



Facultad de Humanidades
Instituto de Sociología
Carrera de Sociología

Redes Sociales y Esquizofrenia

Las redes sociales y sus efectos en la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

Memoria de Grado para obtener el grado de Licenciado en Sociología y Título profesional de Sociólogo.

Gabriel Antonio Rodríguez Castro.

Profesor Guía

Jorge Chuaqui. K

VALPARAÍSO, JUNIO 2012



Redes Sociales
Esquizofrenia
Viña del Mar
Trabajo - Efectos
Completar

“Respeto no significa temor y sumisa reverencia; denota, de acuerdo con la raíz de la palabra (respicere: mirar), la capacidad de ver a una persona tal cual es, tener conciencia de su individualidad única. Respetar significa preocuparse por que la otra persona crezca y se desarrolle tal como es. De ese modo, el respeto implica la ausencia de explotación.”

Erich Fromm

Para ustedes: Rodolfo Sara Gabriela y Claudio

sepan que este logro es compartido.

Agradecimientos.

Al finalizar una investigación tan significativa para mi futuro profesional y mi crecimiento personal, quiero que sepan que este logro es compartido, que el esfuerzo no es solo personal, sino que implica a un montón de personas que me brindaron todo su apoyo durante los últimos dos años.

En primer lugar quiero agradecer a mis padres: Rodolfo y Sara, por el apoyo, el amor, la comprensión y el cariño recibido no solo durante los últimos 5 años de mi carrera universitaria, sino durante toda mi vida, como les dije alguna vez, me queda la vara alta con ustedes como padres, solo espero ser casi igual como ustedes los fueron conmigo.

A mi hermana Gabriela y a mi hermano Claudio, por nuestras vivencias, nuestras risas, nuestra complicidad, la forma en que me alegran la vida cuando todo parece oscuro y me pongo tan negativo y crítico que no veo las cosas buenas que esta tiene, gracias por aguantar y discutir mis análisis sociológicos a la hora de once.

A mi abuela María, por su amor infinito y sus múltiples cuidados, pese a que venimos de mundos y épocas distintas llegamos a entendernos sumamente bien y no tiene problemas para escuchar mi visión de mundo tan ajena a la suya mientras me consiente con las mejores pantrucas del mundo.

En el ámbito educativo quisiera agradecer sinceramente a mi profesor guía Jorge Chuaqui, el cuál me brindó todo su apoyo durante los momentos más complejos de esta investigación, un Maestro en todo el sentido de la palabra, el cuál no solo me enseñó de teoría o metodología, o la forma en como se lleva a cabo una investigación, sino también me mostró la pasión y la coherencia que ejerce en la lucha por la causa que rige su vida: la defensa de los derechos fundamentales de las personas que padecen trastornos psiquiátricos severos, pese a lo difícil de esta empresa paso a paso hay avances, gracias profesor por la disposición absoluta.

A la Corporación Bresky, a Antonio Araya y Pablo Herman por su apoyo y disposición absoluta durante el trabajo de investigación, por las fructíferas discusiones que tuvimos en torno al proyecto y a las gestiones hechas para aplicar los instrumentos de la tesis, gracias por la apertura de mente respecto al tema y por la maravillosa oportunidad que me brindaron al poder realizar el taller de medios audiovisuales.

A Camilo Ramírez y a Javiera Sanhueza, compañeros desde el primer día de clases y amigos durante muchos años, más allá de las vueltas de la vida, fue un privilegio tenerlos a mi lado con su apoyo incondicional y su motivación cuando las fuerzas empezaban a flaquear y se necesitaba una inyección extra de ánimo, muchísimas gracias.

A los protagonistas de las entrevistas y el grupo de discusión, personas maravillosas las cuáles no tuvieron ninguna reticencia u oposición frente a lo consultado a pesar de lo duro del tema, tomando en cuenta como un tema importante el estigma y el desconocimiento que existe en torno a la enfermedad, sepan que una de las motivaciones principales de esta investigación es ir cambiando progresivamente ese desconocimiento el cuál muchas veces es más dañino que la propia enfermedad.

Por ultimo a todos quienes de alguna u otra manera se involucraron de manera directa o indirecta en este proceso.

Gracias totales.

Resumen.

La Esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico severo de tratamiento complejo y prolongado, donde la reinserción social y mejora del paciente no solo operan factores psiquiátricos sino también sociales sumamente relevantes que denominaremos los aspectos sociales de la enfermedad mental.

Uno de los elementos más problemáticos de la enfermedad es la ruptura de las redes sociales por parte de la persona que padece el trastorno, lo que reduce drásticamente las posibilidades del sujeto de conseguir un empleo competitivo y formar una familia u hogar con independencia de su núcleo primario, provocando una situación de dependencia en la adultez que en algunos casos se prolonga durante toda la vida.

Desde el punto de vista de la vulneración de derechos sociales, la situación de aislamiento y ruptura de redes sociales que sufren los sujetos con Esquizofrenia es un escollo sumamente complejo para lograr sus metas de realización personal.

La siguiente investigación busca identificar cuales son los elementos facilitadores o inhibidores que proveen las redes sociales (Familias, amigos centro de inserción secundarios) de los sujetos con esquizofrenia en la búsqueda de un empleo competitivo, siendo estas redes sumamente cerradas y centradas en el sujeto, los elementos positivos y negativos que se manifiesten en estas redes son sumamente relevantes para evaluar la inserción laboral de los sujetos con esquizofrenia.

A diferencia de otros estudios revisados anteriormente, este estudio busca analizar desde el punto de vista cualitativo las interacciones dadas entre el sujeto y su red social, buscando centrándose en la calidad de los vínculos, por sobre la cantidad de los mismos.

Palabras Claves: Esquizofrenia, Redes Sociales, Empleo competitivo, Intersubjetividad.

INDICE

INDICE.....	8
CAPITULO 1.....	14
Planteamiento y fundamentación del problema.....	14
1. Antecedentes Generales del Problema.....	15
1.2. La problemática de la integración sociolaboral en personas con Esquizofrenia.	17
1.3 Una nueva Relación: el Peso de la participación en las Redes Sociales en la Integración Sociolaboral en personas con Esquizofrenia.....	20
1.4 Posibles dificultades del análisis Investigativo.	22
2. Pregunta de Investigación.	22
3. Objetivos.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4. Relevancias.....	23
4.1 Relevancia teórica.....	23
4.2 Relevancia práctica.....	23
CAPITULO 2.....	24
Marco Teórico.....	24
1. Marco Teórico.....	25
1.1 Campo analítico del estudio y lineamientos teóricos.	25
2. Redes Sociales. Orígenes del Concepto y primeros estudios.....	27
2.1 Antecedentes del Análisis de Redes Sociales dentro del Campo de la Sociología de la Salud.....	28
3. Alfred Schütz y la Teoría de la Intersubjetividad.	30
3.1 Intersubjetividad, Mundos de vida y relaciones sociales en Schütz: La construcción de la Sociología fenomenológica.....	31
4. Interaccionismo Simbólico: Énfasis en las relaciones entre Individuos para una Sociología de la vida cotidiana.....	32
4.1 Interacción, relaciones sociales e intercambio.....	34
5. Discusión Bibliográfica.....	35
5.1 Estado del Arte.	35
5.2 Conflictos en la interacción sujeto-red.	38
6. Marco de Análisis de la investigación: Redes sociales, Intersubjetividad e Interaccionismo Simbólico.....	39

6.1 Definición de Red Social y enfoque de analítico de redes a utilizar.....	39
6.2 Inserción Laboral, Capital Social y Esquizofrenia: la potencialidad de la red en términos concretos.....	41
7. Conceptualización.....	44
CAPITULO 3 Marco metodológico.....	46
1. Tipo de estudio.....	47
1.2 Tipo de diseño.	47
2. Universo y Muestra.....	48
2.1 Universo.....	48
2.2 Muestra.	49
3. Técnica de Producción de Datos.....	49
3.1 Técnica de análisis de datos.	51
4. Propuesta de Operacionalización de Variables.	52
5. Calidad del Diseño.	52
5.1 Condiciones Éticas.....	53
CAPITULO 4.....	54
Análisis y resultados: Sujeto y esquizofrenia.	54
1. Presentación del Trabajo de Campo: Producción y Levantamiento de Datos.....	55
1.1 Descripción de la primera fase del trabajo de campo.....	55
2. Categorías de Análisis.....	58
2.1 Temas Categorías Sub categorías.	59
3. Esquizofrenia: Aspectos sociales de la enfermedad desde la visión del sujeto.	62
3.1 Motivación e Inserción laboral: elementos positivos y negativos.	77
4. Redes sociales: Red social e inserción laboral.....	83
4.1 Las propiedades relacionales de Redes.	84
4.2. Red social primaria: La visión del sujeto.....	86
4.3 Red Social secundaria: Amistad e inserción laboral.....	99
5. Red Social externa: El enfoque sociocomunitario en el tratamiento de la salud mental.....	106
6. Evaluación de la experiencia laboral y la red global por parte del sujeto.....	112
6.1. Sujeto intersubjetividad y evaluación global de la red.....	113
6.2. Evaluación de la experiencia laboral.....	115

CAPITULO 5	112
Análisis y resultados parte 2: El concepto de Espacio de Atributos.....	112
1. Análisis global de las categorías: El concepto de espacio de atributos.....	121
1.1 Análisis de los casos a partir del concepto de Espacio de Atributos.....	121
1.2. Matriz de atributos significativos.....	122
2. Descripción de la tipología de los casos.....	125
2.2 Ausencia de apoyo afectivo laboral y enfermedad como limitante laboral.	127
2.3 Apoyo afectivo laboral y situación laboral.	131
2.4 Apoyo Material.....	133
2.5 Apoyo material y situación laboral.	137
3. Capacitación e inserción laboral.....	139
3.1 Tipo de capacitación y enfermedad como limitante.....	141
3.2 Tipo de capacitación y evaluación de la experiencia laboral.	142
3.3 Tipo de capacitación y situación laboral.	145
4. Evaluación de la red.....	147
4.1 Evaluación de la red y situación laboral.....	151
4.2 Aprehensiones de la familia en lo laboral y situación laboral.	156
CAPITULO 6.....	158
Análisis y resultados parte 3.....	158
Familia y esquizofrenia	158
1. Segunda fase del trabajo de campo: Análisis del Grupo de discusión a familiares de personas con Esquizofrenia.....	159
1.1 Descripción del trabajo de campo en su segunda etapa: Realización del grupo de discusión.	159
2. Categorías de análisis.....	155
3. Redes Sociales.....	168
3.1 Redes sociales: la visión de la familia.....	170
4. Red social secundaria y familia.	184
4.1 El Enfoque sociocomunitario y las redes secundarias.	185
5. Familia esquizofrenia y trabajo.	194
CAPITULO 7.....	198

Conclusiones y recomendaciones: hacía una nueva inserción sociolaboral.....	198
1. El enfoque sociocomunitario en salud mental: Avances y desafíos.....	199
1.2 Resultados: Objetivos y conclusiones.....	201
1.3 Centros de Empleo con apoyo: Una opción efectiva y exitosa al problema del empleo.	206
Referencias Bibliográficas.....	215

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE MEDICAMENTE COMPENSADA.....	56
TABLA 2: ESQUIZOFRENIA CATEGORÍA Y SUB CATEGORÍAS.....	60
TABLA 3: REDES SOCIALES: RED SOCIAL PRIMARIA.....	84
TABLA 4: ESQUIZOFRENIA Y REDES SECUNDARIAS.....	108
TABLA 5: EXPERIENCIA LABORAL Y EVALUACIÓN GLOBAL DE LA RED.....	113
TABLA 6: MATRIZ DE LA TIPOLOGÍA DE CASOS.....	123
TABLA 7: AUSENCIA DE APOYO AFECTIVO Y SITUACIÓN LABORAL.....	131
TABLA 8: APOYO MATERIAL AFECTIVO EN LO LABORAL Y SITUACIÓN LABORAL.....	132
TABLA 9: CASOS SUJETOS CON APOYO MATERIAL Y SITUACIÓN LABORAL.....	137
TABLA 10: CASOS SUJETOS SIN APOYO MATERIAL Y SITUACIÓN LABORAL.....	138
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN CAPACITACIÓN.....	140
TABLA 12: CAPACITACIÓN LABORAL Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	141
TABLA 13: CAPACITACIÓN TERAPÉUTICA Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	141
TABLA 14: NINGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	142
TABLA 15: CAPACITACIÓN LABORAL Y EVALUACIÓN EXPERIENCIA LABORAL.....	143
TABLA 16: CAPACITACIÓN TERAPÉUTICA Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	143
TABLA 17: NINGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	143
TABLA 18: CAPACITACIÓN LABORAL Y SITUACIÓN LABORAL.....	145
TABLA 19: CAPACITACIÓN TERAPÉUTICA Y SITUACIÓN LABORAL.....	145
TABLA 20: NINGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN Y SITUACIÓN LABORAL.....	146
TABLA 21: EVALUACIÓN BUENA DE LA RED Y SITUACIÓN LABORAL.....	152
TABLA 22: EVALUACIÓN MALA DE LA RED Y SITUACIÓN LABORAL.....	152
TABLA 23: SIN APREHENSIONES DE LA FAMILIA Y SITUACIÓN LABORAL.....	156
TABLA 24: CON APREHENSIONES DE LA FAMILIA Y SITUACIÓN LABORAL.....	157
TABLA 25: DISTRIBUCIÓN GRUPO E DISCUSIÓN.....	160
TABLA 26: ESQUIZOFRENIA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	162
TABLA 27: REDES SOCIALES: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍA.....	169
TABLA 28: RED SOCIAL SECUNDARIA: LA VISIÓN DE LA FAMILIA.....	184
TABLA 29: EVALUACIÓN DE LA INSERCIÓN LABORAL POR PARTE DE LA RED PRIMARIA.....	194

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1: ESQUEMA PRIMARIO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	59
ESQUEMA 2: OPINIÓN NEGATIVA CON RESPECTO AL TRABAJO: CONFIGURACIÓN DE ELEMENTOS.....	174

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: EFECTOS DEL ESTIGMA.....	16
CUADRO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
CUADRO 3: APOYO AFECTIVO FAMILIAR EN LO LABORAL Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	126
CUADRO 4: APOYO AFECTIVO FAMILIAR Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA LABORAL.	129
CUADRO 5: APOYO AFECTIVO FAMILIAR EN LO LABORAL Y MOTIVACIÓN A INSERTARSE LABORALMENTE.	130
CUADRO 6: APOYO MATERIAL Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.	134
CUADRO 7: APOYO MATERIAL Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA LABORAL.	135
CUADRO 8: APOYO MATERIAL Y MOTIVACIÓN LABORAL.	136
CUADRO 9: EVALUACIÓN DE LA RED Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.....	148
CUADRO 10: EVALUACIÓN DE LA RED Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA LABORAL.....	149
CUADRO 11: EVALUACIÓN DE LA RED Y MOTIVACIÓN LABORAL.	150
CUADRO 12: APREHENSIONES DE LA FAMILIA Y ENFERMEDAD COMO LIMITANTE.	153
CUADRO 13: APREHENSIONES DE LA FAMILIA Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA LABORAL.....	154
CUADRO 14: APREHENSIONES DE LA FAMILIA Y MOTIVACIÓN A TRABAJAR.....	155

CAPITULO 1

Planteamiento y fundamentación del problema.

1. Antecedentes Generales del Problema.

La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja y de reciente descubrimiento, tratamiento e investigación, su nombre fue acuñado por primera vez por Eugen Bleuler en 1908, Bleuler sugirió la palabra “esquizofrenia” para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos, como percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico. Según sus investigaciones, la esquizofrenia consistía en el relajamiento de las asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta con síntomas secundarios, constituidos por ideas delirantes, alucinaciones y perturbaciones conductuales (Biopsicología.net), fue el quien generó la primera sintomatización rigurosa de la enfermedad la cuál se conoce comúnmente en el ámbito de la psicología y Psiquiatría como las 4 A:

- Asociaciones laxas del pensamiento
- Afectividad aplanada
- Ambivalencia
- Autismo.

Aun así, pese que se han hecho grandes avances en materia clínica, actualmente no está claro su origen y es un campo médico en continua investigación. Además de la complejidad de su origen y tratamiento, la esquizofrenia es un trastorno que posee un componente social imposible de desconocer, y que está relacionado de manera directa con el estigma asociado a la enfermedad (Chuaqui, 2001). El estigma está definido por la Organización Mundial de la Salud como “algún rasgo o característica de una persona que hace que ésta tenga una posición social comprometida, una marca de vergüenza o descrédito. Muchas personas con trastornos mentales parecen ser diferentes debido a sus síntomas o a los efectos secundarios de su medicación (...) Esta actitud exacerba tanto los síntomas como la minusvalía de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2003, pág 11).

La Organización Mundial de la Salud, reconoce por lo tanto la gravedad de los aspectos sociales asociado a las enfermedades mental y su carácter negativo para el estado físico y psicológico del paciente, los componentes del estigma son diversos y ejercen una influencia

sumamente negativa para la salud, así como también para su recuperación e integración sociolaboral. Las barreras sociales impuestas por el estigma dificultan las condiciones de vida de los afectados porque se rompen los vínculos familiares y sociales; esto a su vez genera

la dificultad de encontrar un trabajo remunerado digno para los pacientes, imposibilitando de esta forma la integración sociolaboral de los individuos y poniendo frenos a sus metas de realización personal.

La OMS enumera una serie de efectos asociadas al Estigma en la salud mental que deja en claro la magnitud del problema.

Cuadro 1: Efectos del Estigma.

<p>¿Cuáles son los efectos del estigma?</p> <ul style="list-style-type: none">> Las personas con trastornos mentales no están dispuestas a buscar ayuda.> Aislamiento y dificultad para hacer amigos.> Daño a la autoestima y a la autoconfianza. <p>Negación de una vivienda adecuada, de préstamos, de seguros sanitarios o de trabajos por el mero hecho de padecer un trastorno mental.</p> <ul style="list-style-type: none">> Efecto adverso en la evolución de los trastornos mentales y de la discapacidad.> Las familias presentan un mayor aislamiento social y niveles superiores de estrés.> Se asignan menos recursos a la salud mental que a otras áreas de la salud.

Fuente: OMS, 2008.

El punto numero 4 nos demuestra la influencia negativa de los aspectos del estigma en personas que padecen trastornos psiquiátricos severos, generando barreras sociales para ellos, negándole el acceso a una vivienda digna, o al empleo competitivo debido a tal condición.

Sin embargo, si bien el estigma es un elemento que produce dificultades para la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia, de acuerdo a investigaciones anteriores el tema es mucho más complejo y multidimensional, la baja empleabilidad en personas con esquizofrenia en Chile y en el Mundo no solo tienen relación con la discriminación social sino con otros elementos que es necesario estudiar.

1.2. La problemática de la integración sociolaboral en personas con Esquizofrenia.

Chuaqui y Prieto, analizan la situación sociolaboral de personas con esquizofrenia en diversos países alrededor del mundo y el diagnóstico es preocupante. Tanto en países desarrollados como subdesarrollados las personas con esquizofrenia tienen grandes dificultades para insertarse sociolaboralmente, En Japón por ejemplo, donde se hizo una evaluación global del problema se concluyó que solo el 16% de los pacientes tiene trabajo completo, el 8% trabajo de media jornada, 12% asistían a un centro protegido, 4% van a talleres cerrados y solo 1% a centros de rehabilitación (Yamashita & Chuaqui 2007).

Por otra parte en un estudio español llamado “Calidad de vida y Esquizofrenia” situado en la ciudad de Madrid nos encontramos con cifras similares, sobre una muestra de 100 pacientes solo un 11,3 % de los encuestados tiene trabajo al momento de responder el cuestionario, el 60% son desempleados de larga duración (más de 4 años) el 82,6% no estudia nada al momento de contestar la encuesta. Los pacientes más vulnerables son el 19,1% que no tienen ningún ingreso ni recibe pensión alguna, y casi el 60% tiene unos ingresos que no superan los 600 Euros al mes los cual equivale al salario mínimo español (Ruiz Jiménez & Partido & Anchía & Peón 2008). Además de estos datos bastante elocuentes los autores estudian otras variables los autores estudian otras variables tales como el nivel de estudios (un 52% no supera el nivel de enseñanza secundaria) o ingreso a centros de integración sociolaboral (el 70% no ha acudido a un centro de rehabilitación psicosocial y un 86% tampoco ha acudido en su vida a un centro de rehabilitación laboral).

La situación en Chile, está en sintonía con la precaria situación laboral de los pacientes con esquizofrenia alrededor del mundo, en el estudio de Chuaqui "El estigma en la esquizofrenia" de una muestra de 150 personas solo el 13,3% trabaja en empleos competitivos (Chuaqui 2001), es decir, en empleos no protegidos los cuales plantean una mayor exigencia para el paciente y lo somete a situaciones de stress. En otro estudio del mismo autor llamado "*Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral*" concluye que quienes trabajan en empleos protegidos o semiprottegidos reciben ingresos monetarios muy bajos: el 70% recibe la mitad del sueldo mínimo legal y cerca del 40% menos de la sexta parte del sueldo mínimo (Chuaqui & Prieto 2002).

Pese a las cifras observadas, existen dos hechos reveladores que nos permiten valorizar el empleo como un elemento central en la inserción social del paciente, en primer lugar tanto en el estudio hecho por Chuaqui y Prieto como en el estudio de Ruiz Jiménez: una gran parte de los encuestados se encuentran capacitados para desempeñar cualquier actividad laboral con normalidad (68% en el estudio hecho para Chile y 81% para el estudio realizado en España), lo cual entra en contradicción con el alto porcentaje de desempleados para ambos estudios (87,7 y 90% respectivamente). Pese a esto y según datos del mismo estudio, un 71% de los entrevistados nunca ha trabajado en su vida, y aquellos que sí lo han hecho valoran negativamente la experiencia el 44% negativa, un 31,2% como positiva y sólo un 24,8% como neutra.

En segundo lugar, la percepción de aquellos que trabajan en empleos competitivos y protegidos es sumamente satisfactoria, independientemente de lo precario que sea este empleo en el ámbito económico, en el estudio de Chuaqui y Prieto observamos que el 60% de las personas piensa que el trabajo les ha mejorado mucho la vida, del 70% al 85% se siente más personas por el trabajo, argumentan que este ha tenido resultados positivos en lo que respecta a su salud mental y los ha ayudado mucho en sus relaciones sociales con los compañeros de trabajo y sus jefes.(Chuaqui, 2005).

Aquí nos enfrentamos a otro problema complejo, los factores que impiden trabajar a personas con esquizofrenia medicamente compensadas en un gran porcentaje, no están relacionados con una incapacidad real de desempeñar labores de cualquier tipo, sino que se vinculan con las barreras sociales producidas por el estigma asociado a la enfermedad entre otros diversos factores como la ruptura de las redes sociales y la pérdida de capital social. Esto causa múltiples efectos negativos en la vida de las personas y su entorno familiar, un ejemplo de esto lo presenta en el estudio *calidad de vida y esquizofrenia*, donde más de un 80% de los encuestados todavía viven con sus tutores legales, sumado a esto un 56% son sus padres y tienen más de 67 años (Ruiz Jiménez, 2008) los cuales, a su vez, manifiestan una preocupación acerca del futuro de sus hijos cuando ellos ya no estén, debido a que si no tienen trabajo tampoco tienen la posibilidad de independizarse y conseguir sus metas de realización personal.

Evidencia contundente del punto anterior la encontramos en el primer estudio nacional sobre la discapacidad en Chile realizado por Fonadis (Actual Senadis) en el año 2004, las tasa de personas con discapacidad psíquica que se encuentran sin trabajo llega al 87,3% siendo la más alta comparativamente hablando con el resto de las discapacidades.

Sin embargo, un dato revelador también aparecido en esta misma encuesta es que cuando se le consultó a las personas con discapacidad psíquica si tenían alguna dificultad para realizar el trabajo, el 93% no manifestó ninguna dificultad el 3,20% manifestó una leve dificultad para realizar el trabajo el 1,88% una dificultad moderada y solamente el 0,03% manifestó una imposibilidad severa de realizar la labora encomendada.

Evidentemente la alta tasa de desempleo de personas con discapacidad psíquica, no se condice con la capacidad que poseen estas personas en términos concretos de tener un empleo competitivo, es aquí donde los fenómenos como el aislamiento, la ruptura de redes sociales, la discriminación laboral y la falta de oportunidades de ingreso al mercado laboral competitivo se

alzan como barreras sociales para las personas con trastornos psiquiátricos severos que tengan la intención de entrar al mercado laboral.

En síntesis, muchas personas que padecen de esquizofrenia cuando se hacen latentes los síntomas positivos de la enfermedad, sufren la ruptura de sus redes sociales y familiares.(Chuaqui 2001) (Ruiz Jiménez & Partido & Anchía & Peón,2008), lo que complejiza la posibilidad de insertarse sociolaboralmente e imposibilita a los sujetos que padecen esta enfermedad la posibilidad de continuar sus estudios o de volver al empleo anterior a la aparición de la enfermedad, considerando como un factor central para el objetivo de la reinserción que en casi la totalidad de los casos la esquizofrenia se hace latente entre los 18 y 24 años, es decir, en plena etapa académico-formativa o de inicio de la vida laboral.

1.3 Una nueva Relación: el Peso de la participación en las Redes Sociales en la Integración Sociolaboral en personas con Esquizofrenia.

Uno de estos elementos analizables para entender de mejor forma la problemática a la que nos vemos enfrentados son las redes sociales en las que se inserta el individuo con esquizofrenia, es decir, si este posee vínculos sociales que faciliten su integración sociolaboral, si estos vínculos son dinámicos, perdurables en el tiempo y capaces de generar los recursos materiales y humanos necesarios que permitan al sujeto con esquizofrenia iniciar su camino hacia la integración sociolaboral plena.

Las redes sociales en el análisis sociológico surgen a mediados de la década del 70 en la sociología norteamericana, a propósito de la pregunta por el rol del sujeto en la sociología formulada por el interaccionismo simbólico y la sociología fenomenológica, como respuesta al estructural funcionalismo, en este sentido, el concepto de red social es una base teórica de nivel microsociológico, utilizado para analizar el desenvolvimiento social de los individuos que componen la sociedad, el aporte de el estudio de las redes sociales en sociología ha sido sustancial y se ha incrementando durante los últimos años con el nacimiento de las redes sociales 2.0.

Dentro del campo de la sociología de la salud y específicamente con respecto al tratamiento de la esquizofrenia existen múltiples análisis de redes sociales acerca de los pacientes con Esquizofrenia.(Toldorsf & Martínez 2000), sin embargo, esta relación ha sido tratado ampliamente desde la psicología social, poniendo énfasis al papel de las redes sociales como apoyo social en caso de crisis sintomática.(Bravo Ortiz,1999) (Toldorsf 1982), es decir, la psicología enfocó su análisis de las redes sociales desde el aspecto terapéutico de las mismas, despojándola de contenido social, sin tomar en cuenta las cualidades recursivas (en términos materiales y humanos) que permitirían a los sujetos con esquizofrenia sentar las bases de su reinserción sociolaboral y académica. Sumado a esto, debemos decir que estos análisis de redes sociales desde la psicología tampoco profundizaron en los aspectos negativos que puedan desarrollarse en la dinámica entre el sujeto con esquizofrenia y su red, tales como sobreprotección, pérdida de autonomía y otros fenómenos perjudiciales para el propio sujeto.

Debido a la omisión de estos aspectos sociales en el análisis de redes nos encontramos frente a un escenario incompleto, por lo tanto estamos frente a un campo poco explorado dentro de la sociología de la salud, sub-disciplina que ha tenido un mayor auge en los últimos años alimentada desde la psicología social y la investigación sociológica en salud mental española, pioneros a nivel Iberoamericano en instalar programas de intervención sociocomunitaria como forma de tratar enfermedades mentales severas, muchos de estos programas y el éxito de los mismos se debe a un conocimiento adecuado de las características de las redes sociales del sujeto que padece esta enfermedad, recalcando así la importancia que tiene para la sociología una investigación de este tipo.

La Investigación pretende contribuir a un debate emergente en la sociología de la salud como subdisciplina, la cuál plantea que, si bien la enfermedad mental es un fenómeno de carácter biológico o psiquiátrico, ésta tiene un aspecto social imposible de desconocer vinculado con la integración de los individuos a la sociedad o el empeoramiento de su condición.

1.4 Posibles dificultades del análisis Investigativo.

Las posibles dificultades del análisis, tienen relación con el grado de vulnerabilidad del entrevistado, la Esquizofrenia es una enfermedad de difícil tratamiento y por lo tanto las personas que sufren de este trastorno pueden tener altibajos anímicos, descompensaciones que podrían complicar el proceso de entrevistas, otra dificultad que puede surgir en el seno de la interacción con la familia, es la negativa de esta a participar en el estudio, particularmente debido a la sobreprotección que muchas familias le dan a sus familiares que sufren trastornos psiquiátricos severos, estos factores podrían complicar la realización de la investigación.

2. Pregunta de Investigación.

¿Qué tipo de interacción existe entre las redes sociales y el sujeto con esquizofrenia y que efectos tienen en el proceso de integración sociolaboral para personas compensadas medicamente de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso?

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general.

Describir la interacción entre el sujeto con esquizofrenia y sus redes sociales, y cuales son los efectos positivos o negativos, como impulsor o inhibidor de prácticas del sujeto efectivas para el proceso de integración sociolaboral, para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

3.2 Objetivos específicos.

1) Describir las interacciones dadas entre la red social y el sujeto con esquizofrenia y el tipo de apoyo que la red provee al sujeto en su proceso de integración sociolaboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

2) Describir las actitudes positivas o negativas de las redes de apoyo con respecto a las capacidades del sujeto con esquizofrenia en relación a su ingreso al mundo laboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

3) Relacionar la percepción del sujeto respecto a su participación en dichas redes y los efectos de dichas percepciones en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral del sujeto para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

4) Explicar la capacidad de generar fuentes de empleabilidad laboral o inserción educacional de la red en términos concretos y como esta se traduce en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral o educacional del sujeto con esquizofrenia para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

4. Relevancias.

4.1 Relevancia teórica.

Contribuir a la discusión investigativa del proceso de integración sociolaboral de personas con esquizofrenia desde el ámbito sociocomunitario, en el campo de la sociología de la salud y también de la sociología del trabajo, con el fin de agregar, dentro de esta discusión insertar los aspectos cualitativos del análisis de redes dentro de la sociología de la salud mental.

4.2 Relevancia práctica.

Contribuir como un aporte teórico-investigativo para organizaciones comunitarias, trabajadores de salud sociocomunitarios, profesionales de la salud en general y a iniciativas privadas o estatales que tengan como objetivo el cambio en el proceso de integración sociolaboral de personas con Esquizofrenia en la región y el país.

CAPITULO 2 i

Marco Teórico.

131. Marco Teórico

Una de las consecuencias sociales más importantes que tiene la esquizofrenia como enfermedad incapacitante, tiene fuerte relación con la ruptura de las relaciones sociales formales o informales de los individuos con esta enfermedad o lo que podríamos denominar ruptura de los vínculos sociales, este problema junto al del estigma ampliamente tratado (Chuaqui 2002, 2005) son barreras sociales que impiden que impiden una integración sociolaboral efectiva en personas que sufren esta enfermedad.

1.1 Campo analítico del estudio y lineamientos teóricos.

La Investigación se encuentra dentro del ámbito de la sociología de la salud mental y tiene como espacio analítico la microsociología, según Saitu, la definición por la visión microsociológica o macrosociológica, tiene como función establecer el nivel de análisis y dejar establecido que la investigación se encuentra dentro de ese “recorte” espacio temporal de la realidad social global, para que esta sea susceptible de investigar (Sautu 2005), al analizar el elemento central de la investigación que tiene como objetivo estudiar el efecto de las redes sociales traducido en percepciones proactivas a la integración sociolaboral en sujetos con esquizofrenia, vemos que esta problemática se ubica en el campo de la microsociología. Complementando esta decisión teórica y metodológica, tenemos que recalcar la importancia que tiene el sujeto dentro de la investigación, es por esto que según el manual de metodología de la Clacso del año 2005, la investigación estaría centrada en la agencia humana, definida como:

“la capacidad autónoma que tienen los sujetos sociales de construir su propia vida e influir en los procesos sociales en los cuales participan en interacción con otros sujetos” (Sautu 2005 pág. 44).

Esto es esencialmente importante, porque los antecedentes teóricos de la problemática estudiada comparten como debilidad analítica centrar el análisis en las redes sociales del sujeto con esquizofrenia como proveedoras de información, apoyo, afecto etc., pero no consideran al actor afectado (en este caso el esquizofrénico) como alguien que posee una opinión y

autonomía de decisión con respecto a la influencia que poseen sus familiares y su grupo cercano.

El segundo punto importante del análisis es evaluar cualitativamente la potencialidad integradora de la red social mínima del sujeto con esquizofrenia, es decir, el capital social que la red posea y que le pueda entregar al sujeto para facilitar su integración sociolaboral. Este punto complementará el análisis de la percepción del sujeto con esquizofrenia acerca de su propia red.

El Estudio tiene como enfoque teórico el concepto de red social sin embargo, dependiendo del enfoque teórico, el análisis de redes ha sido utilizado como una herramienta metodológica, o una teoría “incompleta”, es por esto, que el concepto de redes sociales ha sido objeto de un debate acalorado y aun no cerrado acerca de su definición, concepción, construcción y alcance, por lo tanto, es necesario revisar distintas posturas teóricas alrededor de este concepto.

Complementario al análisis de redes, discutiremos en torno a las teorías posparsonianas como el interaccionismo simbólico de Erving Goffman y la teoría de la intersubjetividad de Alfred Schütz, quienes desde perspectivas teóricas distintas generaron una respuesta de la importancia del sujeto frente al análisis estructural funcionalista, en este sentido, es interesante analizar como se genera esta discusión, sobretodo a partir del concepto de desviación de Parsons, el cual fue fuertemente cuestionado por Goffman a partir de la generación de estudios como *Internados* (1954) o “*La presentación de la persona en la Vida Cotidiana*” (1959), donde se ponen en entredicho conceptos estructurales de Parsons frente al enfoque de la teoría de la acción.

En esta investigación desde sus cimientos no solo es un factor relevante la cantidad de redes en las que el sujeto participa activamente, sino también la percepción del propio sujeto con respecto a los efectos negativos o positivos de esta participación, la sociología fenomenológica y el interaccionismo simbólico, permiten darle una sustancia teórica potente a la relación de

redes, la cual ya no concebimos como mero intercambio de información, recursos o apoyo social en relación a una persona en desventaja social, sino como un elemento generador de conductas y acciones en los sujetos que son parte de ella, en la cuál no solo participan, sino que tienen injerencia sobre esta y los otros miembros de la red.

2. Redes sociales. orígenes del concepto y primeros estudios.

El primer intento de sistematización del concepto proviene desde el campo de la antropología social de principios de la década de 1950, Barnes, en un estudio pionero analizó las relaciones y la interacción de un pequeño pueblo de pescadores y campesinos noruegos llamado Brennes, donde logró un mapeo completo de las relaciones entre estos sujetos para detectar formas de subsistencia, conflictos, actitudes frente a la producción, el trabajo etc. (Barnes en Lozares, 2000), esta investigación analizó a fondo la importancia de la amistad, el parentesco y el vecinaje como relaciones informales e interpersonales, según el autor, la totalidad de la vida social debería ser vista como un conjunto de puntos (Nodos) que se vinculasen por líneas para formar redes totales de relaciones, La esfera informal de relaciones interpersonales se verían como una parte, una red parcial de una total.

Durante esta época el estudio de redes se focaliza en la antropología social como campo de acción con los trabajos de Bott, Nadel entre otros. No sería hasta 1970 cuando la sociología norteamericana como disciplina inicia el debate de las redes sociales como enfoque analítico, la introducción de métodos matemáticos y de la teoría de grafos, le da un nuevo impulso al concepto de redes sociales, ya que la explicación se basaba en sociogramas que permitían, junto a los avances informáticos de la época, realizar mapeos completos de poblaciones o grupos sociales y sus acciones en relación con los otros. En la década de los 80 el análisis de redes sigue profundizando sus técnicas hasta poseer un corpus metodológico importante, el cuál se ve influenciado por las nuevas técnicas de equivalencia y el análisis de triadas.

En lo que respecta a teoría de redes sobresalen los análisis de redes provenientes de autores como Wellman o Granovetter, los cuales utilizan como enfoque la perspectiva relacional de la teoría de redes:

“En la perspectiva relacional de redes, las acciones son consideradas solamente en la medida que expresen relaciones conjuntas entre dos entidades o actores. Las relaciones no son una característica intrínseca de cada parte tomada aisladamente sino una propiedad emergente de la conexión o ligazón entre las unidades de observación” (Lozares ,2000 pág. 10).

.Es también a partir de esta época donde las temáticas de las redes sociales se diversifica, saliendo de la esfera temática tradicional de la pobreza y la migración, de esta forma, encontramos los primeros estudios dentro de la sociología de la salud (Tolsdorf 1982), (Mosher y Keith, 1980), (Guimón, 1985-86), los cuales relacionaban aspectos de la salud física y mental con la interacciones de los individuos que sufrían enfermedades.

En la década de los 90 y el 2000, el análisis de redes se ha trasladado básicamente a tres grandes campos: la nueva migración producto de la globalización de la economía, entre los cuáles destacan los fenómenos de la multiculturalidad y los nuevos fundamentalismos, la sociología del trabajo, y por último, el análisis de las redes sociales en internet o redes sociales 2.0, el cual se ocupa de analizar los fenómenos sociales aparejados al crecimiento de redes sociales cibernéticas masivas, tales como Messenger, Fotolog, y últimamente Facebook o Twitter.

2.1 Antecedentes del Análisis de Redes Sociales dentro del Campo de la Sociología de la Salud.

Como expusimos anteriormente, a partir de los trabajos de Granovetter en 1978 y Wellman en 1981, se diversifica el campo de estudio de las redes sociales hacia varias ramas de las ciencias sociales, en especial en el campo de la sociología de la salud y en el emergente campo de la sociología de la salud mental.

Estos estudios tuvieron una fuerte influencia del aporte generado por la teoría social cognitiva de Bandura, el cuál estudió las redes sociales en adolescentes de escuelas secundarias

norteamericanas y su relación con estilos de vida y conductas de riesgo sexual, asociadas a prácticas como el consumo de alcohol o tabaco (Bandura, 1986). El autor estableció 3 principios básicos de la relación entre las conductas de riesgo en adolescentes y las redes sociales:

- 1) Las prácticas sexuales de alto riesgo en adolescentes no son una conducta motivada por un solo factor (por ejemplo la falta de conocimiento sobre las consecuencias de la actividad sexual sin protección), sino por numerosos factores dentro del ambiente social y la disposición personal de los adolescentes.
- 2) El segundo principio se refiere a la gran importancia de los factores socioambientales en el comienzo de los patrones de conducta, los adolescentes no responden automáticamente a los factores socioambientales, sino que toman sus decisiones personales sobre la adopción o no de una conducta en particular.
- 3) El tercer principio señala que el comportamiento de los adolescentes no solo recibe la influencia de los factores personales y socioambientales, sino que influye en ellos. Esta influencia simultánea se denomina “determinismo recíproco” y señala que el cambio es un componente que afecta a los demás componentes sociales (OPS 2008 pág. 110).

El cambio de estas actitudes están vinculados al concepto de **autoeficacia** (Ops, 2008), es decir, si bien los actores están influenciados por factores socioambientales, sus conductas estarán determinadas por la percepción de su propia capacidad para realizar desafíos o adoptar conductas saludables. Es por esto que todo tipo de diagnóstico o tratamiento que se establezca en esta área debe necesariamente implicar la autonomía y decisión del sujeto en la adopción de modelos de conducta positiva o negativa, concretándose de esta forma una dinámica interesante en la relación sujeto-red. Estos postulados de Bandura tuvieron una fuerte influencia para la investigación de los aspectos sociales de la enfermedad mental.

Sin embargo, y a pesar de la influencia de la teoría social cognitiva, la investigación sobre los aspectos sociales de la esquizofrenia tiene sus inicios en la década de los 60.

Tolsdorf y Solokovsky dentro del campo de la sociología de la salud mental, estudian el papel de las redes sociales como redes de apoyo social en caso de crisis del paciente con esquizofrenia, estos autores postulaban que las personas con esquizofrenia que poseían redes sociales fuertes, tenían mayor apoyo en caso de crisis y traía efectos terapéuticos positivos para la integración del paciente. Por su parte, Solokovsky en 1982 da un nuevo giro a la

investigación de redes sociales, al enfocarse en la problemática desde el punto de vista cualitativo, es decir centrando su análisis en la calidad, los recursos y la información transmitida por los autores y la influencia de esta interacción en personas con esquizofrenia.

3. Alfred Schütz y la Teoría de la Intersubjetividad.

Alfred Schütz (1899-1959) fue un sociólogo y filósofo austriaco, representante de la fenomenología en las ciencias sociales, el cual desarrolló extensamente la teoría de la intersubjetividad del mundo social. En un principio, su teoría nace como una vaga respuesta a los planteamientos teóricos del estructural funcionalismo norteamericano, sin embargo, con el desarrollo y sistematización de este pensamiento Schütz se convierte en una figura central para entender el análisis sociológico de la acción social, ya que su teoría aboga por el “retorno” del actor como centro del análisis para la comprensión del mundo social, Schütz toma del pensamiento weberiano el concepto de *Verstehen* (Comprensión) y coincide con el autor alemán en el retorno a la pregunta por el sentido de la acción, para este autor el énfasis, por tanto, no se encuentra ni en el sistema social ni en las relaciones funcionales que se dan en la vida en sociedad, sino en la interpretación de los significados (*Lebenswelt*) y las acciones e interacciones de los sujetos sociales, del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas compartidas por los sujetos (Rizo, 2005).

El aporte teórico de Schütz se inscribe en el debate entre el funcionalismo de Merton y Parsons y las teorías que ponen como elemento central de la vida social al sujeto como actor, como el constructivismo o el interaccionismo simbólico, incluso la teoría de Schütz nace precisamente de una crítica al actor social en el funcionalismo:

“Los investigadores de la teoría social admiten que fenómenos tales como la nación, el gobierno, el mercado los precios, la religión, el arte la ciencia remiten a las actividades de otros seres humanos inteligentes, para quienes constituyen el mundo de la vida social (...) sostienen, sin embargo, que para describir o explicar los hechos de este mundo social no estamos obligados a volver a las actividades subjetivas de dichos alter egos y a sus correlatos (...) afirman que los especialistas de las ciencias sociales pueden y deben limitarse a expresar lo que este mundo significa para ellos, dejando de lado lo que significa para quienes actúan dentro de este mundo social, con la seguridad con la que nos permite nuestra veracidad científica; describamos y analicemos estos hechos, agrupémoslos en categorías adecuadas y estudiemos las regularidades de forma y desarrollo que de ellas surjan,

llegaremos así a un sistema de las ciencias sociales, descubriendo los principios básicos del mundo social” (Schütz 1974,pág 19).

Esta extensa cita nos sirve como referencia al punto de partido inicial del análisis intersubjetivo, para el autor este nace a partir de la necesidad de reducir el nivel de abstracción de los métodos y categorías analíticas de las ciencias sociales a un nivel más concreto, es decir, traer de retorno la subjetividad y las (inter) subjetividades como herramienta válida de conocer la realidad social a nivel micro sociológico, para la teoría de la acción planteada por Schütz, el punto de vista subjetivo debe ser mantenido en todo su vigor, ya que de lo contrario la teoría carece de todo constructo básico: el elemento que remite al mundo de la vida y la experiencia cotidiana.

Pero naturalmente el actor vive en sociedad y su acción se justifica a través de la experiencia con el otro; por lo tanto su conocimiento, su experiencia de vida, su aprendizaje y su realización personal, en fin todo lo que caracteriza su propia personalidad esta interrelacionado con los demás.

Schütz concibe las relaciones sociales a partir de redes de interacción social, en esta red mi experiencia de mundo se justifica y se corrige mediante la experiencia de los otros, esos otros con quienes me interrelacionan conocimientos, tareas y sufrimientos comunes, el mundo es interpretado como el posible campo de acción de todos nosotros (Schütz, 1974).

Schütz trata de construir una sociología de la vida cotidiana, la cuál a través de sus propias lógicas rescate el mundo de vida de los actores involucrados y busque los motivos de sus acciones.

3.1 Intersubjetividad, mundos de vida y relaciones sociales en Schütz: La construcción de la sociología fenomenológica.

A partir de estos tres conceptos Alfred Schütz comienza a articular la teoría de las relaciones sociales desde la sociología fenomenológica, sin duda alguna la intersubjetividad es el núcleo central de la forma en que se desarrollan las relaciones sociales.

La intersubjetividad en su acepción más básica, es la construcción de significados compartidos por la gente en sus interacciones, y utilizado como un recurso cotidiano para interpretar el significado de los elementos de la vida cultural y social. Si la gente comparte el sentido común, entonces comparte una definición de la situación, para el autor, al existir una relación social, existe un “nosotros” compartido que permite que esa relación sea posible

“El nosotros nace de una relación recíproca, de la contemporaneidad y las experiencias vividas por los sujetos, las cuales tienen cierta relación recíproca, soy yo quien interpreta las palabras como signos en un contexto objetivo de sentido y como indicaciones de sus intenciones subjetivas, dentro de la relación nosotros interpreto directamente a mi semejante y su conciencia”. (Schütz 1974, pág. 33)

Sin embargo, la relación social no es en sí misma la construcción de todo el mundo social, esta no “flota” en la inmanencia de la relación cara a cara o de la transmisión de la información, al contrario del individualismo radical de Blumer quien plantea que no existen estructuras, sino solo conductas individuales, Schütz posiciona las relaciones sociales intersubjetivas en una estructura determinada por la construcción del mundo común: los mundos de vida:

“El mundo de la vida cotidiana es el ámbito de la realidad en el cual el hombre participa continuamente en formas que son, al mismo tiempo, inevitables y pautadas. El mundo de la vida cotidiana es la región de la realidad en que el hombre puede intervenir y que puede modificar mientras opera en ella mediante su organismo animado (...) sólo dentro de este ámbito podemos ser comprendidos por nuestros semejantes, y sólo en él podemos actuar junto con ellos” (Schütz, 1977: 25).

Para la sociología fenomenológica, el mundo es experiencia compartida del nosotros, por lo tanto:

“la interacción social- caracterizada en todas sus formas por un entrelazamiento de los motivos del actor tiene un papel descolante si se produce en situaciones cara a cara. La configuración motivacional de las acciones de mi semejante, así como su comportamiento manifiesto, se integra en la experiencia común del nosotros” (Schütz 1974, pág. 46),

4. Interaccionismo Simbólico: Énfasis en las relaciones entre Individuos para una Sociología de la vida cotidiana.

Otras de las teorías que tiene como elemento central al individuo relacionado subjetivamente con otros es el interaccionismo simbólico.

Los antecedentes de esta teoría social se encuentran en los estudios realizados por George Herbert Mead, quien es considerado el padre del Interaccionismo simbólico (Alexander, 2000) y uno de los fundadores de la psicología social, su pensamiento se sitúa en la corriente de la

sociología fenomenológica y tiene como antecesoras en el estudio de la comunicación interpersonal, los aportes de la sociología interpretativa o comprensiva iniciada por Max Weber con su teoría sobre la acción.

El centro de interés de Mead radicaba en cómo la mente y el concepto de “sí mismo” del individuo (self) emerge de las interacciones con “otros” que son significativos, a través de un proceso social. Pone especial atención en cómo el proceso del *sí mismo* es constituido a través de la mente, la cognición y el lenguaje (Mead & Garza Guzmán 2003), de esta forma los procesos cognitivos, el aprendizaje y las experiencias sociales se basan en estos tres elementos.

Sin embargo, quien acuñó el término interaccionismo simbólico en 1958 fue Herbert Blumer, quien postulaba una posición individualista radical de la realidad social (Alexander. J, 2000) restando importancia a los factores estructurales con poca influencia sobre los vínculos sociales que este pueda llegar a establecer, Blumer pretende enlazar la interpretación con la interacción individual o concreta, el individuo tiene que construir y guiar su acción en vez de limitarse a liberarla en respuesta a factores que influyen sobre él, Blumer postula que bajo el concepto de *autoindicación* el actor tiene independencia para configurar su mundo (Blumer en Alexander. J 2000).

Esta fue una posición que encendió el debate teórico entre el estructuralismo y el incipiente individualismo, una de las críticas más potentes a Blumer fue la inexistencia de una estructura social que englobara a los sujetos que actúan dentro de la sociedad, si la sociedad está compuesta solo por individuos que interactúan entre ellos: ¿cómo se explica el surgimiento de instituciones sociales objetivas, como el estado, la nación o el mercado?, ¿existe algún espacio social donde los individuos puedan construir algo más allá que relaciones sociales?

Erving Goffman (1922-1982), caracterizó de forma magistral el espacio social donde se situaban las relaciones sociales, dándole una importancia central a la interacción entre los individuos y el espacio en el cual se sitúan, la importancia de Goffman para la microsociología

es capital, ya que investigó profundamente la interacción y las instituciones sociales, en situaciones límites (tales como los psiquiátricos, los cuales son descritos brillantemente en su libro *internados* de 1954), Para Goffman, el verdadero carácter de las relaciones microsociales se encontraba justamente en estos límites o “situaciones incómodas”, donde se quiebran los parámetros de conductas socialmente regularizados y los actores como en una obra de teatro sin guion son obligados a improvisar nuevas pautas de comportamiento frente a los demás (Joseph 1999).

4.1 Interacción, relaciones sociales e intercambio.

La Obra de Goffman está dedicada a analizar las interacciones dadas entre individuos, por interacción entendemos lo que ocurre cuando al menos dos individuos se encuentran uno en presencia del otro (Goffman en Nizet, 2000). La interacción cara a cara es el elemento central de la sociología desarrollada por Goffman, ya que tiene carácter recíproca y emergente, es decir, existe intercambio de información, afecto, pautas de conducta, etc. Sin embargo, esta relación cara a cara no es directa entre individuos, es decir, los sujetos no se presentan a sí mismos de forma real en todas las relaciones sociales, sino que ejercen roles dependiendo de la relación que establece en ese momento. Para Goffman la consistencia de los lazos se organiza alrededor de regiones de significación con reglas de pertinencia que circunscriben las interacciones (Joseph,2000), esta arena simbólica tiene como participe a los individuos que se relacionan entre ellos para Goffman la importancia de esas interacciones no está en los motivos que posean los individuos para relacionarse, sino en la forma en que esta interacción se da de manera lingüística y expresiva, más allá de buscar los motivos de la acción, el autor analiza los mecanismos mediante los cuales esta interacción se convierte en acción expresiva de los sujetos que participan en dicha relación social.

Debido a esto, para Goffman la mejor forma de describir las relaciones sociales, es justamente donde en las situaciones incómodas para los sujetos, donde existe una ruptura del orden interaccional convenido o esperado:

“al centralizar su atención sobre las situaciones de extranjería y de incomodidad típicas de los contactos entre poblaciones y culturas diferentes el estudio de las interacciones que propone Goffman examina la vulnerabilidad y pertinencia de las convenciones locales” (Joseph 1999, pág. 17).

Por último con respecto a la personalidad del individuo, esta no es puramente individual, sino que :

“esta construida según los distintos grupos sociales cuya opinión sea para el pertinente para el grupo social al cual pertenece” (Goffman en Joseph, 1999 pág. 50).

A continuación nos adentraremos de lleno a la discusión bibliográfica, a fin de averiguar la forma en que estos elementos relacionan y podemos configurar un marco de discusión teórica para darle sentido a la investigación y el trabajo en terreno.

5. Discusión Bibliográfica

5.1 Estado del Arte.

La emergencia de estudios con respecto a la relación entre redes sociales y la esquizofrenia surge a mediados de los años 80, con la diversificación de los estudios de redes sociales a otros campos de las ciencias sociales, como dijimos anteriormente, gracias al influjo de autores como Solokovsky y Toldorsf en la sociología de la salud, el análisis de redes se convirtió en un enfoque teórico válido para analizar las problemáticas de la realidad social. La mayoría de las investigaciones sobre redes sociales realizadas con personas que padecen esquizofrenia son análisis de redes estructuradas de relaciones a partir del individuo estudiado (redes egocéntricas), destacando el aporte de tres autores Toldorsf, Cohen y Solokovsky.

Toldorsf en 1976 realizó un estudio donde analizaba el papel de las redes sociales de personas con esquizofrenia, llegando a diversas conclusiones:

- 1) Las personas con esquizofrenia poseen redes sociales más densas, es decir, más pequeñas, de mayor cercanía y menos abierta a la interacción con otras redes.

- 2) Luego de la primera crisis se produce la ruptura de las redes sociales con respecto al individuo, al primer año de padecer la enfermedad los contactos sociales disminuyen considerablemente.
- 3) Estas redes están formadas en su mayor parte por familiares y amigos cercanos.
(Toldorsf & Lemoz Giraldes, 1990).

Toldorsf Cohen y Solokovsky coinciden en que la forma en que se establecía la relaciones entre personas con esquizofrenia y su red social era a partir de relaciones uniplex (es decir relaciones monodirigidas desde la red hacia el sujeto), en contraste con las personas que no tenían esta condición que tendían a desarrollar relaciones multiplex (Toldorsf,1978) (Solokovsky 1978), (Cohen,1981)

Con respecto a la función de la red social Solokovsky estudió a sujetos con esquizofrenia luego de haber salido de una internación psiquiátrica relativamente prolongada (Aproximadamente de 6 meses), luego a la conclusión de que individuos con redes sociales más densas y abiertas, tenían una recuperación más rápida, salían de mejor forma de las crisis psicóticas, sus tiempos de internación eran menores y con el paso de los años, (Comprobado a través de un estudio longitudinal de cinco años),sus redes sociales tendían a crecer (Solokovsky en Bravo Ortiz, 2000).

Dentro de este mismo ámbito de investigación, resaltando los aspectos cualitativos de la investigación en redes, Breuer y Strauss encontraron a través de entrevistas semiestructuradas a pacientes que egresaban de internaciones psiquiátricas, cuales eran las funciones de la red social que consideraban más valiosas durante el periodo post-hospitalario y fueron cinco:

“Ventilación: simplemente hablar y expresar emociones como medio de reducir la ansiedad y sentirse mejor.

Comprobación de la realidad: como medio para distinguir y mantener claramente los límites entre la realidad y las distorsiones psicóticas.

Aprobación en Integración social: que refuerza su sentimiento de pertenencia al grupo social.

Apoyo material: prestamos de dinero, alojamiento transporte etc.

Solución de problemas: Discusión de sus problemas y planificación del futuro en conjunto.” (Breuer y Strauss en Lemoz Giraldes 1990, pág. 128).

Como vemos los análisis de redes y los estudios de relaciones sociales en personas con esquizofrenia, analizan fuertemente los aspectos sociales de la enfermedad, ofrecen perspectivas sumamente interesantes de la red a nivel estructural y de la función de la red social como soporte, lo que abre un campo de investigación de gran interés para la sociología de la salud.

Sin embargo, estudios como los de Cohen o Solokovsky, según Francisco Martínez tienen la tendencia a mitificar el carácter terapéutico o positivo en perspectiva de recursos y de apoyo social que pueden brindar las redes sociales (Martínez, 2000), debido a que la mayoría de estos estudios provienen de la psiquiatría comunitaria y remiten al apoyo social prestado por la red en caso de crisis.

Debido a este enfoque terapéutico de las redes sociales, el análisis se debilita por tres razones:

- 1) En primer lugar se pierde la perspectiva del sujeto afectado por la enfermedad con respecto a las propias redes de las que forma parte, analizando su papel como el de un actor pasivo e influenciado por las decisiones que tome su red social mínima con respecto a su propia vida.
- 2) Gran parte de estas investigaciones son análisis estructurales de redes, que si bien están basados en el estudio de redes egocéntricas, (cantidad de sujetos que posee la red, vínculos, nodos, influencia etc.) de las personas con esquizofrenia, no profundizan en la percepción del sujeto con respecto a los efectos negativos o positivos que pueda causar la red en su proceso de integración social y laboral.
- 3) La mayor cantidad de los estudios que hemos citados, le dan poca cabida a la integración sociolaboral del sujeto y la capacidad de empleabilidad que tenga la red para facilitar este proceso, es decir, al capital social estructural y cognoscitivo que es capaz de generar dicha red de nodos interconectados.

Estudios recientes demuestran que la red social como soporte social no solo provee apoyo, sino que también provoca conflictos y efectos negativos en la persona con esquizofrenia miembros de la red, esto estructuralmente no es demostrable, pero si se analiza en profundidad la percepción del sujeto con esquizofrenia con respecto a la interacción que se produce entre el y las redes sociales, la perspectiva de la red como proveedora de soporte social puramente positivo en lo afectivo y en lo laboral, los resultados varían.

5.2 Conflictos en la interacción sujeto-red.

Lemoz Giraldes valora la importancia de la red social como el primer paso para conseguir el apoyo social en personas con esquizofrenia, este autor toma la definición de red social de Wellman entendida como un conjunto de lazos y relaciones de distinto tipo, en la medida que este tipo de lazos proveen apoyo afectivo, informativo o económico se convierten en redes de soporte social (Lemoz, 1990).

Sin embargo, el autor hace una revisión bibliográfica de estudios donde las redes sociales pueden cumplir funciones ambivalentes y que sus efectos positivos y negativos están poco claros, para esto toma el esquema conceptual de House quien establece dos estructuras distintas dentro de las relaciones sociales de los sujetos (Integración/ aislamiento y red social) y tres procesos sociales dados dentro de esa red (regulación y control social, demandas y conflictos sociales y soporte social), para estos autores:

“el soporte social es solo una de las cualidades o funciones que se derivan de establecer lazos sociales y hace referencia a los contenidos positivos y supuestamente potenciales de un estado de bienestar o salud; la demandas y los conflictos relacionales se refieren a los aspectos negativos que podrían ser deletéreos para la salud y la regulación y el control social que pueden ejercer las relaciones sociales, pudiendo derivarse del mismo resultados positivos o negativos para la salud en función del tipo de conducta que sea afectada” (House en Lemoz Giraldes, 1990, pág. 119, 120) .

De esta manera, encontramos diferencias de enfoques en el papel de las redes sociales, en las redes no solo existe intercambios positivos, afecto, respaldo y soporte frente a crisis, sino que también pueden existir intentos de control sobre las actividades de la persona que padece la enfermedad, factores de stress para el sujeto, opiniones encontradas frente al tema de la

reinserción laboral y visiones negativas acentuadas por una enfermedad que está marcada por el estigma y la ruptura de los lazos sociales.

Es por eso que también hay que dejar en claro que “cantidad” de lazos en las redes sociales no es “calidad” de lazos sociales (Martínez, 2000), la visión estructural del análisis de redes investiga a fondo los alcances de una red social, pero da poca importancia al tipo de información, recursos y calidad de apoyo que da esta red, vale decir que dentro de estos estudios de redes tampoco existe una diferenciación entre los distintos niveles ni de los tipos de redes, ya que estas pueden ser de tipo formal, informal, institucionalizadas, desinstitucionalizadas, enfocadas a la reinserción laboral o de apoyo al sujeto, para comprender la problemática de mejor forma utilizaremos la clasificación hecha por la Organización Panamericana de la Salud de su manual del 2008 acerca de la promoción de conductas saludables.

A partir de la discusión bibliográfica podemos generar una base teórica adecuada para la investigación, enfocado para poder generar una relación adecuada entre los elementos pertenecientes a la teoría y al trabajo práctico. A continuación veremos el marco de análisis.

6. Marco de Análisis de la investigación: Redes sociales, Intersubjetividad e Interaccionismo Simbólico.

Antes de seguir adelante es necesario precisar algunos puntos sobre el enfoque elegido para analizar la problemática de mejor forma a través de la síntesis de las distintas posturas teóricas utilizadas a través del marco teórico.

6.1 Definición de Red Social y enfoque de analítico de redes a utilizar.

Para efectos de esta investigación tomaremos la definición conceptual de red social de Barnes quien definió las redes sociales como “el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se prestan ayudas recíprocas” (Barnes & Martínez, 2000, pág. 42), sin

embargo, este marco analítico posee su propia conceptualización para entender las problemáticas sociales asociadas al cuidado de la salud mental.

La definición de los distintos tipos de red existentes, la función que cumplen y el tipo de información que proveen será tomada del manual de la Organización Panamericana de la Salud llamada: *“Jóvenes Opciones y Cambios: promoción de conductas saludable en los adolescentes”* el cual provee un marco analítico adecuado para comprender el alcance que tienen las redes sociales en la intervención sociocomunitaria en problemas asociados a la salud mental.

La elección por el marco analítico de redes que se extrae de este manual tiene relación con la gran actualidad de el mismo , debido a que fue publicado en 2008, y por lo tanto contiene la ultima tendencia teórico-investigativas para comprender la forma en que se concibe el tema de las redes sociales en el cuidado de la salud mental, ya no desde el clásico modelo de la internación y rehabilitación del paciente en instituciones cerradas como psiquiátricos , sino que se privilegia la recuperación del paciente con su entorno cercano, esto si bien es un avance con respecto a la problemática de la salud mental, plantea nuevas interrogantes acerca del rol de las redes sociales y el peso que tienen para el sujeto con esquizofrenia en su proceso de integración social, desde un enfoque de intervención sociocomunitaria.

Según la publicación de la Organización Panamericana de la Salud *“Jóvenes Opciones y Cambios: promoción de conductas saludable en los adolescentes”*:

“El concepto de Red Social es un marco analítico para comprender las relaciones existentes entre los miembros de diversos sistemas sociales, la red social es definida como la red de relaciones sociales que tiene a la persona como centro, es la estructura por medio la cual puede brindarse apoyo social” (OPS 2008, pág. 125).

La red provee cuatro tipos principales de apoyo social:

Apoyo emocional: Provee amor, cuidados y empatía

Apoyo instrumental: provee ayuda o servicios

Apoyo informativo: Provee información, consejos y sugerencias

Apoyo Valorativo: Provee información útil para la autoevaluación, como comentarios constructivos, afirmación de creencias y comparación social. (OPS, 2008).

El análisis de esta investigación estará centrada sobretodo en los dos primeros tipos de apoyo, el apoyo emocional y el apoyo instrumental, ya que son estos elementos que tienen mayor peso en la toma de decisiones o en una visión positiva o negativa de la reinserción Sociolaboral de personas con esquizofrenia.

6.2 Inserción Laboral, Capital Social y Esquizofrenia: la potencialidad de la red en términos concretos.

Complementario a esto, nos interesa ver el acceso al capital social con el que cuentan los miembros de la red social del sujeto para de esta forma facilitar su entrada al mundo laboral o académico. Bourdieu definió capital social como:

“la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos, se trata aquí de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo” (Bourdieu 1999 Pág. 148).

Investigaciones actuales en salud han incorporado el capital social como un elemento importante para la integración sociolaboral de personas con enfermedades mentales severas.

Pilar Mondaca (2004) en un artículo aparecido en la revista de psiquiatría y salud mental de Chile, inserta el concepto de capital social dividiendo sus elementos en dos tipos:

“el capital estructural que proviene de estructuras y organizaciones sociales y el capital cognoscitivo que consiste en estados psicológicos o emocionales. El primero facilita la acción colectiva mutuamente beneficiosa y el segundo predispone a la gente a dicha acción”. (Mondaca,2004 pág 228).

Esta definición de capital social, dividida entre capital estructural y cognitivo es interesante para evaluar la potencialidad de la red en términos concretos, ya que si bien una red puede proporcionar mucho bienestar afectivo a un sujeto, quizás no tenga la capacidad real de generar los elementos necesarios para posibilitar la integración del individuo en una empresa o en un trabajo no protegido. Es importante dejar claro que en la problemática de la interacción entre las redes sociales y el sujeto con esquizofrenia distinguimos estas dos dimensiones:

1) Las percepciones del sujeto y su red social acerca del proceso de integración sociolaboral del sujeto afectado por la enfermedad y como esta se traduce en conductas proactivas frente al tema de la inserción sociolaboral.

2) El acceso a capital social (diferenciado entre estructural y cognoscitivo) que tengan los miembros de la red social mínima del sujeto para contribuir en su propia integración, ya que no solo es fundamental el apoyo afectivo o material, sino también el acceso a recursos que estas redes pueden proveer al sujeto, este tópico pertenece exclusivamente al ámbito relacional de la perspectiva de redes en salud (Bravo Ortiz 2003).

Configuración de la Red.

En lo que respecta a la configuración de la red el manual de la OPS considera dos tipos de propiedades de las redes sociales:

Las propiedades estructurales: Amplitud, dispersión geográfica, homogeneidad, vinculación, densidad, posibilidad de alcance, grado. Las propiedades estructurales se refieren exclusivamente a la forma que posee la red, pero trata de manera somera la interacción y los efectos de esta en los miembros de la red.

Las Propiedades relacionales: Frecuencia, duración, intimidad o intensidad, simetría, reciprocidad, multiplejidad, complejidad.

Las propiedades relacionales basan su análisis en la interacción o vínculos que se produce entre dos nodos o sujetos en una relación, más que profundizar en los métodos e información estructural acerca de la red en sí misma, se centra en explicar las relaciones, conflictos, problemáticas y efectos en los individuos derivadas de la interacción de las redes. Para efectos de esta investigación utilizaremos como enfoque analítico la **“Perspectiva Relacional de redes”** (Granovetter,1984) (Lozares,2000), en la perspectiva relacional las acciones son consideradas solamente en la medida que expresen relaciones conjuntas entre dos entidades o actores. Las relaciones no son una característica intrínseca de cada parte tomada aisladamente

sino una propiedad emergente de la conexión o ligazón entre unidades de observación, los comportamientos se construyen en interacción con los demás y, por lo tanto, están fuertemente influenciadas por las redes de relaciones directas en las que se mueven los sujetos (Goyette 2005).

El estudio estará marcado por esta mirada analítica de la interacción de las relaciones sociales, tomando en cuenta el peso que puede tener los vínculos que establece el individuo en su red, en conductas proactivas para su reinserción laboral o educacional.

Dentro del análisis de redes existen tres métodos posibles para enfocar la problemática estudiada:

A) El método Antropológico: utiliza sobre todo la descripción cualitativa de las redes, a través de la observación de la realización de largas entrevistas abiertas. Su meta no es solo definir las cualidades conductuales de las ligazones sociales, sino también comprender su significado simbólico a nivel cultural. Autores como E. Bott, Garrison, o Solokovsky han utilizado esta metodología.

B) El método socio-psicológico: centra el análisis de las redes sociales considerando sobre todo su aspecto estructural (tamaño de la red, frecuencia de las interacciones, tipo de actividades que realizan, contexto, homogeneidad o heterogeneidad, multiplicidad, designación de individuos a los que el sujeto atribuye primariamente las funciones de soporte)

C) El método clínico-epidemiológico: que ha utilizado tanto entrevistas en las que se describían características estructurales y funcionales de la red, como cuestionarios autoadministrados en los que se recogen medidas cualitativas que evalúan la percepción que el sujeto tiene de sus soportes. (Bravo Ortiz, 2003) Para efectos de esta investigación, utilizaremos el método antropológico para analizar de forma cualitativa las interacciones dadas entre la red social y el sujeto con esquizofrenia, creemos que este enfoque permite descubrir

los conflictos, las tensiones, las percepciones negativas y positivas que posean los sujetos con respecto al peso de su red en su propia toma de decisiones.

7. Conceptualización.

La conceptualización es importante para sentar las bases de la forma en que son entendidos y utilizados los conceptos claves de la investigación, es así como, definir los conceptos claves que dan pauta a la investigación y la raíz teórica que le da origen a estos conceptos es central para cualquier investigación sociológica.

Interacción: La interacción es entendida como el proceso de comunicación de dos o más sujetos, el cual tiene efectos directos en la acción o en los motivos de estos (Schütz 1974). La interacción marca de manera sustancial la acción del actor, ya que es a través de esta donde el actor define sus pautas de acción, toma decisiones con respecto a su propia vida y tiene conflictos con los demás, desde la perspectiva de Goffman, la interacción cara a cara es el elemento central de las relaciones sociales de los individuos en lo cotidiano (Goffman 1959), la interacción no es vista como forzada por los motivos, sino que es descrita como una acción expresiva, la cual tiene efectos positivos o negativos en la comunicación entre dos sujetos.

Red Social: La red social es definida en su acepción más básica como:

“el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se prestan ayudas recíprocas” (Barnes en Martínez, 2000, pág 54),

a esta definición hay que agregarle la conceptualización dada por la Organización Panamericana de la Salud donde define la red social como:

“la red de relaciones sociales que tiene a la persona como centro, es la estructura por medio de la cual puede brindarse apoyo social” (Ops, 2008, pág. 125).

Esquizofrenia: La esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son

experimentados en presencia de conciencia clara y generalmente capacidad intelectual conservada (DSM IV, 2005) complementario a esto, la enfermedad se encuentran en el manual oficial de diagnóstico de enfermedades mentales de la salud llamado DSM IV cruzada por aspectos sociales que la enfermedad tienen para el individuo, conceptualizados bajo el término de *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral) (DSM IV 2005), como vemos, los aspectos sociales de la enfermedad han ganado espacio incluso dentro de la propia sintomatología de la enfermedad, lo que le da mayor relevancia a la investigación y la importancia social que tiene la enfermedad para el individuo y su familia.

Integración sociolaboral: Es la participación de las personas con discapacidad en la vida corriente de la comunidad, a través de la actividad productiva, teniendo la capacidad, el deseo y la oportunidad (www.Fonadis.cl).

Intersubjetividad: Término acuñado por Alfred Schütz, el cual concibe las relaciones sociales como red de relaciones, donde los sujetos basan sus acciones y toman decisiones de acuerdo a las relaciones que estos establezcan con sus semejantes (Schütz, 1974), en este sentido la subjetividad y el sentido de la acción no depende solo del individuo, sino de las relaciones sociales y las redes a la que este pertenece.

Capital social: Entenderemos el capital social como la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos, se trata aquí de la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo .

CAPITULO 3
Marco metodológico.

1. Tipo de estudio.

El tipo de estudio se refiere a los alcances de la investigación en términos de la profundidad del análisis y los alcances y limitaciones que el estudio presenta en términos concretos.

El tipo de estudio en esta investigación es Descriptivo-exploratorio, ya que

“su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o de la situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos para la prueba de hipótesis” (Rojas Soriano, 2000, pág. 42).

La investigación se encuentra dentro de este ámbito, ya que si bien existen antecedentes de investigaciones que relacionan las redes sociales de personas con esquizofrenia con integración social, estos análisis son estructurales y de tipo cuantitativo, en este sentido analizar las redes de forma cualitativa, es un campo de la sociología de la salud poco explorado, teniendo como único antecedente los estudios de Solokovsky (1978), el objetivo de esta investigación es servir de base para estudios que profundicen en la caracterización de las redes sociales en enfermedades que tienen aspectos sociales problemáticos o que están marcados por fenómenos como la exclusión o el estigma lo cual hace que estas personas vivan en condiciones vulnerables, tales como la esquizofrenia o el VIH.

1.2 Tipo de diseño.

El tipo de diseño de esta investigación es **cualitativo**, ya que nos interesa analizar, las percepciones del sujeto con esquizofrenia con respecto a su red, y también las tensiones, los mensajes, los conflictos y los estímulos positivos y negativos transmitidos a través de la red.

Complementario a esto, es un diseño **no experimental**, ya que las variables de la investigación y los sujetos no son sometidos a experimentación ni a control, sino que la problemática será estudiada en su realidad concreta.

Es **transversal** porque analiza un corte espacio - temporal de la realidad social, en este caso un momento de la relación entre las redes sociales y las personas con esquizofrenia, el estudio es

exploratorio, por lo tanto no ahonda de manera sustancial en la relación entre variable ni en la profundidad de ésta, por lo que se justifica la opción por la transversalidad en el diseño.

Es **Proyectado**, pese a que el trabajo de campo se realiza con un respaldo teórico y analítico detrás, tiene elementos emergentes, el diseño puede variar si se encuentran otras variables que pueden influir en el diseño de investigación y recolección de datos que fueron consideradas en el inicio de la investigación.

2. Universo y Muestra.

2.1 Universo.

Personas con esquizofrenia paranoide, medicamente compensados, y su Red social mínima (familias y amigos cercanos) de la comuna de Viña del Mar y Valparaíso.

Criterio de selección del Universo: el criterio de inclusión del universo, tiene que ver con la elección de un solo tipo de Esquizofrenia diagnosticada (La esquizofrenia paranoide), la cuál según el manual DSM IV es el tipo de esquizofrenia que produce menos deterioro cognitivo, y por lo tanto brinda mayores oportunidades al sujeto de integrarse sociolaboralmente.

El criterio de exclusión tiene relación con la gravedad del deterioro cognitivo que hagan muy difícil la recolección de información a través del método escogido (en este caso entrevista), y sumado a esto, las personas que sufren otro tipo de esquizofrenia más graves tienen un deterioro cognitivo más rápido, por lo que con respecto al tema de su inserción sociolaboral los aspectos psicológicos de la enfermedad tienen un mayor peso que los aspectos sociales de la enfermedad.

El criterio de Inclusión para la red social mínima: al ser las personas más cercanas, estas pueden ejercer un mayor peso en la relación con el sujeto dentro de la red social.

Tipo de Muestreo: No probabilístico, intencional ya que la muestra no es seleccionada al azar, sino que es seleccionada para efectos de la investigación cualitativa.

Criterio de selección: por conveniencia debido a que participo regularmente en organizaciones que tratan la problemática de la integración sociolaboral de personas con esquizofrenia como por ejemplo AVUSAM y la corporación Carlos Bresky.

2.2 Muestra.

Personas con esquizofrenia paranoide de 20 a 45 años, medicamente compensados que participen en redes secundarias y su red social mínima.

Tamaño Muestral.

10 Personas con esquizofrenia paranoide de 20 a 45 años, medicamente compensados de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

1 grupo de discusión con personas pertenecientes a la red social mínima de las personas con esquizofrenia paranoide de 20 a 45 años compensados medicamente de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

3. Técnica de Producción de Datos.

Las técnicas de producción de datos a utilizar serán dos: La entrevista semi-estructurada para las personas con esquizofrenia paranoide en la primera fase del trabajo de campo, y los grupos de discusión para las personas que pertenezcan a su red social mínima en una segunda fase.

La entrevista semiestructurada es una técnica adecuada para esta investigación porque como técnica los resultados se basan en cuatro criterios básicos para la investigación:

“1) **No dirección:** tratar de que la mayoría de las respuestas sean espontaneas o libres, en vez de forzadas o inducidas.

2) **Especificidad:** debe poner de manifiesto los elementos específicos que determinan el efecto o significado de un acontecimiento para el entrevistado

3) **Amplitud:** Indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto.

4) **Profundidad y contexto personal:** la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica” (Valles, 2000, pág 185).

La entrevista semiestructurada permite una pauta de preguntas, pero recoger las opiniones, sentimientos y profundizar en otros temas que el sujeto agregue al relato, pero que no hubiesen

estado considerados en la pauta inicial de entrevistas, es por esto que el uso de esta técnica debe tener un buen equilibrio entre el nivel de apertura y el nivel de cierre.

En relación con el tema de investigación que es analizar el peso de la red social en la integración sociolaboral de personas con esquizofrenia paranoide la entrevista semiestructurada es una efectiva técnica de producción de datos, ya que por un lado se concentra en un tema específico (los efectos de la red social en la integración sociolaboral) pero por otro lado permite captar la percepción del individuo sobre la red, los efectos negativos y positivos de esta y como el sujeto con esquizofrenia se siente respecto al apoyo dado. Este proceso dentro de la técnica es llamado inspección retrospectiva (U. Flick, 2004), y permite una riqueza mayor del relato del individuo, ya que no evalúa lo efectos del problema en términos superficiales como bueno / malo, agradable/desagradable, sino que centra en las experiencias subjetivas de la gente expuesta a la situación (Valles ,1999).Con respecto al análisis de la red social primaria del sujeto utilizaremos la técnica del grupo de discusión, ya que nos interesa descubrir los discursos, los conflictos y las tensiones que se dan en la interacción entre el sujeto con esquizofrenia, según Canales

“el grupo de discusión produce un discurso que puede entenderse como la puesta en habla de la lengua social que comparten los sujetos que forman el grupo” (Canales, 2004, pág. 268).

Para la investigación se eligió esta técnica por razones de índole práctico y teórico:

1) Debido a la cantidad de entrevistas semiestructuradas que se pretenden hacer, es sumamente difícil y demoraría mucho tiempo, entrevistar por separado a cada miembro de importancia de la red de cada entrevistado, es por esto, que aglomerar a los miembros de cada red de los sujetos es más factibles si se elabora una buena lista de tópicos para abarcar la problemática.

2) No todos los tipos de interacciones, ni relaciones familiares y de amistad son iguales, en relación al sujeto que sufre la enfermedad, por eso, creo que los desacuerdos en torno al problema de investigación, son mucho más apreciables con esta técnica que con el Focus Group o la encuesta.

La cantidad de entrevistas y grupos de discusión quedaría configurada de esta forma: 10 Entrevistas semi-estructuradas a personas con esquizofrenia paranoide, entre 20 y 45 años pertenecientes a la comuna de Viña del Mar y Valparaíso.

1 grupo de discusión de personas pertenecientes a la red social primaria y red primaria externa de los sujetos con esquizofrenia paranoide, medicamente compensada, perteneciente a la comuna de Viña del Mar y Valparaíso.

3.1 Técnica de análisis de datos.

La técnica para el análisis de los datos cualitativos a utilizar es el análisis de contenido, consideramos este tipo de análisis como el más conveniente para entender de ya que se preocupa de analizar “el carácter expresivo de la acción humana a través del lenguaje”, esto es importante porque según el autor el uso de expresiones viene a

“ser el instrumento que vehicula nuestra capacidad de establecer relaciones intersubjetivas, y son estas relaciones las que hacen posible la interacción social, cabe afirmar que las expresiones constituyen el tejido propio de la vida social.” (Navarro, 1999, pág. 178).

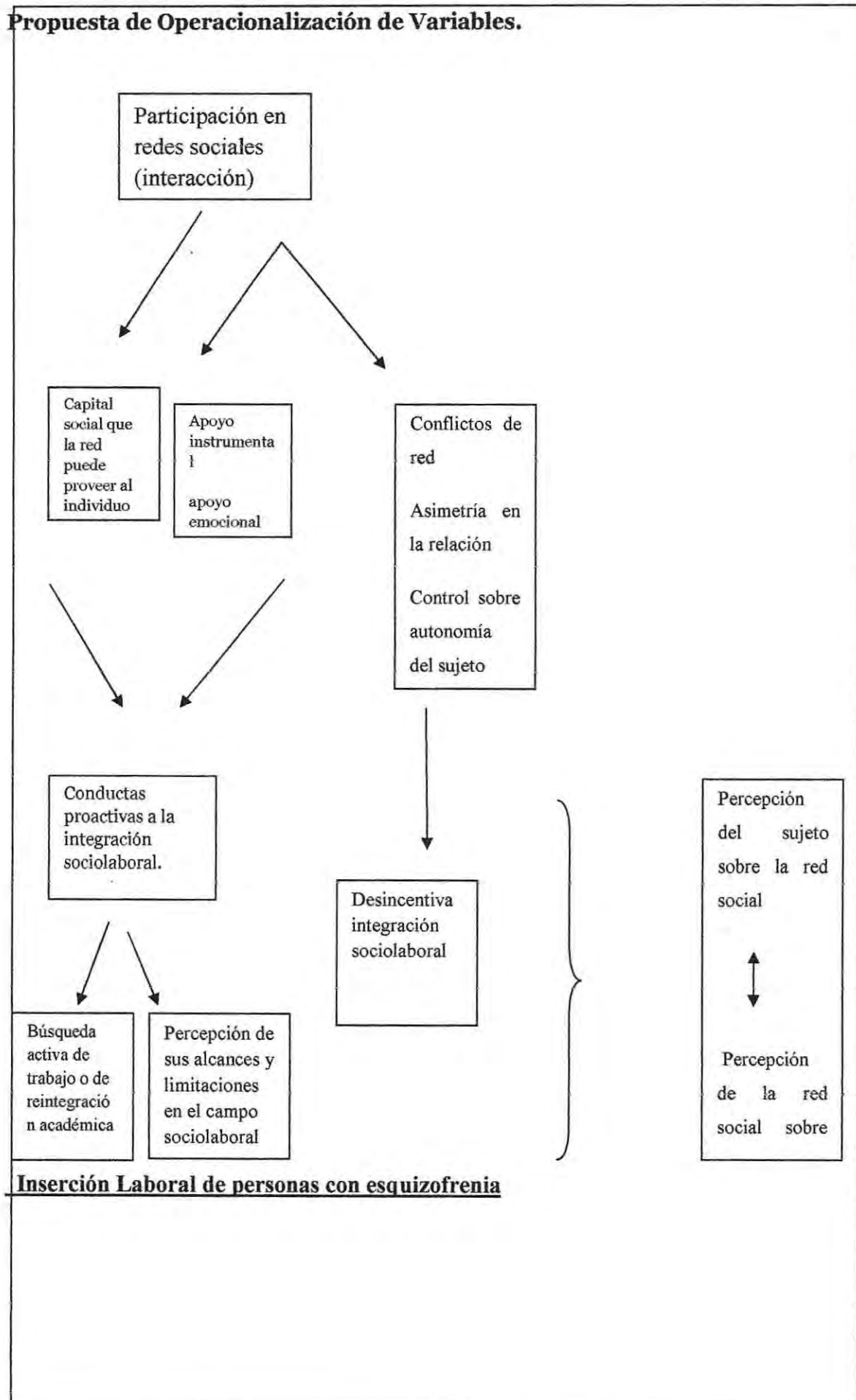
En este sentido, pensamos que la interacción entre las redes sociales y el sujeto con esquizofrenia puede analizarse de mejor forma a través de las expresiones que reflejen los aspectos más importantes de las relaciones intersubjetivas que establezcan los individuos, a través de un proceso de codificación se señalaran los elementos más importantes y relevantes para el problema de investigación.

El corpus textual utilizado dentro del análisis de contenido puede ser recopilado o producido (Navarro, 1999), en este caso se producirán los datos a través de las entrevistas semiestructuradas y el grupo de discusión. Por último, la estrategia de análisis que guiará el uso de la técnica es extensiva, es decir, centrarse en pocos elementos y lograr a través de estos un tratamiento exhaustivo, completo y preciso (Navarro, 1999), debido a la cantidad de entrevistas que pretendemos realizar necesitamos un criterio más amplio y menos detallista, para de esta forma abordar metodológicamente bien el problema de investigación. A

continuación, veremos un esquema en la forma en que las variables se relacionan de cara a la configuración del análisis.

4. Propuesta de Operacionalización de Variables.

Cuadro 2: Operacionalización de variables



Inserción Laboral de personas con esquizofrenia

5. Calidad del Diseño.

La calidad del diseño de la investigación será evaluada por los dos criterios de evaluación que plantea Valles:

Criterio de Credibilidad: en esta investigación se procura la elección de la técnica no solo tiene que ver con la validez externa de instrumento, sino también con la opción de la metodológica acordada al problema de investigación planteado.

Criterio de Dependibilidad: se facilitará para quien lo requiera, los documentos elaborados y utilizados durante la investigación: pautas de entrevistas, transcripciones y todo tipo de instrumento que permita seguir el rastro del trabajo intelectual del Investigador (Valles, 2000, pág. 104).

El criterio de credibilidad aplicado a esta investigación, procura una revisión continua de las referencias bibliográficas de la investigación, con el fin de revisar si estos autores son acordes al problema y tienen cierto renombre dentro del área a investigar.

Por su parte, el criterio de dependibilidad es central para la investigación, ya que al facilitar los instrumentos utilizados durante la investigación a un conocimiento experto (como académicos o especialistas en el área) evita errores de malas interpretaciones de los resultados, o errores en la propia construcción del instrumento.

5.1 Condiciones Éticas.

El estudio garantiza el anonimato de los entrevistados, reserva de identidad en todo momento, consentimiento informado a la hora de participar en la entrevista y la posibilidad de no contestar a las preguntas del entrevistador si siente incomodidad en algún momento. Se les explicará los alcances y limitaciones de la investigación y no se le prometerán soluciones o alcances que el estudio no puede cumplir. Por último el estudio le garantiza al entrevistado la posibilidad de abandonarlo cuando el lo requiera. Después del estudio los entrevistados pueden acceder a la información y el análisis con total libertad cuando ellos lo necesiten.

CAPITULO 4

Análisis y resultados parte 1

Sujeto y esquizofrenia.

1. Presentación del Trabajo de Campo: Producción y Levantamiento de Datos.

El análisis que rige esta investigación, se deriva de un trabajo de campo que tuvo dos fases distintas pero no excluyentes: en la primera fase se aplicaron entrevistas semiestructuradas a los sujetos con esquizofrenia paranoide compensada, para de esta forma analizar como estos percibían de manera positiva o negativa la influencia sus redes sociales en su proceso de integración sociolaboral.

La segunda fase del trabajo de campo, se desarrolla a partir de un grupo de discusión hecho con familiares de los entrevistados con el fin de contrastar las visiones del sujeto y de sus redes sociales en torno al tema. Si bien la utilización de dos instrumentos cualitativos reviste una mayor complejidad no solo en el levantamiento de los datos, sino también en el análisis de los mismos, creemos que para efectos de esta investigación estas dos técnicas eran totalmente necesarias para una mayor comprensión del tema.

Para efectos de una mayor claridad en los datos presentados es importante describir la forma en que estos fueron recogidos y sistematizados durante el trabajo de campo.

1.1 Descripción de la primera fase del trabajo de campo.

El foco del trabajo de campo de esta investigación, en la primera etapa, estuvo centrado en la producción de entrevistas semiestructuradas a personas con Esquizofrenia paranoide medicamente compensadas dentro del rango etario de 20 y 45 años.

Estas entrevistas fueron realizadas entre Octubre del 2009 y Julio del 2010, buscando intencionadamente en la muestra cierta heterogeneidad en torno a lugares de encuentro y

trayectorias de vida laboral, para de esta forma no generar una saturación prematura de la información.

Tabla 1: Distribución de la Muestra en las Entrevistas Semiestructuradas a Sujetos con Esquizofrenia Paranoide Medicamente Compensada.

Entrevistas Semiestructuradas				
Nº	Nombre	Descripción	Situación Laboral	Red Secundaria
1	P.A	Hombre de 45 Años.	Desempleado.	Hospital Diurno de Recreo.
2	J	Hombre de 32 Años.	Trabajo temporal Capacitación Técnica Instituto Ed Superior	AVUSAM (Asociación Viña Usuarios Salud Mental)
3	J.C.T	Hombre de 45 años.	Desempleado	AVUSAM (Asociación Viña Usuarios Salud Mental)
4	C.A	Hombre de 37 años	Trabajo Informal.	Centro Cultural Radio Diferencia.
5	R.O	Hombre de 38 años	Desempleado.	Centro Cultural Radio Diferencia.
6	R.M	Hombre de 23 años.	Desempleado	Centro Cultural Radio Diferencia.
7	D.R	Hombre de 25 años	Estudiante Universitario	Ninguna.
8	M.B	Mujer de 50 años ¹	Trabajo Protegido	Corporación Carlos Bresky
9	M.C	Hombre de 50 años ²	Empleo no protegido Junior y Guardia de edificio	Corporación Bresky
10	J.M	Hombre de 40 años	Empleo protegido	Corporación Bresky

¹ Si bien Inicialmente se planteo que la muestra debía cumplir con el criterio etario de 20 a 45 años, estos dos casos eran particularmente interesantes debido a que los sujetos a entrevistar poseían larga experiencia laboral las cuales eran significativas y podían ser un elemento mayor peso que solamente la edad, sumado a esto son sujetos que se mantenían trabajando el primero en un empleo protegido y el segundo en un empleo formal no protegido.

² Idem

De esta forma los entrevistados provienen de centros culturales comunitarios como la radio diferencia que funciona en el hospital el Salvador, centros de integración comunitarios y talleres protegidos como la corporación Carlos Bresky, asociaciones de usuarios como Avusam (Asociación Viña Usuarios de Salud Mental) o simplemente personas que no tenían ningún vínculo con este tipo de instituciones.

A estas instituciones de reinserción, centros culturales o centros diurnos los denominaremos red social secundaria debido al rol desempeñado en la reinserción sociolaboral del sujeto.

Estas organizaciones sociales agrupadas bajo el concepto de red social secundaria, poseen notables diferencias en torno a su misión y visión como colectivo, si bien todas tienen como elemento central la reinserción social del individuo, sus métodos y formas de trabajos son totalmente distintos, algunas tienen funciones más terapéuticas como la corporación Bresky ,otras ejercen actividades de difusión cultural y recreación como la radio Diferencia y por último AVUSAM es una agrupación de familiares y usuarios que se enfoca en la defensa de los derechos sociales y de realización personal de sus miembros.

Generar esta diferenciación es clave no solo para dar cuenta de los alcances y limitaciones de cada una de estas instituciones en el proceso de reinserción sociolaboral del individuo, sino también la forma en la que el sujeto se identifica con la institución a la que pertenece, como veremos en el análisis la dinámica de las instituciones ejercen influencia sobre el sujeto en su propia motivación para reinsertarse sociolaboralmente.

A continuación, revisaremos las categorías principales de la primera etapa de nuestra investigación que nos permiten analizar la problemática de las redes sociales y el sujeto con mayor claridad.

2. Categorías de Análisis.

La construcción de los temas y categorías aquí presentadas, comienzan con el proceso de codificación, entendido como la unidad primaria del análisis. La codificación condensa el grueso de nuestros datos en unidades analizables, creando categorías a partir de ellos, en este sentido, tomando como referencia el libro de Amanda Coffey y Paul Atkinson *“Encontrar el sentido a los Datos Cualitativos”* (2005) la codificación no puede concebirse solo como un proceso aislado del análisis o como una mera síntesis de nuestros datos de campo o materia prima como investigadores cualitativos, sino que debe ser conceptualizada como:

“el vínculo decisivo entre “los datos brutos”, o sea, la materia textual tal como transcripciones, entrevistas, notas de campo por un lado y los conceptos teóricos del investigador por el otro” (Coffey & Atkinson 2005, pág 46) .

A partir de esta cita entendemos que la codificación es la génesis de un proceso mucho más amplio: este tipo singular de reducción de los datos brutos a través de códigos, debe ser pensada en como la puerta de entrada del análisis y la interpretación de los datos recogidos en el trabajo de campo.

Para efectos de esta investigación, entendemos la función de la codificación a partir de sus tres operaciones principales, la codificación como mecanismo heurístico nos permite:

“A) Darnos cuentas de fenómenos relevantes.

B) Recoger ejemplos de aquellos fenómenos.

C) Analizar aquellos fenómenos a fin de encontrar lo común, lo diferente, los patrones y estructuras

(Coffey & Atkinson 2005, pág 48)”

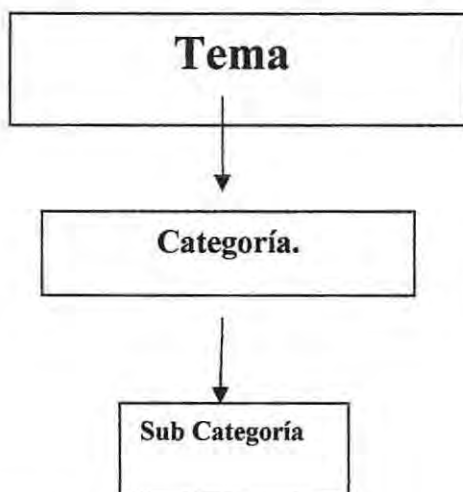
El proceso de codificación en nuestra investigación apunta hacia categorías que permitan generar un análisis vinculante entre los objetivos de investigación planteados y los lineamientos teóricos que rigen la investigación.

2.1 Temas Categorías Sub categorías.

A continuación, revisaremos los temas y categorías generadas a partir de la sistematización y reducción de los datos derivados del proceso de codificación, entendido como una herramienta analítica que se debe usar para expandir, transformar y re conceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas (Coffey&Atkitson 2005).

Para efectos de una mayor comprensión de la sistematización realizada, dividimos los temas y sus respectivas categorías en tres matrices que permiten visualizar de mejor manera el vínculo existente entre el **tema** (entendido como el concepto teórico que se vincula directamente con los objetivos de investigación), las **categorías** que emanan del tema principal, y que contienen a la **subcategoría** (entendida como la unidad mínima de análisis y que procede directamente del proceso de codificación).

Esquema 1: Esquema primario de análisis de los datos.



Fuente: Elaboración propia.

Es a partir de este esquema primario que entendemos el vínculo necesario entre los objetivos de investigación, la teoría que sirve como guía de todo el proceso y el trabajo de campo, entendido como la instancia práctica que nos permite no solo dar respuesta a la pregunta de investigación, sino también generar nuevas ideas en torno a la problemática de el peso de las redes sociales en la reinserción sociolaboral de personas con esquizofrenia.

Tabla 2: Esquizofrenia Categoría y Sub categorías.

Tema 1	Categoría.	Sub Categoría.
1)Esquizofrenia	<p>A) Descripción de la enfermedad por el sujeto y relato del momento del diagnóstico.</p>	<p>A1) Autopercepción de la enfermedad: La forma como el sujeto define su propia enfermedad(patológica, metafórica, descriptiva)</p> <p>A2)Descripción de la actividad académica o laboral pre crisis: Relato del sujeto en torno a su propia situación académica y laboral antes de la enfermedad y como se vio afectado por ella</p> <p>A3) Diagnóstico: La forma en que el sujeto relata su diagnóstico y tratamiento y como este afecta o cambia de manera significativa su vida.</p> <p>A4) Autoimagen: Descripción del sujeto en la interacción con sus redes sociales y a su propia acción frente a los demás.</p>
	<p>B) Caracterización de la enfermedad como limitante social o laboral.</p>	<p>B1) Enfermedad como limitante social: Cada vez que el sujeto señala la enfermedad como un impedimento que le impida relacionarse socialmente con otros.</p> <p>B2)Enfermedad como limitante laboral: Cada vez que el sujeto señala a la enfermedad o al tratamiento de esta misma como un elemento que lo limite en el campo laboral.</p> <p>B3) Enfermedad como limitante educacional: Cada vez que el sujeto señale a la enfermedad o al tratamiento de esta misma como un elemento que lo limite</p>

	<p>C) Categoría: motivación para insertarse educacional o laboralmente.</p>	<p>educacionalmente hablando.</p> <p>B4) Adicciones: problemas de adicciones que los sujetos hayan tenido y que hayan afectado negativamente su vinculación con las redes sociales disponibles.</p> <p>C1) Motivación a trabajar: Es cuando el sujeto manifiesta positiva o negativamente a la inserción laboral a pesar de su condición.</p> <p>C2) Motivación a estudiar: Es cuando el sujeto manifiesta positiva o negativamente a la inserción académica a pesar de su condición.</p> <p>C3) Acciones Concretas Inserción: La forma en que el sujeto utiliza sus recursos personales y de la red de forma concreta para insertarse sociolaboralmente.</p>
--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

La primera matriz de análisis toma como gran tema conceptual la esquizofrenia, no solo entendida desde su significado clínico – psiquiátrico, el cuál esta profundamente analizado y tipologizado desde aquella primera conceptualización de Bleuler a principios del Siglo 20, sino como una enfermedad que posee consecuencias sociales profundas para el individuo a nivel social, tales como la ruptura de sus lazos sociales, perdida del trabajo o interrupción de su carrera académica.

Durante los últimos años las consecuencias sociales de la enfermedad han cobrado tal importancia que el “Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales” de la Asociación de Psiquiatría Americana (conocido comúnmente como DSM IV) agregó a la

sintomatología de la enfermedad la disfunción social laboral entendida de esta forma: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno, o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral (DSM IV 2005).

3. Esquizofrenia: Aspectos sociales de la enfermedad desde la visión del sujeto.

De acuerdo a lo planteado anteriormente, la esquizofrenia se caracteriza por poseer un fuerte componente social, el cuál ha sido denominado por varios autores como los aspectos sociales de la enfermedad (Chuaqui 2001) (Bravo Ortiz 1999), (Toldorsf 1982), las categorías generadas a partir del trabajo de campo apuntan hacia esa dirección, ya que el objetivo general de la investigación es: describir la interacción entre el sujeto con esquizofrenia y sus redes sociales, y cuales son los efectos positivos o negativos, como impulsor o inhibidor de prácticas del sujeto efectivas para el proceso de integración sociolaboral, para personas de las comuna de Viña del Mar y Valparaíso.

El primer elemento importante para la descripción de las interacciones entre el sujeto y su red social, es analizar como el sujeto describe la enfermedad y sus efectos en relación a sus vínculos sociales y a su propia inserción sociolaboral.

A) Descripción de la enfermedad por el sujeto y relato del momento del diagnóstico.

Esta primera categoría es un elemento central para entender la forma en que se desarrollan los vínculos sociales del sujeto a partir de la manifestación de los primeros signos de la enfermedad, recordemos que una de las consecuencias sociales más importantes de la esquizofrenia es la ruptura de sus vínculos sociales y el progresivo aislamiento de sus miembros, lo que genera dificultades severas para el sujeto al afrontar el mundo laboral o académico, (Chuaqui 2001) (Ruiz Jiménez & Partido & Anchía & Peón, 2008).

Dicho quiebre de los vínculos sociales no es automático, sino un proceso progresivo a medida de que la enfermedad se hace más latente en su sintomatología. Es necesario recalcar la importancia de esta ruptura primigenia de dichos vínculos sociales, ya que como veremos en el análisis inciden profundamente en la interacción que los sujetos con sus redes sociales y en sus trayectorias de vida laboral y académica, puesto que los primeros síntomas de la enfermedad se manifiestan entre los 18 y los 23 años, es decir, en plena etapa de inserción laboral o en el caso de aquellos que estaban estudiando de ingreso a la educación superior o técnica profesional.

Como elemento inicial dentro de esta categoría profundizaremos en la percepción del sujeto acerca de su propia enfermedad, debido a que los antecedentes investigativos revisados para esta investigación analizaban el papel del mismo como un actor pasivo e influenciado que no tenía autonomía ni una postura crítica frente a las decisiones que tomaba la red social primaria con respecto a su propia vida.

A1) Autopercepción de la enfermedad: Entendemos la autopercepción del sujeto con respecto a la esquizofrenia como la forma en la que el sujeto define su propia enfermedad.

Desde el punto de vista de la sociología fenomenológica planteada por Schütz, la interpretación del individuo frente al fenómeno a partir de su subjetividad tiene incidencia no solo la forma en que este afronta dicho fenómeno, sino como dicho fenómeno se manifiesta desde el sujeto en la interacción con los demás (Schütz, 1974).

Naturalmente y a pesar de que la esquizofrenia tenga rasgos bien definidos, los sujetos interpretan de manera subjetiva la enfermedad y sus consecuencias.

Dentro de la investigación encontramos 3 grandes formas de definir la esquizofrenia a través del sujeto: **Patológica, descriptiva y metafórica.**

Patológica: Es cuando el sujeto define la enfermedad a partir de sus rasgos más característicos, poniendo énfasis en los aspectos científicos y psiquiátricos de esta, se trata de

una descripción sumamente fiel a la forma en que la enfermedad es definida desde la psiquiatría.

“Es una patología, es una perturbación de la mente que puede basarse, ya sea en ilusiones ópticas y auditivas, no tiene cura, no hay un tratamiento aún, pero se puede mantener a la persona estable, compensada, ya sea por medio de fármacos, psicofármacos u otras terapias, ya sea por terapias ocupacionales o actividades extra programáticas como deportes”.

R.O Entrevista Nro 5 Párrafo 11

Descriptiva: El sujeto define de manera literal su enfermedad a través de los síntomas que esta produce, en esta segunda forma de percibir la enfermedad no existe una representación fiel de lo que la enfermedad es a través de un lenguaje psiquiátrico o patológico, sino que la enfermedad se construye a partir de los efectos que causa y la forma en las que el sujeto percibe dichos efectos:

“Dicen que uno escucha voces, que uno se pone agresivo, que se comporta como un sujeto malo y todo eso, y también que no sabis del día, de la hora y estai mal, como que te hace falta que alguien mida tu fuerza, por ejemplo cuando llegan descompensados no miden su fuerza y se presenta como un peligro para los que están con ellos, pero cuando los esquizofrénicos están compensados, son personas tranquilas”.

R.M Entrevista Nro 6, párrafo 11

“Bueno es una enfermedad mental, a veces un poquito media pesadita nomas, porque a veces para realizarse como persona, la truncan a uno por la enfermedad, la encuentran como que es incapaz para ejecutar otras actividades, o otras responsabilidades”.

M.B Entrevista Nro 8, párrafo 13

Es interesante analizar como en este tipo de definición descriptiva se genera a partir del otro, nace de la interacción del sujeto con sus redes sociales, también apreciamos en ambas citas la potente influencia del medio en la percepción de la enfermedad y en los efectos negativos de esta, cuando el sujeto se refiere a que la enfermedad lo “trunca” para realizarse personalmente en relación a otros, lo que podría generar una falta de motivación de inserción laboral debido a esta percepción.

Metafórica: Es quizás la percepción más interesante de las tres en cuanto a su contenido, el sujeto no describe de manera fiel la patología o centra su definición en los síntomas de manera descriptiva, sino que a partir de la utilización de metáforas define la enfermedad.

A partir de las citas se desprenden dos tipos de Metáforas en torno a los efectos de la enfermedad:

1) La Enfermedad como un Virus: esta metáfora relaciona la enfermedad como un “virus”, una peste, algo catastrófico que se manifiesta de manera repentina y recae sobre el individuo de manera totalizante, abarcando todos los aspectos de su vida.

“Es como un virus silencioso que ataca, es algo que uno no sabe si es realidad o es mentira, es como una peste, yo la considero como una peste, porque uno no se da cuenta hasta que siente los síntomas, o otra persona le dice o te dicen tal cosa, porque a veces una pasa de la fantasía a la realidad en fracciones de segundo o viceversa de la realidad a la fantasía”.

P.A entrevista nro 1, párrafo 13

La imagen del virus no solo tiene relación a una percepción catastrófica y sumamente negativa de la enfermedad, sino también compara sus efectos con una enfermedad “incurable”, que sitúa al sujeto en un estado de confusión e incertidumbre respecto a sí mismo y a los demás.

2) La metáfora del túnel sin salida: es decir, la enfermedad como un camino tortuoso y poco claro, dotada de muchos elementos oscuros e inentendibles para el sujeto que la padece, túnel que al mismo tiempo rompe los lazos sociales del individuo con su entorno.

“Es como una confusión, una confusión que uno tiene, como le decía la otra vez a un amigo, como un túnel, y al fondo se ve una luz, pero no se ve tampoco, se ve y no se ve, depende de la circunstancias, es un túnel a oscuras, para mí no es tan así porque he tenidos buenos momentos y malos momentos.”

M.C Entrevista Nro 9, párrafo 21

“Uff una cuestión totalmente desagradable, te corroe por todos lados, no te deja escapar, no te deja pensar, no te deja desinhibirte, te reprime, es una cuestión súper extraña, yo nunca pensé que iba a estar en este estado, bueno ahora estoy mucho mejor pero cuando me vino la primera crisis, cuando detonó esta cuestión, yo nunca pensé que iba a tener un cambio tan brusco”.

J.M Entrevista Nro 10, párrafo 13

Como hemos visto en el libro de análisis cualitativo hecho por Coffey & Atkinson, el uso de las metáforas es revelador, ya que estas :

“se fundamentan en un conocimiento social compartido (...) las metáforas expresan valores específicos, identidades colectivas, conocimiento compartido y vocabularios comunes” (Coffey&Atkinson 2005, Pág 118).

En este sentido, las metáforas en relación a la enfermedad tratan de señalar la angustia que provoca la enfermedad y sus efectos en el individuo, un peso que de alguna manera influencia sus acciones, es por eso que la forma que adopte la percepción de la enfermedad para el sujeto

ya sea patológica, descriptiva o metafórica tiene repercusión en la motivación del sujeto a insertarse sociolaboralmente.

A continuación, revisaremos dos sub categorías que podríamos denominar situacionales, ya que describen en primer lugar la actividad académica o laboral del sujeto antes de la primera crisis y en segundo lugar el diagnóstico.

A2) Descripción de la actividad académica o laboral pre crisis: Esta sub categoría se refiere al relato del sujeto en torno a su propia situación académica y laboral antes de su primera crisis y como este se vio afectado por ella.

Este tópico es importante para analizar la forma en que se produce la ruptura de los proyectos de vida de los sujetos con la irrupción del primer brote psicótico y de esta forma comparar como afectaron los efectos de la enfermedad en el ingreso al mundo laboral o académico.

A partir de las entrevistas realizadas vemos que existen diversas trayectorias laborales y académicas de los sujetos antes de la crisis, podemos distinguir dos grupos bien definidos en torno a esta categoría.

1) Interrupción total o parcial de la carrera debido a la enfermedad: Aquellos sujetos que vieron interrumpidas sus trayectorias laborales y académicas a raíz de la primera crisis y vinculan directamente el surgimiento de la enfermedad con procesos significativos dentro de sus vidas con algunas situaciones traumáticas, tales como accidentes, peak de stress en sus lugares de trabajo o el nacimiento de su primer hijo, es decir, a partir de su propia subjetividad relacionan directamente factores ambientales importantes con la aparición de la esquizofrenia en sus vidas como veremos a continuación:

“En el año 82, cuando estaba haciendo el servicio militar, tenía como 19 años , si, tenía mi enseñanza media completa yo salí de cuarto a los 18 años, yo me fui a Iquique con 18 años y meses, no, mi intención era seguir una carrera , pero como habían problemas limítrofes en ese tiempo, me tuve que ir, yo ya estaba inscrito, por que mi papá me dijo que hiciera lo que correspondía. yo considero que lo mío se desarrolló por un accidente que tuve en campaña, nos dimos vuelta, me caí me rompí el cráneo y perdí el conocimiento como por 4 o 5 minutos, eso no se aviso ni nada, fuimos varios compañeros.”

P.A Entrevista Nro 1. párrafo 21

“En la empresa Olivetti, que tenían unos computadores que eran para programas de contabilidad, se llamaban audi 5 con tarjeta magnética, la contabilidad se la dejaba lista a los clientes y se manejaban por tarjetas y cartolas, y bueno en esa época estaba muy aislado ahí también, también el jefe de ahí el mandamás del departamento de computación me pasa un libro grande que tuvo que “mamarme” yo solo así que estaba con mucho stress, tomaba café como condenado, cigarro como condenado, hasta que un día sencillamente no me pude levantar, un stress extremo, fue fuerte, estaba en la casa y se me tensaron todos los músculos, rigidez del cuerpo, desesperación y ahí empezó todo, se me manifiesta la esquizofrenia”.

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 23

Yo empecé a trabajar a los 15 años, ahí estaba sana si yo, me vino como a los 42 años la esquizofrenia, Fue con el nacimiento de mi hija, ahí como que se me “pelaron los cables” en otros términos.

Entrevista Nro 8 M.B, párrafo 21

2) Carrera Laboral o Académica sin Interrupción debido a la enfermedad: Por otro lado existe otro grupo minoritario el cuál no vio afectado de manera significativa su trayectoria laboral o académica con la aparición de la enfermedad, es decir, compatibilizaron de una forma positiva el surgimiento de la enfermedad con sus proyectos profesionales y académicos:

“En esa época estaba estudiando pedagogía en Historia en Santiago, luego entré a estudiar Filosofía, y de ahí cuando entré acá y empecé a vivir solo empezó a pasar todo esto, paulatinamente, obviamente iba junto con la terapia, no fue abandonarla.”

Entrevista Nro 7 D.R, párrafo 34

“Tuve que dejar de estudiar, pero termine la escuela, mal mal pero la termine, mi familia fue a ver cuando a la licenciatura”

J Entrevista Nro 2, párrafo 53

“Lo mismo que ahora, comercio. por menor. Frutas creo que vendía, en la feria.”

C.A Entrevista Nro 4, párrafo 39

Si bien estos sujetos reconocen dificultades en la consecución de sus objetivos, su inserción sociolaboral no se vio afectada por la enfermedad, por lo que luego del diagnóstico continuaron estudiando o trabajando en lo mismo que los ocupaba antes del surgimiento de la primera crisis.

Generar esta diferenciación es importante para el análisis, ya que la interrupción de la trayectoria laboral o académica debido a la enfermedad provoca consecuencias para el sujeto, no solo en términos motivacionales, sino materiales, ya que este se encuentra en una posición

de desventaja frente a aquel que no se vio afectado de manera sustancial por la enfermedad y pudo continuar generando lazos sociales importantes en términos académicos o laborales.

Por otra parte aparece un elemento de enorme importancia y que no fue considerado en una primera instancia para esta investigación: El diagnóstico de la enfermedad y como este es informado al sujeto, a partir del trabajo de campo y de las reflexiones previas al análisis tomamos la decisión de incluirlo dentro de la investigación como elemento emergente debido a la influencia que tuvo para los sujetos en sus trayectorias de vida.

A3) Diagnóstico: Una de las características de la esquizofrenia es que es una enfermedad de difícil diagnóstico, muchos sujetos no son diagnosticados de manera correcta desde su primera crisis, tomando tratamientos que no son adecuados para ellos, por lo cual tienen el riesgo de descompensación, generando mayores conflictos entre el sujeto y su grupo familiar(Chuaqui, 2001), es por eso que un diagnóstico correcto o incorrecto puede tener efectos profundos no solo para la inserción socio laboral del sujeto sino que también provocar situaciones de conflictos y stress para las familias, desconcertados al no tener claridad sobre la enfermedad y los pasos a seguir con el individuo que sufre el trastorno.

A continuación veremos algunos elementos que refuerzan esta tesis de la relación directa que existe entre el diagnóstico y los aspectos sociales de la esquizofrenia.

“Fui diagnosticado en el año 96, ahí ya estaba peor, escuchaba voces, me quedaba encerrado, con la luz apagada, en ese tiempo mi hermana trabajaba en el hospital, le conté lo que me pasaba y ella me dijo uhh son síntomas de esquizofrenia, saque hora con el doctor y de inmediato me mandaron al hospital, estuve un tiempo con medicamentos, pero los deje porque seguí sintiéndome mal y mande todo a la mugre nomás, anduve un tiempo afuera del país , viaje trabaje, volví, seguía con lo mío, pero ya duraba poco en los trabajos porque era poco tolerante, no toleraba que me gritaran, que me mandaran de mala forma, que me quisiera hacer leso, era explosivo, y algo en la cabeza que me decía que tenía que atacar, que me estaban haciendo daño”

Entrevista Nro 1 P.A, párrafo 53

Este caso es particularmente significativo, ya que el sujeto fue diagnosticado con esquizofrenia 14 años después de su primera crisis, lo que claramente significó una ruptura profunda de sus vínculos sociales y le generó profundos problemas en su inserción laboral, teniendo este una trayectoria laboral más bien discontinua.

Naturalmente no podemos ejercer toda la responsabilidad de la ruptura de sus vínculos sociales y conflictos con sus redes a un mal diagnóstico de la enfermedad, pero el ejemplo anterior evidencia como este incide de manera directa en los aspectos sociales de la enfermedad y complejiza aún más los síntomas de la misma, ya que el individuo al estar descompensado genera una serie de situaciones conflictivas que acentúan aún más los aspectos negativos de la propia enfermedad.

Veamos un par de ejemplos que refuerzan esta idea:

“Me empecé a tratar al tiro, pero los psiquiatras de Mendoza me dijeron que era trastorno obsesivo compulsivo, y no era eso y lo único que hacían los psiquiatras era doparme nomás y quedaba planchado en la casa, todo el día en la cama”.

Entrevista Nro 2 J, párrafo 33

“Bueno te diré que la fobia social me surge durante toda la enseñanza media y la universidad, es decir, corro con ese problema. se me manifestó la enfermedad, quedo en la cama no me llevaron al medico, esto fue un poco el reflejo de lo que paso con mi madre, mi madre tampoco tuvo mucho tratamiento, entonces también pase por esto yo, no sabía lo que me pasaba.

Y después de dos años de estar en esta condición de estar en la cama fumando, de levantarse para comer sin aseo, sin nada una conocida me lleva al medico, y ahí me diagnostican esquizofrenia hebefrenica”.

Entrevista Nro 3 JCT, párrafo 23

Estos casos son especialmente dramáticos, ya que un mal diagnóstico derivó a aislar de manera profunda a los individuos, en el primero de los casos se diagnostica un trastorno obsesivo compulsivo y se receta un tratamiento respectivo específico para ese tipo de trastorno, sin embargo, esto genera una situación aún más negativa para el individuo que la propia enfermedad, el aislamiento y la ruptura de sus vínculos sociales, reduciendo al mínimo las posibilidades de reinserción sociolaboral.

Este aislamiento puede llegar a ser extremo como vemos en el caso de JCT, ya que este estuvo más de dos años en cama.

Es así como la importancia de un buen diagnóstico inicial no solo permite al individuo no sufrir la ruptura profunda de sus lazos sociales, sino que también tener una percepción más positiva respecto al trastorno y a su propia reinserción sociolaboral como lo veremos a continuación:

“Bueno la primera crisis no fue tan grave, porque mi hermana me llevó inmediatamente al psiquiatra, me “cacho”, yo le conté que sentía voces, que me sentía mal, la primera crisis no fue una crisis grande, porque me fue controlada “al tiro” con el medico, esa fue la ventaja que tengo yo con otras personas, no espere a ultima hora para ver si tenía problemas.”

M.C Entrevista Nro 9, párrafo 42

En esta cita vemos una percepción más positiva frente la primera crisis y su posterior diagnóstico, ya que este fue oportuno generando menos conflictos con sus redes sociales y abriendo de mejor forma las posibilidades de reinserción sociolaboral del individuo, como veremos más adelante esto se refleja de manera sustancial en la experiencia laboral de los sujetos. Debemos recordar, que la precaria situación sociolaboral de las personas con esquizofrenia en Chile no se explica por un solo fenómeno, al ser una enfermedad tan compleja en su tratamiento y diagnóstico es necesario analizar todos los factores que impiden al individuo mantener una interacción social positiva y reciproca con sus redes y acceder a un trabajo que le permita a su vez autonomía e independencia.

A4) Autoimagen: De acuerdo a los antecedentes teóricos planteados desde la sociología fenomenológica y el interaccionismo simbólico, la personalidad del individuo se construye a través de interacciones con el grupo social al cuál pertenece (Goffman 1997), a través de las interacciones que el individuo genera con sus redes sociales este se relaciona con el mundo y planea sus campos de acción a partir del aprendizaje intersubjetivo con un nosotros común

“ El nosotros nace de una relación reciproca, de la contemporaneidad y de las experiencias vividas por los sujetos, soy yo quien interpreta las palabras en un contexto objetivo de sentido y como indicaciones de sus intenciones subjetivas” (Schütz 1974, pág. 33).

Esta afirmación es aplicable en situaciones cotidianas, sin embargo, a partir de interacciones más complejas como las que se generan en la relación entre los sujetos con esquizofrenia y sus redes sociales surge la pregunta ¿Como se genera la autoimagen del sujeto a partir de sus propias experiencias de vida y relaciones con los demás?, y lo que es más importante ¿Como afecta esta autoimagen en la inserción sociolaboral del sujeto?

1) Autoimagen Defensiva de si mismo: Esta se genera a partir de los conflictos y los fenómenos de estigma que el sujeto ha vivido a partir de la enfermedad:

“Si yo tengo un problema mental, pero no soy tonto, no estoy limitado a pensar a actuar, derrepente hay algo como que se me cierra, pero yo estoy atento a todo.”

P.A Entrevista Nro 1, párrafo 76

Sin embargo, en este caso esa autodefensa sirve como motivación para el individuo para enfrentar nuevos desafíos en torno a su reinserción laboral, a pesar de estar consciente de las limitaciones que imponen no solo la enfermedad, sino también los aspectos sociales de esta como la vulnerabilidad laboral y el estigma.

“Yo creo que si me pongo una meta, me pongo un norte lo puedo lograr, pero no solamente depende de mi y de mi núcleo que me apoya, depende de terceras personas, que no están en este momento ni a mi alcance ni al alcance de las personas que sufren lo mismo que yo”.

P.A Entrevista Nro 1, párrafo 78

2) Autoimagen Negativa de si mismo: Existe otra posición que corresponde a una autoimagen negativa de si mismo, incluso se puede patentar cierta resignación por parte del sujeto frente a su situación generada a partir de los conflictos que ha tenido el mismo con sus redes sociales.

“Mi postura, yo tengo que seguir nomás porque mi ambiente social no me limita, ni me pongo depresivo, por las cagadas que hago, la he cagado tantas veces, que digo, tiene que pasar nomás”.

RM Entrevista Nro 6, párrafo 75

“No tomar partido por muchas cosas, por ejemplo ves tu, dios o no dios, gobierno o no gobierno, no escoger mi camino en la vida, entonces me he quedado en la nada.”

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 15

Esta visión negativa respecto a la autoimagen repercute en la propia motivación del sujeto a reinsertarse sociolaboralmente. Por ejemplo, mientras que P.A asiste regularmente a sus talleres de reinserción laboral y tiene una mayor disposición a buscar un empleo estable JCT y RM no se sienten motivados a trabajar y observan con mayor resignación su propia situación de vulnerabilidad, es por esto que debemos sumar a los factores ya analizados la autoimagen como un elemento importante a tomar en cuenta para inserción laboral del sujeto.

A continuación analizaremos la caracterización de la enfermedad como limitante social y laboral para los sujetos y como esta percepción repercute en su proceso de reinserción sociolaboral.

3.1 Esquizofrenia y trabajo: Alcances y limitaciones.

B) Caracterización de la enfermedad como limitante social o laboral.

Esta segunda categoría dentro del tema esquizofrenia apunta a definir los elementos que el sujeto considera limitantes de la enfermedad y que lo imposibilitan para desenvolverse con normalidad en el campo laboral o académico.

Recordemos que según diversos estudios, la patología de la enfermedad por si misma no produce una incapacidad real para enfrentar de manera exitosa el proceso de inserción sociolaboral, una evidencia es el alto porcentaje de personas que se encontraban en capacidad de desempeñar cualquier labor con normalidad en el estudio realizado en Chile por Chuaqui y Prieto 68% (Chuaqui & Prieto 2002) y el realizado por Ruiz Jiménez en España 81% (Ruiz, Jiménez 2009), estos datos ratifican la influencia de los aspectos sociales de la enfermedad y la percepción de estos por el sujeto como un elemento determinante en el éxito o el fracaso de la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia.

B1) Enfermedad como limitante social: Cuando hablamos de la enfermedad como limitante social, nos referimos a que el sujeto concibe la enfermedad como un elemento que impide que este desarrolle normalmente sus interacciones sociales, llevando a fenómenos como el aislamiento o la ruptura de sus lazos sociales debido a la enfermedad.

La enfermedad como limitante social es un elemento que afecta al sujeto de manera global, ya que si este le otorga un peso significativo a la enfermedad como un limitante en su vida cotidiana, también lo afectara a nivel laboral o académico:

“Fue duro porque me aislé de la gente y de la sociedad, me decía mi mamá anda a comprar un kilo de pan o una caja de te y no iba poh, no quería ir, me daba vergüenza”.

J Entrevista Nro 2, párrafo 29

“fue un cambio radical, porque yo antes hacía mis actividades, salía, estudiaba, a veces tenía mis pinches, mis copetes con mis amigos, pero después todo eso... se borró”.

M.C Entrevista Nro 9, párrafo 130

En estas citas vemos que uno de los elementos más fuertes de la enfermedad concebida como limitante es el aislamiento, es decir al producirse la ruptura de sus lazos sociales el sujeto queda aislado, dificultándole el vínculo no solo con su red social, sino también posibles vínculos sociales a concretarse a futuro.

Sin embargo no todos conciben a la enfermedad como un limitante social:

“No la encuentro como un limitante, porque es una condición, pero eso no quiere decir que sea una condición para todo, es decir, creo que si ya desde el momento en que existen herramientas de terapia, o grupos de autoayuda, o cualquiera de esas cosas, creo que si fuese un impedimento estaría totalmente implicado por la enfermedad.

D.R Entrevista Nro 7, párrafo 50

“No, porque puede haber autovalencia manejar dinero, ir a un evento, participar de una actividad, sin que sea acompañado por un tutor o un apoderado y que pueda desarrollar su trabajo o su terapia comúnmente, tranquilamente, pero bueno hay muchos que no pueden ser autovalentes, porque tienen otras patologías aparte de la esquizofrenia, que llevan a trastornos más emocionales”.

Entrevista nro 5, párrafo 31

Estos sujetos no le otorgan un peso tan importante a la enfermedad como limitante social, recalcando que el aislamiento, o la ruptura de vínculos sociales pueden ser superadas a través de la rehabilitación o a través del desarrollo de la autonomía del sujeto.

Sin embargo, que la enfermedad no sea considerada para el sujeto a nivel de sus interacciones sociales como un limitante, no significa que esta no pueda ser concebida como un impedimento laboral o académico, como veremos a continuación.

B2) Enfermedad como limitante laboral:

Al consultar a los entrevistados acerca de la enfermedad como limitante laboral, se visibilizaron dos categorías interesantes que son factores de gran influencia para explicar las aprehensiones de los individuos cuando enfrentan desafíos laborales.

A) Dificultades a causa de los efectos de la enfermedad: Es cuando la enfermedad y los efectos de esta inciden directamente como elementos que impiden o limitan el desarrollo sociolaboral del sujeto, generalmente esto sucede poco tiempo después de la primera crisis, donde el sujeto aún no cumple el tratamiento a cabalidad y son frecuentes las descompensaciones, lo que provoca conflictos en el entorno laboral del sujeto.

si, busqué trabajo, estuve trabajando como guardia de seguridad, era malo, porque me dedicaba a la violencia, era violento, no discutía, sino que a medida de que me iba pasando el tiempo sentía dolores me iba poniendo violento, para descargarme, de ahí comencé a alucinar, escuchaba voces, sentía pánico derrepente, me deprimía, comencé a tomar licor, drogas.

P.A Entrevista nro 1, párrafo 33

Aquí vemos como los efectos de la esquizofrenia en P.A influyeron de manera negativa no solo para su labor dentro de su trabajo, ya que el sujeto tuvo consecuencias a nivel social y personal debido sus frecuentes descompensaciones. Recordemos que P.A estuvo 12 años sin recibir tratamiento ni un diagnóstico preciso de la enfermedad, lo que a la larga desembocó en que la enfermedad se convirtiera en un limitante laboral.

B) Dificultades a Causa de la Labor: Cuando está compensando y sigue un tratamiento adecuado y constante el sujeto puede desarrollarse en su actividad laboral sin que los síntomas de la enfermedad se convierta en una limitación.

Sin embargo, existen ciertas dinámicas laborales, o situaciones de stress que puede llevar al sujeto que padece la enfermedad a renunciar o abandonar su trabajo por las presiones que este le genera.

"A mi me costaba sacar los filtros, llenar de aceite la caja, que el perno, y todo en menos de 5 minutos, porque se llenaba de clientes, la estación de servicio, porque el local era chico, no un lugar donde haya un gran garaje, son 3 podios y van pasando pasando y pasando, y la cola llegaba hasta como una cuadra más allá. Los fines de semana eran cruciales para mi porque entrabamos a las 9 de la mañana y salíamos a las 7 de la tarde. Y era duro, y es duro y es constante, entraban los camiones y eso ... a mi me estresaba, la presión psicológica me estresaba." M.C Entrevista Nro 9, párrafo 78

En este caso el sujeto trabajaba en un taller mecánico, el cuál abandonó debido al stress que este le generaba, lo que a largo plazo llevó a M.C a volver a un trabajo protegido dentro de una corporación y a elegir cargos y empleos de menor responsabilidad, los cuales demandaron menos presión para el individuo.

"ahora estoy haciendo un trabajo diferente, ya no estoy con los fierros, estoy trabajando en un lugar de junior, estafeta y cuidador de un edificio, trabajo sábado y Domingo como cuidador de un edificio, como nochera y como vigilante, pero sin gente, es un lugar de 3 pisos con oficinas, y en ese momento no va nadie a la empresa, y entonces yo salgo a fumar y no hago contacto casi con nadie, a veces converso con el guardia de al lado o con el del IST y ahí me entro." M.C Entrevista Nro 9, párrafo 112

Pasar de un trabajo de jornada completa a un trabajo media jornada reduce las posibilidades del sujeto a recibir una mejor remuneración y por lo tanto de aspirar a mejores ingresos o a un mejor puesto dentro de la empresa, las consecuencias del stress laboral para los individuos que padecen la enfermedad es un elemento que no debemos desconocer dentro del análisis, ya que si bien no es un elemento propio de la enfermedad, incide como un factor que limita las posibilidades del individuo de conseguir una mejor remuneración o puesto laboral.

B3) Enfermedad como limitante educacional.

Cuando hablamos de inserción sociolaboral, no solamente nos referimos al empleo competitivo, sino también al estudio (medio y superior) como un elemento central en el ingreso del sujeto al mundo laboral.

Como ya mencionamos anteriormente una de las características de la Esquizofrenia, es que el primer brote psicótico de la enfermedad se manifiesta entre los 18 y los 23 años, lo que genera dificultades para el individuo en su trayectoria académica o laboral, al contrario de lo que pensábamos en un principio, los individuos no manifestaron que la enfermedad fuera un limitante a la hora de estudiar, de hecho, el estudio es visto como un elemento positivo para la reinserción del sujeto.

"Ahora que fue lo que pasó estudiando filosofía, que fue un punto de apoyo bien hondo, la filosofía me dio principio de realidad en muchos aspectos, me ayudo a razonar, a distinguir mis sensaciones a clasificar y a ordenar." D.R Entrevista Nro 7, párrafo 66

El caso de D.R es interesante, ya que este relaciona directamente su carrera académica con una mayor comprensión de su enfermedad, lo que a su vez permite una mayor motivación del sujeto frente a sus desafíos académicos o laborales y minimiza los efectos negativos de esta a nivel social. A continuación presentaremos una categoría que no fue contemplada al inicio de

la investigación, la cuál tiene relación con los problemas de adicción de alcohol y drogas, y como estos afectaron al individuo de manera sustancial en la relación con sus redes sociales.

B4) Adicciones.

Las adicciones a sustancias como el alcohol o drogas en personas con esquizofrenia es un concepto emergente dentro de esta investigación, ya que podemos considerarlo como un elemento problemático, no analizado previamente, que causa conflictos en la interacción entre el sujeto diagnosticado y su familia.

Esquizofrenia y Drogas.

Los casos en los que estuvo presente el consumo de drogas en esta investigación tienen como referencia común la descompensación de los sujetos y la falta de tratamiento con respecto a este problema:

“no, no estaba tan compensado, pero después me lance y la plata que ganaba me la farree, y mi mamá decidió internarme, bueno mi tía no se opuso porque mi mamá era como mi papá y mi mamá juntos, hasta mi hermano le dijo que sí, yo estaba muy bueno pal carrete, me amanecía, después no cumplía, me quedaba dormido”.

R.O Entrevista Nro 5, párrafo 48

Tal como lo hemos mencionado anteriormente, los problemas de adicción se relacionan directamente con una falta de diagnóstico correcto con respecto a la enfermedad y sus efectos, existen algunos casos donde el abuso de drogas y alcohol conduce a un posterior diagnóstico de la enfermedad mental, es decir, personas que se internaron en centros de rehabilitación para tratar un problema de drogas terminan siendo diagnosticados con esquizofrenia, lo cuál a su vez genera un escenario totalmente distinto para el sujeto.

“yo estuve enfermo harto tiempo, pero sin saber, yo fui por un tratamiento antidrogas y salí con un trastorno ansioso bipolar.”

C. A Entrevista Nro 4, párrafo 22

Es por eso que es necesario generar una diferenciación entre aquellas personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia y tuvieron problemas con drogas durante sus descompensaciones y aquellos que a raíz del abuso de drogas decidieron seguir un tratamiento antidroga y salieron diagnosticados con esquizofrenia.

Esta puede ser una diferencia sutil en la forma, sin embargo, debe ser considerado como un elemento más a la hora de analizar los conflictos y problemáticas en la interacción entre el sujeto y su red social primaria, ya que son estos matices en la interacciones del sujeto los que marcan sus trayectorias de vida y su carrera académica y laboral.

Para cerrar el primer tema de análisis el cuál denominamos esquizofrenia, revisaremos a continuación las categorías que tienen directa relación con el tema cuestión, que son las acciones concretas del sujeto a insertarse laboralmente.

3.2 Motivación e Inserción laboral: elementos positivos y negativos.

C) Motivación para insertarse educacional o laboralmente.

En esta categoría entramos de lleno a la problemática de la inserción sociolaboral de las personas con esquizofrenia, el cuál es el elemento primigenio que da forma a esta investigación. De esta forma se pretende analizar como esta motivación está relacionada con las interacciones con sus redes sociales (impulsado a través de los elementos de apoyo afectivo y material que la red provee el sujeto para dicho objetivo) y por ultimo si esta motivación se traduce en acciones concretas de integración por parte del sujeto que padece esquizofrenia.

Como vemos la percepción subjetiva del sujeto con respecto a su propia inserción constituye el elemento inicial para la consecución de dicho objetivo, ya que si el sujeto no está motivado a insertarse laboralmente o carece de los recursos necesario para lograr dicho objetivo, las redes sociales pasan a jugar un papel secundario en su reinserción, a diferencia de otros análisis de redes sociales y personas con esquizofrenia, creemos que el sujeto cumple un rol activo en su reinserción y no solo es un actor pasivo e institucionalizado por su red social primaria y secundaria.

C1) Motivación a trabajar.

La motivación a trabajar la definimos como la percepción positiva o negativa del sujeto con respecto de generar acciones concretas de inserción laboral, dentro de esta categoría encontramos dos sub categorías.

Alta Motivación a Trabajar: en este ítem se encuentran los sujetos que demuestran una alta motivación a insertarse laboralmente, a partir de opiniones positivas acerca del empleo y sus beneficios no solo monetarios sino también a nivel personal.

“yo creo que es el 50% de la sanación del paciente psiquiátrico, el sentirse útil, percibir un sueldo, que está haciendo algo positivo por lo que está haciendo, que no es un lastre, que es del esfuerzo de él, con los tiempos y cadencias de una persona usuaria de salud mental, que hay días que puede trabajar, otros no puede, otro día puede dar mucho, otro rinde menos eso”.

C.A Entrevista Nro 4, párrafo 194

Dentro de los sujetos que valoran positivamente la experiencia, reconocen un elemento positivo en el trabajo para enfrentar la enfermedad, ya que este provee autonomía, independencia económica y social, por lo que el individuo se plantea frente al grupo social como un sujeto activo que aspira a cumplir con sus metas de realización personal.

Por otro lado existe el caso de aquellos sujetos que no se sienten motivados a insertarse laboralmente, o que tienen una percepción negativa del trabajo y sus efectos positivos.

Baja motivación a trabajar: La baja motivación a trabajar se traduce en opiniones negativas frente a la inserción laboral, o simplemente la indiferencia del sujeto a sumarse al mundo del trabajo.

“es que la verdad no me vienen muchas aspiraciones laborales, tengo que hacer clases de matemáticas, pero me corro, todavía no me empiezo, mi esposa es muy perseverante en las cosas que hace”.

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 77

La poca motivación tiene una directa relación con la trayectoria de vida laboral y académica del individuo, de cómo este percibe la enfermedad de manera subjetiva, y de cuán fuerte haya sido la exposición de los efectos negativos de la enfermedad a nivel social, es decir, si el sujeto sufrió un quiebre profundo de sus lazos sociales, o su situación de aislamiento se prolongo mucho tiempo después de la primera crisis, la motivación del sujeto a integrarse al mundo del

trabajo será baja, no solo por los efectos negativos de la enfermedad en sí, sino por los conflictos que el sujeto padeció con sus lazos sociales debido a ella. La baja motivación a trabajar es sin duda un tema a tratar profundamente dentro del análisis, ya que creemos que es un elemento central para la reinserción laboral efectiva del sujeto.

C2) Motivación a Estudiar: Con respecto a la motivación a estudiar, esta se manifiesta en términos concretos en torno a una visión positiva de los sujetos con respecto a sus actividades académicas y de cuan motivado se sienta este para continuar sus estudios posteriormente a la primera crisis de la enfermedad.

Al contrario de lo reflejado en el ítem de motivación laboral, los entrevistados presentan una percepción positiva del campo académico y se sienten altamente motivados a estudiar o a continuar sus estudios aquellos que lo estaban haciendo en el momento de la entrevista.

“recuperar lo que perdí, todavía puedo buscar algo para estudiar, me gustan las comunicaciones, conozco un caballero que se llama Gerardo, trabaja en drogas, es monitor, entonces resulta que el me dijo: hay varias carreras, que puedes tomar a pesar de tu discapacidad, yo tuve compañeros tuyos con tu misma discapacidad, que se metieron a estudiar y cambiaron”

R.O Entrevista nro 5, párrafo 97

Los sujetos se sienten altamente orientados a estudiar debido a que lo consideran un paso natural previo al empleo el cuál es el objetivo final de la reinserción, la noción de recuperar lo perdido da cuenta de esto, por lo que el anhelo de estudiar no es solo por la propia actividad académica, sino también el sujeto lo ve como un elemento positivo para superar progresivamente los aspectos sociales de la enfermedad mental, de los cuales ya hemos hablado largamente.

C3) Acciones Concretas de Inserción Laboral.

La motivación a insertarse laboralmente o académicamente por parte del sujeto no es suficiente para evaluar el éxito del proceso de reinserción de la persona que padece la

enfermedad, si esta motivación no se traduce en acciones concretas de integración tales como buscar trabajo o ingresar a una institución de educación superior, sigue siendo un actor pasivo de su propio proceso de inserción, ya que no hace uso de los recursos materiales y afectivos que la red le brinda para conseguir este objetivo. Existen múltiples formas y niveles de inserción los cuales varían en profundidad y fortaleza dependiendo de la historia propia de cada individuo entrevistado, sin embargo, existen elementos comunes que nos permiten subdividir este ítem con el fin de especificar aún más los elementos que juegan un papel preponderante en la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia.

Iniciativas propias del sujeto.

Cuando nos referimos a iniciativas propias de reinserción a partir del sujeto, quiere decir que estas no están mediadas por ninguna institución perteneciente a la red secundaria del mismo, es decir, el sujeto utiliza los recursos con los que dispone con autonomía y a su vez genera nuevos lazos por sí mismo a partir de la búsqueda de un nuevo trabajo ya sea independiente o dentro de una empresa.

“ esa fue una iniciativa mía, fue un invento mío, nadie se había puesto ahí al frente del hospital el salvador a vender frutas, pero pienso que es mejor normalizarlo con un permiso, para poder tener acceso a crédito, pa poder trabajar bien entendí?, no pa andar trabajando con 20 lucas todas cagás que comprai tres cajones y ahí quedai”.
Entrevista nro 4 C.A, párrafo 107

C.A es un caso ilustrativo de este primer tipo de acciones concretas para ingresar al mundo laboral, el trabaja en el comercio informal y debido a la inestabilidad que esto le producía a nivel económico y legal, quiso establecerse con un puesto que le diera mayor seguridad a su situación laboral.

“lo gestioné solo de hecho me conseguí cartas de la seremi de salud, un informe social del asistente del hospital una carta de la corporación Bresky aquí al lado y una carta que me la redactaron y yo la firme, ahh papel de antecedentes, papel de residencia, fotocopia de carnet de identidad, toda esa burocracia que piden pa alzar una petición a la municipalidad”.

Entrevista Nro 4 C.A, párrafo 131

Si bien el proceso es autónomo el sujeto utiliza las redes que tiene disponibles como por ejemplo la Corporación Bresky quien lo ayuda con una carta de recomendación para que le faciliten el permiso y así poder establecer el puesto de frutas.

Este es un claro ejemplo donde el sujeto es un actor activo de su propia reinserción y genera iniciativas utilizando los recursos que tiene disponibles a partir de sus propias redes sin ser necesariamente estas las gestoras de su propia inserción.

A continuación veremos otra categoría que tiene relación con un peso mayor de la red secundaria en la generación de acciones concretas para el sujeto en relación a su propia inserción laboral.

Iniciativas del sujeto Mediadas por su Red Secundaria.

Como pudimos comprobar a través de los estudios de Toldorsf y Solokovsky las redes sociales de los sujetos con esquizofrenia poseen características particulares que generan que sus propias interacciones sean distintas a otros grupos sociales.

Las personas con esquizofrenia poseen redes sociales más densas, es decir, más pequeñas, de mayor cercanía y menos abierta a la interacción con otras redes, dichas redes están formadas en su mayor parte por familiares y amigos cercanos. (Toldorsf en Lemoz Giraldes, 1990), Por lo que la red social secundaria del sujeto toma un papel preponderante cuando analizamos la problemática de la inserción sociolaboral de las personas con esquizofrenia.

"A mí me tomo como 5 años volver a reinsertarme a la sociedad, gracias a la corporación Bresky, aquí di el salto y trabajar de forma estable estuve aquí como un año y tanto un año y medio, y ya al poquito tiempo salió lo de jardinería, entonces yo doy gracias a eso de que esa fue la base para poderme reinsertar, porque esa es la misión que tienen ellos".

JM Entrevista Nro 10, párrafo 82

En este caso la influencia en la percepción subjetiva del sujeto y en la generación de acciones concretas de inserción por parte del sujeto esta directamente relacionada por la interacción que tiene este con la institución a la que pertenece, dicha corporación no solo ofrece talleres prácticos que sean capaces de ayudar al sujeto en su reinserción, sino que también ejercen una

poderosa influencia acerca de las percepciones positivas del individuo con respecto al trabajo, reduciendo de esta forma las aprehensiones e inseguridades del individuo a la hora de enfrentar el mundo laboral.

“aquí en la corporación, vi las cosas de otra manera, participé en varios talleres, y el Antonio y Gerardo otro amigo que ya no está... trabajando para salir adelante pos, o sea otro modo de ver, no solamente trabajar para ganar plata, pa sentirse útil a la sociedad, y para hacer algo.”

MC Entrevista Nro 9, párrafo 99

Sin embargo, no toda influencia que ejerza la red social secundaria sobre el individuo tiene un efecto positivo sobre este y su reinserción, existen casos donde este vínculo puede causar inacción en el sujeto y perjudicarlo en el proceso de inserción sociolaboral y en su propia autonomía.

Hemos presentado a grandes rasgos la forma en que el sujeto percibe a la esquizofrenia de manera subjetiva y como esta se relaciona con sus motivaciones laborales y académicas, las cuales a su vez le permiten o impiden generar acciones concretas de reinserción laboral.

Rescatar la visión del sujeto que padece la enfermedad como una persona activa dentro de su proceso de reinserción laboral, nos ayuda a entender de mejor forma el modo en que funcionan las interacciones entre el individuo y su red social y permite generar un análisis mucho más rico en términos teóricos y prácticos, porque ya no consideramos dichas interacciones en términos unidireccionales, sino bidireccionales donde la personas que padecen la enfermedad poseen autonomía, dialogan, discuten y entran en conflicto con su red social primaria y secundaria, es decir dejan de ser un actor pasivo el cuál se manifiesta tímidamente frente a las acciones que sus familiares y terapeutas puedan tomar haciéndose parte de manera positiva o negativamente de su propio proceso de inserción sociolaboral.

A continuación entraremos de lleno a la presentación del segundo gran tema que rige esta investigación: las redes sociales y su relación con el sujeto con esquizofrenia.

4. Redes sociales: Red social e inserción laboral.

La segunda matriz que rige el análisis tiene directa relación con la forma en que el sujeto interactúa con sus redes sociales y de esta forma evaluar cuál es el peso específico de las redes sociales en la inserción sociolaboral del sujeto.

La investigación está centrada en los aspectos cualitativos de las redes sociales, debido a que los antecedentes estudiados como complemento de esta investigación, se centraban en los aspectos cuantitativos de las redes egocéntricas (cantidad de sujetos que posee la red, vínculos, nodos, influencia etc.), estas cualidades sin embargo, no profundizan en la percepción del sujeto con respecto a los efectos negativos o positivos que pueda causar la red en su proceso de integración sociolaboral, lo que no permite analizar de manera profunda el peso que tienen las interacciones y sus elementos positivos y negativos en la inserción laboral de sujetos con esquizofrenia.

Cuando hacemos énfasis en este punto es porque nos proponemos generar un quiebre teórico con respecto a investigaciones anteriores, las cuales acentuaban sus análisis en los aspectos positivos y terapéuticos de las redes sociales, despojándola de un elemento presente en todas las relaciones humanas: el conflicto y el quiebre.

Entender los vínculos de otra manera es crear interacciones idílicas y positivas, ajenas a la realidad, de lo contrario, no se producirían quiebres y problemas en la interacción entre el sujeto que padece el trastorno y sus familiares, sumado a esto, pensar las relaciones como cargadas de elementos terapéuticos, es concebirlas de manera unidireccional, considerando al sujeto como un actor pasivo que recibe estímulos positivos y no posee ninguna opinión acerca de su proceso de inserción.

A continuación revisaremos la matriz que aborda el tema de la relación entre el sujeto con esquizofrenia y sus redes sociales.

Tabla 3: Redes sociales: Red social primaria.

Tema	Categoría	Sub categoría.
<p>2)Redes Sociales</p>	<p>A) Red social Primaria: Vínculos Sociales más cercanos del individuo (Núcleo familiar parientes cercanos).</p>	<p>A1) Reacción familia en la 1era crisis: La forma en la que la familia reacciona frente al primera crisis (positiva o negativamente, incertidumbre, shock).</p> <p>A2) Relación con la familia actualmente: La forma en la que el sujeto se relaciona positiva o negativamente con su familia actualmente a (a efectos de averiguar si la relación cambió).</p> <p>A3) Opinión familia respecto a las aspiraciones laborales: La forma en que positiva o negativamente es evaluada por parte del grupo primario las aspiraciones laborales del sujeto.</p> <p>A4) Aprehensiones de la familia: Los fenómenos familiares de sobreprotección que puedan detener al sujeto en su autonomía e independencia.</p> <p>A5) Apoyo afectivo familia: Apoyo en términos afectivos que le puede dar la familia al sujeto durante su reinserción laboral.</p> <p>A6) Apoyo material familia: Apoyo en términos económicos que le pueda la familia al sujeto durante su reinserción.</p> <p>A7) Conflictos y tensiones entre la familia y el sujeto. : Conflictos tensiones y crisis que puedan surgir a partir de la propia relación entre el sujeto y su familia con respecto a la enfermedad y a su proceso de Inserción laboral.</p>

Fuente: Elaboración propia.

4.1 Las propiedades relacionales de Redes.

La construcción de las categorías de análisis de esta matriz está basada en el modelo de redes sociales dado por el manual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2008 llamado “Jóvenes opciones y cambios *Promoción de conductas saludables en la adolescencia*”.

En este manual definen el concepto de red social como:

“un marco analítico para comprender las relaciones existentes entre los miembros de diversos sistemas sociales, la red social es definida como la red de relaciones sociales que tiene a la persona como centro, es la estructura por medio la cuál puede brindarse apoyo social”. (OPS 2008,pág 125)

El apoyo social es un elemento central dentro de las interacciones que el individuo construye con su medio, ya que este apoyo le permite generar recursos para conseguir sus metas laborales académicas, existen 4 tipos de apoyo que provee la red social al sujeto:

Apoyo emocional: provee amor, cuidados y empatía

Apoyo instrumental: provee ayuda o servicios

Apoyo informativo: provee información, consejos y sugerencias

Apoyo Valorativo: provee información útil para la autoevaluación, como comentarios constructivos, afirmación de creencias y comparación social. (OPS, 2008).

Para la construcción de las categorías y el posterior análisis nos centramos específicamente en los últimos dos tipos de apoyo, el apoyo informativo y valorativo, ya que estos son los que pueden influenciar las motivaciones del sujeto en torno a generar acciones concretas de inserción sociolaboral, sin embargo, no podemos dejar afuera el apoyo instrumental y el emocional, ya que son sumamente importantes para el individuo que padece la enfermedad, sobretodo en los momentos de mayor vulnerabilidad de este, después de la primera crisis y en el posterior diagnóstico es cuando los sujetos requieren niveles de apoyo y comprensión

sumamente altos por parte de su familia, la que ejerce el papel de contención frente a una situación compleja como la enfermedad mental.

4.2. Red social primaria: La visión del sujeto.

A) Red social Primaria.

La familia conforma la red social primaria del sujeto con esquizofrenia, y su influencia tiene un peso central en la reinserción sociolaboral, no solo porque el sujeto se ve fuertemente influenciado por las opiniones y conflictos con su familia, sino también debido a que los sujetos tienden a establecer interacciones con redes muy limitadas y grupos cerrados a causa de los efectos negativos de la enfermedad, de los cuáles ya hemos hablado anteriormente.

A1) Reacción familia en la 1era crisis.

La primera crisis suele marcar un antes y un después en el sujeto y en las interacciones que este establece con su red social primaria, existen varias manifestaciones negativas en torno a la enfermedad y como esta es asumida por el grupo familiar, que tienen un impacto directo en la trayectoria laboral del sujeto que padece la enfermedad, lo que podría determinar a futuro como la persona se desenvuelve no solo en las relaciones con su familia, sino también la forma en que esta reacción condiciona la forma en que el sujeto genera nuevas redes para acceder a nuevos recursos.

Reacciones Positivas frente a la primera crisis.

Dentro de un episodio traumático como un brote psicótico de un familiar, la red social primaria experimenta varias sensaciones frente a este, frustración, extrañeza, desconocimiento frente a la enfermedad, pero también proactividad, apoyo, estímulo al individuo que padece la enfermedad etc.

Denominamos reacciones positivas frente a la enfermedad aquellas en las cuales la red social primaria actúa proactivamente frente a la crisis, superándola y colaborando con el sujeto en su proceso de reinserción.

“Lo tomaron con sapiencia, con inteligencia, no me molestaron para nada, me dejaron tranquilo, y me apoyan en todo, mi papá, mi mamá, todos los familiares que están a mi alrededor, mis sobrinos que los dos son abogados, saben del problema que yo tengo, no meten el dedo en la llaga.”

P.A Entrevista Nro 1, párrafo 68

Acá notamos como la red social primaria de P.A apoya a este a pesar del surgimiento del brote psicótico, generando estímulos positivos para superar las condiciones sociales negativas para el sujeto tales como el aislamiento o el quiebre de sus vínculos más cercanos. Sin embargo, al mismo tiempo se puede deducir que es un tema vetado, es decir, cuando P.A expresa que “no meten el dedo en la llaga”, se refiere a que el individuo en cierta forma no es exigido a causa de su enfermedad, la cuál es una forma sutil de sobreprotección, porque resta autonomía al sujeto.

Reacciones negativas frente a la primera crisis.

Las reacciones de este tipo son las más comunes frente a la primera crisis, el primer episodio de una persona con esquizofrenia es tan traumático que generalmente causa conflictos las interacciones entre la red social primaria y el sujeto, trayendo consecuencias en la reinserción del sujeto a futuro.

Existen dos grandes tipos de reacciones negativas frente a la crisis, la primera tiene relación con la visión de ver al sujeto como un discapacitado por sufrir una enfermedad mental, lo cuál conduce a la subestimación de la familia de las capacidades del sujeto.

J: yo creo que frustración, frustración porque no iba a ser una persona normal, como las que podía ser una persona normal que tuviera un trabajo, una familia, hijos, una pareja nomás.

J Entrevista Nro 2, párrafo 75

La frustración en este caso se convierte en subestimación, lo que puede desmotivar de manera drástica al individuo en su proceso de inserción y generarle una autoimagen negativa que le impida tomar acciones concretas como trabajar o estudiar.

Existe otra reacción negativa que tiene relación con el desconocimiento de la enfermedad, la cuál se transforma en una incertidumbre total frente a sus efectos y la forma en que el sujeto que padece la enfermedad, generando de esta forma conflictos entre la red y el sujeto.

"bueno trajo una confusión enorme, mi hermana no sabía que hacer, ni sabíamos a lo que nos teníamos que enfrentar, entonces es como... que te corten un brazo, quedes invalido, y el medico lo único que me dijo a mi fue "descansa" y estuve como 6 meses durmiendo y despertando para fumar, no salía a la calle no me dejaban salir, mis papás me cuidaban."

MC Entrevista nro 9, párrafo 126

Sentimientos como confusión, incertidumbre pueden aumentar aún más el quiebre de los vínculos sociales y el aislamiento respecto a sus redes externa, acentuando la dependencia entre el sujeto y la red, existen casos extremos de este tipo de incertidumbre respecto a la enfermedad, en los cuales el grupo familiar omite totalmente la condición negándola de raíz, lo que produce conflictos entre el sujeto y su red social primaria.

"yo los noté preocupados pero tampoco tanto, es decir, nunca le tomaron tanto el peso a lo que yo tenía, es decir, sabían que yo tenía algo y todo el asunto , pero por ejemplo en el caso de mi hermana no lo estimaron como debieron estimarlo y mi mamá como tiene un sentido común poco desarrollado, tampoco le tomó el peso, lo que hicieron fue pagarme la terapia y darme todo lo que quería."

D.R Entrevista nro 7, párrafo 94

Esto puede generar distanciamiento entre el sujeto y su familia, debido a la incomprensión que genera la total negación de la enfermedad por parte del núcleo familiar, en el caso de D.R este tiene una opinión negativa sobre la reacción de su familiar frente a la enfermedad, lo que puede impulsarlo a actuar de forma negativa, ya que no tiene el apoyo afectivo necesario para enfrentar las consecuencias que causa la enfermedad.

Como vemos existen variadas formas de enfrentar la primera crisis de esquizofrenia de un familiar, que van desde la comprensión total de la enfermedad hasta la negación absoluta de la misma, la actitud que la red social primaria tome condiciona los planes a futuro del sujeto, sin

embargo, esta reacción no es estática sino dinámica, es decir, cambia con el tiempo a medida de que la familia va interiorizándose con la enfermedad y sus efectos.

A2) Relación con la familia actualmente.

Si bien la primera crisis puede marcar de manera traumática las interacciones entre el sujeto y su red social primaria, las interacciones entre los sujetos se transforman, evolucionan o involucionan, a medida de que se desarrolla la condición en el sujeto.

Cuando la familia supera la situación traumática que le genera la primera crisis al sujeto y este es diagnosticado y sigue un tratamiento, se normalizan las relaciones, generando así una visión más objetiva de la enfermedad por parte de la red social primaria.

Relación positiva con la familia actualmente.

A medida que pasa el tiempo y el grupo familiar asume la enfermedad, existe una mayor comprensión por parte de la red social primaria de la enfermedad y sus consecuencias, cuando existe una relación positiva entre el sujeto y su red social primaria, esta asume un rol proactivo en la inserción sociolaboral de sujeto, suministrándole a través de acciones concretas apoyo afectivo y material.

Si, me tienen buena y yo los quiero mucho a ellos, he sido bien honesto con ellos, cuando me siento bien lo demuestro y cuando me siento mal también lo demuestro, o sea no me retraigo.

J.M Entrevista nro 10, párrafo 96

En el caso de JM existe una comprensión a nivel afectivo de los altibajos anímicos por parte del sujeto, brindándole apoyo afectivo y evitando de esta forma conflictos mayores. El apoyo no se manifiesta solo de forma afectiva, sino también de forma concreta, donde la red social primaria incluye al sujeto en actividades remuneradas informales o "pololos"

" No, todo lo contrario me tratan como una persona normal, eso es lo que a uno le da un aliciente de superación, por ejemplo cuando tienen que hacer alguna pega me dicen: oe tengo que hacer esto ayudame"

PA Entrevista nro 1, párrafo 76

Este apoyo material es importante para el sujeto, ya que a partir de estas instancias laborales informales, pueden a su vez generar redes que le permitan acceder a mejores trabajos, consideramos estas instancias de trabajo informal como elementos iniciales de inserción, que le permite al sujeto re-adquirir experiencia en el mundo laboral.

Relación Negativa con la familia actualmente.

Cuando la relación negativa se mantiene a través del tiempo, esto se debe a conflictos profundos entre el sujeto y la red social primaria de este, uno de los casos más emblemáticos de nuestra investigación es el de JCT, debido a que posee ciertos elementos sumamente interesantes de analizar.

“mira hay un problema con mi familia que nunca se va a solucionar, que es que me dificultan la vida de pareja con Nury, que ellos la han tratado mal, mira uno dijo que nury era un “cacho”, la otra dijo que barbaridad, mi otra hermana cuando me iba a casar con Nury por el civil, trato de parar el matrimonio, a pesar de todo esto le tengo estima.”

JCT Entrevista nro 3, párrafo 65

JCT está casado hace 8 años, tiempo en el cuál las relaciones con su familia se han ido deteriorando progresivamente debido al matrimonio de este, esto se debe a que la familia no lo considera capaz de llevar un hogar independiente y una vida en pareja, pese a que el sujeto manifiesta un cambio positivo en su conducta debido a su matrimonio.

“sí, me ha servido, la veo a ella y me motivo, además ahora me tomo los medicamentos, antes no me los tomaba, era super desorganizado, imagínate el tiempo que me hubiese ahorrado en estar mucho mejor si hubiese sido ordenado con los medicamentos.”

JCT Entrevista nro 3, párrafo 66

Cuando las expectativas y los planes del sujeto chocan con las expectativas de la red social primaria, se produce un quiebre que puede derivar en una mayor autonomía del mismo respecto a su familia o puede desmotivarlo con respecto a generar acciones concretas de inserción, esto lo veremos en profundidad cuando analicemos los conflictos entre el sujeto y su

red, a continuación veremos la influencia de las opiniones positivas o negativas de la red social primaria con respecto a las aspiraciones laborales del sujeto.

A3) Opinión familia respecto a las aspiraciones laborales.

Al ser la familia, la red social que establece vínculos afectivos y materiales más fuertes con el sujeto, también posee una influencia mayor en sus decisiones de reinserción a través de las interacciones que genere, la red social primaria puede manifestarse positiva o negativamente a que el sujeto trabaje y esto incide directamente en la forma en que el sujeto que padece esquizofrenia aborda el campo laboral.

Generalmente la familia toma bien que el sujeto tenga iniciativa y no lo limita mayormente a que emprenda iniciativas académicas o laborales, la red social primaria ve en el trabajo un elemento importante en la reinserción del individuo en contraste con lo que sucedía cuando el sujeto tenía su primer brote psicótico.

“Tomaron bien mis actividades laborales, estaban contentos porque me vieron en los momentos críticos de las crisis, me daba por llorar llorar, y cada vez que nos juntábamos lloraba, entonces ahora no lloro nada, ellos me vieron en esa circunstancia y la opinión de ellos fue positiva cuando empecé a trabajar, de a poquito me fueron orientando, me dijeron bueno te faltan estas cosas, canalizar ciertas cosas, estados de animo, angustia.”

J.M Entrevista Nro 10. Párrafo 100

Sin embargo, esto no significa que acepten una independencia total del sujeto en torno a sus propias decisiones, existen ciertos casos donde las presiones no son tan explícitas con respecto al mismo hecho de trabajar, sino que a como se desarrolla ese trabajo, estas actitudes negativas puede ser subestimación del sujeto frente a cierta tarea a realizar, o aprehensiones y temores frente a una virtual descompensación relacionada con la presión y el stress laboral, esto lo veremos a continuación en la categoría de aprehensiones de la familia con respecto a los desafíos del sujeto.

A4) Aprehensiones de la familia.

Podríamos decir que la categoría A3 y A4 son complementarias, ya que si bien en un principio la red social primaria puede tener una opinión positiva frente a la iniciativa laboral del sujeto, cuando este entra en el mundo laboral la familia puede presionar al sujeto debido a su propio temor a que este se descompense o tenga un retroceso en su trastorno debido a la presión que demanda el mundo laboral.

Aprehensiones directas con respecto al desempeño laboral del sujeto.

Este es el tipo de aprehensión más directa, debido a que la sobreprotección se convierte en un elemento inhibitor en el desempeño laboral del sujeto.

“o sea a veces mi papá, trata como de bajarme el perfil, me dice: “el jefe me ha dicho que hacis mal la pega” , cuando a mi me han demostrado lo contrario, lo que pasa es que el esta cerca de donde yo trabajo, el trabajaba cerca de portero de un edificio.”

R.M Entrevista nro 6, párrafo 51.

Este tipo de presiones son más sutiles que una oposición abierta a que el sujeto trabaje pero poseen una influencia negativa en la motivación del sujeto en la asunción de desafíos laborales, en el caso de R.M debido a las constantes presiones de su familia con respecto a su desempeño laboral, este abandonó su trabajo, hecho sumamente negativo, sobretodo si pensamos en que las trayectorias laborales de los sujetos con esquizofrenia son sumamente discontinuas y una vez que el sujeto rompe sus vínculos con el mundo laboral posee mayores dificultades para restablecerlos.

Aprehensiones indirectas con respecto al desempeño laboral del sujeto.

Las aprehensiones indirectas están vinculadas con hechos de sobreprotección frente a como la actividad laboral produce efectos negativos para el sujeto en su vida cotidiana y en el proceso de mejora continua de la enfermedad, estos temores están directamente relacionados a posibles descompensaciones del sujeto debido a la presión de su labor y al stress que este pueda causar.

“cuando estuve trabajando en la fabrica Costa yo tenía turnos de noche, y llegaba cansado, entonces decidieron decirme a mi en buena onda, que si tomaba algún trabajo no fuera de noche, turnos de día y de tarde nada más,

eso me lo dijeron sobretodo por mi salud, porque ellos me veian que yo llegaba al otro día con así unos ojos y lo único que quería era descansar y si descansaba todo el día, me estaba complicando más la salud así que decidieron que no trabajara más en la noche.”

JM Entrevista nro 10, párrafo 112

Estas apreciaciones con respecto al trabajo desempeñado por JM son meramente personales, ya que antes de consultar con el psiquiatra si trabajar de noche efectivamente generaba un efecto negativo sobre la enfermedad, JM abandonó el trabajo en el que estaba.

Casos como estos ilustran las interacciones entre la red social primaria y el sujeto con esquizofrenia, si bien en un primer momento la familia apoya y ve de manera positiva la reinserción laboral del sujeto es posible que cuando el sujeto trabaje se encuentren con sutiles aprehensiones por parte de su red social primaria que lo llevan a abandonar el trabajo, con las complejidades que eso implica a nivel material y anímico.

A5) Apoyo Afectivo Familia.

Como ya hemos visto en los antecedentes investigativos las redes sociales proveen principalmente dos tipos de apoyo, apoyo material y afectivo, este último, va más allá de la mera contención frente a los efectos negativos de la enfermedad, sino que es transversal a todos los sucesos dentro de la vida del sujeto, por lo que la existencia o ausencia de este en relación a la inserción laboral dice mucho acerca de las interacciones del sujeto y su red social y es un factor a tomar en cuenta en el problema que estamos planteando.

El apoyo afectivo de la familia es percibido como sumamente importante para los sujetos en su reinserción, la motivación a trabajar esta directamente relacionada con el apoyo que la red social primaria provee en términos afectivos, sin embargo este apoyo no siempre se da de manera unidireccional.

“ahora echo de menos a mi padre, porque el siempre me motivaba para trabajar, ya sea de una manera agresiva que me retaba, o de una manera cariñosa que me decía “hijo trabaja que necesitamos plata”, “ que te hace bien trabajar”, siempre hubo apoyo, sobretodo de mi hermana que es profesional, mi hermana es enfermera de la Cruz Roja y con ella siempre discutimos del tratamiento, y ella me explica sobre el tratamiento porque averigua con sus colegas sobre el Modecaine por ejemplo, yo uso Modecaine, entonces ella averigua en que consiste lo que me hace.”

MC Entrevista Nro 9.párrafo 162

El caso de MC es bastante ilustrativo acerca del apoyo afectivo que ejerce la familia sobre el sujeto, no solo es motivado directamente por su familiar a buscar un trabajo, sino que este proceso es acompañado de manera integral con respecto a su propia enfermedad, en este caso su hermana al estar vinculada con el mundo de la salud tiene una incidencia directa sobre el tratamiento del sujeto.

Este apoyo afectivo es el tipo de apoyo “ideal” para sujeto que padece esquizofrenia, ya que es de tipo integral, los niveles de apoyo afectivo varían según cada caso, y no solo incide una variable en el apoyo que la red social primaria le brinde al sujeto, sino que este varia dependiendo de la historia familiar, los conflictos, la trayectoria laboral del sujeto etc, es así como las distintas categorías que hemos estado revisando se vinculan entre ellas para de esta forma demostrarnos un panorama más completo acerca de esta problemática.

A6) Apoyo Material de la Familia.

El apoyo material de la familia tiene directa relación de los recursos materiales que esta red le pueda brindar al individuo en términos concretos.

Cuando nos referimos a apoyo material no solo hablamos en términos monetarios o económicos, sino también en los vínculos concretos que la red pueda construir en términos proactivos para poder asistir al sujeto en su propia reinserción.

El apoyo material no es solo definido a partir de las interacciones que puedan surgir entre la red y el sujeto, se necesita un elemento teórico que sustente dicha afirmación, ya que el análisis pierde potencia sino está implicado con la teoría.

Es aquí donde emerge la noción de capital social planteada por Pilar Mondaca, Mondaca define dos formas de capital social en las redes de apoyo de los sujetos con trastornos severos como la esquizofrenia, capital cognoscitivo y capital estructural.

El capital estructural es un elemento implícito en las redes sociales del sujeto que permite el acceso a recursos que les permita alcanzar sus objetivos (Mondaca, 2004), en este caso dichos objetivos es la inserción sociolaboral del sujeto con esquizofrenia.

Ausencia de Capital Social Estructural.

Dentro del trabajo de campo se encontraron resultados sorprendentes en torno a las redes que teje la red social primaria con otros contactos que le permitan al sujeto encontrar un trabajo no protegido: en todos los casos el apoyo material de la familia se remite solo a proveer de recursos monetarios al individuo, sin generar contactos profesionales concretos que faciliten su reinserción.

“bueno, principalmente económico, cuando empecé a trabajar no tenía plata para la micro y siempre me han pasado plata para los cigarros cuando no trabajo, con mi mamá tenemos un trato, siempre le pido plata este mes y después el mes que viene se lo devuelvo y como premio le compro un tubo de gas y ese es el apoyo económico.”

Mc Entrevista nro 9, párrafo 187

“mi otro hermano también, el estaba estudiando también, vivía con nosotros y como se había titulado generaba recursos y me compraba ropa, y me ayudaba con los artículos de aseo, mi hermano también me solventaba con los cigarros, con comida.”

JM Entrevista Nro 10, párrafo 92

En todas las entrevistas es una variable constante la falta de generación de redes proactivas laboralmente para el sujeto por parte de la red social primaria, este sin duda alguna es uno de los puntos más problemáticos de la investigación, ya que como se analizó anteriormente, las redes sociales de los sujetos con esquizofrenia son más cerradas que la del resto de los grupos sociales, por lo que la ausencia de capital estructural es un factor negativo a considerar en el proceso de reinserción laboral.

El último ítem dentro de la categoría de la red social primaria tiene relación con los conflictos entre la familia y el sujeto en relación a su inserción sociolaboral.

A7) Conflictos y Tensiones entre la Familia y el sujeto.

Las anteriores investigaciones que se revisaron como soporte de esta investigación compartían una debilidad a nivel teórico y prácticos en sus resultados, la tendencia a mitificar el papel terapéutico y práctico de las redes sociales del individuo solo por el mero hecho de existir, sin ahondar en la forma en que estas redes se desarrollaban y que efectos positivos y negativos tienen para el sujetos estas interacciones.

Existen 3 tipos de conflictos entre el sujeto y su red social primaria, los cuales tienen una raíz distinta, y por lo tanto hay que diferenciarlos de manera sustancial.

Conflictos a causa de los síntomas positivos de la enfermedad

Este tipo de conflictos es el más común de los 3, generalmente se da al principio de la enfermedad, cuando el sujeto está descompensado y se hacen latentes los síntomas positivos de la enfermedad, es decir, aquellos que son más visibles como estados de euforia, accesos de agresividad, alucinaciones etc.

“Antes era terrible, yo pasaba discutiendo con mi papá, no lo niego, ahora no, ya se que todas esas discusiones eran parte de mi enfermedad, ahora que estoy compensado, estoy tranquilo, o sea ahora ya no busco motivo para discutir con ellos terrible, era violento pero, ya más no se podía hacer, nunca agredí físicamente a mis padres, pero psicológicamente si, rompía cosas si, me descargaba de esa forma”

P.A Entrevista nro 1, párrafo 81

Una vez que el sujeto se compensa y sigue un tratamiento, exista la posibilidad de que la relación mejore y que su red social primaria siga brindando apoyo afectivo y material para su reinserción.

Conflictos a causa del trabajo

Este tipo de conflicto es visible, cuando las expectativas del sujeto en torno a su inserción laboral y sus planes de vida, chocan con las expectativas de su red social primaria en torno a este tema.

“Es positiva, pero es difícil porque dicen que yo trabaje, porque yo soy capaz de mantenerme, pero tengo que también trabajar para aportar y mantenerme yo mismo, o sea no me va a alcanzar la plata, es decir por un lado me dicen que independizarte, pero por otro lado si yo vivo en una casa tengo que aportar para vivir ahí, es como arrendar una casa”.

J Entrevista nro 2, párrafo 109

El caso de J es ilustrativo para este segundo tipo de conflicto, debido a que la familia le exige que aporte con el fruto de su sueldo para los gastos, mientras el desea independizarse económicamente, lo que produce una contradicción en la interacción debido a lo que espera su núcleo familiar como resultado del trabajo de J y lo que el mismo desea como sujeto activo de su propia reinserción. Como se planteó anteriormente, si bien este tipo de conflictos son más sutiles que una abierta oposición al trabajo por parte de la familia del sujeto, aún así tienen consecuencias negativas para el sujeto ya que lo pueden desmotivar con respecto a carrera laboral o académica.

Conflictos a causa de la autonomía del sujeto con respecto a su red

A medida de que el sujeto desarrolla un tratamiento, está compensando y empieza a estabilizar su condición, genera una autonomía mayor en su plan de vida con respecto a su familia, es más independiente, autónomo y posee una autoimagen más fuerte de si mismo.

Paradójicamente pese a que este es un cambio positivo, también genera conflictos entre este y su red social primaria.

“tantos conflictos no, pero hay distanciamiento, además tiene que ver otra cosa, yo antes de vivir con mi esposa, yo iba al boliche de la esquina y pedía 3 mil 5 mil pesos, eso ya no esta, uno empieza a preocuparse de uno, ya no tengo un tutor, en parte la mamá de mi esposa nos ayuda un poco, pero ya estamos formando una familia independiente”.

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 109

Como vimos anteriormente el de JCT es un ejemplo paradigmático, debido a que su decisión de casarse tomada de forma autónoma, provocó el distanciamiento y posterior quiebre con su familia, la explicación de este quiebre es compleja y posee muchas aristas, pero uno de los factores más importantes reside en el aspecto sobreprotector que posee el grupo familiar respecto al individuo que padece la enfermedad, esta sobreprotección adquiere niveles negativos cuando el sujeto entra en conflicto al expresar su propia autonomía.

Como vemos la interacción entre el sujeto con esquizofrenia y su familia no está exenta de conflictos, lo más interesante acerca de esta categoría es que el trabajo de campo demuestra lo contrario a lo que se planteaba en estudios anteriores respecto a la relación sujeto-familia:

1) En primer lugar el sujeto no es un actor pasivo totalmente influenciado por su medio, sino que tiene una opinión respecto a su propia vida y convicciones fuertemente arraigadas acerca de la manera de manejar aspectos importantes a nivel social tales como la búsqueda de un trabajo, el matrimonio, los hijos etc.

2) Las redes sociales del sujeto no siempre generan interacciones positivas ni poseen un contenido totalmente terapéutico, sino que entran en conflicto con el sujeto cuando sus perspectivas subjetivas chocan en relación a sus expectativas de vida.

Sin duda alguna estos son elementos a desarrollar más en las conclusiones, pero nos da una visión interesante del tema para contrastarla con la visión subjetiva de los familiares y amigos de personas que padecen esquizofrenia.

A continuación, revisaremos las categorías pertenecientes al segundo subtema del tema llamado redes sociales, el cual tiene relación con los vínculos de amistad que desarrolla el sujeto, para efectos de esta investigación llamaremos a los amigos y conocidos como red social primaria externa, ya que si bien el vínculo es fuerte, no es tan cercano e influenciable como la red social primaria interna, es decir, la familia.

Tabla 4: red social primaria externa

<p>2)Redes Sociales</p>	<p>B) Red Social primaria externa: entendida como la red donde el sujeto desarrolla sus relaciones de amistad.</p>	<p>B1) Descripción relaciones amistad: Existen o no existe relaciones de amistad</p> <p>B2) Apoyo afectivo amigos: Apoyo en términos sentimentales que le puede dar los amigos al Sujeto durante su reinserción laboral</p> <p>B3) Apoyo material amigos: Apoyo en términos económicos que le puede dar los amigos al Sujeto durante su reinserción laboral.</p> <p>B4) Conflictos y tensiones entre el Sujeto y la red amigos: Conflictos tensiones y crisis que puedan surgir a partir de la propia relación entre el sujeto y su primaria externa con respecto a la enfermedad y a su proceso de Inserción laboral.</p>
--------------------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia.

B) Red social primaria externa.

Entendemos a la red social primaria externa como los vínculos que genera el sujeto más allá de las relaciones con la familia, es decir en esta red se encuentran las personas que son considerados amigos y conocidos por este.

La bibliografía revisada basa parte de su análisis en la dificultad que posee el sujeto para concretar vínculos de amistad debido a los síntomas de la enfermedad y a una vida social más bien discontinua, similar a lo que sucede con la trayectoria laboral.

Es por eso que la descripción de las relaciones de amistad de los sujetos con esquizofrenia dan ciertas luces en torno a como esta red se convierte en un soporte concreto proactivo para los sujetos en aras de su inserción sociolaboral, a continuación veremos la matriz con las categorías que buscan dilucidar las interacciones entre el sujeto con esquizofrenia y su red social primaria externa.

B1) Descripción de las relaciones de amistad.

Cuando nos referimos a la descripción de las relaciones de amistad por parte del sujeto, aplicamos un criterio de selección en torno a estas redes, en primer lugar consideramos a las redes de amistad aquellas con la que el sujeto tienen un trato constante y directo, y que son capaces de proveer cuando el sujeto lo requiera apoyo afectivo o material.

Poseer una red nutrida de amigos supone cierta ventaja respecto a otros sujetos que no poseen redes de amistad o son más cerradas, también existen casos de sujetos que rompieron sus vínculos de amistad al manifestarse la enfermedad, a continuación veremos los casos en específico.

Red Social Primaria Externa Abierta.

En este grupo encontramos a aquellos sujetos que poseen amistades externas a los talleres de rehabilitación y a su núcleo familiar:

“Siempre he tenido muchos amigos, pero he estado momentos solos cuando recién me diagnosticaron la enfermedad, tuve como un año solo, algunos compañeros de trabajo han pasado a ser amigos, yo he armado esa política de que algunos compañeros de trabajo han sido amigos”.

M.C Entrevista nro 9, párrafo 196

Generalmente las personas que poseen mayores vínculos de amistad, están integradas de mejor forma, ya que estas amistades provienen de los lugares de trabajo en los que han estado, es decir existe una relación directa entre una trayectoria laboral ininterrumpida y una red social de amistad más abierta y conectada con el sujeto en sus interacciones, lo que supone un mayor apoyo afectivo y material para el sujeto en su reinserción sociolaboral, de hecho en el caso de M.C y J.M estos sujetos se encontraban activos laboralmente al momento de la entrevista ya sea en trabajo protegidos o trabajos no protegidos.

Sin embargo el solo hecho de poseer fuertes vínculos de amistad, no es una garantía absoluta de entrada al mercado laboral por intermedio de la red social primaria, es decir el apoyo afectivo que brinda esta red puede ser significativo, pero puede no poseer el capital social necesario para ayudar al sujeto proactivamente a conseguir un empleo, esto lo veremos más adelante.

Red Social Primaria Externa Cerrada.

Como hemos visto anteriormente, las redes sociales de las personas con esquizofrenia, suelen ser cerradas y unidireccionales, en el caso de las personas que poseen redes de amistad

cerradas estas cumplen ciertas características de lo que hemos visto en investigaciones anteriores

“La mayoría de mis amigos están acá en la Bresky, y otro grupo menor son los que tengo cuando voy a las entradas liberadas que me han ubicado un poco cuando voy, siempre mi grupo de amigos es del ámbito en el que me desenvuelvo, cuando estaba en el liceo era tesorera participaba en el centro de alumnos, en lo posible participaba con las convivencias que habían, de fiestas, cosas así o de lo que se realizara de elegir reina ahí estaba participando, así que ese era mi núcleo, con la gente de afuera de la calle poco.”

M.B Entrevista nro 8, párrafo 100

El caso de M.B es ilustrativo de este tipo de red, el sujeto no posee redes abiertas y sus amigos pertenece a los círculos cerrados en los que se desarrolla la vida del sujeto, es decir, en este caso existe una superposición entre la red de amistad y el centro de rehabilitación al que asiste M.B, de esta forma, sus relaciones de amistad se encuentran institucionalizadas y pertenecen a un ámbito muy limitado, lo que podría suponer una menor integración del sujeto a redes proactivas para su integración sociolaboral, ya que este cuenta con menos redes.

Un caso extremo de este tipo de fenómenos son aquellos sujetos que poseen una ausencia total de las redes de amistad, es decir un nivel nulo de integración con la red social primaria externa.

Ausencia de Red Social Primaria Externa.

En este grupo los sujetos manifestaron literalmente no tener ningún tipo de interacción, ni vínculos de amistad, es decir, a partir de su percepción subjetiva no están integrados a ninguna red ajena a la de su familia y a las de centros de rehabilitación (en el caso de los que participan en ello).

JCT: “ chuta, ¿te digo algo? Yo no tengo amigos, no he conocidos amigos, eh y bueno amigos podrían ser familiares cercanos como mi cuñado”.
Entrevista Nro 3 JCT, párrafo 95

Una menor integración parece tener una relación directa con menor motivación a reinsertarse sociolaboralmente, en el caso de J.C.T se encontraba desempleado al momento de la entrevista

y con una baja motivación a buscar empleo, cabe agregar que este caso tuvo una ruptura prolongada de sus vínculos sociales a partir de su primera crisis, por lo que observamos que la ausencia de una red social primaria externa no es explicable por un solo factor, sino que se produce debido a una acumulación de factores negativos que tienen directa relación con las consecuencias sociales de la enfermedad. Es así como comprobamos la importancia de una red de amistad bien integrada, en donde exista una interacción proactiva entre el sujeto y la red, que lo impulse directa o indirectamente a reinsertarse sociolaboralmente. Afirmamos que el apoyo que provee la red al sujeto no siempre es directo, sino que se manifiesta a través de hechos o elementos que veremos más adelante.

A continuación veremos como se materializa el apoyo afectivo y material de la redes de amistad en los sujetos con esquizofrenia.

B2) Apoyo Afectivo Amigos.

El apoyo afectivo de los amigos juega un rol importante no solo en la reinsertión del sujeto del sujeto, sino en la superación de los aspectos sociales de la enfermedad, al ser la esquizofrenia un trastorno que supone severos altibajos anímicos, las redes de amistad son un elemento de contención fundamental para el sujeto.

“El apoyo moral creo que igual lo encontré en mi mamá pero bastante disminuido, el principal apoyo moral lo encontré en ellos, en mis amigos y en mi hermana mayor, porque mi otra hermana en ese momento estaba casada y viviendo fuera pero igual era bastante dura de carácter.”
D.R Entrevista nro 7

Muchas veces los sujetos perciben un mayor apoyo afectivo de sus amigos que de su familia, esto debido a que los conflictos con su red social primaria les inhiben una interacción positiva con su familia, otras veces las redes contienen elementos motivadores que apuntan a la reinsertión sociolaboral del sujeto.

“yo pienso que uno de los más importantes fue Ricardo que siempre me ayudo con el tema de tesis, me motivo muchísimo, Ricardo fue muy importante en mi experiencia laboral, inclusive cuando estábamos trabajando me decía, ya pos hace la pega y tratándonos así po.”
Entrevista nro 9 M.C, párrafo 204

En este caso se observa como el sujeto valora positivamente la motivación dada por parte de su amigo en dos sucesos importantes de su vida laboral, en primer lugar el apoyo recibido por este para finalizar su tesis de pre-grado, y en segundo lugar como este apoyo se mantiene durante los primeros momentos de la vida laboral del sujeto, esta es una interacción positiva para el sujeto, ya que a partir de la relación de amistad, este encuentra motivación para superar desafíos académicos y laborales.

Como planteamos anteriormente estas redes son dinámicas, por lo que las redes hayan brindado apoyo en el pasado para el sujeto, no significan que sigan existiendo en el presente, sin embargo, lo significativo de este apoyo es que el sujeto valora positivamente el apoyo afectivo recibido por sus amistades y lo considera como un elemento motivador para su inserción sociolaboral.

B3) Apoyo Material Amigos.

Al igual que cuando se abordó esta categoría en relación a los familiares del sujeto con esquizofrenia, acá no solamente analizamos el apoyo monetario concretos que pueda brindar las redes de amistad al sujeto en caso de que el lo requiera, aún más importantes son los vínculos que esta red pueda concretar, en este caso, la red social primaria externa comparte la misma debilidad que la red social primaria, si bien ambas proveen apoyo afectivo para el sujeto, son sumamente débiles en generar elementos concretos de inserción sociolaboral, es decir, no poseen capacidad de generar capital social estructural.

“P.A: sí, sí pero muy poco, en ocasiones esporádicas, por ejemplo hubo un tiempo en el que había que hacer un reemplazo para preparación física para un sudamericano y me mandaron a llamar, esto fue en Paraguay con la escuela de mi amigo de San Felipe, me pagaron los pasajes y me pagaron 50 mil pesos, pero lo importante pa mí fue la experiencia, que supieran que yo seguía siendo el mismo y que seguía siendo bueno en lo que hacía.”

P.A Entrevista Nro 1, párrafo 139

En este caso vemos, que si bien el sujeto valora positivamente la experiencia, el trabajo fue ocasional, por lo que no genera por sí mismo un desarrollo en la trayectoria laboral, lo cuál es revelador para evaluar si las redes son facilitadores o inhibidores en la inserción laboral del mismo.

La falta de capital social en estas dos redes es una dificultad, ya que si bien un sujeto puede estar sumamente bien integrado a las redes a las que pertenece, eso no significa que tenga mayores facilidades a la hora de buscar un empleo de calidad que le permita autonomía, a pesar de que cuente con el apoyo afectivo de su familia y amigos, esta al ser incapaz de generar vínculos concretos con el mundo laboral no se desarrollan como redes proactivas en este ámbito.

A continuación, revisaremos la última categoría de este tema el cuál tiene relación con los conflictos y tensiones surgidos en la interacción entre el sujeto y su red social primaria externa.

B4) Conflictos y Tensiones entre el Sujeto y la Red Amigos.

Partiendo de la premisa que las relaciones entre el sujeto y su red no son unidireccionales, ni que la persona que padece la enfermedad es un actor pasivo dentro de las interacciones que genera con sus redes, queremos comprobar que tipo de conflictos podían existir entre el sujeto y la red social primaria externa.

Los conflictos y tensiones generalmente tienen relación con un distanciamiento permanente entre la red y el sujeto, esto debido a que la persona que padece la enfermedad no solo padece la ruptura de sus vínculos sociales, sino que también al seguir un tratamiento medico constante e ir sorteando etapas de la enfermedad, percibe ciertas actitudes de los grupos sociales a los cuales pertenecía como riesgosas o negativas para su propia salud, estos es latente sobretudo para aquellos que fueron tratados preliminarmente por un problema de adicciones y diagnosticados con esquizofrenia posteriormente.

“me aleje, no me costo, porque eran influencias malas, así que cambié, en todos lados siempre va a haber lo mismo, aunque uno se cambie de casa, siempre van a haber las drogas, el alcohol todo eso, y yo pase por hogares cristianos.”

R.O Entrevista nro 5, párrafo 118

“muchos amigos, tengo hartos amigos, antes jugaba a la pelota, jugaba re bien y me buscaban para jugar, pero después que me enfermé ya no jugué más porque estaba muy expuesto a drogas, copete, yo no puedo, a mi me hace mal, me descontrolo, me pongo tenso no se que hacer, me entra un frio en el cuerpo, entonces lo evito.”

Esto ratifica que el sujeto no es un actor totalmente pasivo e influenciado a merced de la influencia que pueda ejercer las redes a las que pertenece, sino que toma decisiones y evalúa la conveniencia de estas relaciones para su propio bienestar de manera consciente, lo que le da un nivel de autonomía mayor frente a su propia vida y su propio proceso de inserción. Hemos presentado de manera profunda la forma en que se desarrollan las interacciones entre el sujeto, su familia y sus amistades (en el caso de poseerla), A continuación veremos la última categoría de redes sociales, la cual tiene relación con las instituciones de rehabilitación a las que asiste el sujeto y como están desarrollando un rol proactivo en su inserción laboral

5. Red Social externa: El enfoque sociocomunitario en el tratamiento de la salud mental.

Dentro del nuevo enfoque de tratamiento de la salud mental en Chile, los centros de rehabilitación toman un papel preponderante, esto debido a que la rehabilitación y tratamiento del sujeto, ya no tiene como lugar principal el hospital psiquiátrico, donde los sujetos pasaban largo tiempo encerrados durante su diagnóstico y tratamiento, acentuando aún más los aspectos sociales negativos de la enfermedad.

A partir del año 2001 y con el surgimiento del plan nacional de psiquiatría el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad posee un enfoque comunitario, es decir, la paulatina mejoría del sujeto tiene una relación directa con su inserción en la comunidad, no solo con sus familiares y conocidos, sino con los centros de apoyo y rehabilitación que forman parte de su red social secundaria.

En un encuentro reciente de exclusión y segregación social el jefe de salud mental del servicio de salud Valparaíso- San Antonio: Álvaro Jiménez explicaba así este cambio de enfoque.

“ Pasar a trabajar desde la lógica de centros de salud mental a pasar a trabajar en redes de salud mental, ese es un cambio importante en termino de lo que se logra, y cuando hablo de redes de servicios hablo de una serie de dispositivos que buscan complementarse en su trabajo y servir en distintas etapas, y por lo tanto dejamos de ver el tema de la salud mental en grandes centros y empezamos a transversalizar su quehacer desde la atención primaria, incluyendo a los usuarios en el quehacer cotidiano de la salud mental, cuando uno ve por ejemplo lo que es el cambio de instalar hogares protegidos en medio de barrios, de personas que conviven con la comunidad, que conversan con la gente del almacén etc, es una mirada bastante distinta de ver a la salud mental al interior de un

hospital, o el pensar como se han ido generando un montón de ámbitos en el tema de salud mental desde la atención primaria.”³

En términos concretos, el enfoque sociocomunitario ha representado un avance en el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos, donde el usuario puede reinsertarse en la sociedad de mejor manera, apoyado en todo momento por su red social primaria afectiva y por intermediarios tales como centros comunitarios de rehabilitación u hospitales de día, haciendo de la inserción social más participativa e inclusiva para el usuario, y lo que es aún más importante basada en un enfoque de derechos, respetando la autonomía del paciente y sus creencias y opiniones.

La evaluación acerca de cómo se ha desarrollado el enfoque sociocomunitario en Chile durante los últimos 10 años, excede los límites de esta investigación, sin embargo, queremos demostrar la intencionalidad que existe a nivel estatal de orientar el peso del tratamiento a estos centros de rehabilitación, que forman parte de la red social secundaria del sujeto.

A continuación, presentaremos la matriz con el último subtema, el cuál describe las interacciones que existen entre el sujeto y su red social externa.

³ Ponencia del Jefe del Área de Salud Menta del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio Álvaro Jiménez en el Foro: Inclusión y Segregación Social: Prácticas y Alternativas, realizado el 13 de Octubre de 2010 en la Sala Musicámara de la Universidad de Valparaíso, transcripción propia.



Tabla 4: Esquizofrenia y redes secundarias.

Tema.	Categoría	Sub- Categoría.
<p>2)Redes Sociales</p>	<p>C) Red Social secundaria: Grupos de ayuda, talleres, instituciones de capacitación laboral entendida como las redes que pueden o no colaborar en el proceso de reinserción sociolaboral al sujeto.</p>	<p>C1) Capacitación para el trabajo: La forma en que los talleres de reinserción o los grupos de autoayuda tienen una influencia real en la reinserción.</p> <p>C2) Apoyo afectivo secundario: Apoyo en términos sentimentales que le puede dar los amigos al Sujeto durante su reinserción laboral.</p> <p>C3) Apoyo económico secundario: Apoyo en términos económicos que le puede dar estas instituciones para su reinserción laboral.</p> <p>C4) Conflictos y Tensiones entre el Sujeto y la Red secundario.: Conflictos tensiones y crisis que puedan surgir a partir de la propia relación entre el sujeto y su red externa con respecto a la enfermedad y a su proceso de Inserción laboral.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

C1) Capacitación para el trabajo.

Los centros comunitarios a los cuales los individuos asisten, centran su enfoque en una reinserción integral del sujeto en la comunidad, los sujetos son derivados desde la consulta psiquiátrica a estas instituciones protegidas donde pueden desempeñar talleres de diversos tipos e incluso trabajos semiprotegidos en empresas sociales (particularmente en el caso de la corporación Dr. Carlos Bresky, la cuál tiene un taller de cerámica donde labora algunas de las personas que asisten a esta corporación).

A partir de esta categoría, se analizó si los talleres realizados dentro de estas corporaciones tienen una función principalmente terapéutica o en realidad trabajan de manera concreta una efectiva inserción laboral del sujeto.

Los talleres a los que los sujetos asisten en este tipo de instituciones se pueden caracterizar de dos formas: talleres de presentación personal y talleres de arte terapéutico.

Talleres de presentación personal.

El primer tipo de estos talleres se centra en aspectos generales de presentación personal del sujeto en la vida cotidiana, la esquizofrenia es una enfermedad compleja no solo por la ruptura de vínculos sociales que provoca, sino también a nivel personal, en aspectos tan cotidianos como la puntualidad y el aseo personal.

“Partieron por la puntualidad, que tenía que ser puntual, constantemente me lo estaban recalando, que teníamos que afeitarnos, estar limpios, preocuparse de la presentación personal, el vocabulario.”

J.M Entrevista nro 10, párrafo 176

Si bien estos talleres no tienen una vinculación directa con el mundo laboral, por lo que no se tratan de una capacitación directa para el trabajo, indirectamente son elementos importantes para el sujeto a la hora de buscar un empleo, lo que genera una evaluación positiva de este

frente a este tipo de iniciativas, al mismo tiempo, participar en una red secundaria para el sujeto refuerza los vínculos integradores que permitan superar los aspectos sociales negativos de la enfermedad.

Talleres de Arte.

Los talleres de arte terapéutico apuntan hacia una dirección totalmente distinta, son parte de los procesos de rehabilitación del individuo, como complemento de la terapia psiquiátrica seguida por este.

“Teatro, pintura, talleres, trabajamos lo que es lo audiovisual, el día Martes con una profesora de cuero, (me muestra un monedero) esto yo no lo sabia hacer... y fue lo primero que hice, ahora ya aprendí la técnica, el día miércoles música, con mi profesor cantamos bastante, con instrumentos, metimos bulla, tratan de hacer que no nos tranquilizamos que nos olvidemos de nuestra situación, ahora volvió de nuevo el profesor de yoga, nos hace relajación física, nos hace masajes”

P.A Entrevista nro 1, párrafo 169 Estos talleres son sumamente bien valorados por los participantes y generan una motivación extra al sujeto funciona positivamente en su reinserción, sin embargo, más allá de su función terapéutica, estos talleres no ejercen una influencia concreta ni tienen una relación directa con el mundo laboral o académico, por lo que no tejen redes proactivas para el sujeto al menos a partir de talleres que permitan capacitarlos para el mundo laboral.

A continuación veremos como se manifiesta el apoyo afectivo por parte de los miembros de la red secundaria hacia el sujeto.

C2) Apoyo afectivo secundario.

El apoyo afectivo que provee la red externa se manifiesta de manera clara en el trabajo de campo, los sujetos valoran positivamente el apoyo dado por sus distintas redes no solo a nivel terapéutico, sino también a nivel interpersonal, en la interacción cotidiana día a día entre los profesionales encargados de los talleres y programas de rehabilitación y los entrevistados que asisten a estos. A pesar de que los centros a los que el sujeto asiste tienen distintas orientaciones y actividades bastante disimiles entre si, existe una opinión generalizada en torno al apoyo afectivo recibido por su red secundaria como elemento motivador para su propia reinserción social.

“Bueno acá en la corporación lo más importante es el apoyo psicológico, yo he llegado a conversar con Antonio de un punto de vista más personal, que ellos son los más conocidos, el apoyo es psicológico, soluciones,

soluciones a mis problemas, por ejemplo que hacer cuando estoy frente a una crisis, y un caso potente es cuando quiero renunciar a una empresa o una pega, el Antonio me ayuda a recapacitar, me dice que no lo haga, que que voy a hacer sin plata, o a veces en los días malos me dan ganas de vagar en la calle, me dice que no deje botada a mi familia”.

M.C Entrevista nro 9, párrafo 244

Aquí vemos como ese apoyo en caso de crisis o conflictos, es transversal e incide directamente en la inserción laboral del sujeto, en el caso de M.C que asiste periódicamente a la corporación Bresky recibe elementos de motivación extras para poder enfrentar de mejor manera el mundo laboral, los sujetos al no contar con redes bien integradas o al no tener redes de amistad la red secundaria toma un peso preponderante a nivel afectivo.

Otros casos interesantes son aquellos que participan en la radio diferencia, la cuál organiza jornadas radiales en el hospital El Salvador, aquí el apoyo afectivo que reciben es distinto, ya que los sujetos valoran positivamente las interacciones que tienen con las personas con trastornos más severos que viven en regímenes cerrados o semicerrados y que están totalmente desvinculados del mundo social.

“el hecho de darle la palabra al otro, es ya motivante ya, tu mismo fuiste testigo de lo que sucedió ahí, de la mecánica de lo que hace la radio, no lo que hago yo, porque la radio la hacen todos, todos colaboran aunque sea sacando una silla para realizar una jornada libreparlante,”

C.A Entrevista Nro 4, párrafo 154

El sujeto es motivado no solo a partir de un beneficio propio, sino que ayudando a los demás que están en una situación de desventaja, lo que lo motiva a integrar a la red a la que pertenece. A través del apoyo afectivo, se crean fuertes lazos entre el sujeto y la institución a la que pertenece, llegando incluso a procesos de institucionalización de la conducta que causan efectos negativos en la propia autonomía y toma de decisiones del sujeto respecto a su futuro laboral, esto lo veremos más adelante como una de las consecuencias no deseadas del fuerte apoyo afectivo que brindan las redes externas.

C3) Apoyo Material Externo.

Una de las falencias que poseen las redes de personas con esquizofrenia que hemos investigado con objeto de este estudio, es que éstas no poseen una potencialidad en términos

concretos para generar vínculos con el mundo laboral, es decir, no cuentan con el capital social necesario para generar acciones concretas de reinserción laboral para el sujeto que padece el trastorno.

Es por eso que es relevante investigar que tipo de apoyo prestan las redes secundarias, ya que sobre ellas cae un mayor peso en torno a la posibilidad de reinsertar al sujeto.

“no, por mi cuenta, yo tenía a mi amigo en el taller y lo iba a visitar, yo buscaba el trabajo, pero ellos me daban el apoyo para buscarlo, me daban apoyo psicológico y material a veces , no mucha plata tampoco”,

M.C Entrevista nro 9, párrafo 265

Vemos en este caso que el apoyo que brindan las redes externas a nivel estructural repite la misma dinámica que en la red social primaria y en la red social primaria externa (Familia y amigos), las corporaciones por si solas no generan iniciativas para la inserción del sujeto, no están enfocadas directamente a colaborar en la búsqueda de un empleo remunerado para el sujeto, sino que desarrollan un papel más terapéutico y de reinserción social a nivel general, descuidando el tema del empleo como un elemento central de realización personal del sujeto (Chuaqui, 2001).

Este es un tema sumamente complejo, ya que las redes sociales de los sujetos con esquizofrenia suelen ser cerradas, limitando de esta forma las posibilidades de integración y las posibilidades de encontrar un empleo competitivo, debido a que las redes sociales con las que interactúa no posean un capital social fuerte, reduce las posibilidades del sujeto de poseer un trabajo remunerado, a continuación, presentaremos el último gran tema del análisis de esta primera parte del trabajo de campo, el cuál tiene relación con la evaluación de la experiencia laboral por parte del sujeto con esquizofrenia.

6. Evaluación de la experiencia laboral y la red global por parte del sujeto.

La tercera y última matriz que se erige como columna vertebral del análisis tiene directa relación con la evaluación subjetiva del sujeto acerca de los temas que hemos tratado a lo largo de la investigación.

Tabla 5: Experiencia laboral y evaluación global de la red.

Tema	Categoría	Sub Categoría.
3) Experiencia Laboral y Evaluación Global de la red.	A) Percepción de la red Global por el sujeto: evaluación que hace el sujeto de sus 3 redes en relación a la reinserción efectiva del sujeto.	A1) Percepción global de la red: La forma en que el sujeto evalúa a su red en términos generales positiva o negativamente para su inserción
	B) Evaluación de la experiencia laboral: la forma en que el sujeto evalúa sus experiencias laborales en relación a sus propias vivencias.	B1) Experiencia laboral: La forma en que el sujeto evalúa positiva o negativamente su experiencia laboral. B2) Estigma: Formas de discriminación y como estas son percibidas por los sujetos en el campo laboral.

Fuente: Elaboración propia

6.1. Sujeto intersubjetividad y evaluación global de la red.

A1) Percepción global de la red.

La percepción global de la red por parte de los sujetos es evaluada de manera positiva por los entrevistados, a pesar de que están conscientes de las limitaciones que estas representan en términos estructurales, como la incapacidad de generar nexos con el mercado laboral o académico, los sujetos valoran el apoyo afectivo que estas redes proveen y lo consideran importante para su propia reinserción.

“a ver, apoyo moral tengo, por parte de mi familia que es incondicional, en las buenas y en la malas mi hermano siempre han estado conmigo, a pesar que las limitaciones no me las ponen ellos ni yo, me las ponen terceras

personas no solamente depende de mi y de mi núcleo que me apoya, depende de terceras personas, que no están en este momento ni a mi alcance ni al alcance de las personas que sufren lo mismo que yo”.

P.A Entrevista nro 1, párrafo 214

Esta cita deja en evidencia que los sujetos tienen plena conciencia de los alcances y limitaciones de sus propias redes con respecto a su propia inserción laboral, por lo que reafirma aún más la idea de el individuo con esquizofrenia como un sujeto activo que interactúa dinámicamente con sus redes, y que tiene plena conciencia de los problemas que genera a nivel social la enfermedad.

Sin embargo, la valoración positiva tiene relación con que los sujetos ven en sus redes sociales pilares fundamentales para su propia reinserción, sin importar si estas están limitadas estructuralmente hablando o no.

“buena, porque uno adquiere experiencia, de la relación con la familia, con el trabajo, de mi propia condición , todo eso es bueno, porque de los ocho años que llevo enfermo seis años estuve en coma, una coas así, no sabía nada, me quedaba todo el día acostado, no sabía trabajar, vivía dentro de una burbuja y no sabía nada.”

Entrevista nro 2, párrafo 269

El apoyo por parte de las redes es fundamental para el sujeto, y aquellos que sufran de manera severa la ruptura de sus lazos tendrán menos capacidad incluso de superar los síntomas positivos de la enfermedad.

“bueno te vuelvo a repetir, en este momento no tengo amigos, estoy en mi casa, sigo con las fobias sociales, quizás tu con tus palabras me vas a motivar a ver esa parte”

JCT Entrevista nro 3, párrafo 114

Por lo tanto, y de manera preliminar podemos plantear la siguiente afirmación: El apoyo brindado por las redes sociales al sujeto con esquizofrenia a través de sus interacciones es fundamental para la propia reinserción, el sujeto sobretodo cuando los síntomas de estos tienen mayor preponderancia en lo cotidiano, la existencia o ausencia de este apoyo puede marcar de manera profunda a la persona que padece la enfermedad, permitiéndole o impidiéndole concretar una carrera académica o laboral sin discontinuidades o poseer una mayor autonomía a nivel social.

Sin embargo, cuando nos referimos a las acciones concretas de la red en torno a una inserción efectiva del sujeto la red se ve limitada a nivel estructural desde la visión del sujeto, influyen otros factores en las condiciones de empleabilidad de las personas con esquizofrenia.

Esto abre otros elementos de análisis acerca de cómo generar redes sociales más interconectadas que permitan a su vez facilitar el camino de las personas con esquizofrenias al mundo de trabajo, elementos que veremos más adelante.

6.2. Evaluación de la experiencia laboral.

B1) Experiencia laboral.

A partir del análisis de otras investigaciones, se ha evidenciado que la experiencia laboral del sujeto marca de manera profunda su motivación a volver trabajar en empleos no protegidos o a postular a cargos de mayor responsabilidad etc.

Es por eso que este ítem busca identificar cuáles son los elementos que el sujeto evalúa negativa o positivamente a partir de su propia experiencia laboral y como esto lo condiciona en la búsqueda de un empleo no protegido, dentro de este ítem se observan dos categorías, la evaluación positiva de la experiencia laboral y la evaluación negativa de la experiencia laboral.

Evaluación positiva de la Experiencia Laboral.

Si bien existe una variedad aquellos que evalúan positivamente su experiencia laboral, destacan de manera positiva una buena relación con sus compañeros de trabajo, buena remuneración y un trabajo no rutinario que implique un desafío con respecto a sus propias capacidades.

“ahí estuve como 5 o 6 años, pero yendo y volviendo, yendo y volviendo, la jefa, Jazmin me dio todas las pasadas para ir y volver, se aburrí de darme pasadas, como 5 o 6 años, y ese es el trabajo que más recuerdo, porque ahí tuve más alegría, ganaba más plata y tenía más dificultades también, a mí me costaba sacar los filtros, llenar de aceite la caja, que el perno, y todo en menos de 5 minutos, porque se llenaba de clientes, la estación de servicio, porque el local era chico, no un lugar donde haya un gran garaje, son 3 podios y van pasando pasando y pasando, y la cola llegaba hasta como una cuadra más allá. Los fines de semana eran cruciales para mí porque entrábamos a las 9 de la mañana y salíamos a las 7 de la tarde.”

Otro factor importante de una evaluación positiva de la experiencia laboral, tiene relación con la cantidad de trabajos y lugares distintos donde el individuo trabajó, curiosamente la flexibilidad laboral ejerce un efecto positivo en los sujetos que entraron en el campo laboral, ya que les permite aprender diversos oficios, trabajar en distintos ambientes no protegidos, bajo distintas dinámicas e incluso capacitarse para optar a oficios o profesiones que lo satisfagan.

“estuve en el Te Supremo, estuve trabajando también de Jardinero, aquí mismo en la corporación hicieron un curso de capacitación y yo asistí, uno era fotocopiado, carpintería y jardinería, yo primero había optado por Carpintería, pero deserté porque no me gustó y entre a jardinería, luego de eso encontré práctica en el cementerio los pensamientos en Santa Inés y me quede trabajando allá 3 años, y después por reducción de personal, me despidieron, me pagaron el finiquito y todo y luego volví a trabajar otra vez, empecé a trabajar de guardia con la misma empresa, con el mismo dueño aquí en Santos Ossa, trabajé haciendo pololitos también, actualmente también tengo un pololito, hago aseo una vez a la semana para una residencial, así que ahí me gano unas Luquitas.”

J. M Entrevista nro 10, párrafo 49

Los casos de M.C y J.M son reveladores de lo que se plantea, ya que de todos los entrevistados estos son los casos que han tenido una trayectoria laboral más larga y continua, y a pesar de las presiones y los problemas a los que se han vistos enfrentados en el mundo laboral, tienen una visión más positiva del trabajo, que aquellos que han tenido trayectorias laborales discontinuas y han enfrentados pocos escenarios en su vida laboral, en este sentido no solo es importante la red social como elemento de apoyo, sino también la actitud del propio sujeto frente al trabajo.

Evaluación negativa de la experiencia laboral.

Por su parte los sujetos que evalúan de manera negativa su experiencia laboral, es a causa de diversos factores, que tienen relación con forma de discriminación directa e indirecta, evaluación negativa de la remuneración en relación con el trabajo y trayectorias laborales sumamente discontinuas.

“ahh asquerosamente malas, deplorables, repugnantes, y en el ultimo trabajo que estuve de guardia de seguridad, pedí permiso para ir a buscar mis remedios, le mostré mi carnecito al supervisor el que dice salud mental, me dijo que con weones cagaos de la cabeza no trabajaba, así de ofensivo... me reí nomas, pero por dentro estaba hecho un asco.”

P.A Entrevista Nro 1, párrafo 193

Aquí vemos un caso de discriminación directa por parte de los superiores de P.A, estos factores negativos inciden directamente en como el sujeto evalúa su experiencia laboral y genera desmotivación con respecto al mundo laboral.

“cuesta ganarse la plata, por ejemplo el ultimo trabajo de electricidad que tuve, que fue allá en Gómez Carreño ahí estuve trabajando y tenía que trabajar hasta los días Domingo para alcanzar a ganar 200.000 pesos, aunque no hiciera nada yo porque yo estaba trabajando como ayudante, yo trabajaba con el maestro, pero igual era mucho trabajo”.

J Entrevista nro 2, párrafo 214

Esta forma de evaluación negativa tiene que ver con la propia forma en que el sujeto concibe la remuneración con respecto al trabajo hecho, en este caso J manifiesta que prefiere trabajar de manera independiente e informal antes de ingresar al mercado laboral formal.

“Como independiente, instalaciones domiciliarias, me gusta ahí porque el patrón soy yo y me gano las lucas yo y yo decido cuanto ganar y el horario, entonces me hago menos drama.”

J Entrevista nro 2, párrafo 239

Esta actitud también es problemática, ya que el sujeto está abierto a solamente una dinámica de trabajo, lo cuál complejiza su ingreso al mercado laboral, que como ya sabemos, a causa de la enfermedad presenta dificultades que van más allá de las capacidades del sujeto, si bien esta investigación no está basada en los efectos del estigma en las personas con esquizofrenia, este es un elemento imposible de desconocer y que lamentablemente marca a fuego las trayectorias laborales de algunos sujetos que hemos entrevistado.

B2) Estigma.

El estigma está definido por la OMS como

“algún rasgo o característica de una persona que hace que esta tenga una posición social comprometida, una marca de vergüenza o descredito.” (OMS, 2003, Pág. 11),

Esta definición es clara con respecto al concepto de estigma y los efectos que este causa en las personas que padecen esquizofrenia.

En la investigación encontramos dos tipos de discriminación laboral: la discriminación directa e indirecta.

Discriminación Directa.

La discriminación directa tiene relación con actitudes negativas del jefe o los compañeros de trabajo con respecto al sujeto con esquizofrenia, pese a que la discriminación laboral es una conducta reprobable socialmente e incluso castigada por ley, estos fenómenos se siguen reproduciendo a nivel cotidiano.

“ el compadre, me dijo: no yo con weones locos(sic) no trabajo, son una mierda, una plasta(sic)... y ante toda la gente poh, me reí nomas, agache mi cabeza, eran las 11:30 de la mañana a las 12.00 firme el libro y me retire, la jefa me quería convencer de que volviera, yo le dije no, ya tengo un enemigo adentro, donde me pongan me van a hacer la vida imposible, hasta ahí nomas llegue.”

P.A Entrevista nro 1, párrafo 197

El caso de P.A es un caso típico de discriminación directa a causa de la enfermedad, estos episodios son sumamente negativos en la vida de las personas con esquizofrenia y marcan de manera trascendental su continuidad o discontinuidad en el empleo, adoptando el sujeto una posición crítica y defensiva frente al trabajo y a la sociedad en general.

“la gente limita bastante, las mismas personas limitan, yo no se quienes son los que están enfermos, los que tenemos un problema mental, o las personas que saben que tenemos problemas mentales y no nos aceptan, nos limitan, nos ponen una muralla muy grande, aunque uno tenga ganas de escalarla, alguien lo tira para abajo, lo trata de segregar. “

P.A Entrevista nro 1, párrafo 62

Estos episodios pueden profundizar aún más la ruptura de las redes del sujeto y desmotivar por completo su entrada al mundo laboral.

Lamentablemente, este es un fenómeno transversal a todos los ámbitos sociales, incluso aquellos que debido a su naturaleza deberían tener mayores niveles de tolerancia y apertura en relación a lo distinto como es el caso de la Universidad.

“me sentí estigmatizado, porque era un tipo que tenía un pensamiento distinto, que no calzaba con los criterios de la institución que me tomé la mala de muchos profesores por contestarles en su cara y que definitivamente tuve que salir de ahí, tuve que dejar una carrera a medias y salir, porque definitivamente no era el mejor ambiente y todo el asunto , se notaba bastante , no con tanto mis profes, sino con respecto a mis compañeros de carrera, aunque habían muchos compañeros de carrera que eran bacanes conmigo y que todavía los estimo bastante, pero

hay un gran grupo, un gran grupo que todavía es hostil con respecto a la enfermedad y que no va a dudar en humillarte.”

D.R Entrevista nro 7, párrafo 219

El caso de D.R es paradigmático de lo que acabamos de plantear el estigma es un fenómeno presente en todos los campos y a nivel cotidiano, un fenómeno que va más allá del individuo y de sus intentos por insertarse sociolaboralmente, debido a esta situación D.R tuvo que cambiarse de Universidad para poder continuar sus estudios.

Discriminación Indirecta.

En otras ocasiones el estigma se manifiesta de manera indirecta y sutil frente al individuo, en estos casos el sujeto se siente subestimado y en una situación incómoda en su ambiente laboral.

Estas situaciones ejercen una influencia negativa en el individuo, la esquizofrenia es una enfermedad que produce una estigmatización tan poderosa, que esta se oculta por miedo o por inseguridad acerca de su reacción con los compañeros de trabajo y los clientes de dicha compañía, e incluso puede afectar directamente la trayectoria laboral del sujeto.

“Cuando uno está en el taller y los clientes saben que uno es esquizofrénico, la gente piensa cualquier cosa, entonces yo me tire a cargos bajos nomás, cargos de poca responsabilidad, pero con el tiempo también me dí cuenta que también era responsabilidad po.”

M.C Entrevista nro 9, párrafo 100

El estigma afecta directamente las posibilidades de movilidad laboral del sujeto, debido a los efectos negativos que este genera, por lo que es un tema que debe ser constantemente trabajado, no solo por el individuo, sino también por las redes sociales que acompañan su reinserción laboral.

CAPITULO 5

Analisis Parte 2:Concepto de espacio de atributos.

7. Análisis global de las categorías: El concepto de espacio de atributos.

7.1 Análisis de los casos a partir del concepto de Espacio de Atributos.

Al analizar un problema de investigación que posee tantas aristas y en donde se conjugan múltiples categorías, naturalmente nos enfrentamos a un problema de orden en la información, ya que no basta solo con presentar los elementos significativos recogidos durante el trabajo de campo, sino que es necesario recurrir a estrategias de sistematización de la información que nos permitan plantear el problema de la manera más sucinta y clara posible. Es por eso que, a partir de lo investigado en las entrevistas de los sujetos con esquizofrenia, generaremos una matriz con los atributos más significativos que condicionan la disposición a insertarse sociolaboralmente en estos casos.

Para conseguir este objetivo utilizaremos el concepto de *espacio de atributos* de Allen Barton el cuál busca generar tipologías a partir de ciertos atributos dados al individuo, en este caso a partir de las categorías más significativas generadas en el trabajo de campo y que posean una relación directa con los objetivos de investigación. A partir de esta matriz podremos realizar un análisis comparativo de los casos, y ver de qué manera se revelan los factores de peso de las redes sociales y de las actitudes del propio individuo y como este se relaciona con su experiencia laboral.

A continuación, presentaremos las categorías seleccionadas y analizar minuciosamente cada uno de los casos para verificar si existe o no el atributo buscado y la forma en que este se relaciona con los otros factores que inciden en este proceso, que como ya hemos visto anteriormente, es complejo y multiforme.

7.2. Matriz de atributos significativos.

Luego de estudiar en profundidad cada uno de los casos y sintetizar la información en ciertas categorías, es necesario reducir aún más el nivel las categorías presentadas para de esta forma manejar un nivel de información que nos permita generar ciertos casos que cumpla una doble función: por una parte poder generalizar ciertas situaciones particulares y al mismo tiempo poder contrastarlos.

Las categorías elegidas para construir la matriz de atributos no fueron seleccionadas de forma aleatoria, sino que corresponden a los elementos más influyentes que condicionan la inserción sociolaboral de cada uno de los individuos entrevistados a partir de sus propias percepciones, como vemos la matriz contiene elementos de los tres grandes temas que rigen la investigación: la esquizofrenia, las redes sociales y la evaluación del sujeto de su experiencia laboral, en primer lugar veremos comparativamente como los casos poseen o carecen de cierto atributos a partir de las categorías elegidas para, posteriormente, generar las tipologías las cuáles aparecerán distribuidas según la cantidad de atributos que contengan.

A continuación, veremos la matriz de análisis que posteriormente nos ayudara a generar las tipologías de los casos de los sujetos con esquizofrenia.

Tabla 6: Matriz de la tipología de casos.

Numero de Caso	Enf como limitante laboral.	Motivación a trabajar.	Apoyo afectivo familiar	Apoyo material familia.	Capacitación para el trabajo.	Percepción global de la red	Evaluación Experiencia laboral	Aprensiones laborales
Caso nro 1	Si	Alta	Si	No	Terapéutica.	Buena.	Negativa	No
Caso Nro 2	No	Alta	Si	Si	Ninguna.	Buena.	Positiva	No
Caso nro 3	Si	Baja	No	No	Laboral	Mala.	Negativa	Si
Cas nro 4	No	Alta	Si	Si	Ninguna.	Buena	Positiva	Si
Cas Nro 5	No	Alta	Si	No	Terapéutica	Buena	Positiva	No
Caso Nro 6 R.M	Si	Baja	No	No	Ninguna.	Mala	Negativa	Si
Caso nro 7	No	Alta	Si	Si	Laboral.	Buena	Positiva	No
Caso nro 8 M.B	Si	Alta	No	No	Terapéutica	Negativa	Positiva	No
Caso nro 9 M.C	Si	Alta	Si	Si	Terapéutica.	Mala	Negativa	No
Caso nro 10 JM	No	Alta	Si	No	Laboral.	Buena	Positiva	Si

Fuente: Elaboración propia.

La tipología de los casos se hizo en base a ciertos atributos significativos que retratan de manera fiel las interacciones que existen entre los sujetos con esquizofrenia y su red social primaria, uno de los elementos centrales de la tesis era como la percepción de los sujetos con esquizofrenia en relación a sus redes sociales podían influir en la motivación a insertarse laboralmente, esto se relaciona directamente con el concepto de intersubjetividad planteado por Alfred Schütz y la sociología fenomenológica.

El sujeto que vive en el mundo está influenciado en su acción por su biografía y experiencia inmediata, la percepción subjetiva de este y sus decisiones están marcada por las acciones ideas que otros ejercen sobre su propia existencia, una existencia que a su vez no es particularmente propia, sino que convive en una interacción constante con el nosotros (su familia, el barrio, el ambiente donde vive etc).

Es aquí donde surge el concepto de intersubjetividad, este es un acto social elemento dentro de la fenomenología para explicar las relaciones sociales y la conducta del individuo en determinadas situaciones, la intersubjetividad nos permite establecer vínculos sociales, porque el mundo social,(basado en un nosotros común) permite anticipar ciertas conductas para desarrollar la vida social, de esta manera, cuando yo me dirijo hacia otra persona y le pregunto sobre algún tema, estoy suponiendo una estructura social en la que reconozco al otro, asumo que compartimos ciertos códigos, nos unimos a ellos en alguna actividad común, influimos y nos dejamos influir (Schütz, 1932).

Esta idea es uno de los pilares teóricos con los que trabajamos en esta investigación, ya que si bien existen ciertos elementos estructurales que dificultan las condiciones laborales de las personas con esquizofrenia, cuando hablamos de elementos motivacionales de inserción laboral, estos pasan a un segundo plano, ya que la motivación del individuo no depende tanto de condiciones objetivas, positivas o negativas en determinado ambiente para trazar un plan de acción, sino que esta motivación inicial depende en gran medida de la intersubjetividad, es decir, de los vínculos positivos o negativos que el sujeto establezca con sus cercanos, de los conflictos o elementos motivacionales que los sujetos pertenecientes a su mundo social inmediato puedan ejercer sobre el. Esto es sumamente importante en sujetos con esquizofrenia, los cuáles como hemos visto anteriormente poseen redes sociales sumamente cerradas, lo que los hace más susceptibles a la opinión de los familiares en tornos sus aspiraciones de entrar al mercado laboral.

A continuación, veremos las tipologías derivadas a partir del análisis de los elementos más significativos que podemos describir de esta interacción intersubjetiva entre las redes sociales y el sujeto con esquizofrenia.

8. Descripción de la tipología de los casos.

La descripción de la tipología de los casos y los atributos correspondientes a cada uno tratan de describir de manera completa como se relacionan los distintos elementos de interacción entre la red social primaria y el sujeto con esquizofrenia.

En cada cruce tenemos dos tipos de atributos: los primeros se encuentran en la parte superior de la tabla, como por ejemplo el apoyo material, el apoyo afectivo y la percepción de la red, pertenecen a los aspectos relacionales de las red, los cuales a su vez influyen en mayor o menor medida en los aspectos laborales de la vida del sujeto, atributos que se encuentran en la parte izquierda de la tabla como la concepción de la enfermedad como un limitante laboral, la alta o baja motivación laboral por parte del sujeto con esquizofrenia y la evaluación de su propia experiencia laboral.

Complementario a estos dos tipos de atributos que conforman la tabla de tipologías, existe un último atributo influyente en la forma en que el sujeto evalúa su experiencia laboral, el cuál tiene directa relación con el tipo de capacitación que haya recibido el sujeto para insertarse laboralmente. De esta forma, cada cuadro de tipologías buscar cumplir con dos funciones: la primera es explicar, a través de elementos categorizados por los sujetos como importantes la forma en que las interacciones con sus redes tienen un peso positivo o negativo en su inserción laboral.

La segunda función busca desmitificar la idea preconcebida de que todos los apoyos que la red provee al sujeto son altamente positivos o bien direccionados, a través del desglose de atributos, y al análisis de las relaciones surgida entre ellas podremos averiguar que tipo de elementos y contradicciones se dan en esta relación.

A continuación describiremos los atributos dados en la tipología a partir de los casos.

Cuadro 3: Apoyo afectivo familiar en lo laboral y Enfermedad como limitante.

		Apoyo Afectivo familiar en lo laboral									
		SI					No				
Enfermedad como limitante.	Si	1	9				6	3	8		
	No	2	4	5	7	10					

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar veremos la relación que existe entre la presencia de apoyo afectivo laboral y la concepción de la enfermedad como un limitante al momento de insertarse laboralmente.

El apoyo afectivo laboral por parte de la familia es sumamente importante para el sujeto en la concepción de la enfermedad como un limitante laboral, esto lo vemos de forma manifiesta en los casos 2, 4, 5, 7 y 10 los cuales poseen un alto apoyo afectivo en lo laboral por parte de sus familias y no conciben la enfermedad como un limitante, estos sujetos anulan ciertos aspectos de la enfermedad como las inseguridades y aprehensiones que produce el estigma y la discriminación social.

Esto nos permite resaltar la importancia del apoyo afectivo familiar en lo laboral cuando este se encuentra bien direccionado, ya que no en todos los casos el apoyo afectivo familiar influye

directamente en la concepción del sujeto de la enfermedad como un limitante laboral, en este sentido, los casos nro 1 y 9 poseen el apoyo afectivo de la familia en lo laboral, pero este no es lo suficientemente fuerte como para considerar que la enfermedad no posee ninguna limitante a la hora de insertarse laboralmente, esto se debe a factores que van más allá de la propia interacción positiva que surge entre el sujeto y su red social primaria, es decir, la concepción de la enfermedad como limitante tiene directamente relación con las experiencias del sujeto a nivel laboral, ya que si bien poseen el apoyo para insertarse laboralmente, evalúan de manera negativa su experiencia laboral, lo cuál da cuenta de que el apoyo afectivo de la familia debe ser un proceso transversal durante todo el proceso de búsqueda y colocación de un empleo.

Esto es esencialmente importante sobretodo en los empleos competitivos, donde el sujeto está sometido a una mayor presión por parte de los jefes y compañeros de trabajo, sumado a esto pueden hacerse patentes ciertos fenómenos de los casos de estigma y discriminación social, en este sentido, si bien en términos globales la mayoría poseen apoyo afectivo en lo laboral, el peso de la variable como una influencia positiva o negativa dentro del proceso de inserción laboral depende de la manera en que se direcciona ese apoyo. Es así como vemos que no es suficiente que un atributo exista o no, para que este genere elementos positivos de inserción, por lo que se afirma la necesidad de que exista un trabajo conjunto entre familiares el sujeto y la red secundaria a fin de direccionar este apoyo y hacerlo prolongado en el tiempo.

A continuación, revisaremos aquellos casos donde existe ausencia de apoyo afectivo laboral y la manera de que este influye en la enfermedad concebida como un limitante.

8.2 Ausencia de apoyo afectivo laboral y enfermedad como limitante laboral.

Cuando no existe apoyo afectivo por parte de la familia, esto se debe principalmente a dos factores: en primer lugar el sujeto, debido a su propia historia biográfica tiene una mala relación con su familia, esto es visible en el caso 3, 6 y 8 estos sujetos debido a diversos conflictos poseen un fuerte conflicto en la interacción con sus familias, lo que repercute de manera significativa en la forma en conciben la enfermedad como un limitante y en su

motivación a insertarse laboralmente, recordemos que en el caso numero 6 el sujeto había perdido contacto con su familia, debido a la decisión de casarse, lo que generó una crisis a nivel familiar que provocó la ruptura de sus vínculos sociales más cercanos.

En el caso numero 3 la realidad es otra, debido a los antecedentes del sujeto, relacionado con problemas de drogas entre otros factores, se quebró la relación y las interacciones positivas dadas entre el sujeto y la red.

En síntesis, vemos que para la mayoría de los casos 2,4,5,7 y 10 el apoyo afectivo familiar influye positivamente y deriva a que los sujetos no conciben la enfermedad como un limitante a la hora de conseguir un empleo, lo que permite allanar el camino hacía una inserción laboral efectiva en términos concretos, donde existe apoyo no solo en el proceso de inserción sino también cuando estos sujetos logran insertarse laboralmente.

Sin embargo, vemos como en los casos 1 y 9, la falta de un apoyo bien direccionado genera un mayor peso de elementos negativos externos presentes en la dinámica del mundo laboral, los cuales a la larga repercuten en la trayectoria laboral del sujeto.

Cuando este atributo es ausente la diferencia entre los sujetos que conciben la enfermedad como un limitante y los que no es notable, en el caso numero 3, 6 y 8 conciben la enfermedad como una limitante a nivel laboral y tienen una baja motivación a insertarse laboralmente, lo que nos permite concebir el apoyo afectivo como un elemento sumamente importante cuando el sujeto enfrenta su inserción laboral.

A continuación, veremos como se relacionan el apoyo afectivo familiar con la evaluación de la experiencia laboral.

Cuadro 4: Apoyo afectivo familiar y evaluación de la experiencia laboral.

		Apoyo Afectivo familiar en lo laboral									
		SI					No				
Evaluación de la experiencia laboral.	+	2	4	5	7	10			8		
	-	1	9				6	3			

Fuente: Elaboración propia.

Como vemos el apoyo afectivo familiar relacionado con la evaluación de la experiencia laboral, también juega un papel importante en la inserción, la distribución de los casos en la relación entre el apoyo afectivo en lo laboral y la evaluación de la experiencia laboral, es relativamente similar a la relación que existe entre el apoyo afectivo familiar en lo laboral y la concepción de la enfermedad como un limitante a la hora de enfrentar un empleo.

Lo interesante de esta relación es que la evaluación de la experiencia laboral, contiene elementos que no son puramente subjetivos, como la forma en que el sujeto es tratado en su lugar de trabajo y elementos externos a esta relación, los que nos permite afirmar que el apoyo afectivo en lo laboral, no solo es importante para que el sujeto no considere la enfermedad como un limitante, sino que también para que este pueda enfrentar de manera positiva los problemas que puedan surgir en el mundo laboral, tales como discriminación, estigma o estar

sometido a diversas presiones, elementos comunes que surgen espontáneamente como dificultades para los sujetos a la hora de tener un empleo.

Cuadro 5: Apoyo afectivo familiar en lo laboral y motivación a insertarse laboralmente.

		Apoyo Afectivo familiar en lo laboral											
		SI						No					
Motivación a insertarse laboralmente.	alta	1	2	4	5	7	9	10			8		
	baja								3	6			

Fuente: Elaboración propia.

Acá vemos la relación que existe entre el apoyo afectivo familiar en lo laboral y la motivación que existe para que el sujeto se inserte laboralmente, acá revisamos dos variables totalmente intersubjetivas, por una parte el apoyo afectivo que pueda proveer la red social primaria al sujeto en su proceso de inserción laboral, y la motivación del sujeto a insertarse laboralmente.

La distribución de los casos nos muestra que existe una fuerte influencia del apoyo afectivo en la motivación del sujeto para insertarse laboralmente, en los casos 1,2,4,5,7,9 y 10 el apoyo afectivo en lo laboral corresponde con una alta motivación a trabajar por parte de los sujetos, lo que reafirma la importancia de este elemento como un potente motivador de actitudes proactivas hacia el trabajo, como ya hemos visto en otros cuadros el caso nro 3 y el nro 6 tienen una baja motivación al insertarse laboralmente debido principalmente a no contar con

apoyo afectivo por parte de su familia, el caso nro 8 es una excepción en este sentido, ya que este sujeto no cuenta con una red social primaria, y sin embargo posee una alta motivación a insertarse laboralmente debido a sus experiencias laborales anteriores, siendo este un caso anómalo dentro de la investigación.

Una vez más vemos como el apoyo afectivo familiar en lo laboral es un elemento sumamente motivador para el sujeto y sus ganas de insertarse laboralmente.

8.3 Apoyo afectivo laboral y situación laboral.

A continuación veremos la forma en que influye el apoyo afectivo en la inserción sociolaboral de sujetos con esquizofrenia, en este sentido, queremos comprobar de manera concreta como actúa esta variable como un elemento de inserción efectiva.

Dividiremos el grupo en dos cuadros, el primero analizará la relación entre la ausencia de apoyo afectivo en lo laboral y situación laboral.

Tabla 7: Ausencia de apoyo afectivo y situación laboral.

Nro caso	Apoyo afectivo laboral.	Situación laboral.
3	No	Desempleado.
6	No	Desempleado.
8	No	Trabajo protegido.

Fuente: Elaboración propia.

De los casos anteriores, solo uno posee un trabajo protegido, en este sentido, la falta de apoyo afectivo en lo laboral, desemboca en situaciones complejas para el individuo en términos de su

inserción laboral, por lo que, el primer paso para que un sujeto pueda insertarse laboralmente con éxito es contar con un apoyo efectivo por parte de sus redes, elemento importantísimo no solo como un motivador, sino también como un elemento que facilita la inserción sociolaboral.

A continuación, veremos como se configura el cuadro con las personas que poseen apoyo afectivo en lo laboral en relación a su situación laboral.

Tabla 8: Apoyo material afectivo en lo laboral y situación laboral.

Nro caso	Apoyo afectivo en lo laboral	Situación laboral.
1	Si	Desempleado.
2	Si	Trabajo temporal y capacitación profesional.
4	Si	Trabajo informal.
5	Si	Desempleado.
7	Si	Estudiante.
9	Si	Empleo no protegido.
10	Si	Trabajo protegido.

Fuente: Elaboración propia.

Como vemos la diferencia entre los dos cuadros es notoria, para aquellos sujetos que cuentan con apoyo afectivo en lo laboral, la inserción es notoriamente más fácil, e incluso poseen una mayor diversidad de actividades en comparación de aquellos que no lo poseen, en este sentido, el apoyo afectivo en relación a la situación laboral cumple un papel fundamental como elemento de inserción no solo a nivel motivacional, sino de manera concreta ,teniendo en

cuenta casos como el número 2 o el 7, donde se observa no solo una mayor inserción laboral, sino también el ingreso al mundo académico, una situación que lamentablemente, debido a los efectos de la enfermedad queda inconclusa en un gran porcentaje para personas que poseen la enfermedad. Sin embargo, es preocupante la baja cantidad de personas que acceden a empleos competitivos, predominando empleos de baja calidad, informales o temporales. También son frecuentes los empleos protegidos, que si bien son valorables desde el punto de vista de la inserción, muchas veces se convierten en estados permanentes, en vez de elementos de transición hacia el mercado laboral, lo que genera una dependencia a empleos que no aseguran el bienestar completo de quienes participan en ellos.

8.4 Apoyo Material.

Dentro del esquema de Pilar Mondaca (2004), donde define el capital social como una mezcla de dos elementos el capital cognoscitivo el cuál tiene relación con los elementos motivadores y afectivos que provee la red al sujeto, los cuales ya vimos cuando analizamos la influencia que tiene el apoyo afectivo familiar en lo laboral.

Por otro lado el capital estructural se remite a la capacidad de la redes de generar vínculos estructurales con el mundo social, es por eso que esta noción de capital social es sumamente adecuada y vinculante a nuestro proyecto, ya que analiza por separado la forma en que funcionan estos dos tipos de capitales.

De acuerdo a lo visto anteriormente el apoyo material, entendido como los vínculos estructurales que pueda tejer la red con el mercado laboral, es una variable fundamental para entender el éxito o el fracaso de la inserción laboral del sujeto con esquizofrenia. A continuación, revisaremos la segunda variable del análisis y su relación con los elementos ya presentados: el apoyo material y su influencia en la inserción sociolaboral de sujetos con esquizofrenia

Cuadro 6: Apoyo material y enfermedad como limitante.

		Apoyo Material.									
		SI					No				
Enfermedad como limitante.	Si	9						1	3	6	8
	No	2	4	7	10			5			

Fuente: Elaboración propia.

Acá vemos una distribución de casos interesante de analizar, ya que por una parte el caso nro 2,4, 7 y 10 poseen apoyo material, es decir, vínculos estructurales con el mercado laboral, lo que permite reducir los efectos sociales negativos de la enfermedad, como concebir la enfermedad como un limitante laboral.

Por otro lado vemos como los casos nro 1,3,6 y 8 existe una concepción de la enfermedad como limitante a nivel laboral y una relación directa con la falta de vínculos estructurales con el mercado laboral, por lo que el apoyo laboral se erige como un elemento fundamental de inserción laboral para sujetos con esquizofrenia, ya que la concepción de que la enfermedad es un limitante de ingreso al mercado laboral disminuye la capacidad de inserción y mantención de un trabajo estable, cortando de esta manera su trayectoria laboral. Existe una diferencia entre estos dos grupos, que va más allá de si estos se reinsertan con éxito o no, la diferencia radica en que la forma de concebir la enfermedad es el primer elemento motivador o inhibidor de inserción y esta concepción tiene un efecto profundo en la forma en que el sujeto se desenvuelve en el mercado laboral.

Cuadro 7: Apoyo material y evaluación de la experiencia laboral.

		Apoyo Material.									
		SI					No				
Evaluación de la experiencia laboral.	positiva	2	4	7	10		5	8			
	Negativa	9					1	3	6		

Fuente: Elaboración propia.

Como dijimos anteriormente el apoyo material es importante para minimizar los aspectos sociales de la enfermedad, sin embargo, es necesario saber como se relaciona en términos concretos con la visión subjetiva del sujeto en relación a su propia experiencia laboral.

La distribución del cuadro nos muestra que la influencia que posee el apoyo material en la evaluación de la experiencia laboral es menor que en la relación de variable anterior, esto se debe a que el sujeto configura la forma en que evalúa su experiencia laboral a partir de los sucesos o hechos ocurridos en el ambiente laboral, por lo que el apoyo material en relación a la actividad laboral no es muy significativa.

Aún así, descontando los casos marginales, como el 9 que posee apoyo material y evalúa de manera negativa su experiencia laboral o el 5 y el 8 que no poseen apoyo material y evalúan

positivamente su experiencia laboral, los casos se distribuyen de manera equitativa entre aquellos que poseen apoyo material y una positiva experiencia laboral y aquellos que no poseen apoyo material y una evaluación negativa de su experiencia laboral, por lo que podemos afirmar que existe una influencia moderada de la variable apoyo material en la evaluación de la experiencia laboral por parte de los sujetos, primando otros elementos tales como fenómenos de estigma y discriminación social.

Cuadro 8: Apoyo material y motivación laboral.

		Apoyo Material.									
		SI					No				
Motivación Laboral.	Alta	2	4	7	9		1	5	8	10	
	Baja						3	6			

Fuente: Elaboración propia.

Cuando analizamos la relación entre apoyo material y motivación laboral, vemos que no existe una influencia significativa entre el apoyo material y la motivación a trabajar, que casi todos los casos poseen una alta motivación a trabajar pese a no contar con apoyo material, esto no influye en las ganas de trabajar que posee el sujeto, dando cuenta de que existen otros elementos significativos en la motivación del sujeto, que tienen una mayor relación con los elementos motivadores intersubjetivos que provee la red al sujeto, como el apoyo afectivo en lo laboral, esta idea se ve reforzada por los dos casos que tienen una baja motivación laboral el

caso nro 3 y el caso nro 6, los cuáles como vimos anteriormente poseen otras falencias graves en la relación con sus redes lo que les impide poseer una alta motivación a insertarse laboralmente.

En síntesis, con respecto a la motivación para trabajar la variable apoyo material no es significativa en términos concretos, siendo más importantes otros elementos tales como el apoyo afectivo que pueda proveer la red en lo laboral.

8.5 Apoyo material y situación laboral.

Apoyo material e inserción laboral: Un análisis comparativo.

Tabla 9: Casos sujetos con apoyo material y situación laboral.

Numero Caso.	Apoyo Material.	Situación laboral.
2	Si	Trabajo temporal y capacitación universitaria en curso.
4	Si	Trabajo informal.
7	Si	Estudiante universitario en practica.
9	Si	Junior y guardia de un edificio.

Fuente: Elaboración propia.

Como vemos, aquellos que poseen apoyo material por parte de sus redes, poseen una mayor capacidad para generar fuentes de empleo o alternativas académicas, independiente de cuan exitosas sean sus trayectorias laborales, los casos 2,4,7 y 9 sortean con éxito las barreras sociales impuestas por la enfermedad y generan vínculos concretos con el mercado laboral, lo que les permite tener trayectorias laborales más largas, por lo que el apoyo material se

convierte en un elemento fundamental de inserción para la consecución y mantención de un empleo, sea este informal, independiente o competitivo.

Ahora veremos la tabla de aquellos que no poseen vínculos estructurales concretos con el mercado laboral.

Tabla 10: Casos sujetos sin apoyo material y situación laboral.

Numero Caso.	Apoyo Material.	Situación laboral.
1	No	Desempleado.
3	No	Desempleado.
5	No	Desempleado.
6	No	Desempleado.
8	No	Trabajo protegido.
10	No	Trabajo protegido.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla vemos que los casos 1,3,5,6 8 y 10 no poseen apoyo material, lo cuál trae repercusiones negativas para los sujetos a nivel laboral dentro de su inserción, de hecho si analizamos comparativamente los casos que poseen apoyo material, frente a los que no los poseen la diferencia es notoria:

Si realizamos un análisis comparativo de los dos cuadros, la diferencia es sumamente notoria, en primer lugar, los casos que no poseen apoyo material son más numerosos dentro de la investigación que aquellos que poseen apoyo material, lo que da cuenta de la dificultad por parte del sujeto y su red de generar iniciativas propias de inserción o vínculos con el mercado laboral, por otro lado, estos casos que no poseen apoyo material, tampoco poseen una trayectoria laboral nutrida y se encuentran actualmente desempleados o trabajando en talleres

protegidos, es decir, no tienen un contacto directo con el mercado laboral de manera informal o formal.

Esto sin duda repercute en el aspecto monetario y laboral, ya que al estar desempleados, están en una situación de vulnerabilidad frente a aquellos que poseen un trabajo, lo que al mismo tiempo genera una dependencia económica y afectiva a sus redes, las cuales a su vez están incapacitadas para brindar el apoyo que el sujeto necesita para insertarse laboralmente, produciéndose de esta forma, fenómenos de sobreprotección y situaciones conflictivas que a la larga pueden quebrar las relaciones entre el sujeto y su red.

Cuando resaltamos la importancia del trabajo como un elemento fundamental en la inserción de sujetos con esquizofrenia nos referimos justamente a esto, el no poseer un trabajo genera conflictos que imposibilitan al sujeto de insertarse de manera efectiva, en comparación a aquellos que poseen apoyo material y pueden insertarse de manera efectiva al mercado laboral.

9. Capacitación e inserción laboral.

Otro de los temas que puede influir de manera significativa en la inserción laboral de los sujetos con esquizofrenia, es si estos poseen cierto tipo de capacitación para afrontar los desafíos planteados en el mercado laboral.

Independientemente de la enfermedad, el tipo de capacitación que posee un individuo para enfrentar la búsqueda y mantención de un empleo es sumamente importante, y es considerada una ventaja comparativa dentro del empleo competitivo.

A continuación, veremos un esquema de los casos y el tipo de capacitación que poseen, para posteriormente analizar la relación que existe entre esta variable y la enfermedad como limitante, la evaluación de la experiencia laboral.

Tabla 11: Distribución de los casos según capacitación.

Nro caso	Tipo de capacitación.
Caso nro 1	Terapéutica.
Caso nro 2	Laboral.
Caso nro 3	Laboral.
Caso nro 4	Ninguna.
Caso nro 5	Terapéutica
Caso nro 6	Ninguna.
Caso nro 7	Laboral
Caso nro 8	Terapéutica.
Caso nro 9	Laboral.
Caso nro 10	Laboral.

Fuente: Elaboración propia.

Para efectos de esta investigación entenderemos la capacitación laboral como aquellos sujetos que se hayan desempeñado en cursos, carreras técnicas, o carreras profesionales en universidades, centros de formación técnica o institutos de educación superior de cualquier tipo. La capacitación terapéutica es aplicable a aquellos sujetos que hayan participado en organizaciones sociocomunitarias de reinserción social tales como centros de terapia, hospitales de día o talleres terapéuticos de cualquier tipo.

Es necesario hacer una aclaración, casi todos los casos poseen una red secundaria de apoyo, es decir participan en talleres de inserción o en centros de rehabilitación, sin embargo, y debido a que el tema de esta investigación está enfocado en la trayectoria laboral de los sujetos, aquellos que a pesar de participar en una organización de este tipo poseen algún tipo de capacitación laboral, están agrupados bajo ese título, debido a que la intención es generar una diferenciación de ambos procesos y analizar el peso que posee el tipo de capacitación para el sujeto en su proceso de inserción.

Hecha esta aclaración, a continuación veremos la forma en que influye en tipo de capacitación en la inserción laboral del sujeto.

9.1 Tipo de capacitación y enfermedad como limitante.

Para evaluar de manera comparativa la forma en que influye el tipo de capacitación recibida por el sujeto para enfrentar el mundo laboral, en este sentido separaremos el cuadro entre aquellos que poseen capacitación laboral, capacitación terapéutica o ningún tipo de capacitación.

Tabla 12: Capacitación laboral y enfermedad como limitante.

Nro caso	Enfermedad como limitante.	Capacitación.
2	No	Laboral
3	Si	Laboral
7	No	Laboral
9	Si	Laboral
10	No	Laboral

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13: Capacitación terapéutica y enfermedad como limitante.

Nro caso	Enfermedad como limitante.	Capacitación.
1	Si	Terapéutica.
5	No	Terapéutica.
8	Si	Terapéutica.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14: Ningún tipo de capacitación y enfermedad como limitante.

Nro caso	Enfermedad como limitante.	Capacitación.
4	No	Ninguna.
6	Si	Ninguna.

Fuente: Elaboración propia

Cuando analizamos los tres cuadros de manera comparativa podemos encontrar ciertos elementos interesantes de analizar, en primer lugar vemos que para aquellos que poseen capacitación laboral, la influencia de esta variable en la concepción de la enfermedad como limitante no es significativa como para condicionar el proceso de inserción laboral.

Cuando observamos aquellos casos que poseen capacitación terapéutica en relación a la concepción de la enfermedad como limitante, nos damos cuenta que la capacitación terapéutica no es capaz de frenar ciertos elementos negativos pertenecientes a los aspectos sociales de la enfermedad, es decir, pese a que los sujetos participen en redes secundarias, este apoyo no es totalmente influyente para cambiar la noción de la enfermedad como un limitante a nivel laboral.

Es así que pese a que la influencia del tipo de capacitación no es significativa, vemos como la capacitación laboral ejerce una mayor influencia positiva en términos subjetivos para el sujeto respecto a la capacitación terapéutica, lo que remite a lo dicho anteriormente acerca de la efectividad del apoyo de la red secundaria en relación a la inserción laboral.

A continuación, veremos la forma en que se relaciona el tipo de capacitación laboral respecto a la evaluación de la experiencia laboral.

9.2 Tipo de capacitación y evaluación de la experiencia laboral.

Al analizar la relación que existe entre estos dos elementos, existe la posibilidad de una mayor influencia de la variable de capacitación respecto a la experiencia laboral, debido a que la

capacitación entrega ciertos elementos concretos de desarrollo profesional o laboral importante para el sujeto en su proceso de inserción.

Tabla 15: Capacitación laboral y evaluación experiencia laboral.

Nro caso	Evaluación experiencia laboral	Capacitación.
2	Positiva.	Laboral
3	Negativa.	Laboral
7	Positiva	Laboral
9	Negativa.	Laboral
10	Positiva.	Laboral

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16: Capacitación terapéutica y enfermedad como limitante.

Nro caso	Evaluación experiencia laboral.	Capacitación.
1	Negativa.	Terapéutica.
5	Positiva.	Terapéutica.
8	Positiva.	Terapéutica.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17: Ningún tipo de capacitación y enfermedad como limitante.

Nro caso	Evaluación experiencia laboral	Capacitación.
4	Positiva.	Ninguna.
6	Negativa.	Ninguna.

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar comparativamente los cuadros, vemos para el caso de los que poseen capacitación laboral, la influencia de esta variable no es muy significativa, esto debido a que pesan más elementos negativos de la misma dinámica del trabajo que la propia capacitación laboral, por lo que la capacitación es un elemento ventajoso para ingresar al mercado laboral, pero no tiene una mayor significancia para el individuo cuando este se enfrenta a los desafíos que implica un empleo.

Cuando, en cambio, analizamos la influencia de la variable capacitación terapéutica y evaluación de la experiencia laboral, los resultados varían, esto se debe a que para estos sujetos la capacitación terapéutica entrega elementos que les permiten mejores resultados en su inserción laboral, lo que a la larga permite una mejor inserción, en este caso, la capacitación terapéutica actúa como un elemento positivo para el sujeto.

En síntesis, a diferencia de lo que pensábamos anteriormente la evaluación de la experiencia laboral, si bien posee cierta influencia positiva sobre aquellos que poseen capacitación terapéutica, no posee una influencia significativa sobre aquellos que poseen capacitación laboral. Por lo que la capacitación actúa como un paso previo a la inserción como un elemento positivo, pero a la hora de buscar y mantener un empleo no es totalmente significativa.

A continuación, analizaremos la relación que existe entre el tipo de capacitación y la motivación laboral.

9.3 Tipo de capacitación y situación laboral.

Tabla 18: Capacitación laboral y situación laboral.

Nro caso	Situación laboral.	Capacitación.
2	Trabajo temporal.	Laboral
3	Desempleado.	Laboral
7	Estudiante universitario	Laboral
9	Empleo no protegido	Laboral
10	Empleo protegido.	Laboral

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19: Capacitación terapéutica y situación laboral.

Nro caso	Motivación laboral.	Capacitación.
1	Desempleado.	Terapéutica.
5	Desempleado.	Terapéutica.
8	Empleo protegido.	Terapéutica.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20: Ningún tipo de capacitación y situación laboral.

Nro caso	Evaluación experiencia laboral	Capacitación.
4	Trabajo informal.	Ninguna.
6	Desempleado.	Ninguna.

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la influencia que ejerce el tipo de capacitación sobre la inserción laboral vemos que el tipo de capacitación ejerce una influencia directa en la situación laboral de los entrevistados y aún más importante en el tipo de actividad que realizan, es así como aquellos casos que poseen capacitación poseen un mayor contacto con el mundo laboral, ya sea a través de empleos competitivos o instancias de capacitación educativas, tales como estudios de educación superior o capacitaciones profesionales, lo que ejerce una influencia positiva en su trayectoria laboral.

Por otro lado, en aquellos casos que poseen capacitación terapéutica, la influencia de esta no es sinónimo de una mejor inserción, de hecho, dos de los tres casos de esta categoría están desempleados, lo que confirma que la capacitación terapéutica por si sola no es un elemento que permita el acceso al mercado laboral y a empleos de calidad.

Es así como, independientemente de que la capacitación laboral en si misma es un elemento fundamental para la inserción del sujeto, en concreto es un elemento vinculante con el mercado laboral, por lo que es necesario incentivar este elemento en aquellas persona que no la poseen, o que por alguna razón vinculada a la enfermedad vieron interrumpido su proceso de inserción laboral, lo que en el largo plazo interrumpe su trayectoria laboral y es una desventaja con respecto a quien si tuvo una capacitación laboral concreta.

A continuación, veremos la ultima parte de las relaciones de variables, cuando analicemos la forma en que el sujeto evalúa sus redes sociales en general y los elementos que son

influenciables a esta variable tales como la enfermedad como limitante a nivel laboral, la evaluación de la experiencia laboral, la motivación laboral y la situación laboral.

10. Evaluación de la red.

La última variable que consideramos importante analizar es la de la evaluación global de la red por parte del sujeto, en este sentido, la evaluación subjetiva de la red por parte del sujeto, brinda ciertas luces de la forma en que este encara su proceso de inserción laboral.

En este sentido, un sujeto puede evaluar de manera negativa la manera global en que se comporta su red y esto repercutir en la motivación que posee para insertarse laboralmente, o repercutir negativamente en su situación laboral.

A continuación, veremos como esta variables influye en la enfermedad como un limitante, en la motivación a insertarse laboralmente, en la evaluación de la experiencia laboral y en su situación laboral actual.

Cuadro 9: Evaluación de la red y enfermedad como limitante.

		Evaluación de la red.									
		Buena					Mala				
Enfermedad como limitante.	Si	1	8				3	6	9		
	No	2	4	5	7	10					

Fuente: Elaboración propia.

Cuando analizamos la forma en que se distribuyen los casos, vemos que existe una notoria influencia de la percepción buena o mala que posea el sujeto de la red y la concepción de la enfermedad como limitante, es así, como los casos 2,4,5,7 y 10 poseen una buena percepción de su red y no conciben la enfermedad como limitante, en cambio, los casos 3,6 y 9 poseen una mala evaluación de sus redes y conciben la enfermedad como un limitante a la hora de insertarse laboralmente, es así como volvemos a recalcar la importancia de los vínculos que establece el individuo con red y como este se convierte en un elemento motivador o inhibidor de ciertas conductas proactivas en relación al empleo.

En síntesis, la evaluación de la red influye de manera positiva o negativa en la concepción de la esquizofrenia como una enfermedad inhabilitante, por lo que comprobamos que los vínculos de la red son capaces de anular ciertos elementos pertenecientes a los aspectos sociales de la enfermedad.

Cuadro 10: Evaluación de la red y evaluación de la experiencia laboral.

		Evaluación de la red.									
		Buena					Mala				
Evaluación de la experiencia laboral.	positiva	2	4	5	7	10	8				
	Negativa	1					3	6	9		

Fuente: Elaboración propia.

Cuando relacionamos la evaluación de la red con la evaluación de la experiencia laboral, vemos que al igual que lo ocurrido con la enfermedad como limitante, la distribución de los casos se mantiene igual, los casos 2,4,5,7 y 10 evalúan positivamente su experiencia laboral y poseen una buena evaluación de su red, por otra parte los casos 3,6 y 9 evalúan negativamente su experiencia laboral y poseen una mala evaluación de sus redes, lo que comprueba que la percepción subjetiva de los sujetos con respecto a sus redes influye también en la evaluación que hacen de su experiencia laboral.

Esto es notable ya que esta variable, que podríamos denominar relacional, tiene más influencia que variables de tipo concreto como el apoyo material, lo que vuelve a recalcar la importancia de la calidad de los vínculos que posea el sujeto con sus redes sociales independientemente de la cantidad o si estos tejen vínculos estructurales con el mercado laboral.

A continuación, veremos la relación que existe entre la evaluación de la red y la motivación de la laboral por parte del sujeto.

Cuadro 11: Evaluación de la red y motivación laboral.

		Evaluación de la red.											
		Buena					Mala						
Motivación Laboral	Alta	1	2	4	5	7	10	8	9				
	Baja							3	6				

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la variable evaluación de la red con respecto a la motivación, vemos que esta es sumamente influyente en una alta motivación a trabajar, así lo demuestran los casos 1,2,4,5,7 y 10 los cuales poseen una buena evaluación de la red y una alta motivación a trabajar, por otra parte los casos nro 3 y 6 poseen una baja motivación a trabajar y una mala evaluación de sus redes.

Los casos números 8 y 9 poseen una alta motivación a trabajar y una mala evaluación de sus redes en términos concretos, esto se debe a situaciones particulares, como por ejemplo una

mala relación con sus redes o cierta autonomía del sujeto con respecto a la percepción subjetiva de su red.

En síntesis, pese a ser una variable relacional, vemos que posee una influencia notable en la motivación laboral del sujeto, por lo que es un elemento importante a la hora de enfocar el proceso de inserción laboral de sujetos con esquizofrenia, es necesario aclarar que si bien aquellos que evalúen positivamente sus redes sociales poseen menos problemas en el trabajo, la relación es bidireccional, es decir, en ciertas ocasiones debido a la propia historia de vida y los conflictos causados entre el y su familia este posee una mala evaluación de sus redes pese a recibir apoyo, por lo que como hemos planteado a través de toda la investigación el sujeto posee una opinión propia acerca de su proceso, de la enfermedad y de las redes que no necesariamente se encuentra influenciada por sus vínculos sociales cercanos.

A continuación, revisaremos la última variable en concreto, evaluación de la red y situación laboral.

10.1 Evaluación de la red y situación laboral.

Con objeto de analizar comparativamente la influencia de la evaluación de la red en la situación laboral de los sujetos participantes de la investigación dividiremos los casos en dos esquemas, en primer lugar, revisaremos aquellos casos que poseen una buena evaluación de su red.

Tabla 21: Evaluación buena de la red y situación laboral.

Nro caso	Situación laboral.	Evaluación de la red.
1	Desempleado	Buena
2	Trabajo temporal.	Buena
4	Trabajo informal	Buena
5	Desempleado.	Buena
7	Estudiante universitario	Buena
10	Empleo protegido.	Buena.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22: Evaluación mala de la red y situación laboral.

Nro caso	Situación laboral.	Evaluación de la red.
3	Desempleado.	Mala
6	Desempleado.	Mala
8	Empleo protegido.	Mala
9	Empleo no protegido	Mala

Fuente: Elaboración propia.

Cuando analizamos la relación que existe entre la evaluación de la red y situación laboral, vemos que si bien la influencia de esta variable en la condiciones actuales de empleabilidad de los sujetos no es tan significativa como en las relaciones previamente estudiadas, esta ejerce una influencia moderada sobre las condiciones laborales de los sujetos investigados, sin embargo, es llamativo que el único caso de la investigación que posee un trabajo competitivo evalúe de mala forma la relación con sus redes de manera global, esto quizás se debe a que no se siente lo suficientemente apoyado para enfrentar las dificultades que se presentan en el trabajo o el apoyo por parte de sus redes no está bien direccionado cuando se encuentran frente a situaciones de presión laboral, por lo que es importante recalcar que la cantidad de vínculos no es una garantía de una mejor inserción laboral.

A continuación revisaremos la última variable donde veremos la influencia de las aprehensiones de la red social primaria en la inserción sociolaboral del sujeto con esquizofrenia.

Cuadro 12: Aprehensiones de la familia y enfermedad como limitante.

		Aprehensiones de la familia.														
		Si					No									
Enfermedad como limitante.	Si	3	6							1	8	9				
	No	4	10							2	5	7				

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la relación que existe entre las aprehensiones de la familia en lo laboral y la enfermedad como limitante vemos que no existe una influencia marcada de esta variable, por lo que podemos decir con propiedad que debido a una distribución equitativa de los casos esta variable por si misma no es influyente a la hora de considerar la enfermedad un limitante laboral, pesando otros aspectos como el estigma o la falta de vínculos con el mercado laboral, sin embargo, queremos hacer énfasis en dos casos: el numero 3 y el numero 6, los cuáles sufren aprehensiones por parte de su familia y consideran la enfermedad como un limitante, esto se debe a que en estos casos la relación con su familia esta virtualmente dañada por las

experiencia intersubjetivas entre su red y el sujeto, primando así las experiencias negativas antes que un análisis concreto de la situación laboral del sujeto.

A continuación, veremos la relación que existe entre la evaluación de la experiencia laboral y las aprehensiones laborales de la familia.

Cuadro 13: Aprehensiones de la familia y evaluación de la experiencia laboral.

		Aprehensiones de la familia.									
		Si					No				
Evaluación de la experiencia laboral.	Positiva	4	10					2	5	7	8
	Negativa	3	6					1	9		

Fuente: Elaboración propia.

En este cuadro vemos una situación distinta a la anterior, aquellas personas que no poseen aprehensiones de la familia en el ámbito laboral, tienden a evaluar positivamente su experiencia, esto lo vemos en los casos 2,5,7 y 8, lo que es comprensible debido a que el cuando el sujeto actúa de manera más autónoma respecto a su red en las decisiones que toma en el ámbito laboral, tiende a minimizar otros procesos negativos que se producen en la dinámica del trabajo, enfrentando de mejor manera su proceso de inserción laboral.

Cuando insistimos en un enfoque sociocomunitario participativo, con autonomía del sujeto en sus decisiones y al mismo tiempo acompañamiento de sus redes, nos referimos a esto, ya que no necesariamente una red bien cohesionada asegura una buena experiencia del sujeto a nivel laboral, tal como lo indica casos 1 y 9, es por eso que el acompañamiento debe respetar por sobretodas las cosas las necesidades y opiniones del individuo, para de esta manera impedir fenómenos de sobreprotección u otros que pueden en el largo plazo minar la experiencia laboral del sujeto en cuestión.

A continuación veremos la influencia de la aprehensión laboral y la motivación de los sujetos por insertarse laboralmente.

Cuadro 14: Aprehensiones de la familia y motivación a trabajar.

		Aprehensiones de la familia.											
		Si					No						
Motivación a trabajar.	Alta	4	10					1	2	5	7	8	9
	Baja	3	6										

Fuente: Elaboración propia.

Acá vemos que existe una influencia positiva categórica en la no aprehensión por parte de la familia con respecto a la asunción de desafíos laborales por parte de los sujetos y una la motivación a trabajar, los casos 1,2,5,7,8 y 9 muestran una alta motivación a trabajar y no presentan trabas significativas en sus procesos de inserción, lo que denota una influencia positiva de la autonomía del sujeto con respecto a sus propios desafíos laborales.

A nivel subjetivo, un apoyo focalizado por parte de las redes, en donde no existan fenómenos de sobreprotección con respecto al sujeto, incide positivamente en la motivación laboral por si mismo, minimizando otros factores complejos que implica todo proceso de inserción laboral.

A continuación, veremos como influye la variable aprehensiones de la familia en lo laboral en la situación laboral de los sujetos con esquizofrenia.

10.2 Aprehensiones de la familia en lo laboral y situación laboral.

Tabla 23: Sin Aprehensiones de la familia y situación laboral.

Nro caso	Situación laboral.	Aprehensiones de la familia
1	Desempleado	No
2	Trabajo temporal.	No
5	Desempleado	No
7	Estudiante universitario	No
8	Trabajo protegido	No
9	Empleo no protegido	No

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 24: con aprehensiones de la familia y situación laboral.

Nro caso	Situación laboral.	Evaluación de la red.
3	Desempleado.	Si
4	Empleo informal.	Si
6	Desempleado.	Si
10	Empleo protegido.	Si

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la situación laboral y las aprehensiones de la familia vemos como este fenómeno influye negativamente sobre aquellos que lo padecen, en este sentido, aquellos que declararon ciertas aprehensiones por parte de su familiar en el aspecto laboral, poseen una situación laboral más vulnerable estando desempleados o en trabajos protegidos, lo que da cuenta que fenómenos como la sobreprotección o distintos conflictos a causa de un apoyo en este caso mal direccionado.

Por otra parte, aquellos que no tienen aprehensiones en el ámbito laboral se integran de manera más proactiva al trabajo, lo que permite una mayor continuidad a nivel laboral y la posibilidad de aspirar a empleos de mejor calidad, una vez más destaca la importancia de la autonomía del sujeto en la toma de decisiones a nivel laboral.

Hemos revisado de manera minuciosa la relación que existen entre todas las variables que pueden influir en el proceso de inserción laboral de el sujeto con esquizofrenia, esta mirada global del tema desde los específico, nos permite generar una reflexión más profunda y completa de la problemática de cara a las conclusiones de la investigación.

CAPITULO 6

Análisis y resultados parte 3

Familia y esquizofrenia

1. Segunda fase del trabajo de campo: Análisis del Grupo de discusión a familiares de personas con Esquizofrenia.

1.1 Descripción del trabajo de campo en su segunda etapa: Realización del grupo de discusión.

La segunda parte del trabajo de campo estuvo centrada en la realización de un grupo de discusión con familiares de personas con esquizofrenia, a fin de recoger sus visiones sobre el tema, el criterio de elección de los familiares obedeció a facilidades de acceso a las personas que participaron en el grupo de discusión, en un primer momento se buscó la participación de un grupo heterogéneo de familiares pertenecientes o no a redes secundarias, pero, debido a las dificultades prácticas que implicó este proceso, se trabajó con familiares cercanos a la corporación Carlos Bresky, la cuál es una organización de la sociedad civil dedicada a la rehabilitación psicosocial de hombres y mujeres con problemas psiquiátricos, con centros en Viña del Mar, Valparaíso y Peñablanca, el cuál cuenta con más de 30 años de funcionamiento, constituyéndose de esta forma en una de las organizaciones más estables en el tratamiento y reinserción de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos severos y un referente regional a la hora de hablar de terapias y talleres de inserción en la región, entre sus líneas de acción destacan:

- 1) Programas de rehabilitación integral para personas con trastornos psiquiátricos severos.
- 2) Acompañamiento y Orientación a familiares: programa de Psicoeducación multifamiliar.
- 3) Agenda Cultural: sensibilización y promoción en salud mental basadas en la Comunidad.
- 4) Centro de Formación Laboral: formación para el Trabajo, Cerámica, Vitrofundición y Papel Reciclado.
- 5) Comunidad de aprendizaje: formación de estudiantes de pregrado, pasantías, prácticas, supervisión de prácticas profesionales y alumnos tesisistas.

El grupo de discusión se llevo a cabo el 30 de Marzo del año 2011, en una sesión donde el objetivo principal era recoger las impresiones y percepciones acerca de la relación entre esquizofrenia y trabajo planteada anteriormente en las entrevistas semiestructuradas.

Tabla 25: Distribución grupo e discusión

Participante	Sexo	Edad	Vinculo Familiar.
Nro 1	Hombre	55	Padre
Nro 2	Mujer	50	Madre
Nro 3	Mujer	40	Hermana.
Nro 4	Hombre	68	Padre
Nro 5	Mujer	72	Madre
Nro 6	Mujer	53	Madre
Nro 7	Mujer	57	Madre

Fuente: elaboración propia.

El grupo de discusión nos permite por un lado sintetizar de mejor manera la información, es decir, recoger las posturas de los familiares en torno al tema, evaluar los consensos y disensos que existen en torno a diversos conceptos como el trabajo o el estigma, estos elementos significativos surgen de manera espontanea y las visiones son a su vez complementadas por el resto del grupo.

El grupo de discusión a diferencia del focus group, posee una apertura mayor, es decir, se trabaja con una pauta más flexible que incluye temas e inquietudes que vayan surgiendo de los propios participantes. Naturalmente esto implica el riesgo de que el tema se desvíe o se

ramifique, es por eso que es necesario que el moderador tenga un buen manejo del grupo que le permita al mismo tiempo abrir y cerrar los temas y nunca desviarse del elemento central.

2. Categorías de Análisis

Tal como trabajamos a partir de las entrevistas semiestructuradas, a continuación revisaremos los temas y categorías generadas a partir de la sistematización y reducción de los datos derivados del proceso de codificación, para efectos de una mayor comprensión de la sistematización realizada, dividimos los temas y sus respectivas categorías en cuatro matrices que permiten visualizar de mejor manera el vínculo existente entre el **tema** (entendido como el concepto teórico que se vincula directamente con los objetivos de investigación), las **categorías** que emanan del tema principal, y que contienen a la **subcategoría** (entendida como la unidad mínima de análisis y que procede directamente del proceso de codificación).

A diferencia de lo planteado en las entrevistas semiestructuradas si bien los códigos pertenecen a los 3 temas matrices que rigen la investigación, (Esquizofrenia, Redes Sociales y Experiencia Laboral), la categorías y sub-categorías sufren ciertas variaciones para adaptarlas al formato de técnica de producción de contenidos y también debido a que las preguntas y los temas ya no van dirigidos a las personas con esquizofrenia, sino a su red social primaria.

A continuación, revisaremos las matrices y las categorías de análisis de manera detallada y sintética para de esta forma poder desarrollar el análisis lo más completo y exhaustivo posible abarcando todos los elementos significativos de la interacción entre la red social primaria y el sujeto en relación a su propia inserción sociolaboral

Tabla 26: Esquizofrenia percepción de la enfermedad.

Tema 1	Categoría.	Sub Categoría.
1)Esquizofrenia	A) Descripción de la enfermedad por el sujeto y relato del momento del diagnostico.	A1)Percepción de la enfermedad: La forma como el familiar cercano define su propia enfermedad(patológica, metafórica, descriptiva)
	B) Caracterización de la enfermedad como limitante social o laboral.	B1) Enfermedad como limitante social: Cada vez que el familiar señala la enfermedad como un impedimento que le impida relacionarse socialmente con otros

Fuente: Elaboración propia.

A1) Percepción de la enfermedad.

En contraste de lo que pudimos observar en la percepción de los sujetos acerca de la enfermedad, donde estos la calificaban de manera sumamente negativa, las percepciones de los familiares salvo excepciones tendrían a ser opiniones neutras, la explicación de esta neutralidad en la percepción de la enfermedad sin embargo, contrasta con la reacción de los individuos en la primera crisis, ¿como ocurre este fenómeno?

Una explicación plausible para esta desvinculación entre la percepción de la enfermedad como neutra y la negativa 1era reacción de la familia tiene directa relación con que el discurso

acerca de la enfermedad, puede estar influenciado directamente por la red secundaria y la preparación que se le da a los sujetos para enfrentarla de una mejor manera, generalmente los familiares desconocen de manera total la enfermedad, hasta que la viven en carne propia, con la preparación y el soporte dado por las organizaciones de apoyo que definimos como red secundaria a través del tiempo, estas opiniones acerca de la enfermedad y sus efectos tienden a la neutralidad, pese a esto reconocemos dos formas definidas de percibir la enfermedad

Percepción descriptiva de la enfermedad.

Los familiares describieron a partir de la forma en que esta se desarrolla y algunos efectos positivos o negativos los aspectos de la enfermedad, de manera bastante técnica, sin grandes dosis de emocionalidad.

“Salud mental, un trastorno de salud mental, uno más como hay tantos y tiene características muy definidas, ha sido bien estudiado, más que otros trastornos.”

(participante nro 1), párrafo 33

“Es una enfermedad psiquiátrica de las tantas que hay porque hay varios tipos de enfermedades psiquiátricas que se manifiesta de manera distinta.”

(participante nro 4), párrafo 13

A diferencia de lo observado en las entrevistas con sujetos con esquizofrenia, esta visión de la enfermedad por parte de los familiares es bastante neutra, a primera vista pareciera no condicionar de manera significativa la interacción entre la red y el sujeto, sin embargo, esto se debe a que los familiares no sufren directamente los síntomas positivos de la enfermedad, sino de manera externa, por lo que internalizan de manera distintas sus vivencias con respecto a la esquizofrenia.

Esto no quiere decir que no tengan una percepción negativa de la enfermedad, sino que esta percepción se manifiesta de manera indirecta, no en una valoración negativa frente al concepto, sino, como veremos más adelante frente a las vivencias y recuerdos que les trae la enfermedad y sus primeros brotes.

Percepción metafórica de la enfermedad:

A diferencia del primer grupo, este tiene una mayor correspondencia con las opiniones emitidas por los sujetos con esquizofrenia en las entrevistas:

“me cambió la vida totalmente a mi, es un cambio social, es un cambio personal y es un cambio a nivel nacional, porque afecta a muchas personas.

(participante nro 6), párrafo 21

“Es una enfermedad super ingrata, yo diría como el cáncer, porque en el fondo te complica y afecta a toda la familia, toda la familia participa de la enfermedad, incluso yo me tuve que retirar un tiempo a vivir sola con unas amigas, ayudaba a mi casa desde fuera, porque me afectaba mucho esta situación, cuando estuvo hospitalizado fue complicado.”

(Participante nro 3), párrafo 61

En la percepción del participante nro 3 se repite la metáfora de la enfermedad como un cáncer, el cuál genera un impacto fuerte a nivel familiar cambiando de esta manera las interacciones allí generadas hasta el momento de aparición de la enfermedad, lo cuál como explicamos anteriormente, implica una valoración negativa de manera grupal debido a los conflictos y rupturas que los aspectos visibles de la enfermedad generan en la interacción familiar.

A2) Reacción ante la primera crisis.

La reacción frente a la primera crisis por parte de la red social primaria es claramente negativa principalmente debido al desconocimiento de la enfermedad:

“uno no se da cuenta, otras personas se dan cuenta, mi hijo estaba en la universidad, yo no me daba cuenta, porque le preguntaba como te fue y me respondía bien seco “bien”, no me daba explicaciones, me decía todo está bien no te preocupis de ninguna cosa, y se iba a encerrar a su pieza, le golpeaba la puerta y me decía no, hoy no tengo clases, pero salía, un hermana a mi me dijo, porque mi hermana tiene una amiga que se casó con una persona con esquizofrenia, entonces me dijo M tiene esto, yo le dije ¿qué?, pero ¿ qué es eso?, no se si yo me sentía ignorante o no se si la ignorancia es hasta cuando no te toca existe”

Participante nro 2, párrafo 37

yo no conocía la esquizofrenia y me casé con un hombre irreconocible para mi, entonces cuando le vinieron las primeras crisis, yo estaba casado ya con el y me vinieron golpes bien fuertes sociales y familiares, más que sociales familiares porque sentí que la familia de mi esposo y la familia mia, me quisieron alejar, aislar y entonces después en el caso de mi hijo, me ha sido tremendamente fuerte luchar y continuar con ese problema

Participante nro 6, párrafo 57

La red social primaria, asume de manera negativa el golpe que significa tener de manera repentina una persona con esquizofrenia en el núcleo familiar, como ya hemos visto anteriormente, esto condiciona de manera sustancial las interacciones que se producen entre el

sujeto con esquizofrenia y su red social primaria, y lo que es más importante, la visión acerca de las capacidades del sujeto para enfrentar el mercado laboral.

En las opiniones de la red social primaria podemos observar los rasgos más características de los efectos negativos de los aspectos sociales de la enfermedad como la ruptura de vínculos sociales, el aislamiento entre otros:

“cuando se produjo todo esto, fue un descalabro familiar, yo soy la mayor de 6 hermanos y no nos habíamos dado cuenta, nos pasó lo mismo que a las personas que están acá, yo pololeaba en ese tiempo y mi pololo me decía, encuentro raro a J, habla cosas muy incoherentes, marca muchas cosas, yo me negaba decía, no no puede ser no creo, pero de a poco me fui dando cuenta que también encontraba rara su forma de hablar, yo trabajaba en ese momento en capredena, ahí lo llevé al psicólogo, y bueno ahí empezó todo el tema, la crisis, lo hospitalizaron.”

Participante nro 3, párrafo 59-60

Dichos quiebres y rupturas, producen fenómenos de aislamiento que son justamente la raíz del problema de la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia, como por ejemplo, la imposibilidad de generar redes proactivas y conectadas con el mercado laboral, que permita una inserción efectiva, es por eso que la primera reacción de la familia cuando se manifiesta la enfermedad, influye el proceso de inserción laboral del sujeto con esquizofrenia

B1) Enfermedad como limitante social.

La concepción de la enfermedad como un limitante social, influencia de manera negativa o positiva las opiniones sobre las capacidades de inserción en el mercado laboral de los sujetos por parte de sus familiares, al consultar sobre este tópico se mezclan dos fenómenos que son interesantes de analizar y al mismo tiempo claramente negativos para la inserción del sujeto: La sobreprotección por parte de la familia frente al tema del estigma y la discriminación social.

“En el fondo si las personas no son tolerantes, para entender que una persona tiene un trastorno y les molesta eso entonces no hay chance.”

participante nro 1, párrafo 81

La sobrevaloración del estigma y la discriminación social por parte del familiar, en vez de actuar como un elemento de protección para el sujeto, funciona como un limitante para que el

sujeto asuma desafíos laborales, ya que el familiar “asume” que el sujeto va a fracasar debido a las condiciones impuestas estructuralmente por el mercado o la sociedad en general.

“ellos sienten que están compitiendo en un mundo y una carrera en que los obligaron porque nacieron y los metieron ahí, pero no tienen ninguna capacidad para hacerlo, de manera que me están haciendo correr a mí que soy corto de vista, con pura gente que ve bien yo veo que estoy perdiendo por todos lados, pero tengo que seguir corriendo y el fracaso me lo tengo que comer yo, porque ni siquiera lo puedo comentar porque tampoco es aceptable, en esta sociedad decir que a uno le fue mal no es validado”

Participante nro 1, párrafo 136

Este tipo de sobrevaloración del estigma y las dificultades que impone el mercado laboral a sujetos con trastornos psiquiátricos severos, son elementos negativos que a largo plazo, pueden convertirse en desmotivadores de cualquier iniciativa laboral que el sujeto emprenda, si bien no es una oposición total a que el sujeto trabaje, concebir a la enfermedad como un limitante social inmovilizante, y a su vez al mercado laboral como una barrera infranqueable para personas con esquizofrenia, genera efectos negativos en su propia inserción.

B2) Enfermedad como limitante laboral.

Al analizar esta categoría encontramos un elemento interesante que es transversal a todos los familiares participantes del grupo de discusión, la enfermedad en sí misma, sus síntomas negativos sumado al tratamiento es calificada subjetivamente por el familiar como un limitante a la hora de enfrentar el mercado laboral:

“es imposible por la exigencia del trabajo, ellos no se les puede exigir como a otras personas.”

Participante Nro 3, párrafo 142

“yo creo que eso es parte de la enfermedad, aunque uno los incentive, no se sienten ellos mismos, como que no tienen ganas de hacer cosas, a lo mejor no debo decirlo son flojos, se ponen medios aletargados.”

Participante Nro 2, párrafo 19

Acá podemos ver un fenómeno que es complejo, que no tiene relación con el estigma o la discriminación laboral del sujeto frente al resto de la sociedad, sino que con una subestimación del individuo a partir de su propio grupo familiar, estas opiniones generadas a partir de la propia interacción entre el sujeto y la red social primaria, terminan minando la confianza del grupo en el sujeto, restándole autonomía al asignarle una incapacidad real de hacer las cosas a partir de su propia enfermedad.

Es así como apreciamos que el desconocimiento de la enfermedad y los prejuicios que existen en torno a esta no solo son exclusivos de quienes no están familiarizados con la enfermedad en toda su complejidad, sino que también provienen de la red social primaria del sujeto, lo cuál en un enfoque de intervención sociocomunitaria, donde la inserción sociolaboral del sujeto depende también de los elementos motivacionales afectivos y estructurales que la familia puede entregar es una paradoja, una solución a esta problemática podría ser una intervención conjunta, no solo con el sujeto que sufre el trastorno sino también como su red de soporte y apoyo social, que como vemos en estas opiniones, inconscientemente poseen prejuicios e ideas que pueden significar un retroceso significativo en la trayectoria laboral de un sujeto con esquizofrenia.

En síntesis, un elemento sorprendente dentro de el tema de la esquizofrenia en relación a los familiares, es que estos le dan a la enfermedad una valoración mucho más negativa en termino de incapacitante que el mismo individuo que la padece, esto puede ser explicado en parte debido a que las vivencias de los familiares durante el primer brote de la enfermedad, condicionan de manera negativa la forma en que el sujeto valora de manera subjetiva el peso de la enfermedad que sufre su familiar. Cuando se analiza el estigma o la discriminación en personas que sufren discapacidades psíquicas, muchas veces se habla de manera general “ la sociedad es la que discrimina”, sin embargo, fue una opinión casi unánime por parte de los familiares considerar a la esquizofrenia como una enfermedad totalmente incapacitante que impide de manera total el ingreso de sus familiares al mercado laboral competitivo, sorprende que este elemento, que podemos definir como el germen de la discriminación de el estigma se encuentre de manera tan explícita en los familiares.

A continuación, pasaremos a revisar el segundo tema donde se manifiesta de manera explícita las interacciones positivas o negativas entre el sujeto con esquizofrenia y su red social primaria: Las redes sociales.

3. Redes Sociales.

Uno de los objetivos principales de esta investigación era el siguiente: “Describir las actitudes positivas o negativas de las redes de apoyo con respecto a las capacidades del sujeto con esquizofrenia en relación a su ingreso al mundo laboral”, este tópico sin duda alguna tienen relación con la forma en que los individuos se relacionan con su familia cotidianamente y como a través de estas interacciones se genera una opinión intersubjetiva positiva o negativa que permita o inhíba la entrada del sujeto al mundo laboral.

Numerosas investigaciones anteriores (Chuaqui & Prieto 2005), (Ruiz Jiménez 2009), han comprobado que la participación de la red social primaria en el proceso de inserción social del sujeto con esquizofrenia es determinante para el éxito o fracaso del mismo, por lo que las interacciones generadas en el núcleo familiar nos pueden decir mucho de la motivación del individuo a insertarse sociolaboralmente y a minimizar o agrandar las trabas que el propio mercado laboral competitivo impone. A lo largo de esta investigación hemos planteado que a diferencia de otras investigaciones que evalúan la cantidad de vínculos que posee en términos cuantitativos, nuestra intención es analizar la calidad de estos vínculos, es decir, aplicar una metodología cualitativa al análisis de redes si bien puede ser complejo en una primera instancia, busca retratar de manera fiel la manera en que estos se desarrollan como elementos dinámicos, es decir, no como vínculos estáticos y con una cualidad fija en el tiempo, sino como vínculos que pueden romperse e incluso adquirir características negativas debido a la interacción entre dos puntos, esto se debe a que un individuo en términos cuantitativos puede tener vínculos sólidos y estar sumamente bien integrado, pero en términos concretos la calidad de estos vínculos no le permiten genera una integración sociolaboral adecuada a sus necesidades. A continuación, veremos la matriz de las categorías que conforman este tema, el cuál es de suma importancia analizar la forma en que la familia y las redes son un elemento motivador en la inserción laboral del sujeto con esquizofrenia.

Tabla 27: Redes sociales: Categorías y subcategoría.

<p>2)Redes Sociales</p>	<p>A) Red social Primaria: Vínculos Sociales más cercanos del individuo (Núcleo familiar parientes cercanos).</p>	<p>A1) Relación con el sujeto actualmente: La forma en la que el sujeto se relaciona positiva o negativamente con su familia actualmente a (a efectos de averiguar si la relación cambió).</p> <p>A2) Opinión familia respecto a las aspiraciones laborales: La forma en que positiva o negativamente es evaluada por parte del grupo primario las aspiraciones laborales del sujeto.</p> <p>A3) Apreensiones de la familia: Los fenómenos familiares de sobreprotección que puedan detener al sujeto en su autonomía e independencia.</p> <p>A4) Apoyo afectivo familia: Apoyo en términos afectivos que le puede dar la familia al sujeto durante su reinserción laboral.</p> <p>A5) Apoyo material familia: Apoyo en términos económicos que le pueda la familia al sujeto durante su reinserción.</p> <p>A6) Conflictos y tensiones entre la familia y el sujeto. : Conflictos tensiones y crisis que puedan surgir a partir de la propia relación entre el sujeto y su familia con respecto a la enfermedad y a su proceso de Inserción laboral.</p>
--------------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia.

3.1 Redes sociales: la visión de la familia.

A1) Relación con el sujeto actualmente.

En el tema anterior vimos como la red social primaria se manifestaba en torno a la aparición de la primera crisis, esta categoría busca dilucidar si las interacciones entre la familia y el sujeto han mejorado, se han mantenido estables o han empeorado y de que forma esta relación marca la opinión de los familiares en torno al proceso de inserción laboral del sujeto con esquizofrenia.

“Está cada vez mejor, estoy tratando yo de armar un lazo más cercano, entusiasmarla para que venga para acá, con las tareas el teatro, con todas las cosas que hacen acá, practicando con ella, trato de estar con ella, ha mejorado la relación, estoy reafirmando el vínculo porque yo no estuve con mi hija un tiempo, después yo volví pero el que llevaba la voz de mando ahí era mi suegro, entonces yo no intervenía, ya el Dr le había dado remedios, pero ella se los tomaba cuando quería, entonces el tratamiento no le hacía nada.

Después de la explicación que me dio el Dr me hice cargo yo de darles los remedios, todos los días en la mañana y en la noche se los doy, y corroboro que se los toma.”

Participante nro 4, párrafo 73

En general, todos los participantes manifestaron una mejoría en la relación con el sujeto, empoderándose no solo de la situación una vez pasado el shock inicial de tener un familiar con esquizofrenia, haciéndose cargo del tratamiento, los controles y la rutina diaria de los medicamentos, en el caso del participante nro 4 este hace patente que la relación ha mejorado no solo debido a la evolución del tratamiento, sino también debido a la intervención oportuna de la red secundaria externa como red de apoyo transversal en la inserción social del sujeto.

Sin embargo, esta mejora en las relaciones también tiene algunos matices interesantes:

“Es buena, pero con muchos problemas actualmente, ella le gusta venir para acá, le gusta mucho, pero encuentro que ha tenido muchos problemas, me da miedo y me ha tenido con depresión porque ha presentado el cuadro de esquizofrenia, trastorno de personalidad, ve cosas que en realidad ve ella nomás, que le hablan y cosas así, ahora tiene una hora para psiquiatría porque tal vez está necesitando algún remedio y no quiero esperar que le venga derrepente una crisis grandota y que quede mal po, espero que no se así pos pero con todo esos trastorno que tiene, tiene que evaluarlo un especialista. “

Entrevista nro 7, párrafo 77

Evidentemente el miedo a una recaída o a un retroceso en la mejoría del paciente provoca también resquemores, como lo vemos en la entrevista nro 7, estos temores de alguna forma

condicionan la percepción de las capacidades del sujeto para desempeñarse de manera correcta en el mercado laboral.

Con esto no queremos decir que estos son temores infundados o carentes de significado, la esquizofrenia es una enfermedad compleja y de larguísimo tratamiento, pero este tipo de percepciones pueden conducir a fenómenos de aprehensión como veremos más adelante.

A2) Opinión familia respecto al trabajo.

Hemos llegado a una de las categorías más importante de la segunda parte del análisis, como hemos visto anteriormente la opinión de la familia con respecto al trabajo influyen de manera sustancial la entrada al mundo laboral competitivo de personas con esquizofrenia, las opiniones con respecto a que su familiar trabaje se dividen en dos grandes posiciones:

Opinión positiva respecto al trabajo.

En este grupo clasificamos a aquellos familiares que valoran el trabajo como un elemento positivo dentro de la vida la persona con esquizofrenia:

Yo en el caso de mi hijo creo que también opta por encontrarse útil y también sentirse útil dentro de la sociedad, quiere salir, tomar temas distintos y ayudarme a mí porque yo vivo sola también y cooperar, y que lo vean haciendo otras cosas mejores, y a mí en realidad me dejaría por un lado tranquila en la parte económica.

Participante nro 6, párrafo 120

Dentro de las opiniones que valoran el trabajo como una experiencia positiva para el sujeto se repite la sensación de “utilidad” como algo positivo, es decir, de alguna manera al entrar el individuo al mercado laboral e insertarse con plena autonomía, al adquirir independencia económica beneficia a su propia red social, la cuál manifiesta preocupación debido al futuro del familiar cuando estos ya sean incapaces de mantenerlos económicamente, el trabajo provoca esta seguridad extra y mejora el vínculo existente entre el sujeto y la familia.

Sin embargo, las opiniones positivas con respecto a la inserción laboral, poseen matices, en primer lugar los familiares poseen cierta desconfianza frente al mercado laboral y una

inserción plena del sujeto con esquizofrenia, debido a las reglas del mercado laboral competitivo y a ciertas necesidades especiales que necesitan este tipo de personas.

“Sería bueno que ellos trabajaran pero de acuerdo a sus normas, porque mi hijo en este momento está bien gracias a dios, pero el me dice, mamá yo si trabajo no me puedo levantar tan temprano, no puedo salir tan tarde porque este es mi horario, porque el es bien metódico para todo para sus medicamentos, anota perfectamente todo lo que quiere hacer, no me da problema en ese sentido, entonces el me dice ¿podré trabajar en esas condiciones? ¿y si me exigen más?, el quiere trabajar pero de acuerdo a sus necesidades, de acuerdo a su manera de ser.”

Participante nro 2, párrafo, párrafo 107

En general, el grupo insiste en la creación de ciertas condiciones especiales para la reinserción laboral plena, prefiriendo trabajos semiprotegidos o instancias de acompañamientos antes que una inserción total en el mercado competitivo.

“yo lo he pensado, siento que tienen que crearse empresas o talleres donde los altos cargos de esas empresas sepan que están trabajando con personas que calculen todos los inconvenientes que hay.”

Participante nro 6, párrafo 169

Estas reticencias a un enfrentamiento directo del mercado laboral competitivo por parte de su familiar son compartidas, tanto por las personas que tienen una opinión positiva acerca de que su familiar trabaje, como también por aquellos que ya sea por aprehensión o desconfianza se oponen tajantemente a que su familiar trabaje.

Opinión negativa respecto al trabajo.

Aquellos que tienen una opinión negativa del trabajo, enumeran una serie de factores que desde su punto de vista hace complejo el ingreso de su familiar al mercado laboral competitivo.

“No quiero que trabaje, me da miedo que entre a trabajar, ella por su forma de ser por su inocencia, por como se llame, se aprovechen los demás de ella, o que ella cometa alguna cosa y que a la larga el reclamo va a llegar a mí, el que va a pasar el mal rato voy a ser yo y a veces los malos ratos no son tan sencillos, a veces me siento como “toribio” porque vivo solo, tuve un hijo que murió el otro está casado y está distante, de hecho es profesional y todo eso y vive su mundo el tiene su trabajo fuerte y todo eso, entonces tengo que batallar solo yo con ella, y tengo mucho miedo de lo que vaya a pasar cuando yo muera, de que vaya a quedar solo, se que mi otro hijo la va ayudar y todo eso, pero no va a ser como yo, porque mi hijo tiene hijos.”

Participante nro 4, párrafo 113

La opinión del participante numero 4 es sumamente interesante y refleja una contradicción que más allá de ser paradójica ilustra la confusión y la forma en que se da la interacción de manera

problemática entre la familia y el sujeto: por un lado este se opone abiertamente a que su familiar trabaje, debido a los problemas asociados a la enfermedad o porque la cree incapaz de enfrentar el mercado laboral competitivo, sin embargo manifiesta temor por lo que pueda pasar con su familiar cuando el como tutor fallezca o ya no pueda mantenerla económicamente, esta problemática es sumamente común en familiares de personas con esquizofrenia, recordemos que en el estudio hecho en España por Ruiz Jiménez donde un 56% de los tutores tenían incertidumbre con respecto al futuro (Ruíz Jiménez, 2008).

Esta situación se torna aún más problemática cuando vemos que las personas que tienen opiniones negativas con respecto a que su familiar trabaje, se debe a la falta de confianza de las capacidades de la personas con esquizofrenias de insertarse en empleos competitivos, es decir, a una subestimación sistemática de las capacidades de estos sujetos para enfrentar el mundo laboral, este es uno de los efectos negativos de los que hablábamos cuando pretendemos desmitificar la idea de que los vínculos siempre son elementos positivos de inserción, dicha subestimación se manifiesta de manera moderada o directa.

“uno tiene un hijo con un trastorno mental, y ese hijo no tiene la capacidad de trabajar en el mundo laboral actual porque no tienen las competencias y no las trajo al mundo, a lo mejor se podría dedicar a otra cosa, no se poh, por decirte algo, a juntar hormigas y vendérselas a los entomólogos, pero eso no es rentable, no es exitoso y es un fracaso y es una estupidez, socialmente no está validado, lo que hacen es tratar de hacer lo que hacen todos, conseguir un trabajo como los que tienen los demás y ahí rebotan al tiro.”

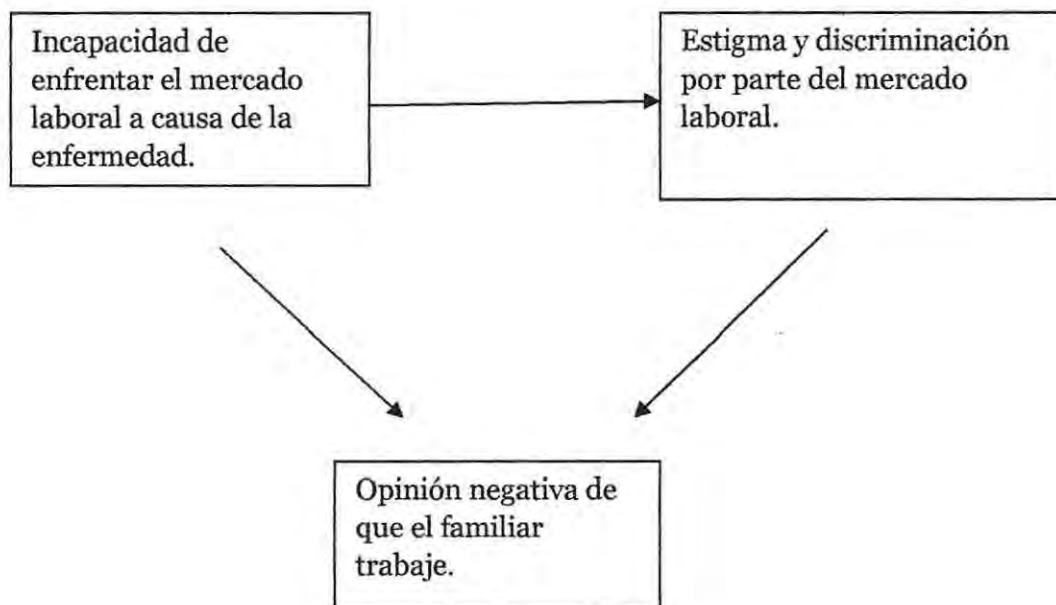
Participante nro 1, párrafo 140

Yo he buscado que ella trabajara porque le ayuda a llevar el problema también que ande ocupada porque no se anda quejando, de nada, pero le cuesta venir para acá., así que menos creo yo que va a poder hacerlo.

Participante nro 5, párrafo 118

En síntesis lo que vemos cuando analizamos las opiniones de los familiares que tienen una visión negativa del trabajo en relación a la esquizofrenia, vemos una conjunción de elementos que puede ser graficada de la siguiente manera:

Esquema 2: Opinión negativa con respecto al trabajo: configuración de elementos.



Este es uno de los elementos importantes a la hora de considerar una intervención de tipo práctica para generar un vínculo entre el mercado laboral y el sujeto con esquizofrenia, la relación entre la subestimación de las capacidades del sujeto y la sobrevaloración de las dificultades que el mercado laboral y el estigma imponen para el sujeto.

A3) Aprehensiones de la familia.

Esta subcategoría se relaciona directamente con la anterior, se refiere a las apreensiones que poseen los familiares con respecto a los desafíos laborales que enfrenta el sujeto con esquizofrenia en su proceso de inserción sociolaboral, con respecto a este ítem surgieron tres temas interesantes que son importantes de analizar porque abarcan variados aspectos de la vida social que incluyen desde el trabajo hasta la vida independiente de sus propios familiares.

Aprehensiones con respecto al trabajo.

Esta tiene directa relación con la forma en que los familiares evalúan las capacidades de los individuos para enfrentar el mercado laboral.

“: Mi hijo g trabajo, para G fue un pequeño triunfo, pero a la vez después fracaso, porque se portó mal con el jefe, y entonces lo despidieron, llegaba a la casa llorando, yo barrí la calle yo hice todo”
Participante nro 6, párrafo 148

La opinión de la participante nro 6 esta directamente influenciada por experiencias laborales pasadas, las cuales no fueron satisfactorias en términos concretos para la familia debido a los problemas que provocaron ciertas incomodidades, lo que produjo una desconfianza en la manera en que el sujeto con esquizofrenia pueda enfrentar el mercado laboral de manera exitosa, en estos casos se genera una interacción negativa en relación a la asunción de nuevos desafíos laborales, debido a la aprehensión que provoca cada intento de inserción por parte del individuo, o también por el miedo que le produce a los familiares las malas experiencias que pueda vivir el individuo en un empleo competitivo.

yo en el caso mío, no la dejo que trabaje por miedo a que le pueda venir una crisis o se burlen de ella y fuera de eso me traería problemas a mi, porque al empezar a trabajar yo voy a estar trabajando mentalmente con ella de alguna forma, porque voy a estar preocupado pensando que estará haciendo, ya no aguanto ya, hay que estar siempre pendiente, en lo personal, yo creo que ninguno quieren que nuestros hijos pasen malos ratos, entonces de trabajar como me dijo la Dra de psiquiatría, que unas personas habían aprendido a hacer cosas y después la vendían, pero hacían un trabajo.

participante nro 4, párrafo 183

Sin embargo, el fenómeno de la sobreprotección no es exclusivo de la relación trabajo-sujeto, sino que abarca todos los aspectos de la vida de la persona con esquizofrenia.

Aprehesiones respecto a la vida social del individuo.

Cuando nos referimos a fenómenos de sobreprotección a aprehensión, no solo hablamos de la inserción laboral, sino también de las relaciones interpersonales que el individuo pueda generar, tales como las relaciones sentimentales o las relaciones de amistad.

“quisiera abarcar un tema que no se si tiene que ver, pero es el problema que tengo con mi hija, que quiere encontrar a su amado, que quiere casarse y yo le he dicho por todos los medios que no, que no puede, que si ella lo hace yo me mando a cambiar, pero es su sueño, hasta una almohada la ha transformado en su amado, entonces me tiene a mi tenso porque si alguien le hace algo, tu eres la mujer, tu eres la que vas a sufrir las consecuencias, el varón llega y se manda a cambiar y listo, hace unas semanas se encontró con un varón y traté de hablar claro y preciso, pero parece que también el joven es medio... y estuvieron abajo, le ofreció pololeo y que me dio a entender que si ella quedaba esperando familia ella me iba a pedir que le cuidara la guagua.”

Participante nro 4, 130

Si bien abarcar todos los temas que tienen relación con las relaciones interpersonales de los sujetos con esquizofrenia, excedería nuestra investigación, es interesante ver como el fenómeno de la sobreprotección es negativo, justamente porque es transversal a toda la vida del sujeto, impidiéndole intentar generar vínculos y relaciones distintas a las que ya posee,

reduciendo de esta manera su capacidad de construir nuevos vínculos esto no es solo en lo referente en el tema de pareja, sino que también se extiende para las relaciones de amistad.

"pasan por una época así, mi hija paso por una época en la que quería salir, que quería tener amigas, porque ella no sale, entonces ella tiene bien claro que ella no puede tomar trago, ni nada, yo le digo tomas algo y te mueres, entonces yo tampoco nunca le daría permiso porque me da miedo."

Participante nro 7, párrafo 184

En ningún momento se pretende que los vínculos que el sujeto pueda generar, sean negativos para el o produzcan efectos indeseables para su tratamiento, pero si el individuo pudiera construir relaciones de amistad positivas de manera autónoma, aumentarían no solo sus posibilidades de inserción social, sino también de inserción laboral, descomprimiendo de esta manera esa relación dependiente que se genera en la interacción entre el sujeto y su familia.

Incertidumbre respecto al futuro.

La incertidumbre respecto al futuro sin duda es un tema que preocupa de manera profunda a los familiares de personas con esquizofrenia.

Que va a pasar con mi hijo cuando yo me muera, porque yo se que nadie lo va a tratar como yo, nadie lo va a querer como yo, nadie lo ve a entender como yo, y el tampoco se va a sentir ni entendido ni querido y que se yo, entonces hay un asunto social, hay un asunto familiar

Participante nro 1, párrafo 140

Con la preocupación de pueda pasar más adelante si yo desaparezco, me moví por aquí por allá y gracias a dios logré que por mi caja, mi hija pasara a ser carga mía, y si yo muero que tenga derecho a tener una pensión, aunque sea poca, pero tener.

Participante nro 4 , párrafo 141

La sobreprotección tiene directa relación con los temores de que pasará con el sujeto en el momento que su red social primaria por una causa u otra, no pueda seguir sosteniéndolo económicamente, sin embargo, este sentimiento se contrapone con una falta de autonomía del sujeto en todos los aspectos de su vida, en síntesis, esta paradoja afecta a la red en su conjunto, no solo al individuo, sino también a su familia la cuál no puede establecer relaciones proactivas con su familiar.

A continuación, veremos que tipo de apoyo brinda la red social primaria al sujeto que puedan facilitar la búsqueda de un empleo competitivo ya sea formal, semi informal o temporal.

A4) Apoyo afectivo familia

Por supuesto que no todas las interacciones dadas entre la familia y el sujeto son negativas, la esquizofrenia es una enfermedad, la cuál los sujetos sufren constantes altibajo anímicos, así como avances y retrocesos en su tratamiento, en este sentido, el papel que la familia desarrolla en caso de contención de la crisis es sumamente positivo para el sujeto que padece la enfermedad. En relación con el aspecto laboral, la familia ejerce una doble labor, por una parte aquellos que desean que su familiar trabaje incentivan a su familiar a la búsqueda de oportunidades laborales muchas veces sin resultados concretos.

“cualquier cosa que le proponemos con mi otro hijo, dice que si que lo va a hacer pero no hace nada, yo creo que es parte de un todo”

Participante nro 2, párrafo 63

Esto se debe en parte a que los familiares no cuentan con una red de apoyo concreta a la hora de incentivar positivamente a su familiar en la búsqueda de un empleo, lo que dificulta una inserción laboral satisfactoria y lo cuál paulatinamente va minando las posibilidades del individuo de generar contactos estructurales con el mundo laboral.

Por otro lado, la otra labor que realizar la red social primaria en términos afectivos es la de contención frente al fracaso, debido a lo dicho anteriormente como los familiares no cuentan con un apoyo integrado de otras organizaciones o simplemente no poseen lazos suficientemente fuertes con el mundo laboral, muchas veces los intentos de los sujetos con esquizofrenia por insertarse laboralmente fracasan, produciéndose pequeñas “debacles” personales que desmotivan de manera potente al sujeto a buscar un empleo nuevamente.

“He tratado de apoyarla cuando ella busca trabajo, principalmente que ella lo busqué, pero apoyarla, y matizar la decepción que viene cuando no lo encuentra”

Participante nro 1, párrafo 114

El apoyo de la familia es sumamente importante para el sujeto a la hora de enfrentar el mundo laboral, sin embargo, es insuficiente cuando se trata de generar vínculos reales que le permitan al individuo conseguir un empleo competitivo, a continuación, veremos el apoyo brindado en términos concretos por la familia para conseguir un empleo.

A5) Apoyo material familia.

Cuando nos referimos al apoyo material familiar, no nos referimos simplemente a la cantidad de dinero que puedan entregarle a su familiar mensualmente o a la cobertura de sus necesidades básicas como comida, vivienda o transporte, sino a los vínculos estructurales que estos pueden tejer con el mercado laboral.

Vínculos formales con el mercado laboral.

Algunos familiares a través de sus redes cercanas, han hecho intentos por insertar de manera independiente a los sujetos con esquizofrenia que pertenecen a su familia como lo vemos en la participante nro 7:

“Mi hija estaba feliz cuando trabajaba, se sentía como millonaria, pasaba al supermercado compraba unos pancitos y llegaba a la casa super satisfecha de lo que aportaba, a pesar de que uno nunca lo ha exigido ni hubiese una necesidad, pero ella lo llevaba y cuando ella terminó y estuvo como dos meses el primer mes que alle le pagaron estaba feliz, porque se compro ropa y todo lo que necesitaba, pero después le dijeron que no la iban a ocupar más porque en realidad no servía, no le dijeron con esas palabras, fue era eso. Y mi otra hija me decía todos los días: Mamá que la haga esto más rápido le piden algo y ella no sabe mostrar el producto derrepente tengo que descuidar mi trabajo, porque ella trabajaba en remedios, entonces tenía que ir a perfumería a ayudarla, entonces le iba a costar el trabajo a mi otra hija por culpa de ella y así que le finiquitaron y después le dijeron que era por la temporada nomás, pero mi hija le dice siempre que le consiga un trabajo.”

Participante nro 7, párrafo 164

Este caso es sumamente revelador, ya que cuenta la experiencia laboral de una persona con esquizofrenia que consiguió un puesto de trabajo temporal en una farmacia gracias a una hermana, a pesar de la satisfacción que le implicaba trabajar, las dificultades generadas por la presión del ámbito laboral y las consecuencias negativas que tuvo para su hermana, terminaron por hacerla salir del trabajo, ya que la finiquitaron debido a su rendimiento.

Este es un caso típico de la vulnerabilidad laboral de las personas con esquizofrenia, ya que si bien la familia logró insertarla laboralmente, no existieron mecanismos correctos de

adaptación, ni tampoco un apoyo especializado que permitiera que el proceso de entrada al mundo laboral fuera más sutil, lo que a la larga produjo una relación tensionante entre la familia y el sujeto. Experiencias como estas son las que hacen conveniente pensar en un apoyo especializado para sujetos con esquizofrenia en su ingreso a un trabajo competitivo, ya que si bien vemos que en algunas ocasiones las familias pueden generar vínculos con el mundo laboral.

La mantención y el correcto desempeño de ese trabajo están condicionados por otras variables que si bien no son una barrera en si mismas deben ser tratadas.

Vínculos informales con el mercado laboral.

Este tipo de vínculos son los más comunes, debido a que generalmente los familiares de personas con esquizofrenia carecen de vínculos formales con el mercado laboral o ausencia de capital estructural, lo que dificulta la inserción laboral plena de personas con esquizofrenia.

“Yo en el caso de mi hijo estaba tan negativa yo con el porque no sabía que trabajo darle después de que lo despidieron, se le vino el mundo encima a el, a mi francamente no me paso porque ya yo sabía el problema, y yo misma le dije a el un día ¿por qué no empiezas a vender huevos? Por el sector, yo te los traigo de Calera a 50 pesos y tu lo vendes a 100 pesos y van a ser más grandes que los que están vendiendo los negocios aquí a 100 pesos que son huevos de paloma, entonces con el don de Dios me dijo que si y mañana mismo yo pongo letreros en la ventana, y así empezó”.

Participante nro 6, párrafo 189

El caso de la participante nro 6 nace de la necesidad de insertar laboralmente a su familiar, luego de que tuviera un empleo competitivo de donde lo despidieron por problemas con el jefe, la venta de huevos es un trabajo informal y sin mayores regulaciones ni los beneficios de un empleo competitivo, pero al menos es una iniciativa laboral exitosa que le permite al individuo desarrollarse y adquirir cierto grado de independencia económica, pero no todas las experiencias laborales informales son exitosas:

“yo por ejemplo para pintar, pintar fachadas y esas cosas, le salieron unos pololitos el año pasado, antes de que se integrara acá, porque ya una vez que se integro de aquí no quiso salir más, está totalmente afiatado aquí, le gusta estar aquí, le gusta venir.”

Participante nro 3, párrafo 181

Este es otro caso de lo que sucede a veces cuando no se compatibiliza la trayectoria laboral del individuo con el taller de reinserción o viceversa, en este caso el sujeto abandonó los trabajos temporales debido a que eran incompatibles con los talleres de reinserción.

El tema central es que la inserción social del individuo a partir de talleres de reinserción y las oportunidades de insertarse laboralmente, no deben ser incompatibles, ya que indudablemente se genera un problema a la hora de enfrentar uno de los dos campos, haciendo que la reinserción sea incompleta, por lo que se deben buscar alternativas para que el sujeto no tenga que interrumpir una instancia a favor de otra.

A continuación, veremos que tipo de conflictos se generan en la relación entre la familia y el sujeto con esquizofrenia.

A6 Conflictos y tensiones entre la familia y el sujeto.

Los conflictos entre la familia y el sujeto, a diferencia de otras categorías se manifiestan de manera clara y precisa, con un alto grado de emotividad por parte de los entrevistados los cuales sin duda alguna están marcados por las experiencias que vivieron con sus familiares desde que se manifestó la enfermedad hasta el día de hoy, dentro de este tópico encontramos dos situaciones relevantes para analizar.

Conflictos con la familia a causa de la enfermedad.

Cuando nos referimos a conflictos con la familia hablamos de la familia en términos generales, es decir, no solo de las interacciones generadas a partir de la relación entre la familia y el sujeto sino también con la familia más lejana al grupo familiar, tales como primos, sobrinos, tíos o etc

“En el caso mío, bueno como le digo son dos versiones fuertes, existen más elementos negativos que positivos con la familia, porque a mi me dejaron aislada, me dejaron sola, en el caso de mi hijo ahora yo tuve que enfrentarlo todo sola y saber como dirigirme a mis hermanas y mi familia, porque como la señora acá mi familia me decía:

“pero como tu le das la oportunidad a G de que el te grite” te golpee los muebles, que te haga esto y lo otro, yo lo retaba a G pero pasaba que como madre no entendía lo que estaba pasando.”

Entrevista nro 6, párrafo 94

La incomprensión y el aislamiento son fenómenos recurrentes, que no solo perjudican al sujeto con la enfermedad, sino a su red social primaria, sin duda alguna al existir situaciones de este tipo se dificulta la reinserción social y laboral del sujeto, pero los conflictos no solo se dan en la relación entre el núcleo primario y el resto de la familia, sino también a nivel del mismo núcleo:

“lo que pasa es que en la familia se crean muchos conflictos, porque ellos no comprenden el momento que está viviendo su hermana, entonces se enojan y dicen que uno les aguanta demasiado, porque en realidad uno igual como que los protege un poco más, bueno en el caso mío yo la he protegido más y ella se ha tomado muchas atribuciones y se aprovecha de eso, y mis hijas no lo comprenden entonces hay peleas con ellas, conmigo, se me crean muchos conflictos familiares.”

Participante nro 7, párrafo 92

El caso de la participante numero 7 es ilustrativo del tipo de conflictos que pueden surgir en la red social primaria, debido a los cuidados y la atención que merecen por parte de la madre, los otros hermanos critican la forma de tratarla generando distintos tipos de interacciones negativas dentro de la red social primaria.

Al conflicto del aislamiento y las peleas dentro de las redes familiares se suma la incomprensión de la enfermedad, y la incapacidad de la familia de sobrellevar la enfermedad en sus momentos más álgidos.

“Es una enfermedad que hasta a uno como madre cuesta asimilarlo, imagínate a los hermanos, mucho más, porque uno le da más tiempo también a ese hijo que te necesita y entonces mis otros hijos decían que los había dejado de lado por su hermano, mi hijo mayor ya se había casado, pero el con el tiempo fue entendiendo la situación, entonces se origina así, también me separé, porque se siente una sola, teniendo al papá al lado, pero igual, parece que al papá le cuesta más asumir la situación que es bastante difícil es muy terrible, porque tu vez a un hijo que empieza a hacer cosas extrañas y tienes que tratar de entender que es lo que pasa, yo imagínate que a mi neuróloga le llegué a decir que yo también tenía esquizofrenia, me veía tan mal, a ese extremo”

Participante nro 2, párrafo 97

Estos son elementos a considerar dentro de la esquizofrenia como una enfermedad con aspectos sociales sumamente profundos, si se pretende que el sujeto tenga una inserción en la comunidad de manera participativa, es necesario tomar estos problemas como temas relevantes a la hora de generar cualquier tipo de iniciativa que involucre a la familia y al sujeto.

Sin embargo, no todas las personas manifestaron una interacción negativa y plagada de conflictos entre el sujeto y la familia, otras personas reconocieron el surgimiento de elementos positivos emergentes ausentes hasta antes de la aparición de la enfermedad.

Situaciones positivas a raíz de la enfermedad.

Este es sin duda uno de los elementos emergentes a considerar, ya que si bien esperábamos cierta normalidad en las relaciones luego de un tiempo de surgimiento de la enfermedad, encontramos que para algunos familiares, la aparición de la misma generó valores positivos dentro de la familia, como unión, solidaridad entre otros.

“ pero también la enfermedad (me van a decir loca pero), ayudo a unir la familia, mi papá falleció hace un tiempo atrás, ella está muy sola porque vive con J y yo la acompaño en su casa por otro lado, tratando de escucharla, de comprenderla de tirarla pa arriba porque derrepente se desanima mucho cuando no salen las cosas, le digo a J que venga pa acá porque el se siente útil, tiene amigos acá y cada vez que viene llega contento, esto de estar aquí de ser útil, los ayuda mucho a mejorar cada día.”

Participante nro 3, párrafo 99

Si bien la enfermedad a nivel concreto genera muchos conflictos para la red social primaria, existen ciertos fenómenos de contención y empatía que ayudan a mejorar no solo la interacción entre el sujeto y la red, sino dentro de la misma familia, en este sentido, existe una cierta comunión que ayuda a superar los desafíos que la enfermedad plantea, lo que es un elemento positivo dentro de la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia, de hecho las personas que tenían esta visión tenían una apertura mayor hacia una posible reinserción de su familiar.

“Encuentro que es super bueno pa el, pa que se sienta útil en la sociedad, que es lo que más quiere ganar sus pesitos para poder comprarse una cajetilla de cigarros un chicle ¿ me entiendes? Y no estar pidiendo, yo creo que lo ideal sería que el encontrara un trabajo.”

Participante nro 3, párrafo 109

En síntesis, una interacción positiva sin negar los conflictos, pero asumiéndolos, genera una actitud más proactiva del familiar frente a la inserción laboral, que como hemos visto anteriormente es el primer paso a trabajar debido a los prejuicios y a la subestimación frente a

las capacidades de empleabilidad del sujeto. Ahora nos adentraremos en el análisis de la evaluación que hacen los familiares acerca de la red social secundaria a la que pertenecen, en este caso, la corporación Bresky, su influencia, los elementos positivos o negativos de esta intervención y también que peso tiene la red secundaria como elemento facilitador de entrada al mundo laboral de los sujetos que participan en dicha red.

Tabla 28: Red social secundaria: La visión de la familia

Tema	Categoría	Subcategoría.
<p>Redes Sociales</p>	<p>Red Social secundaria: Grupos de ayuda, talleres, instituciones de capacitación laboral entendida como las redes que pueden o no colaborar en el proceso de reinserción sociolaboral al sujeto.</p>	<p>A1) Evaluación del taller por parte del familiar: la forma en que el familiar evalúa el taller.</p> <p>A2) Influencia del taller en el vínculo entre la familia y el sujeto: A fin de ver que cambios puede generar el taller como elemento vinculante entre la familia y el sujeto.</p> <p>A3) Efectos de los talleres en la reinserción laboral.: A fin de averiguar si estos tienen una función terapéutica o proactiva con respecto al empleo.</p> <p>A4) Sugerencias de implementación al taller: Que elementos los familiares sugieren en términos concretos para mejorar el proceso de inserción social.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

4. Red social secundaria y familia.

4.1 El Enfoque sociocomunitario y las redes secundarias.

A partir de la década de los 80 toma mayor fuerza el enfoque sociocomunitario en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos severos, tales como la esquizofrenia o trastorno de personalidad entre otros, el modelo de enfoque sociocomunitario plantea el tratamiento y la reinserción social del paciente en la sociedad, a partir de la construcción y fortalecimiento de vínculos que en la mayoría de los casos se ven rotos debido al propio trastorno.

Este modelo de intervención ha ido desplazando progresivamente al encierro de larga data en hospitales psiquiátricos o al tratamiento del paciente desde una perspectiva unidireccional, sin tomar en cuenta su núcleo familiar o el entorno social que lo rodea, lo que a la larga afectaba no solo el proceso de inserción social sino al propio usuario, el cuál debido a las largas estadías en centros psiquiátricos sufría un aislamiento social prolongado.

En términos concretos, el enfoque sociocomunitario ha representado un avance en el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos, donde el usuario puede reinsertarse en la sociedad de mejor manera, apoyado en todo momento por su red social primaria afectiva y por intermediarios tales como centros comunitarios de rehabilitación u hospitales de día, haciendo de la inserción social más participativa e inclusiva para el usuario, y lo que es aún más importante basada en un enfoque de derechos, respetando la autonomía del paciente y sus creencias y opiniones.

A partir del año 2001 en Chile, con el surgimiento del plan nacional de psiquiatría el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad posee un enfoque comunitario, es decir, la paulatina mejoría del sujeto tiene una relación directa con su inserción en la comunidad, no solo con sus familiares y conocidos, sino con los centros de apoyo y rehabilitación que forman parte de su red social secundaria, la red social secundaria, en este nuevo enfoque, viene a cumplir un rol fundamental en la reinserción sociolaboral de personas con esquizofrenia, ya

que se erige como una red de soporte y apoyo social que inhibe fenómenos como la ruptura de vínculos o el aislamiento social.

De esta forma resulta de vital importancia evaluar el peso real que poseen estas redes en la inserción sociolaboral de los sujetos con esquizofrenia, ya que dichas redes se articulan como vínculos estructurales con el mercado laboral competitivo y con la sociedad en general, para efectos de esta investigación analizaremos el papel de intervención que cumple la corporación Bresky en la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia.

A1) Evaluación del taller por parte del familiar.

En general, los familiares evalúan de manera positiva el impacto que tiene el taller en sus familiares y en el proceso de reinserción social.

Nro5: yo lo encuentro buenísimo aquí, mi hija es buena para el dibujo, pero no es muy constante, entonces me cuesta que venga, le dije que viniera dos veces a la semana por lo menos.

Participante nro 5 párrafo 125

Los familiares poseen un buen conocimiento acerca de las terapias de rehabilitación y actividades artísticas que se realizan en los talleres semanalmente, y la manera en que estos contribuyen en el proceso de inserción social en sus familiares con esquizofrenia, generando también relaciones directas con los administradores de los centros, por lo que existe en general una buena interacción entre la red social primaria y la red social secundaria.

Aquí en general me gusta todo lo que he visto hasta el momento, lo que hacen acá, pintura, literatura, actuación y otros trabajos porque la persona se distrae y va tomando conocimiento, aunque sea poco, pero algo.

Participante nro 4 párrafo 234.

lo bueno es que existe esto, porque M estuvo yendo a Valparaíso y ahí enseñaban estas cosas de cerámica, y como que a el no le gustaba mucho, pero yo le insistía y le insistía y ahí se abrió la corporación acá en Viña, desde el año pasado y yo lo encuentro fantástico, que esté acá en Viña, que esté cerca que hace lo que a el le gusta.

Participante nro 2 párrafo 212

Otra opinión compartida por los familiares, es que el cambio de lugar de Valparaíso a Viña del Mar, benefició a muchas familias no solo a nivel local, sino que también los talleres y las lógicas de reinserción dadas en Viña son distintas al centro que está ubicado en Valparaíso, de

hecho el centro de la corporación Bresky Viña del Mar, posee dentro de sus contenidos programáticos reuniones periódicas con los familiares llamadas Pro-Family donde se discute de manera participativa el proceso de inserción social de sus propios familiares.

A2) Influencia del taller en el vínculo entre la familia y el sujeto.

Cuando concebimos el esquema de redes sociales como un conjunto de procesos interconectados a través de vínculos fuertes o débiles (Barnes 1954), la interacción generadas por los sujetos que integran estas redes, afectan la dinámica de la red en su conjunto, por lo que la forma en el que el sujeto se desenvuelve en el taller, los avances y retrocesos que tenga en relación a este afecta a la familia de manera positiva o negativa

“super buenos, a mi hijo y a mi me han dado seguridad, yo soy viuda y vivo sola con el, yo tenía que salir a trabajar y lo dejaba sola durante el día y ahora, se que tiene otra compañía y el se levanta más temprano que yo porque quiere llegar a la hora, todos los días, entonces está entusiasmado.”

Participante nro 6, párrafo 232

El taller no solo se remite a cumplir un rol activo en la reinserción social del sujeto, sino que también genera instancias de participación y recreación que no solo mantienen a la persona ocupada y generan una rutina provechosa para el tratamiento de la enfermedad, sino que también estimula positivamente a los familiares, ya que reduce los niveles de conflicto que se dan en la familia a causa de la misma.

“para mi que soy nuevo en esto me ha servido de gran solución porque ella tiene donde distraerse, salir ver otras cosas, conversar con otras personas, y todo eso, porque el problema que se me hacía a mi es que si le daban de alta en el hospital, es que se quedara en la casa y pasara acostada y no saliera, y eso es lo peor, tiene que tener actividad la persona.”

Participante nro 4, párrafo 238

En este sentido el taller es un apoyo importante a nivel social para la red social primaria, ya que elimina los aspectos sociales más complejos de la enfermedad, como la ruptura de los vínculos sociales, el aislamiento y la inactividad del sujeto con esquizofrenia, insertándolos de manera efectiva progresivamente a la sociedad, incluso dentro del mismo taller de reinserción algunos sujetos reflexionan y generan algunas ideas de como sustentarse o incluso convertir su ocupación en algo productivo.

“sabes a M ha optado por pensar, como le gusta mucho las pinturas, el piensa que con el tiempo tiene que aprender a pintar bien, los cuadros van a ser exhibidos y va a empezar a ganar plata, de esa manera lo está Buenos, mi hijo se siente bien incentivado, le gusta venir, le gusta lo que hacen, se proyecta. “

Participante nro 2, párrafo 177

Más allá de que estas aspiraciones se concreten o no es innegable el papel terapéutico que la red social secundaria posee para el individuo y para la familia, los familiares en general perciben un cambio positivo desde el ingreso al taller de su familiar.

“antes de que mi hija viniera para acá estuvo todo el día en la cama, y en la noche se amanecía fumando y fumando y viendo tele, no quería hacer nada, andaba como depresiva, no quería salir, no quería vivir, sin entusiasmo de nada, entonces cuando empezó a venir para acá le cambió la vida a ella y a mi, porque ella no me dejaba dormir a mi, en el día yo la veía en la cama, luchando con ella, parecía un bebe, yo preocupada de ella, no me dejaba hacer las cosas, me llamaba y me decía que yo era de su propiedad, que le pasara cualquier cosa, no quería levantarse. Llego aquí, nos cambió la vida totalmente, ella feliz.”

Participante nro 7, párrafo 240

Este testimonio es sumamente importante, ya que el familiar percibe un cambio significativo en su vida a partir del ingreso del sujeto al taller, este cambio radical confirma que el enfoque sociocomunitario es un modelo que va por buen camino, ya que a diferencia de la internación de larga estadía en hospitales psiquiátricos cerrados, el sujeto vive su proceso de reinserción y tratamiento en un ambiente de libertad y participación mucho mayor a un régimen cerrado. Sin embargo, dada la importancia que tienen las redes sociales secundarias en la inserción social del sujeto con esquizofrenia, en términos terapéuticos y prácticos, y debido a la ausencia casi total de vínculos con el mercado laboral existentes en los familiares entrevistados, cabe preguntarse: ¿Son los centros de inserción sociocomunitarios vinculantes con el mundo laboral?, ¿Proveen de capital social estructural a personas con esquizofrenia?, ¿Facilitan el

ingreso al mundo laboral a partir de su influencia?, y por último ¿Funcionan solo como redes terapéuticas o son elementos proactivos en la reinserción laboral de sujetos con esquizofrenia? .A continuación, veremos como los familiares evalúan la capacidad de generar redes laborales por parte de la red social secundaria.

A3) Efectos de los talleres en la reinserción laboral.

Uno de los elementos más importantes que la investigación se proponía investigar era el peso real de las redes en términos de generar vínculos estructurales con el mundo laboral y como estos eran percibidos por los sujetos participantes de dichas redes.

En este sentido, nos encontramos con una opinión constante en todos los participantes del grupo de discusión: los talleres como la corporación Bresky, es decir pertenecientes a la red social secundaria no generan vínculos con el mercado laboral.

“yo encuentro que no tienen relación con el trabajo, porque yo como madre pienso que el día mañana mi hijo pueda pintar o hacer trabajo de teatro bonito, pero trabajar en eso encuentro que no tiene todavía esperanza, porque justamente tiene que haber una sociedad o una empresa que sepan que ya están con este problema.”

Participante nro 6, párrafo 274

El familiar no asocia como parte de la inserción social y del papel que cumple el centro comunitario la inserción laboral, lo cual es una posición de poco conocimiento acerca de las funciones y responsabilidades que cumplen este tipo de centros, ya que la red secundaria tiene la responsabilidad y el deber de generar instancias de inserción sociolaboral, incluso en el caso de la corporación uno de sus postulados es crear instancias que le permitan a los participantes del centro entrar al mundo laboral.

“Líneas de Acción”:

- Programas de Rehabilitación Integral para personas con trastornos psiquiátricos severos.
- Acompañamiento y Orientación a familiares: Programa de Psicoeducación Multifamiliar.
- Agenda Cultural: Sensibilización y Promoción en Salud Mental basadas en la Comunidad.
- Centro de Formación Laboral: Formación para el Trabajo, Cerámica, Vitrofundición y Papel Reciclado.
- Comunidad de Aprendizaje: formación de estudiantes de pregrado, pasantías, prácticas, supervisión de prácticas profesionales y alumnos tesisistas.” (www.Bresky.cl/presentación)

Una de las líneas de acción de la corporación es el centro de formación laboral, que realiza actividades como formación para el trabajo, cerámica y vitrofusión, es decir, funciona como empresa social, sin embargo el alcance de este programa es limitado, ya que solo funciona en Valparaíso por lo que no es extensible a todos los sujetos participantes de la corporación que lo requieran.

En Valparaíso si existe una fábrica social. es diferente el sistema de acá comparado con el de Valparaíso, allá tenían un horario marcado, les daban almuerzo, acá es diferente, pero es bueno, acá solo se incentiva la parte pintura.

Participante nro 2, párrafo 266

A pesar de que el nivel de satisfacción con los talleres es alto, los familiares admiten que los talleres no poseen como función ser vinculantes con el mundo laboral, e incluso no consideran a estos como instancias de inserción y búsqueda de trabajo competitivo, pese a que como vimos anteriormente está en sus postulados y líneas de acción anuales.

“estoy de acuerdo con lo que se plantea en general, me parece que los talleres cumplen una función, no fueron creados a mi juicio con la idea de que se ganara dinero, sino con otra intención, por lo que dijo Antonio el año pasado, que ellos estaban pensando en ver la manera de implementar que se proyectara a una futura inserción laboral, pero lo veían complejo, lo veían difícil, por ejemplo en la parte cocina carecían de implementos, la cantidad de permisos que hay que conseguir, además se manejan implementos peligrosos, era una opción que se habló como cualquier otra, por ejemplo jardinería, cualquier cantidad de cosas, pero todavía no se ha diseñado”

Participante nro 1, párrafo 304

En general, existe una opinión ambivalente por parte de los familiares en relación a las redes efectivas que puedan tejer los centros de inserción con el mundo laboral, por una parte se sienten sumamente satisfechos por el apoyo a nivel terapéutico que poseen de parte de estos centros, pero reconocen que el problema del empleo “sobrepasa” las capacidades de los centros en todo nivel: a nivel económico y estructural, esto se debe a que los sujetos tienen una opinión del problema en forma global, es decir, la capacidad de entrar al mercado laboral para las personas con esquizofrenia, está limitada por la sociedad en general.

“no existe eso, yo tengo una hermana que vive en Canadá y me dice que allá las personas con esquizofrenia trabajan, ¿pero como podemos comparar Canadá con Chile?, no es por menospreciar mi país, pero allá mi hermana que tiene 65 años y tuvo acá en el verano dice yo llego a Canadá digo quiero trabajar y entro a trabajar, para allá no es problema ni la parte física, ni mental, nada, allá hay trabajo para todo el mundo, que aquí en Chile no existe. “

Participante nro 2, párrafo 274

“mi padre vivió años en USA y dicen que allá el Estado, el municipio y todo eso ayudan a todas las personas con discapacidad, entonces en esos países se ayuda mucho a la persona enferma, existen las casa de reposo y hay mucha diferencia, los sueldos también son distintos.”

Participante nro 4, párrafo 275

Si bien es indudable que a nivel estructural el mercado laboral chileno es sumamente exigente y cerrado para personas con discapacidad (el desempleo para personas con discapacidad es 3 veces mayor al de otros grupos sociales, (Senadis,2004) con la barreras sociales que ya conocemos como el estigma y la discriminación social que afectan a las poblaciones vulnerables, sin embargo, existen ciertos mecanismos de inserción sociolaboral tales como empleo con apoyo o empresas sociales que han dado resultados en condiciones de desempleo estructuralmente similares a las de Chile, por lo que el fenómeno del alto desempleo no se explica solo por el factor estructural, sino también por la inexistencia de vínculos fuertes o alianzas estratégicas de estos centros comunitarios con el mercado laboral y organismos de salud pública, dificultando aún más la inserción laboral efectiva.

Esta ausencia de capital social estructural (Mondaca, 2004) no solo es exclusiva de la red social primaria, sino también como vemos de la red secundaria a la que pertenece el sujeto, por lo que podemos posicionar la falta de redes laborales proactivas como uno de los síntomas endémicos en la relación entre el sujeto con esquizofrenia y sus redes sociales en la región.

Para que exista una inserción social efectiva, basada en el respeto de los derechos sociales del individuo, los organismos pertenecientes a la red secundaria deberían enfocar sus actividades en la inserción laboral del individuo, generando de esta forma un cambio en la manera de concebir el rol y la función de la red social secundaria en la inclusión del sujeto con trastorno psiquiátrico severo en la región.

Teniendo estos antecedentes le preguntamos a los sujetos que modificarían o que sugerencias harían con respecto a los programas de reinserción hechos por la corporación, a fin de saber cuál era el interés real de los familiares de una inserción sociolaboral efectiva.

A4) Sugerencias de implementación al taller.

Debido a que el enfoque sociocomunitario es en esencia participativo, la opinión de los familiares acerca de los beneficios y las falencias que presenta el programa que provee la corporación es sumamente importante para el proceso en sí, es por eso que se les consultó a los familiares sobre que cambios o sugerencias le harían al programa a fin de mejorar las condiciones de los sujetos que participan en él.

Sugerencias con respecto a los talleres.

Este primer tipo de sugerencias tiene directa relación con el funcionamiento de los talleres de inserción comunitaria, no se trata de un cambio en el enfoque de los talleres o en los planes de la corporación, sino más bien en el incremento de la actividad relacionada con la corporación.

“que exista la mayor cantidad de talleres posible, porque no todos los alumnos enfermos, tienen las mismas capacidades, entonces a uno le puede gustar el arte o la música. ojalá que siempre permanezca acá en Viña pero buscar un mejor espacio para implementar otros talleres.”

Participante nro 4, párrafo 288

“Bueno con respecto al tema de la cocina dijeron el otro año que no lo iban a hacer porque faltaban implementos, pero, yo no se si será realidad G está feliz porque parece que un asistente social le dijo que iban a implementar la música y el canto y creo que hay más de 6 o 7 niños que están inscritos en eso”

Participante nro 6, párrafo 292

Esta alternativa tiene relación con una alta satisfacción con los talleres y el proceso de inserción en general, sin embargo, existe una posición mayoritaria de los familiares relacionado con el tema del empleo, si bien este tema no apareció en un primer momento, cuando se le pregunta a los familiares por sugerencias para mejorar el taller aparecen ciertos elementos interesantes de analizar.

Sugerencias con respecto al empleo.

Este es un elemento emergente interesante, ya que en una primera instancia existía una satisfacción total con respecto a la forma en que se manejaban los talleres, sin embargo al analizar profundamente los comentarios vemos que existen ciertas ideas en torno al empleo.

“a lo mejor implementarse con otras cosas más, tal como decía el hace un rato, la gente que aprendió a hacer galletas o pastelería y lo vendían, a veces hacen cosas, una vez hicieron alfajores, pero pocas cosas, pero no como curso.” lo que pasa es que el coordinador dice que posiblemente podrían hacer más cosas porque ellos salieron de este lugar, le gustaría tener una casa un donativo, una casa que funcione como empresa social, tendrían salir de aquí para a lo mejor pensar en hacer algo.

Participante nro 2 , párrafo 282

Esta cita es interesante, ya que el familiar plantea la idea de generar una opción de empresa social a partir de un taller de cocina, sin embargo, también es consciente de las limitaciones que posee el taller en el objetivo de constituir un taller de empleo protegido o empresa social.

Por otro lado, otro elemento que surgió de la discusión fue el de generar una red de apoyo efectiva de inserción laboral, que movilice recursos y donde existiera una participación entre los familiares y el centro comunitario.

quizás deberíamos generar alguna forma de organización, que pudiera utilizar recursos, amistades, lo que tenemos nosotros y que sumado a lo mejor es más de lo que puede hacer uno solo, como una red de apoyo.

Participante nro 1, párrafo 331

La idea de generar o amplificar una red de apoyo es sumamente interesante, dadas las falencias que hemos visto en términos concretos de las redes para generar condiciones de empleabilidad que rompan con esta especie de inmovilidad a nivel laboral que padecen las personas con esquizofrenia. Como hemos visto, es necesario que las redes secundarias generen instancias proactivas en relación al mercado laboral, ya que si bien están cumplen un papel sumamente importante a nivel terapéutico, esto no basta para la reinserción social efectiva del sujeto.

5. Familia esquizofrenia y trabajo.

Tabla 29: Evaluación de la inserción laboral por parte de la red primaria.

Tema	Categoría	Subcategoría
Evaluación de la inserción laboral por parte de la red primaria.	A) Evaluación de la inserción laboral: la forma en que los familiares evalúan las experiencias laborales del sujeto con esquizofrenia en relación a sus propias vivencias.	A1) inserción laboral: La forma en que el sujeto evalúa positiva o negativamente su experiencia laboral. A2) Estigma: Formas de discriminación y como estas son percibidas por los sujetos en el campo laboral.

La última matriz del grupo de discusión busca dilucidar la manera en que los familiares evalúan positiva o negativamente, la forma en que sus familiares logran insertarse laboralmente y otros fenómenos relacionados como el estigma.

Este es un elemento complementario a los que ya hemos visto, como la capacidad de la red de generar vínculos estructurales con el mercado laboral, las opiniones que tienen sobre el mercado laboral y los talleres de reinserción a los que asisten los familiares.

A continuación, veremos como los familiares evalúan estos elementos que se alejan del campo de las relaciones intersubjetivas y se ubican en fenómenos globales que facilitan o dificultan la inserción laboral de sujetos con esquizofrenia en términos concretos.

A1) inserción laboral.

Cuando abordamos esta subcategoría dentro del grupo de discusión la opinión fue unánime, todos los familiares evalúan de manera negativa la inserción laboral de los sujetos con esquizofrenia perteneciente a su familia.

“negativo, en cada tema sale lo mismo, no están las condiciones.”

Participante nro 2, párrafo 316

“No hay una instancia para que puedan trabajar.”

Participante nro 4, párrafo 318

“ellos tienen deseo de trabajar, de mostrar sus capacidades, pero no hay espacio para ellos.”

Participante nro 6, párrafo 320

En todas las opiniones con respecto al tema nos encontramos con la misma variables, según los familiares, el elemento más potente para explicar la nula inserción laboral, se repiten conceptos como que no están dadas las condiciones o que no existe una instancia donde puedan trabajar, cuando los familiares se refieren a esto, responsabilizan de esto a ciertas condiciones estructurales de empleabilidad que imposibilitan de manera total la inserción laboral de personas con esquizofrenia. Esta percepción del mercado laboral como cerrado de manera total para personas con esquizofrenia, condiciona la percepción que tienen la familia sobre las capacidades de los individuos de enfrentar el mercado laboral competitivo, si bien las condiciones estructurales son sin duda alguna un impedimento en el empleo de personas con trastornos psiquiátricos severos, existen pruebas irrefutables de que las personas con discapacidad psíquica pueden desempeñarse a la perfección en empleos competitivos.

Según el primer estudio nacional sobre la discapacidad en Chile realizado por Fonadis (Actual Senadis) en el año 2004, las tasa de personas con discapacidad psíquica que se encuentran sin trabajo llega al 87,3% siendo la más alta comparativamente hablando con el resto de las discapacidades. Sin embargo, un dato revelador también aparecido en esta misma encuesta es que cuando se le consultó a las personas con discapacidad psíquica si tenían alguna dificultad para realizar el trabajo el 93,48% no manifestó ninguna dificultad el 3,20% manifestó una leve dificultad para realizar el trabajo el 1,88% una dificultad moderada y solamente el 0,03% manifestó una imposibilidad severa de realizar la labor encomendada. Estos datos desmitifican la idea de que el sujeto solamente pueda insertarse laboralmente en empleos protegidos o en talleres de inserción social, las personas con esquizofrenia, con un tratamiento adecuado pueden desarrollarse competitivamente en el mercado laboral. A partir de lo observado

pensamos que es necesario generar un trabajo vinculante entre la red secundaria y la red primaria, para desmitificar ciertas ideas preconcebidas en torno a la esquizofrenia que poseen los familiares y que a largo plazo pueden interrumpir la trayectoria laboral de personas con esquizofrenia, esta red de apoyo no solo es necesaria para el sujeto que tiene motivación por insertarse laboralmente, sino también para los familiares, quienes cumplen un rol sumamente importante en el proceso. A continuación, veremos que piensan los familiares acerca del peso del estigma en la inserción laboral de personas con esquizofrenia.

Estigma.

El estigma asociado a la enfermedad mental es uno de los temas más analizados cuando se estudian los aspectos sociales de la esquizofrenia, como hemos visto en diversas investigaciones (Chuaqui 2001) (Ruiz Jiménez 2008) (Cruz Villares 2001).

El impacto de este elemento negativo es tal que organismos como la Organización Mundial de la Salud, o el Manual de psiquiatría americana DSM IV en su versión del año 2005, lo incluyen como parte de la sintomatología de la enfermedad, lo que comprueba la importancia de los aspectos sociales de la enfermedad mental en el diagnóstico y tratamiento de esta. Nuestra intención en esta investigación no es profundizar en el estigma como una barrera que impide el acceso al empleo a personas con esquizofrenia, debido a que es un tema ampliamente estudiado, sin embargo, es un elemento que forma parte de la interacción entre el sujeto y su familia.

El estigma se manifiesta no solo en individuos ajenos a la red del sujeto con esquizofrenia, sino dentro de la misma familia, generando situaciones tensionante que incluso derivan en la ruptura de sus lazos sociales.

salir adelante y darle a conocer a mis familiares que no es de “loco”, no son personas locas, porque ese es uno de los puntos que ellos conocen.

Participante nro 6, párrafo 51

En este caso vemos como una madre tiene como objetivo demostrarles a sus familiares externos al núcleo familiar que el sujeto que padece la enfermedad no es un “loco” con toda la carga negativa que posee este concepto, sino que padece un trastorno que es complejo. Por otro lado, la visión que posee el familiar sobre el peso del estigma condiciona la percepción que posee este sobre las capacidades de integrarse al mercado laboral que tiene su familiar.

“tengo muy clara la película de nuestra sociedad, que es perversa para los que no tenemos mayores trastornos, los comunes nomás, para los que tiene trastornos es maldita, es tremenda.

La soledad que implica el sentir que uno no cumple los patrones para poder insertarse laboralmente con éxito en una sociedad que valida el éxito (...)ellos sienten que están compitiendo en un mundo y una carrera en que los obligaron porque nacieron y los metieron ahí, pero no tienen ninguna capacidad para hacerlo, de manera que me están haciendo correr a mí que soy corto de vista, con pura gente que ve bien yo veo que estoy perdiendo por todos lados, pero tengo que seguir corriendo y el fracaso me lo tengo que comer yo”

Participante nro 1, párrafo 134-135

Sin duda alguna el tema del estigma asociado a la enfermedad, es una de las barreras sociales potentes que impiden generar buenas condiciones de empleabilidad para personas con esquizofrenia, en este sentido, se necesita un trabajo conjunto no solo con los familiares y la red social secundaria, sino con la sociedad en general, ya que el estigma es un tema que no solo afecta a personas con trastornos psiquiátricos severos, sino a las poblaciones vulnerables en general, lo cuál genera problemas para que estas accedan a sus derechos sociales fundamentales como el derecho al trabajo o el derecho a la educación.

CAPITULO 7

Conclusiones y recomendaciones: hacía una nueva inserción sociolaboral.

1. El enfoque sociocomunitario en salud mental: Avances y desafíos.

Antes de entrar de lleno en las conclusiones finales de nuestra investigación, es necesario señalar algunos elementos analíticos importantes con respecto al campo de acción desde donde nos situamos. A partir del año 2001 en Chile, ha tomado fuerza el enfoque sociocomunitario en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos severos y el combate de las patologías asociadas a la salud mental.

En este sentido, la consolidación de un modelo de intervención inserto en la comunidad, respetando los derechos del sujeto, con tratamientos menos invasivos respetuosos de su integridad física y mental, representa un gran avance en relación al viejo modelo de encierro de larga data en hospitales psiquiátricos, con tratamientos invasivos (en algunos casos incluso violentos), los cuales no solo dejaban secuelas a nivel físico y psicológico, sino que tenían efectos profundos en la socialización del individuo en términos educacionales, laborales y familiares, al provocar deliberadamente la ruptura de sus vínculos sociales a causa del tratamiento y el encierro.

De esta manera, el enfoque sociocomunitario en el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos, genera una dinámica positiva entre las redes sociales y el sujeto que padece el trastorno, debido a que las familias y otras redes tienen acceso y participación en todas las fases del tratamiento, acompañándolo e involucrándose material y afectivamente con la inserción social del sujeto con esquizofrenia. Por otra parte, el sujeto minimiza el aislamiento y la ruptura de sus vínculos sociales, debido a que su tratamiento e inserción se hace en comunidad y desde la comunidad, es decir, en ningún momento pierde contacto con sus redes sociales e interactúa de manera positiva y negativa con sus vínculos.

Sin embargo, como hemos visto a lo largo de la investigación, el enfoque sociocomunitario y su aplicación por parte de redes secundarias tales como centros comunitarios de inserción, centros culturales u hospitales de día con régimen abierto, poseen ciertas falencias que tiene relación directa con la intervención y que afectan directamente el proceso de inserción del sujeto con esquizofrenia.

En primer lugar, en casi todos los casos estudiados el sujeto percibe a la red secundaria como un apoyo en términos afectivos y terapéuticos, pero no como una plataforma que le permita obtener mayores facilidades de ingreso al mundo laboral o académico, sumado a esto, existen ciertos fenómenos preocupantes, como una significativa identificación del sujeto con la institución a la que asiste, los ejemplos más claros de este fenómeno que es negativo a largo plazo, es que algunos entrevistados estaban en trabajos no protegidos al ingresar a la institución y abandonaron sus empleos por empleos protegidos o talleres de reinserción, lo que supone un retroceso a largo plazo a nivel económico y laboral, esta dependencia afectiva que genera el centro de intervención significa un retroceso para la independencia y autonomía del sujeto, al mismo tiempo puede cortar ciertos procesos de inserción laboral positivos para el sujeto.

En segundo lugar, fenómenos como la sobreprotección, e incluso subestimación de las capacidades laborales de los sujetos por parte de la familia son recurrentes, podemos considerar estas actitudes y opiniones hacia el sujeto como sumamente perjudiciales para el desempeño laboral del individuo, interacciones negativas que impiden una inserción laboral de calidad, por lo que volvemos a insistir en la desmitificación de las redes sociales solo como elementos positivos y terapéuticos en la vida del sujeto, los vínculos dinámicos que el sujeto construye en sus relaciones contienen conflictos y diálogos pasan por diversas etapas desde la primera crisis, hasta la estabilización del sujeto y sus relaciones sociales.

A continuación, revisaremos brevemente cada uno los objetivos planteados al inicio de la investigación y los hallazgos que nos permiten afirmar o negar los planteamientos que dieron sentido al trabajo realizado.

1.2 Resultados: Objetivos y conclusiones.

Para efectos de una mayor comprensión de los resultados de la investigación, revisaremos de manera sucinta cada uno de los objetivos planteados y la forma en la que se desarrollaron durante la investigación.

El primer objetivo planteado durante la investigación era: “Describir las interacciones dadas entre la red social y el sujeto con esquizofrenia y el tipo de apoyo que la red provee al sujeto en su proceso de integración sociolaboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.”

En primer lugar las interacciones que ocurren entre el sujeto y la red social y viceversa, son dinámicas, activas y recíprocas, es decir, al contrario de lo que se pensaba en el estudio clásico de redes, estos vínculos no son unidireccionales, el sujeto no es un actor pasivo dentro de su propia inserción, posee una voz y una opinión propia con respecto a su propio proceso y sus relaciones, evaluándolas de manera positiva o negativa, adquiriendo una posición crítica y una autonomía en sus decisiones la cual depende obviamente de sus propias experiencias de vida y su relación con la red social primaria, es por eso que el nivel de autonomía del sujeto varía desde una total dependencia a sus redes, hasta una total independencia de esta con respecto a la toma de decisiones.

Las interacciones son dinámicas, porque tienen una variación en el tiempo, generalmente después de la primera crisis, las relaciones y las interacciones se encuentran en su nivel más bajo y negativo, debido al impacto profundo que causa en la familia y amistades tener en su seno a alguien con la esquizofrenia, con todo el desgaste emocional y el estigma social implicado que posee la enfermedad solamente al nombrarla.

Poco tiempo después, a medida de que el tratamiento da resultados positivos las relaciones tienden a estabilizarse, al poseer los familiares mayor conocimiento sobre la esquizofrenia y sus efectos, pueden manejar de mejor manera los conflictos surgidos de la interacción entre el sujeto y sus distintas redes, generando un acompañamiento proactivo para su propia inserción social.

Sin embargo, no en todos los casos se produce esta interacción positiva en el tiempo, en nuestra investigación existen 3 o 4 casos donde la interacción del sujeto con su familia es casi nulo, debido a una cantidad de problemas complejos nacidos en la interacción entre el sujeto y su familia, desde problemas de adicciones, hasta el caso de un sujeto el cuál debido a su matrimonio no aprobado por su red social primaria, perdió el contacto.

No es casualidad que estos casos tuvieran la mayor cantidad de elementos negativos de todos los casos estudiados en la investigación, eran los desempleados de mayor data, con situaciones económicamente vulnerables y con vínculos sociales limitados, es decir en ellos actuaban de manera potente los aspectos sociales de la enfermedad, tales como el aislamiento, la ruptura de sus lazos sociales y el estigma asociado a la esquizofrenia, por lo que para generar una inserción laboral exitosa para el sujeto es necesario un acompañamiento proactivo por parte de los familiares que aconseje a los sujetos, pero al mismo tiempo respete la autonomía del mismo respecto a decisiones fundamentales, tales como matrimonios, elección de carrera, elección de empleo etc.

Con respecto al tipo de apoyo entregado por las redes sociales hacía el sujeto, destacan dos con suertes dispares: el apoyo afectivo y el apoyo material.

El apoyo afectivo en casi todos los casos se encuentran presente, y tal como vimos en el esquema de espacio de atributos es un elemento sumamente importante para el sujeto en términos motivacionales, aquellos sujetos que poseen apoyo afectivo por parte de sus redes, tienen una alta motivación para insertarse laboralmente, no conciben la enfermedad como una limitante en términos laborales, y minimizan los efectos sociales negativos que esta produce,

lo que genera una mayor disposición a insertarse laboralmente, como elemento motivacional y terapéutico el apoyo afectivo por parte de la red primaria y secundaria es indispensable como el primer paso para una inserción social y laboral exitosa.

Sin embargo el apoyo material, es decir, los vínculos concretos que el sujeto teje con el mercado laboral posee falencias sumamente importantes, en este sentido, ninguno de los casos estudiados han conseguido trabajo a través de algún familiar o alguna red estable, generalmente los trabajos han sido conseguidos por su cuenta, o a partir de las oficinas de intermediación laboral, la red social no cumple su función vinculante con el mundo laboral, lo que impide una comunicación efectiva y una carrera laboral fructífera en muchos casos.

Es por eso que se insiste en la generación de nuevas instancias por parte de las redes secundarias, tales como centros de empleos con apoyo o alianzas publico- privadas para el desarrollo de iniciativas que traten el tema de manera planificada, perdurable en el tiempo, que no solo conste con capacitaciones laborales, sino con vínculos reales con el mercado laboral, más adelante veremos algunas de esas iniciativas que han funcionado con éxito a nivel nacional e internacional y que pueden seguir como ejemplo para intervenciones a futuro.

El segundo objetivo planteado en la investigación es el siguiente: Describir las actitudes positivas o negativas de las redes de apoyo con respecto a las capacidades del sujeto con esquizofrenia en relación a su ingreso al mundo laboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

Este tema es importante, ya que las actitudes positivas y negativas condicionan de manera potente los elementos motivadores de inserción laboral para el sujeto.

Dentro de las actitudes positivas que encontramos por parte de la red social primaria está el apoyo y los consejos dado por la familia cuando el sujeto está en busca de un empleo, las palabras de aliento y los motivadores anímicos en caso de que el sujeto pierda su trabajo y se sienta decepcionado, el acompañamiento sostenido por parte de las distintas redes en todo el

proceso, lo que ayuda a minimizar y a matizar los aspectos sociales negativos de la esquizofrenia, de los cuales hemos hablado largamente.

Existen algunos casos donde ciertas actitudes positivas se convierten concretamente en iniciativas laborales independientes, es así como vemos el caso de un familiar que ayudo a su hijo a poner un pequeño negocio de huevos que dio réditos a largo plazo, si bien no son iniciativas muy grandes, son sumamente motivadoras para los sujetos y los ayudan a estabilizarse económicamente

Dentro de las actitudes negativas que minan la trayectoria laboral de los sujetos, se encuentran fenómenos como la sobreprotección o la subestimación de las capacidades del individuo que solamente generan elementos negativos dentro de esta dinámica, el afán proteccionistas de las familias es comprensible debido a experiencia negativas pasadas, sobretodos al inicio de la enfermedad, es por eso que se hace necesaria la intervención de las redes secundarias para tratar este tipo de fenómenos perjudiciales no solo para el sujeto, sino también para sus propias redes.

Debido a que la intersubjetividad es un tema central dentro de nuestra investigación, se hace necesario minimizar las actitudes negativas, y generar un acompañamiento proactivo que incluya la participación del sujeto con esquizofrenia, respetando su propia autonomía en torno a sus decisiones de vida.

El tercer objetivo planteado buscaba relacionar la percepción del sujeto respecto a su participación en dichas redes y los efectos de dichas percepciones en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral del sujeto para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

Si analizamos dentro del esquema de espacio de atributos planteado en la primera parte del análisis, nos damos cuenta, que cuando el sujeto posee una percepción positiva de su participación en las redes, tiende a evaluar de mejor forma su experiencia laboral, se siente

más motivado a insertarse laboralmente e incluso esta minimiza los efectos de la concepción de la esquizofrenia como una enfermedad limitante a la hora de buscar un empleo, por lo que efectivamente existe una relación proactiva entre la percepción que el sujeto tenga de las redes en las que participa y la forma en que este concibe su proceso de inserción laboral, pese a la existencia de ciertos elementos negativos provenientes de experiencias laborales negativas o casos de estigma y discriminación, una buena evaluación de sus redes sociales generaba condiciones para una mejor inserción.

Sin embargo, los elementos motivadores no necesariamente conducen a una inserción laboral concreta, ya que como veremos en el próximo objetivo el éxito de la inserción laboral, también depende de los vínculos estructurales que las redes puedan tejer con el mercado laboral.

El cuarto y último objetivo busca “explicar la capacidad de generar fuentes de empleabilidad laboral o inserción educacional de la red en términos concretos y como esta se traduce en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral o educacional del sujeto con esquizofrenia para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.”

Como hemos planteado anteriormente, en todos los casos vemos una preocupante falta de vínculos con el mundo laboral, es decir, las iniciativas laborales surge a partir del propio sujeto o a través de oficina de intermediación laboral, esta falta de recursos por parte de las redes, sumado al aislamiento y a la ruptura de vínculos sufrida por la familia y el sujeto mismo debido a la propia enfermedad, genera una situación de vulnerabilidad compleja para los sujetos que buscan insertarse laboralmente, debido a esto muchos nunca vuelven a trabajar luego de la primera crisis, o ven sus trayectorias laborales violentamente interrumpidas.

Al ingresar a instituciones pertenecientes a las redes secundarias los sujetos sufren un proceso de dependencia a las instituciones de rehabilitación, si bien estas instituciones cumplen un papel fundamental en la inserción social del sujeto, esta se prolonga durante meses e incluso años, impidiendo que la inserción sea completa, lo que genera una inserción social incompleta.

Dentro del nuevo enfoque sociocomunitario, estas instituciones tienen el deber de generar vínculos con el mercado laboral para poder llevar a cabo con éxito una inserción social y laboral completa del sujeto, lo que a su vez permitiría disminuir y a la larga eliminar los elementos más graves de los aspectos sociales de la enfermedad, tales como la dependencia económica con respecto a sus familias, el desempleo de larga data y el aislamiento social.

A esta altura de la investigación cabe preguntarse: ¿Existe alguna posibilidad concreta de complementar la inserción social de mejor manera, para que de esta forma generar condiciones ideales de empleabilidad para sujetos con esquizofrenia?

Es aquí donde planteamos la necesidad del surgimiento de centros de empleo con apoyo los cuáles manejen el tema de la inserción laboral de sujetos con esquizofrenia.

1.3 Centros de Empleo con apoyo: Una opción efectiva y exitosa al problema del empleo.

Existe evidencia empírica concreta que nos permite realzar la importancia de una instancia intermediaria entre el sujeto y el mercado laboral, diversas experiencias exitosas de centros de empleo con apoyo para personas con trastornos psiquiátricos severos a nivel nacional e internacional así lo corroboran.

A continuación veremos algunos resultados de centros de empleo con apoyo en Chile y en el mundo.

Empleo con Apoyo: El caso español.

Desde mediados de la década de los 90 España ha generado una interesante y fructífera tradición en lo que respecta a este tipo de programas, incluso a partir del año 2007 se establece el Real Decreto de Empleo con Apoyo, lo cual le da sustento legal y un marco jurídico específico a este tipo de expectativas. .

El Proyecto Inclusió Mallorca: Una iniciativa pionera.

El proyecto inclusió Mallorca fue la primera iniciativa de este tipo, esta fue financiada por el Fondo social europeo, el Consell insular de Mallorca, el Govern Balear y los Ayuntamientos de Palma y Lluçmajor, dentro de la Iniciativa Comunitaria *HORIZON*

La experiencia mallorquina, además, se distingue por una característica singular ha sido una experiencia que se configuró desde un principio como una **cooperación coordinada de siete entidades públicas y privadas** de la isla, las cuales se unieron para conseguir introducir en el mercado laboral competitivo a personas con discapacidad.

Estas entidades han sido: la Federación Coordinadora de Minusválidos de Baleares, ASPAS (Asociación de Padres y Amigos del Sordo), GESMA (Gestión Sanitaria de Mallorca), los Ayuntamientos de Palma y de Lluçmajor, AMADIP (Asociación Mallorquina para Personas con Disminución Psíquica) y el Consell Insular de Mallorca, que actuó como promotor y coordinador del grupo de entidades.

A diferencia de otros proyectos que hemos revisado anteriormente, lo novedoso de este proyecto es que en la formulación, construcción y ejecución del proyecto en todas sus etapas, estas asociaciones participaron como una red conjunta de inserción, búsqueda y colocación de personas con discapacidades en puestos de empleos competitivos.

Planificación del programa.

	FASE	ESTRATEGIAS METODOLOGICAS
1	BUSQUEDA DE EMPLEO	<ul style="list-style-type: none"> - Partir de los intereses de los candidatos - Márketing sector público y sector privado - Asesoramiento y atención a la empresa - Incentivación de la contratación con subvenciones salariales
2	VALORACION DE CANDIDATOS	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo de Colaboración Familiar - Diseño del Plan Individualizado (PIL) - Evaluación inicial (ICAP + Ficha del candidato) - Recogida de información
3	ANALISIS DE LOS PUESTOS DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de tareas y habilidades requeridas - Análisis de las condiciones laborales - Análisis ambiental de la empresa
4	COLOCACION	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la compatibilidad - Captación de los apoyos naturales
5	APOYO EN LA EMPRESA	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento e instrucción del preparador laboral - Reforzamiento positivo de los participantes - Retirada progresiva del especialista en empleo
6	SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y Mejora continua de la calidad (ICQI) - Mantenimiento del apoyo intermitente

Lo interesante de este proyecto es que plantea un apoyo transversal al usuario del programa que desee postular a un empleo competitivo, a partir de una red de apoyo que implica una alianza publico-privada entre las organizaciones gestoras del programa y empresas interesadas en participar en esta iniciativa piloto, esta red como veremos a continuación dio muy buenos resultados, ya que el programa funciona desde el año 1994 en el ayuntamiento de Mallorca hasta el día de hoy, a continuación, veremos los resultados del último año de aplicación del programa.

Resultados del programa para el periodo 2009-2010.

Nro de personas demandantes de empleo: 209 personas.

Nro de personas insertadas: 89

Nivel de inserción: 42.6%

Nro total de contratos: 127

Nro contratos indefinidos: 15

Nro contratos nuevos: 81

Bajas en la contratación: 52

Saldos de Inserciones: 29

Autocolocaciones: 12

Altas positivas: 3

Nro de empresas colaboradoras: 63

Nro de preparadores laborales: 13.

Como vemos en estos resultados la iniciativa es bastante exitosa en términos globales, es necesario destacar dos puntos:

1) El nro de empresas colaboradoras es bastante alto, confirmando que para que una iniciativa de este tipo resulte exitosa no solo es necesario un plan de trabajo bien focalizado, sino vínculos estructuralmente sólidos con el mundo laboral, lo que asegura la inserción exitosa de los usuarios del programa en empleos competitivos.

2) Como detalle a tomar en cuenta, llama la atención el bajo número de autocolocaciones, es decir, la búsqueda de empleo por parte del mismo usuario sin mayor intervención del programa, lo que refuerza aún más la idea de que al menos en una primera instancia, el programa de empleo con apoyo para la inserción de sujetos con discapacidad.

Si bien en España los programas de asistencia laboral poseen cierto tiempo y tradición y son parte de una política de gobierno, aquí en Chile ha habido iniciativas exitosas como la que veremos a continuación.

Centro de empleo con apoyo Cosam Coronel Octava Región Chile.

El centro comunitario de salud mental de Coronel funciona desde el 2002, y surge como una necesidad de la población de contar con un centro especializado de diversos trastornos psiquiátricos severos.

Este centro lleva a cabo en el periodo comprendido entre el año 2004 y el año 2006 un programa piloto de empleo con apoyo, en un contexto social complejo, ya que la comuna de Coronel se destaca por un alto porcentaje de cesantía 11,3% y pobreza 34,8%, debido esencialmente al cambio de restructuración productiva del país durante las últimas décadas, recordemos que Coronel es una zona esencialmente carbonífera y minera, debido al cierre de estas minas, la mayoría de su población ha tenido graves problemas para insertarse laboralmente en otras actividades económicas, complejizando aún más la inserción de personas con trastornos psiquiátricos severos.

Metodología.

Población beneficiaria plan de inserción laboral Cesfam coronel.

55 mujeres mayores de 18 años dueñas de casa sin actividad laboral que han sufrido casos de enfermedad mental y han sido dadas de alta pertenecientes a la comuna de Coronel Octava región chile.

Cuadro 37 Muestra del programa de empleo con apoyo Cosam Coronel 2004.

Muestra por Edad	Porcentaje de participación en el programa
18-30 años	20%
31 - 40 años	31%
41 -50 años	29%
51-60 años	11%
Mayores de 60 años.	9 %

El programa contó con enfoque transversal y multidisciplinario que permitió no solo el apoyo en términos laborales, sino que también en beneficios múltiples a nivel de salud mental para las participantes:

Descripción de actividades del programa de empleo con apoyo:

- A) Educación en temas de salud mental.
- B) Educación en temas de género.
- C) Refuerzo de habilidades sociales
- D) Talleres de capacitación sociolaborales.
- E) Jornadas de autocuidado.

Resultados.

Los resultados de este programa tomando en cuenta las condiciones estructurales de vulnerabilidad laboral que presenta la comuna son sumamente exitosos:

- A) Entre el 2002 y 2004 el flujo de las usuarias no presentó recaídas.
- B) El indicador más importante ha sido la reinserción laboral el cuál el año 2002 correspondió a 40% el año 2003 al 46% y el año 2004 al 5,5%
- C) En relación a las derivaciones de la usuarias que presentaron patologías diferente al diagnostico de ingreso a Cosam durante su participación en la experiencia el año 2002 fue del 20% el 2003 del 6% y el 2004 de un 5%
- D) La causa de egreso de las mujeres del programa ha sido un 63% por inserción laboral y el 18,5% abandonó o fue reingresada al servicio de salud mental por otra patología.

En el aspecto laboral se obtuvieron los siguientes resultados:

Un 33% trabaja como obrera de pesquera lo cuál es un gran logro ya que las industrias que existen en Coronel son insuficientes para la gran demanda de trabajo de la población el 23% se dedica a vendedora independiente el 17% como asesora del hogar el 10% a oficinista un 7% como profesora y modista y finalmente un 3% como peluquera.

Las conclusiones de los ejecutores del programa fueron las siguientes:

- A) Se generó un espacio intermedio entre el alta y la reinserción sociolaboral definitiva que permitió a las usuarias reforzar los aprendizajes del tratamiento preparándose con sus propias herramientas para su entorno de alto riesgo psicosocial
- B) Al estar de alta por el equipo profesional ya no se siente enfermas lo cuál las ha ayudado a fortalecer una nueva etapa en sus vidas
- C) A través del grupo las usuarias compartieron su experiencia y se ayudaron mutuamente reafirmando su autoestima y valoración de si mismas a través de las actividades que realizan en el grupo
- D) Recibieron una atención continua en el tiempo por el mismo equipo profesional, planificando las actividades según las necesidades de las usuarias.

En síntesis, vemos a partir de estas dos experiencias que el empleo con apoyo como iniciativa inserción laboral es una opción necesaria y complementaria para la inserción social y laboral de los sujetos con esquizofrenia, independientemente de las condiciones estructurales del mercado laboral, como lo vemos en Coronel, es posible a partir de una alianza pública y privada, el acompañamiento de los familiares y sobretodo de una red secundaria proactiva que acompañe y supervise el proyecto la inserción laboral exitosa de personas con esquizofrenia.

En este sentido, es necesario que las instituciones de salud y otras organizaciones de salud comunitarias o agrupaciones de usuarios de salud mental, generen las instancias de desarrollo social y proactividad hacia el empleo, de tal forma de no restringir las capacidades de los propios usuarios, manteniendo o aumentando el potencial de construcción de redes. Es por esto, que cambiando las condiciones de los entornos sociales, preservando los elementos motivadores y eliminando progresivamente los elementos negativos tales como la sobreprotección o la aprehensiones de las familias, es posible pensar en una integración social y laboral plena, tomando en cuenta las propias necesidades de las personas diagnosticadas con

la esquizofrenia y adoptando planes e iniciativas que respondan a sus propias capacidades, permitiéndoles tener independencia y autonomía en su propio proceso de inserción laboral generando de esta forma una instancia de reinserción que signifique una mejora en la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.

Referencias Bibliográficas

- 1) Alexander, J. (2000), *las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- 2) Bravo Ortiz, M. (1999), *Redes Sociales y Evolución de la Esquizofrenia*. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid: [s.n]
- 3) Burgos, Nira (2005) *¿Y después del alta que?: Integración Sociolaboral de personas que han sufrido enfermedad mental*. COSAM Coronel, Aparecido en Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- 4) Berger, P & Luckmann, T. (2001), *La Construcción Social de la Realidad*, (17° Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 5) Bourdieu, P. (1997). *Razones Practicas: Sobre la Teoría de la Acción*. Barcelona: Anagrama
- 6) Bourdieu, P. (1999). *Poder, Derecho y Clases Sociales*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- 7) Canales, M. (2006). *Metodologías de Investigación social*. Santiago: Ediciones LOM
- 8) Chuaqui J & Prieto F. (2006). "Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral". Proyecto de investigación FONDECYT N° 1040186, Patrocinado por la Universidad de Viña del Mar. Viña del Mar.
- 9) Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata Versión Electrónica en [<http://books.google.cl/books?id=o0iLN8Ag8ewC&printsec=frontcover>]
- 10) Goffman, E.(1986). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu
- 11) Goffman, E. (1992). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (6 Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 12) Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. (5 Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 13) Goyette, M. (2005). *Redes Sociales e Inserción Social: El Interés de un Enfoque relacional para la Investigación en Trabajo Social*. Revista Tabula Rasa, número, 03, pp. 223-251
- 14) Hanemann, R. (2000), *Introducción a los métodos del análisis de redes sociales*, Universidad de California, Recuperado 12 de Mayo 2009 [versión electrónica en <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Introduc.pdf>.]

- 15) Joseph, I. (1999). *Erving Goffman y la Microsociología*. Barcelona: Gedisa
- 16). Lozares, C. (2000). La Teoría de Redes Sociales, *Papers. Revista de Sociología*, 48, pp. 103-126, [versión electrónica <http://seneca.uab.es/antropologia/ars/paperscarlos.rtf>]
- 17) Lemos, G. (1990). Redes de Soporte Social y Salud, *Revista Psicothema*, 1990, vol2, nro 2, pp. 113-135
- 18) Martínez, F. (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia, *Cuadernos de Trabajo Social*, 13, pp. 299-322.
- 19) Navarro, P. (1999). Cap. 7 Análisis de Contenido en Delgado, J. *MÉTODOS Y TÉCNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES*, pp. 178-223, Madrid: Rustica
- 20) Organización Mundial de la Salud. (2003). *Fomento de la Salud Mental*. Madrid, España
- 21) Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Jóvenes Opciones y Cambios. Promoción de conductas Saludables en la Adolescencia*. Washington.
- 22) Rivoir, A. (1999). "Redes Sociales: ¿Instrumento Metodológico o Categoría Sociológica?". Universidad de la República, Nro 1: Montevideo.
- 23) Rizo, M. (2005). La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad, *Razón y Palabra*, Nro 45, capturado 16 de Junio del 2009 en <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>].
- 24) Ruiz Jiménez M.T, Partido, Anchía, Peón. (2008). "Calidad de vida y esquizofrenia". Madrid: AMAFE.
- 25) Schütz, Alfred. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*, Ediciones Paidós, Barcelona, 1ª reimpression en España, 1993.
- 26) Schütz, A. (1974). *Estudios Sobre Teoría Social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 27) Stotz-Ingenlath G (2000) «Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*“, [sn]
- 28) Valles, M. (1999), *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*, (1 Ed). Madrid: Síntesis.

Referencias Electrónicas.

http://www.empleoconapoyo.org/aese/IMG/pdf/ONCE-EMPLEA_CONSELL_MALLORCA_.pdf, revisado 20 de Mayo 2011

Estudios Consultados.

1era Encuesta Nacional de la Discapacidad Fonadis, Gobierno de Chile, Santiago 2004.

Encuesta Nacional de Pobreza Casen 2006, Gobierno de Chile.

