concientes de sus derechos y deberes en la sociedad y en la comunidad e la que viven, de manera que la intervención que se pueda intencionar desde la disciplina traspase los límites de la institución y se transforme en una herramienta para enfrentarse a esta sociedad que los estigmatiza y hacerse parte de ella.

Para lo anterior es necesario alejarse del asistencialismo y recurrir a una metodología de construcción con el otro, reconocer al otro como un recurso en si mismo y no solo como un receptor de ellos, al mismo tiempo que debemos distinguir los niveles en los que el sujeto se mueve, es decir, no podemos creer que los sujetos se transforman con la sola intervención nuestra en “héroes” infinitamente capaces, sino que reconocer las diferencias, las carencias y las dificultades, visualizando la particularidad de cada espacio y de cada sujeto en el espacio y la posibilidad que cada uno de ellos tiene de constituirse como sujeto.

Es entonces como uno de los aportes del trabajo social en esta área es el de Activar capitales en la diferencia, reconociendo las relaciones patologizantes como castradoras del sujetos y generar un cambio en ellas, es decir, ser capaces de activar recursos en los sujetos, alejarlos de la pasividad del rótulo del “paciente” (el que muchas veces se presenta como cómodo) mostrando las posibilidades de una real integración a partir de sus propias capacidades y herramientas, al mismo tiempo en que mi actuar, como trabajadora social, se convirtió en un nexo entre ellos y el medio, ya que se torna fundamental e esta postura el reconocer y distinguir aquellos elementos que del medio inmediato, y aquel contexto cultural y social mas amplio, dificultan y/o facilitan los procesos de integración y rehabilitación de estas personas, al mismo tiempo que influyen la visión y la intervención de los profesionales de la salud.

Es entonces como esta posibilidad de lograr empoderamiento en el otro, no pasa solamente por el otro, sino que implica una respuesta en todos aquellos con los que interactúa en todos los espacios cotidianos en los que participa (incluyendo una institución de rehabilitación), y en todas las relaciones e interacciones que vaya desarrollando a lo largo de su experiencia vital, es entonces al ser parte de esta cotidianidad de los sujetos que nuestra tarea es afectar de una forma u otra las relaciones que se presentan como desfavorables a la constitución de sujetos y que anulan la posibilidad de una re-construcción de identidad favorable para el sujeto.

Todo lo anteriormente mencionado se demuestra, por ejemplo, en los talleres de la Empresa Social de la Corporación, en donde no hay lugar para la diferencia entre “sanos” y “enfermos”, si no que se encuentra un punto en

común que es que todos se encuentran creando. Creando cada uno desde sus posibilidades, necesidades, gustos e intereses; compartiendo y valorando al compañero. Interactuando, enriqueciéndose por el sólo hecho de vincularse con otros en un espacio que les permite ser libres. Durante éste proceso observé cambios en las actitudes y comportamientos de los participantes (a nivel individual y grupal), vivencí la creación de lazos solidarios, cooperativos y de inclusión. La creación de un ambiente y un espacio en el cual lo más importante es compartir (lugar de referencia afectiva), esto es de suma importancia para la persona con diagnóstico psiquiátrico que ha sido catalogada por su familia y por la sociedad como “incapaz”, la participación activa en la organización de los espacios creativos, el diálogo, la búsqueda autónoma de recursos, el espíritu crítico frente a la propia tarea y a la de los demás, los intercambios y el trabajo cooperativo, facilita aprendizajes significativos, que pueden ser aplicados en otros contextos y no sólo dentro de la Corporación.

Considero necesario tener presente en todo momento la importancia de dos aspectos, que se manifestaron durante todo el proceso de investigación dentro de la Corporación y que interactúan entre sí, estos son: la inclusión y la diversidad. La inclusión parte de la necesidad y el derecho de que toda persona pueda participar sin que se seleccione a nadie por sus condiciones personales, familiares, culturales o sociales. Al hablar de diversidad apostamos a la construcción de un espacio pluralista, democrático, comprensivo, socializante, abierto a lo diverso, a la comunicación, a la participación de todos. El concepto de resiliencia, es decir, como el usuario con diagnóstico psiquiátrico puede enfrentar las adversidades con el menor perjuicio para su desarrollo pleno como ser humano y ciudadano, hizo, durante todo el proceso, estar atento al riesgo de caer en posturas paternalistas e infantilizantes, pero por el contrario, los usuarios necesitaron asistencia, pero fueron y serán, con la ejecución de este programa movilizados a apropiarse de su vida. Solo así será posible decir que se trabaja en rehabilitación psicosocial y no meramente que se entretiene a personas que molestan en una sociedad que no puede hacerse cargo correctamente de la locura que ella misma genera. Entretener es consecuente con una lógica manicomial de reproducción, de a-temporalidad. Esta intervención, en definitiva permitirá la construcción de la ciudadanía de los usuarios, para la alumna, el auténtico sentido de la rehabilitación psicosocial.

## BIBLIOGRAFÍA

- ♥ Organización Panamericana de la Salud; “Temas de Salud Mental en la Comunidad”; 1992.
- ♥ Torregrosa, J. y otros; “Estructura Social y Salud Mental”; 1992.
- ♥ Ministerio de Salud (MINSAL); “Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos”; 2006.
- ♥ Valdivia, Sandra y otros; “Evaluación de Programas de Rehabilitación para Personas con Esquizofrenia”; 2004.
- ♥ Congreso del Estado de Chile; Ley 19.284 sobre la Plena Integración Social de Personas con Discapacidad.
- ♥ Abarca y Martínez, SENAME; “Redes Sociales hacia un Modelo de Intervención”; 1997.
- ♥ Revista Cubana de Salud Pública, N°4; “El Desencuentro entre la Salud Mental y la Salud de los Trabajadores”; 2006.
- ♥ Anderson, C. y otros; “Esquizofrenia y Familia, Guía Práctica de Psicopedagogación”; 1988.
- ♥ MINSAL; Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; 2004.
- ♥ Chuaqui, Jorge; “Sociedad, Psiquiatría y Esquizofrenia”; 2002.
- ♥ Moffatt, Alfredo; “Socioterapia para Sectores Marginados”; 1997.
- ♥ Berger, T. y Luckmann, P.; “La Construcción Social de la Realidad”; 1979.
- ♥ Sampieri, Roberto y otros; “Metodología de la Investigación”.
- ♥ Briones, Guillermo; “Metodología de los Estudios Evaluativos, su Aplicación a los Programas de Desarrollo Social”; 1979.

# **ANEXOS**

**Variable:** Caracterización Sociodemográfica.

Marque con una **X** la alternativa correcta.

1. Sexo:

Masculino	
Femenino	

2. Edad:

Menor de 18 años	
19 a 29 años	
30 a 40 años	
41 a 50 años	
51 a 60 años	
61 y más años	

3. Lugar de residencia:

Vive solo(a)	
Vive con familiares	
Vive con amigos	
Vive en hogares protegidos	
Vive en otro tipo de institución	

4. Escolaridad:

Básica incompleta	
Básica completa	
Media incompleta	
Media completa	
Técnica profesional incompleta	
Técnica profesional completa	
Profesional incompleta	
Profesional completa	

5. Estado Civil:

Casado (a)	
Soltero (a)	
Separado (a)	
Viudo (a)	

**Variable:** Acciones empleadas en la reinserción laboral.

Marque con una **X** la alternativa correcta.

1. ¿Existe capacitación de los usuarios en distintos trabajos manuales?

Si	
No	

2. ¿Existe desarrollo y fomento de la capacidad de trabajo en equipo dentro de los beneficiarios?

Si	
No	

3. ¿Existe desarrollo y fomento de la capacidad de cumplir un horario establecido dentro de los beneficiarios?

Si	
No	

4. ¿Existe desarrollo y fomento de la capacidad de liderazgo dentro de grupo de trabajo?

Si	
No	

5. ¿Se entrega a los usuarios la información necesaria acerca de la red social de apoyo que facilite su reinserción laboral?

Si	
No	

**Variable:** Grado de dependencia de los usuarios.

Marque con una **X** la alternativa correcta.

1. Por la mañana se despierta solo(a) para asistir a las actividades de la Corporación.

Siempre	
A veces	
Nunca	

2. Realiza su rutina de aseo solo(a).

Siempre	
A veces	
Nunca	

3. Se alimenta solo(a)

Siempre	
A veces	
Nunca	

4. Se toma los medicamentos usted solo y a la hora

Siempre	
A veces	
Nunca	

5. Es independiente para salir de su casa o residencia, a pasear, a comprar, etc.

Siempre	
A veces	
Nunca	

6. Va solo(a) a sus controles con el médico

Siempre	
A veces	
Nunca	

**Variable:** Nivel de conocimiento de los usuarios.

Marque con una **X** la alternativa correcta.

1. ¿Usted sabe lo que es una red social de apoyo?

Si	
Mas o menos	
No	

2. ¿Usted sabe cual es la influencia de la red de apoyo social en la reinserción laboral?

Si	
Mas o menos	
No	

3. ¿Usted sabe lo que es un beneficio social?

Si	
Mas o menos	
No	

4. ¿Usted sabe cuales son los beneficios sociales a los cuales usted, en su caso particular, puede optar?

Si	
Mas o menos	
No	

5. ¿Usted sabe a que organizaciones sociales o instituciones puede acudir en caso de necesitar ayuda?

Si	
Mas o menos	
No	

**Variable:** Reinserción Socio-laboral.

Marque con una **X** la alternativa correcta.

1. ¿Anteriormente usted ha desempeñado alguna actividad remunerada?

Si	
No	

2. ¿Actualmente desempeña alguna actividad remunerada?

Si	
No	

3. ¿Usted tiene interés en desempeñar alguna actividad remunerada?

Si	
No	

4. ¿Usted cree que existe discriminación en el área laboral con las personas con diagnóstico psiquiátrico?

Si	
No	

5. Si trabaja actualmente, ¿la remuneración percibida alcanza para satisfacer sus necesidades básicas?

Si	
Medianamente	
No	

