



**DISCAPACIDAD, ESQUIZOFRENIA E INSERCIÓN LABORAL:
DEFINICIONES SUBJETIVAS Y ROL DE ENFERMO EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS, FAMILIA Y MÉDICO TRATANTE**

MEMORIA DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA
Y TÍTULO PROFESIONAL DE SOCIÓLOGO

ALUMNO: DANIEL ANDRÉ HERRERA ATTON

Profesor Guía: Dr. Jorge Chuaqui Kettlun

MAYO, 2012

DEDICATORIA

Dedico esta investigación al Profesor Jorge Chuaqui Kettlun, quien ha dedicado su vida a la inclusión social de personas con discapacidad, y al Profesor Jaime Contreras Páez, quien hizo de la lucha por la inclusión social, su vida.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación no es solamente fruto del trabajo individual, sino de diversas personas y entidades que influyeron tanto indirectamente como directamente en la realización de ésta.

En primer lugar, quisiera agradecer a todas las personas, familiares y médicos que participaron en esta investigación, cuya colaboración es lo que hizo posible la realización de ésta. A mi Profesor Guía, Dr. Jorge Chuaqui, por haberme dado la oportunidad de continuar con sus investigaciones en el área de la salud mental y por haber tenido el privilegio de estar bajo su tutela; la paciencia que tuvo ante mis dudas e incertidumbres y el apoyo incondicional hacia mi persona desde el primer día. A la Corporación Dr. Carlos Bresky, por haber colaborado en la gestión de dependencias, material bibliográfico; y apoyo técnico en el ámbito médico y psicológico necesarios para la realización de esta investigación; y finalmente, a AVUSAM, por la gestión realizada y el apoyo otorgado alrededor de esta investigación.

Quisiera agradecer a mi familia, por el apoyo en este nuevo viaje, y a mis amigos, cuya paciencia y motivación en los momentos clave me permitieron avanzar en la realización de la investigación especialmente en los momentos difíciles, y por darme la confianza de creer en lo que hacía y la tranquilidad de la tarea cumplida; y finalmente al Comedor Popular Miguel Woodward, y en especial, a Miriam Villarroel, cuyo cariño y afecto en todos los momentos hicieron posible que no sólo ésta, sino muchas tesis y otras investigaciones se pudieran llevar a cabo.

RESUMEN DE LA OBRA

La presente investigación exploratoria aborda desde la perspectiva teórica de Peter Berger y Thomas Luckmann, George H. Mead y Talcott Parsons, cómo el conocimiento socialmente adquirido alrededor de la esquizofrenia a través de la interacción social, se relaciona con el desempeño de roles sociales activos y pasivos en el proceso de inserción social y laboral de personas diagnosticadas con esquizofrenia. La metodología utilizada en el estudio es cualitativa, basada en el análisis de contenido, y la muestra a estudiar se compone de personas diagnosticadas con esquizofrenia, sus referentes significativos y sus médicos tratantes. Los resultados de esta investigación proveerán de información relevante en el desarrollo de terapias psicosociales y sentará las bases para futuras investigaciones tanto sociológicas, como psicológicas y médicas.

Palabras claves:

Esquizofrenia, inserción laboral, análisis cualitativo, rol de enfermo, sociología del conocimiento, sociología de la salud, interaccionismo simbólico.

INDICE

1 INTRODUCCIÓN, FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 INTRODUCCIÓN.....	17
1.2 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.2.1 ESTUDIOS DE DISCAPACIDAD EN CHILE.....	18
1.2.2 LA ESQUIZOFRENIA Y LAS RELACIONES SOCIALES.....	20
1.2.3 ESQUIZOFRENIA Y TRABAJO.....	21
1.3 CONFLICTOS O SITUACIÓN DONDE SURGE EL PROBLEMA.....	25
1.4 CONSECUENCIAS PRÁCTICAS Y TEÓRICAS.....	25
1.4.1 CONSECUENCIAS PRÁCTICAS.....	25
1.4.2 CONSECUENCIAS TEÓRICAS.....	26
1.5 CONTRIBUCIÓN A LA SOCIOLOGÍA.....	26
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
2 MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 PERSPECTIVA TEÓRICA DEL ESTUDIO.....	29
2.1.1 LA SOCIOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO DE P. BERGER Y T. LUCKMANN.....	30
2.1.2 EL CONOCIMIENTO EN LA TEORÍA DE BERGER Y LUCKMANN.....	33
2.1.2.1 Conocimiento e Institucionalización.....	35
2.1.2.2 Conocimiento, Roles e Institucionalización.....	37
2.1.2.3 Conocimiento y Legitimación.....	38
2.1.2.4 Conocimiento y Procesos de Socialización.....	39
2.1.2.5 Conocimiento y Socialización Primaria.....	40
2.1.2.6 Conocimiento y Socialización Secundaria.....	42

2.1.3	EL CONCEPTO DE DEFINICIÓN SUBJETIVA.....	44
2.2	PERSPECTIVAS SOCIOLOGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD	48
2.2.1.	ENFOQUE FUNCIONALISTA: La práctica médica y el rol de enfermo en la enfermedad como desviación de Talcott Parsons.....	48
2.2.1.1.	La enfermedad como desviación.....	49
2.2.1.2.	El rol de médico	50
2.2.1.3.	El rol de enfermo dentro del marco de desviación.....	50
2.2.1.4.	El rol de enfermo como concepto	51
2.2.1.5.	Situación del Paciente en el Rol de Enfermo	52
2.2.2.	ENFOQUE POST-ESTRUCTURALISTA: El Poder Psiquiátrico en Michel Foucault ⁵⁴	
2.2.3.	COMPARATIVA Y CRÍTICA	56
2.3.	RELACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN SUBJETIVA Y ROLES: UNA APROXIMACIÓN A LA TEORÍA PSICOSOCIAL DE GEORGE HERBERT MEAD....	58
2.3.1.	La Teoría Psicosocial de George Herbert Mead.....	59
2.3.2.	El gesto como símbolo	60
2.3.3.	El lenguaje como símbolo significante.....	62
2.3.4.	<i>Mindy self</i> como conceptos clave en la interpretación de la interacción social ...	63
2.3.5.	Internalización de las actitudes y conducta social	65
2.3.6.	Esquema Teórico de <i>self</i>	66
2.4.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	68
2.4.1.	Esquizofrenia	68
2.4.2.	La Discapacidad	69
2.4.3.	Empleo Competitivo.....	72
2.4.4.	Definición Subjetiva.....	73
2.4.5.	Rol de Enfermo.....	73
2.4.6.	Actitudes.....	74
2.4.7.	Gestos	74

2.4.8	Persona o <i>self</i>	75
2.4.9	Otro generalizado	75
2.4.10	Mí	75
2.4.11	Yo	76
2.5.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ROLES SOCIALES	76
2.6.	INTEGRACIÓN DE CONCEPTOS TEÓRICOS.....	77
2.7.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	79
3	MARCO METODOLÓGICO.....	81
3.1	Tipo de Estudio	82
3.2	Tipo de Diseño.....	83
3.3	Universo y Muestra.....	85
3.3.1	Universo	85
3.3.2	Muestra	85
3.3.3	Diseño muestral	86
3.3.3.1	Criterio de Selección	87
3.4	Unidades de información y análisis	87
3.5	Técnicas de Producción de Datos	87
3.6	Técnicas de Análisis de Datos	88
3.7	Calidad del Diseño.....	88
3.7.1	Validez Interna: Credibilidad	88
3.7.2	Validez Externa: Transferibilidad	88
3.7.3	Confiabilidad: Seguridad.....	89
3.7.4	Objetividad: Confirmabilidad.....	89
3.8	Condiciones Éticas.....	90
4	METODOLOGÍA.....	90
4.1	Metodología utilizada en el estudio	90
4.2	Operacionalización de Variables	91
4.3	Matriz de análisis. Codificación y categorización.	94

4.3.1. Identificación de códigos de análisis	97
4.3.2. Nomenclatura.....	97
4.3.3. Diseño Muestral y características de los casos	100
5 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. PRIMERA PARTE: DEFINICIONES SUBJETIVAS DE LA ESQUIZOFRENIA: CONOCIMIENTO SOCIALMENTE ADQUIRIDO EN LA PERSONA DIAGNOSTICADA CON LA ENFERMEDAD, ENTORNO SOCIAL Y MÉDICO TRATANTE	102
5.1 Introducción.....	103
5.2 Conocimiento y Definición subjetiva de la Esquizofrenia	103
5.3 Esquizofrenia y conocimiento sobre la enfermedad	104
5.4 Conocimiento sobre la enfermedad	105
5.4.1 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo 1	106
5.4.2 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo 2	111
5.4.3 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo 3	115
5.4.4 Conclusiones previas de la primera parte del análisis	120
6 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. SEGUNDA PARTE: SURGIMIENTO DEL <i>SELF</i>: RELACIÓN CON LA DEFINICIÓN SUBJETIVA Y EL DESARROLLO DE ROLES SOCIALES.....	122
6.1 Actitudes y gestos en la conformación del <i>self</i> en la persona y entorno social con respecto al desarrollo social y laboral de la persona	124
6.1.1 Conformación del <i>self</i> de Mead en el Grupo 1	124
6.1.2 Conformación del <i>self</i> de Mead en el Grupo 2	127
6.1.3 Conformación del <i>self</i> de Mead en el Grupo 3	132
6.2 DESARROLLO DE ROLES SOCIALES	139
6.2.1 Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 1	140

6.2.2	Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 2	142
6.2.3	Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 3	144
6.3	ROL DE ENFERMO	148
6.3.1	Rol de enfermo en el grupo 1	149
6.3.1.1	Caso 1	149
6.3.2	Rol de enfermo en el grupo 2	151
6.3.2.1	Caso 2	151
6.3.2.2	Caso 3	153
6.3.3	Rol de enfermo en el Grupo 3	154
6.3.3.1	Caso 4	154
6.3.3.2	Caso 5	157
6.4	CONFLICTO DE ROLES	161
6.4.1	Caso 1	162
6.4.2	Caso 2	163
6.4.3	Caso 3	164
6.4.4	Caso 4	165
6.4.5	Caso 5	166
7	ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. TERCERA PARTE: RESULTADO DE LA	
	DEFINICIÓN SUBJETIVA DE LA ESQUIZOFRENIA, ACTITUDES DE GRUPO Y	
	ROLES SOCIALES EN EL PROCESO DE DESARROLLO E INSERCIÓN SOCIAL Y	
	LABORAL DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA CON ESQUIZOFRENIA:	
	MOTIVACIONES, ACCIONES, LIMITACIONES Y PROBLEMÁTICAS	169
7.1	Inserción social y laboral	171
7.2	Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 1	172
7.2.1	Caso 1	172
7.3	Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 2	183
7.3.1	Caso 2	183
7.3.2	Caso 3	194

7.4	Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 3	201
7.4.1	Caso 4	201
7.4.2	Caso 5	213
7.5	Conclusiones previas con respecto al proceso de inserción laboral y sus limitaciones 225	

8 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. CUARTA PARTE: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN228

8.1	Introducción	229
8.2	Resultados teóricos-prácticos en relación al objetivo de la investigación	231
8.2.1	Resultados en relación a la pregunta de investigación, objetivos generales y específicos	232
8.3	Limitantes internas en el proceso de inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia.....	234
8.3.1	Relación cíclica entre definición subjetiva, <i>self</i> y roles sociales	234
8.3.2	Definición subjetiva de la esquizofrenia como reflejo de la posición social de la persona en cuanto al desempeño de roles sociales	240
8.3.3	Relación entre definición subjetiva y rol de enfermo como limitantes en la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia.....	242
8.3.3.1	<i>Surgimiento del rol de esquizofrénico o rol de persona con esquizofrenia</i> 243	
8.3.4	Limitación en el ejercicio de los roles	245
8.3.5	Desarrollo del <i>self</i>	247
8.3.6	Desarrollo de competencias laborales / sociales.....	248
8.3.7	Factores biomédicos del individuo externos a la investigación	249
8.4	Limitantes externas en el proceso de inserción social y laboral en la persona diagnosticada con esquizofrenia.....	252
8.4.1	Entornos no favorables al proceso de inserción social y laboral	253
8.4.1.1	Entorno familiar	254

8.4.1.2	Externos.....	256
8.4.1.3	El centro de salud como entorno limitante en el desarrollo social y laboral de la persona	257
8.4.2	Limitantes sociales y laborales	259
8.4.2.1	Estigma.....	259
8.4.2.2	Pensión de invalidez / contrato.....	260
8.4.3	Médico tratante	262
9	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ESQUIZOFRENIA	264
9.1	Conclusiones sobre la investigación	265
9.2	Resultados de la investigación claves en futuras intervenciones con respecto a procesos de inserción social y laboral para personas con discapacidad psíquica.....	271
9.3	La inserción laboral: ¿una realidad posible o un síntoma negativo de la esquizofrenia?.....	276
	BIBLIOGRAFÍA	279

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Esquema teórico en Mead.....	66
Figura 2: Esquema teórico de la investigación.....	78
Figura 3: Diagrama de variables de la investigación.....	80
Figura 4: Relación cíclica entre variables.....	235
Tabla 1: Diseño Muestral.....	86
Tabla 2: Operacionalización de Variables.....	91
Tabla 3: Matriz de Análisis.....	95
Tabla 4: Nomenclatura de códigos.....	97
Tabla 5: Diseño muestral y características de los casos.....	101
Tabla 6: Vínculo entre las variables por caso en relación a la integración social y laboral....	239

No existe una condición como la “*esquizofrenia*,”
pero la *etiqueta* es un hecho social
y el hecho social un acontecimiento político.

Ronald David Laing
Psiquiatra escocés
(1927-1989)

SIGLAS

ANUSSAM: Asociación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental, Chile.

AVISA: Años de Vida Saludable.

AVUSAM: Asociación Viña de Usuarios de Servicios de Salud Mental, Viña del Mar, Chile.

BCN: Biblioteca del Congreso Nacional, Chile.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

ENDISC: Encuesta Nacional de Discapacidad, Chile.

et al.: Locución latina que significa “y otros” (Cornell, s.f.).

FND: Fundación Nacional de Discapacitados, Chile.

FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad, Chile.

FONDECYT: Fondo de Desarrollo Científico y Tecnológico, Chile.

IPT: Integrated Psychological Therapy.

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación, Chile.

MINSAL: Ministerio de Salud, Chile.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

SENADIS: Servicio Nacional de Discapacidad, Chile.

CUERPO DE LA OBRA

1. Introducción, fundamentación del problema y objetivos de la investigación.

2. Marco Teórico.

- La Sociología del Conocimiento de P.Berger y T.Luckmann.
- Enfoque Funcionalista: La práctica médica y el rol de enfermo en la enfermedad como desviación de Talcott Parsons.
- Enfoque Post-Estructuralista: El Poder Psiquiátrico en Michel Foucault.
- Relación entre la definición subjetiva y roles: Una aproximación a la teoría psicosocial de George Herbert Mead.

3. Marco Metodológico.

4. Análisis Sociológico.

- Primera Parte: Definiciones subjetivas de la esquizofrenia: Conocimiento socialmente adquirido en la persona diagnosticada con la enfermedad, entorno social y médico tratante.
- Segunda Parte: Surgimiento del *self*: Relación con la definición subjetiva y el desarrollo de roles sociales.
- Tercera Parte: Resultado de la definición subjetiva de la esquizofrenia, actitudes de grupo y roles sociales en el desarrollo e inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia: Motivaciones, acciones, limitaciones y problemáticas.
- Cuarta Parte: Presentación de los resultados de la investigación.

5. Conclusiones de la investigación sobre la inserción social y laboral de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

**1 INTRODUCCIÓN, FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE
LA INVESTIGACIÓN**

1.1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas enmarcadas dentro de lo que se denomina discapacidades psíquicas o psiquiátricas tienen un gran impacto en las personas que las padecen, tanto en el aspecto biológico, como social, provocando en ellas problemas sociales, como el estigma social de la esquizofrenia, y laborales, como el desempleo. En este sentido, el proceso de inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia u otras discapacidades psíquicas es complejo y requiere de un estudio en profundidad para analizar las causas de su exclusión de la sociedad y del mercado laboral.

Diversas investigaciones han tratado la problemática de la inserción laboral y social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, desde diversas perspectivas teóricas, el análisis de redes sociales por ejemplo, como metodológicas, tales como el desarrollo de estudios cuantitativos, pero explorar desde la perspectiva del sujeto, su relación con los entornos sociales enmarcados en el conocimiento y roles sociales como factor primario en el proceso es una innovación en el ámbito sociológico, y a la vez, un complemento a las investigaciones antes mencionadas.

La presente investigación pretende analizar este fenómeno en particular, explorando las causas sociales que inciden en el individuo y cómo éste reacciona frente a éstas, tanto en el desempeño de roles sociales, como del conocimiento adquirido socialmente en relación a la enfermedad, desde una perspectiva del interaccionismo simbólico, de la sociología del conocimiento y del funcionalismo.

La finalidad del estudio es mostrar cómo el conocimiento socialmente adquirido sobre la esquizofrenia se relaciona con los roles sociales que desempeñan las personas diagnosticadas con la enfermedad, y la manera en que éstas internalizan ambas, y su influencia en el proceso

de inserción social y laboral de éstas. Esta investigación proveerá de información valiosa para el posterior estudio, análisis y creación de metodologías de terapias psicosociales y psiquiátricas, que incorporan el desarrollo de roles sociales en complemento con los entornos sociales directos, junto con el estudio sociológico tanto enmarcado en la sociología de la salud, como del conocimiento, otorgando nuevas claves teóricas y metodológicas en el surgimiento de proyectos de inserción laboral, como el empleo con apoyo.

1.2 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 ESTUDIOS DE DISCAPACIDAD EN CHILE

La discapacidad tanto física como psíquica, es un problema tanto de salud, como social y político, pues no sólo afectan al individuo sino al entorno social, y generan cambios en la estructura de la política de salud y de integración de personas con discapacidad. En este sentido, la ley 19.284 de Integración Social de Personas con Discapacidad, ha permitido la mejora en la integración social a las personas discapacitadas, a través de la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad (actualmente SENADIS). Esta institución llevó a cabo el año 2004 el primer *Estudio nacional de discapacidad*(FONADIS, 2005), considerando desde las discapacidades físicas a las psíquicas dentro de éste.

Los resultados de este estudio nos indican que en nuestro país, el 12,9% de la población nacional vive con discapacidad, lo que corresponde a 2.068.072 personas (FONADIS, 2005). De este porcentaje de la población, la encuesta reveló que un 7,83% de las personas con discapacidad posee una deficiencia psiquiátrica, y un 9,0% posee alguna deficiencia intelectual (FONADIS, 2005).

Específicamente, en la V región, zona donde se concentra nuestro estudio, el 7,9% de las personas discapacitadas tiene una deficiencia psíquica, habiendo un porcentaje mayor en las mujeres (65,57%) que en los hombres (34,43%). En el caso de las deficiencias intelectuales, el 6,7% posee una deficiencia de este tipo, siendo mayor el porcentaje de las mujeres, de un 53,95%, mientras que el porcentaje de los hombres alcanza el 46,05% (FONADIS, 2005).

En la región de Valparaíso, acorde al ENDISC 2004, una de cada cuatro personas con discapacidad, de edad superior a los quince años, realiza trabajo remunerado, mientras que a nivel nacional, esta relación es una cada tres personas realiza trabajo remunerado, y acorde al estudio, existen más de cinco puntos porcentuales de diferencia con las personas con discapacidad que realizan trabajo remunerado (FONADIS, 2005).

Esta investigación se centra en el ámbito de la discapacidad psíquica, en una de las enfermedades más complejas y estigmatizadas: *Esquizofrenia*. La esquizofrenia es una enfermedad mental o desorden mental, la cual no sólo afecta a la persona diagnosticada con ella, sino también a su entorno social inmediato - como es el caso de la familia- restringe el entorno laboral, y en general, modifica o suprime las relaciones sociales de la persona con otros integrantes de la sociedad, aislándolo, lo que dificulta su reinserción tanto social como laboral producto de los prejuicios asociados a la enfermedad, como es el caso de la construcción de estigmas con respecto a ésta, y el desconocimiento sobre la enfermedad, con la reafirmación por parte de las familias de esta condición psiquiátrica y social, y la adopción del *rol de enfermo* - con sus normas y obligaciones- que repercute en los tratamientos y procesos de reinserción.

Esta enfermedad en el aspecto legal, se inserta dentro de las *discapacidades psiquiátricas o psíquicas*, acorde al Fondo Nacional de Discapacidad, actualmente *Servicio Nacional de Discapacidad*, las cuales tienen efectos legales sobre el individuo, de manera positiva, como el beneficio de una pensión de invalidez, o negativa, como la figura legal de la interdicción.

1.2.2 LA ESQUIZOFRENIA Y LAS RELACIONES SOCIALES

De acuerdo al DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de la American Psychiatric Association (DSM-IV, 2002), dentro de sus criterios de diagnóstico de la enfermedad, el criterio *B*, es más adecuado para el análisis sociológico, pues este criterio de diagnóstico se centra en la disfunción social/laboral, entendida como la disminución en el nivel de las relaciones interpersonales, o el cuidado de sí mismo, en relación al estado original previo al inicio de la enfermedad (p. 339).

La esquizofrenia al generar una disfunción en las relaciones sociales, producto de sus síntomas, provoca problemas en el entorno del individuo y en este sentido, el retraimiento social y la aislación son uno de los síntomas más destacados de la enfermedad. Müller (2007) en su investigación sobre redes sociales, realizó un estudio de carácter longitudinal con un grupo de enfermos esquizofrénicos durante un periodo de 11 años y medio, donde demostró que un 12% de los pacientes estaban en una situación de aislación al comienzo de la enfermedad y al término del periodo de evaluación, el 35% de los pacientes estaban en situación de aislación (Müller, 2007, citado en Roder, Brenner, Kinzle, Fuentes, 2007, p. 74).

En esta línea, el aislamiento social asociado a la esquizofrenia ha sido el objeto de estudio en diversas investigaciones desarrolladas en el mundo. En el Reino Unido, investigaciones sobre la aislación de las personas con esquizofrenia, Gelder et al. (2001), han demostrado que el 74% de las personas con esquizofrenia frecuenta una conducta de aislamiento social, y su actividad se ve reducida en el 56% de los casos (p. 250).

La esquizofrenia aísla a la persona de su entorno social, producto del desconocimiento de la enfermedad y de los prejuicios asociados a ella. La recuperación de la persona esquizofrénica, (Chuaqui, 2002), es restringida por la clasificación de enfermo mental y la conducta social del

paciente esquizofrénico entendida como conducta anormal, los cuales son producto de prejuicios sociales que comparten tanto psiquiatras como la gente común (p. 55).

Estos prejuicios se ven reflejados en los resultados del Proyecto FONDECYT 1020027 (2002 – 2003) “*Esquizofrenia y discriminación familiar*” (Chuaqui, 2005), realizado a 100 pacientes, alrededor de 100 tutores y de 100 vecinos y 60 parientes indirectos. Este proyecto demostró que un 71,6% de los encuestados conocía poco o nada sobre la esquizofrenia antes de que algún pariente fuera afectado, mientras que un 52,0% (p. 18) tenía una idea sobre la esquizofrenia bastante distinta antes de que un miembro de la familia fuera afectado. En el mismo proyecto se señala que el 45,2% de los encuestados ha tenido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a la presencia de una persona esquizofrénica en la familia y 54% reconoce que han tenido problemas económicos por la misma razón (p. 18).

Debemos señalar que este estudio (Chuaqui, 2002), demostró también que en el 72% de los casos, se ha tenido que internar al paciente contra su voluntad durante las crisis (p. 149). Las consecuencias de la esquizofrenia trascienden al paciente y afectan a la familia directamente, acorde a las investigaciones realizadas sobre familia y esquizofrenia, “*la familia se siente aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo*”(Chuaqui, 2002, p. 149).

1.2.3 ESQUIZOFRENIA Y TRABAJO

A nivel social, la esquizofrenia conlleva diversos problemas. Esta enfermedad implica una disfunción en las relaciones interpersonales, trabajo y educación. Los progresos educacionales son truncados y algunos individuos no son capaces de terminar los estudios. Hay otros individuos que no pueden mantener trabajos por un periodo de tiempo sostenido y son empleados en trabajos de un nivel inferior al de sus padres. En este sentido, DSM-IV (2000),

la mayoría de los individuos, 60%-70%, con esquizofrenia no contrae matrimonio y poseen un contacto social limitado (p. 329).

En relación a la enfermedad y roles sociales, como el rol de trabajador, Schindler y Donohue señalan que los síntomas de la esquizofrenia pueden tener un gran impacto en la habilidad del individuo para aprender roles sociales, y siguiendo con esta línea, el aprendizaje de roles puede ser severamente truncado en los individuos diagnosticados con esquizofrenia, y como resultado, Schindler, et al.(2004) “los individuos diagnosticados con esquizofrenia a menudo aprenden roles más dependientes, que los roles activos requeridos en la sociedad actual” (p. 18).

En nuestro país, la inserción laboral de las personas con esquizofrenia no ha sido muy fructífera. En su proyecto FONDECYT N°1000001 (2000 – 2001) “*Esquizofrenia, Estigma e Inserción Laboral*”, Chuaqui (2002) demostró que solamente el que sólo un 41% de los encuestados trabaja, mientras que el 59% no lo hace. De este 41%, solamente el 13,3% de los encuestados que trabajan realizan trabajo competitivo, mientras que el 18,7% trabaja en trabajos protegidos, recibiendo un salario menor al correspondido (p. 103).

Las investigaciones sobre inserción laboral (Chuaqui, 2002, p. 110), en torno a las motivaciones y aspiraciones, señala que las motivaciones son las conductas determinadas para la realización de una actividad específica, mientras que las aspiraciones son la expresión del deseo de realizar alguna actividad específica, la cual tiende a ser más alta que las motivaciones, y en este sentido, estas investigaciones han demostrado que las personas diagnosticadas con esquizofrenia han manifestado un interés activo en trabajar, o sea, la manifestación del deseo de trabajar y las acciones que realizan las personas para lograrlo, un 3,4% posee un muy alto interés activo; un 11,4% ha manifestado un alto interés activo; 25% mediano interés; 28,4% bajo interés; 20,4% muy bajo interés; y finalmente, ningún interés, un 11,4% (Chuaqui, 2002, p. 110).

Con respecto al nivel de vida(Chuaqui, 2002, p. 111), estas investigaciones demostraron que un 54,7% de los encuestados no estaba satisfecho con el nivel de vida que llevaba, y en este sentido, un 31,7% respondió que los problemas referentes a la existencia de la enfermedad y un 34,1% respondió problemas referentes a la falta de trabajo.

La asociación entre una mejora en la calidad de vida y la inserción laboral es necesaria para crear una integración plena a la sociedad, permitiendo un desarrollo social. En esta línea, Díaz y Chacón señalan, citando a Aróstegui y Martínez (2000), con respecto a la inserción laboral que “en la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas” (Aróstegui y Martínez, 2000, citado en Díaz, D., Chacón, S., 2006, p. 33).

Por otra parte, el Ministerio de Salud, en los aspectos de las orientaciones técnicas señala que la enfermedad afecta fundamentalmente a personas que se encuentran en etapas productivas y, a nivel estadístico, en 1996, el 60% de los pacientes en tratamiento en la región metropolitana pertenecen a los grupos etarios de adultos jóvenes, adultos y adultos medios, los cuales se incluyen en la población en el plena edad laboral. En este ámbito, diversos estudios afirman que aproximadamente el 10% de las personas diagnosticadas con la enfermedad “*se mantienen trabajando con un desempeño cercano al esperable para su condición previa*”(MINSAL, 2000, pp. 10-11). Este mismo estudio reveló que el 27% de los pacientes que se encuentran realizando un tratamiento son adolescentes quienes están en plena fase de formación y construcción de proyectos de vida, siendo la enfermedad un factor decisivo en el futuro de la persona (MINSAL, 2000, p.11).

En la perspectiva global, en relación a la mortalidad y discapacidad de una población se utiliza el indicador AVISA o Años de Vida Saludable perdidos en un año determinado. En este sentido, la esquizofrenia se encuentra en el lugar 14 de las 100 enfermedades más importantes

de Chile, pues del total de años perdidos por todas las enfermedades en el país, la esquizofrenia obtiene un porcentaje del 1,87% (MINSAL, 2000, p.11), provocando una carga económica para el país por una menor productividad, asociada a los Años de Vida Saludables perdidos, ha sido estimada en 85 mil millones de pesos.

El impacto económico de la esquizofrenia es alto, pues se toman todos los costos directos e indirectos. En relación a esto último, en Estados Unidos, se determinó que los costos per cápita de la esquizofrenia son mayores que en el caso de otra enfermedad crónica como la diabetes, pero los costos indirectos mayores en el caso de la esquizofrenia permiten la posibilidad de mayores ganancias, pues se reduciría la morbilidad y mortalidad a través de la aplicación de un tratamiento efectivo (MINSAL, 2000, p.11).

Como se mencionó al comienzo de esta introducción, el problema de la inserción laboral de las personas con esquizofrenia no es solamente un problema económico o político, sino que tiene componentes tanto biomédicos, farmacológicos, psicológicos como sociales. Para efectos de esta investigación exploratoria, los aspectos sociológicos se analizarán en profundidad, sin dejar de lado que los mencionados anteriormente son elementos de importancia en la inserción social y laboral. La dependencia y la falta de motivación, la inhabilidad de la familia para comprender y superar la enfermedad, el rol del paciente esquizofrénico y la esquizofrenia como enfermedad discapacitante, son elementos que debemos estudiar en la interacción social entre el individuo, la familia y el médico, para entender si el medio social, junto con el rol de enfermo, son factores que influyen en la búsqueda de empleo.

En base a estos antecedentes se plantea la pregunta de investigación:

¿Cómo se relaciona la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante del paciente, su entorno familiar y médico, junto a la adopción del rol de enfermo, como factores influyentes en la búsqueda de empleo competitivo de personas esquizofrénicas usuarias de servicios de salud en las regiones Quinta y Metropolitana?.

1.3 CONFLICTOS O SITUACIÓN DONDE SURGE EL PROBLEMA

Un conflicto desde el punto de vista de la realización del derecho humano al trabajo, es la incapacidad de retorno a un rol social activo, producto de la internalización de un rol social pasivo, como el *rol de enfermo*, complementado por un desconocimiento o ignorancia y la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante tanto en el paciente, como en el entorno familiar y médico.

1.4 CONSECUENCIAS PRÁCTICAS Y TEÓRICAS

1.4.1 CONSECUENCIAS PRÁCTICAS

Las consecuencias prácticas de esta investigación se centran en la adquisición de nuevos conocimientos sobre las relaciones sociales de la persona enferma, en especial, la influencia de su entorno y la internalización del rol de persona con discapacidad psíquica en la búsqueda de empleo competitivo, las motivaciones y acciones en este ámbito, como problemáticas que surgen con respecto al empleo, lo que permitirá el desarrollo de nuevas estrategias o aproximaciones al tema que deriven en nuevos programas terapéuticos de integración psicológica, social y laboral de personas diagnosticadas con esquizofrenia, sus familias y empleadores, junto con la generación de nuevas políticas públicas sobre salud mental.

1.4.2 CONSECUENCIAS TEÓRICAS

Las consecuencias teóricas de esta investigación son de gran envergadura, pues demostrará la capacidad de influencia del entorno social sobre la construcción social de realidad de los individuos, la construcción y adopción de los roles que éstos deben cumplir en la sociedad, y el conflicto inherente que significa la adopción de roles sociales que se contraponen.

1.5 CONTRIBUCIÓN A LA SOCIOLOGÍA

La contribución a la Sociología es el desarrollo de una nueva aproximación a los conceptos de *Realidad objetiva y subjetiva*; y *Definición Subjetiva*, las cuales se enmarcan en *La Construcción Social de la Realidad* de Peter L. Berger y Thomas Luckmann, junto con una extensión del *Rol del Enfermo* de T. Parsons, y la internalización de estas realidades y roles acorde a la teoría del *self* de George Herbert Mead.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer cómo la definición subjetiva de la esquizofrenia, como enfermedad discapacitante, en el sujeto, su familia y el médico, condicionan la adopción del *rol de enfermo* y ambas la búsqueda de empleo competitivo.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir el proceso de adopción del rol de enfermo por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
- b) Describir la influencia del entorno familiar y médico en el proceso de adopción del rol de enfermo.
- c) Describir la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante en el entorno familiar y médico.
- d) Describir la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante por parte de la persona diagnosticada con la enfermedad.
- e) Conocer las motivaciones y acciones que realiza la persona diagnosticada con esquizofrenia en la búsqueda de empleo, sus limitaciones y problemáticas.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 PERSPECTIVA TEÓRICA DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene por finalidad investigar la definición subjetiva del entorno familiar, médico y del paciente sobre la esquizofrenia como enfermedad discapacitante y la internalización de esta definición y del rol de enfermo en la persona diagnosticada con esquizofrenia, como factores influyentes en la búsqueda de empleo.

A manera de introducción al marco teórico, Karl Jaspers (1996) en *Psicopatología General*, señala que todo individuo vive en un mundo aprehendido por el sujeto. Para Jaspers, *la imagen del mundo* es lo que se ha convertido objetivamente consciente para el individuo, y el mundo concreto de éste se realiza siempre históricamente. Este mundo se inserta dentro de una tradición, existiendo por la sociedad y la comunidad y, de este modo, la forma en que el individuo vive en el mundo y cómo éste aparece distinto a él, se examina a través de lo historicosociológico. El mundo objetivo es el lugar donde el individuo “busca sus caminos y sus rodeos, y está allí el material con el que se construye su mundo” (Jaspers, 1996, p. 319).

En este sentido, es necesaria la investigación sobre el mundo construido por el individuo y su entorno, como realidades subjetivas y objetivas, y los procesos de internalización de estas realidades. De esta forma la opción teórica sobre la definición subjetiva sobre la enfermedad en el paciente, entorno social y médico se insertan en la perspectiva fenomenológica de Peter L. Berger y Thomas Luckmann.

La construcción social de la realidad se inserta dentro del paradigma constructivista, en específico, en el enfoque interpretativo, el cual nos permitirá ver la sociedad como “una realidad que se crea y mantiene a través de interacciones simbólicas y pautas de comportamiento” (Porta, 2003,p.3). A continuación se revisará la sociología del conocimiento por P. Berger y T. Luckmann.

2.1.1 LA SOCIOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO DE P. BERGER Y T. LUCKMANN

La expresión *sociología del conocimiento* fue acuñada por vez primera por Max Scheler, originada en la década de 1920, dentro de un contexto filosófico al interior de la historia intelectual alemana (Berger y Luckmann, 1979, p.16). Siguiendo esta línea teórica, Berger y Luckmann afirman que la sociología del conocimiento vincula el pensamiento humano y el contexto social en el que se forma, señalando que la sociología del conocimiento constituye “el foco sociológico de un problema mucho más general: el de la determinación existencial del pensamiento en cuanto tal”(Berger y Luckmann, 1979, p.17).

La sociología del conocimiento tiene antecedentes intelectuales pertenecientes al pensamiento alemán del Siglo XIX, la marxista, la nietzscheana y la historicista (Berger y Luckmann, 1979, p.18). En primer lugar, el pensamiento marxista otorgó a la sociología del conocimiento, según Berger y Luckmann, la proposición básica, a saber que la conciencia del hombre está determinada por su ser social (Berger y Luckmann, 1979, p.19). La sociología del conocimiento heredó de Marx, acorde a los autores, la formulación de su problema central, sino conceptos claves como “ideología” y “falsa conciencia”, el cual es el pensamiento alejado del verdadero ser social que piensa.

En esta línea, el concepto de Infraestructura – Superestructura de Marx, fue adoptado por Scheler, “siempre suponiendo que existe cierta relación entre el pensamiento y una realidad “subyacente” distinta del pensamiento” (Berger y Luckmann, 1979, p.20). Nietzsche y sus ideas fueron introducidas por Scheler en la sociología del conocimiento, en especial, el concepto de “resentimiento”, “como factor de generador para ciertos tipos de pensamiento humano” (Berger y Luckmann, 1979, p.20). Acorde a los autores, la sociología del conocimiento representa una aplicación específica de lo que Nietzsche denominó “arte de la desconfianza”(Berger y Luckmann, 1979, p.20). La tercera corriente de pensamiento alemán

que influyó a la sociología del conocimiento fue Wilhelm Dilthey, con el denominado *historicismo* (Berger y Luckmann, 1979, p.20), en el cual la historicidad está vinculada inevitablemente al pensamiento humano.

La sociología del conocimiento, ideada por Scheler, fue criticada por Karl Mannheim, quien hizo una aproximación más a lo sociológico que a lo filosófico. En específico, estaba centrada en la ideología (Berger y Luckmann, 1979, p.22). Por otra parte, en Norteamérica, Robert K. Merton desarrolló su visión de la sociología del conocimiento, enfocándola en la teoría estructural-funcional, tomando en consideración la obra de Mannheim. Otro norteamericano, Talcott Parsons, se ocupó de la teoría de la sociología del conocimiento, realizando una crítica a K. Mannheim (Berger y Luckmann, 1979, p.26).

La sociología del conocimiento se debe, acorde a los autores, a Alfred Schutz, quien se centró en la estructura del mundo del sentido común en la vida cotidiana. Berger y Luckmann, citando a Schutz (1962) señalan que:

“todas las tipificaciones del pensamiento de sentido común son de por sí elementos integrales del Lebenswelt concreto, histórico, socio-cultural, dentro del cual prevalecen como establecidos y como aceptados socialmente.” “El conocimiento se halla distribuido socialmente y el mecanismo de esta distribución puede constituirse en objeto de una disciplina sociológica” (Schutz, 1962, p.149, citado en Berger y Luckmann, 1979, pp.31-32).

Para Berger y Luckmann, la sociología del conocimiento es una disciplina que debe encargarse “de los modos generales por las cuales las realidades se dan por conocidas en las sociedades humanas” (Berger y Luckmann, 1979, p.15). En este sentido, concluyen este análisis con el campo de estudio de la sociología del conocimiento, la cual “se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad” (Berger y Luckmann, 1979, p.15).

Debemos señalar que Berger y Luckmann(1979) afirman que:

La sociología del conocimiento debe, ante todo, ocuparse de lo que la gente “conoce” como “realidad” en su vida cotidiana, no-teórica o pre-teórica. El “conocimiento” del sentido común más que las “ideas” debe constituir el tema central de la sociología del conocimiento(p.31).

Así mismo, los autores afirman que “la sociología del conocimiento debe ocuparse de la construcción social de la realidad” (Berger y Luckmann, 1979, p.31).

Los autores Peter L. Berger y Thomas Luckmann(1979) conciben fundamentalmente dos tesis: “La realidad se construye socialmente” y que “la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce” (p.13), siendo la realidad como “una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición,” y el conocimiento como “la certidumbre de que los fenómenos son reales y que poseen características específicas”(Berger y Luckmann, 1979, p.13).

Berger y Luckmann hacen mención a que es necesaria la aclaración sobre esta realidad, el qué es lo real y cómo conocerlo en deben estar en función de la sociología, lo que se traduce en insertar lo real en el contexto sociológico, siendo el sociólogo obligado por su disciplina, acorde a los autores, “a investigar si la diferencia entre unas y otras realidades no puede entenderse en relación con las diversas diferencias que existen entre unas y otras sociedades” (Berger y Luckmann, 1979, p.14).

La Sociología, centra de esta forma su interés sobre la “realidad” y el “conocimiento”, justificada por la relatividad social, puesto que acorde al autor, “las acumulaciones específicas de “realidad” y “conocimiento” pertenecen a contextos sociales específicos y que estas relaciones tendrán que incluirse en el análisis sociológico adecuado de dichos contextos” (Berger y Luckmann, 1979, p.15).

Entendiendo la realidad como parte objetiva y parte subjetiva, dentro del concepto de una realidad construida socialmente, debemos afirmar que el análisis de ésta es necesario para establecer cómo se construye el conocimiento socialmente adquirido, la generación de las relaciones sociales e internalización de roles a partir de la subjetividad y objetividad de la realidad.

2.1.2 EL CONOCIMIENTO EN LA TEORÍA DE BERGER Y LUCKMANN

El conocimiento como pilar fundamental del análisis de este estudio se enmarca en el hecho de que la existencia humana se desarrolla empíricamente en un contexto de “orden, dirección y estabilidad”(Berger y Luckmann, 1979, p.72). De esta forma, el orden social en el que se manifiesta la realidad objetiva, es producto de la actividad humana, y mientras el hombre siga produciéndolo, existirá, siendo un elemento fundamental en el desarrollo del individuo y su apertura al mundo, pues el orden social precede al desarrollo individual (Berger y Luckmann, 1979, pp.72-73).

Berger y Luckmann(1979)señalan que las relaciones del hombre con su ambiente se caracterizan por su “apertura al mundo,” y que la formación del yo, tiene que estar entendida con “el proceso social en el que los otros significativos median entre el ambiente natural y el humano,” de esta forma, el carácter del yo, es un producto social (p.67).

La interacción del individuo en la sociedad tiene como elemento principal al lenguaje, el cual surge en la vida cotidiana como un sistema de signos, que tiene como cualidad la objetividad, a través del lenguaje, el ser se objetiva (Berger y Luckmann, 1979, p.57). El lenguaje, como constituye campos semánticos o zonas de significado lingüísticamente circunscritos, “permite la objetivación, retención y acumulación de la experiencia biográfica e histórica” (Berger y

Luckmann, 1979, p.59), y de esta forma, articula las instituciones, puesto que éste “objetiva las experiencias compartidas y las hace accesibles a todos los que pertenecen a la misma comunidad lingüística, con lo que se convierte en base e instrumento del acopio colectivo de conocimiento” (Berger y Luckmann, 1979, p.91).

Esta acumulación de carácter selectiva, está enmarcado en la experiencia del individuo y de la sociedad, determinando qué se debe retener u olvidar. Esta acumulación genera un “acopio social de conocimiento, el cual se transmite de generación en generación, y está al alcance del individuo en la vida cotidiana” (Berger y Luckmann, 1979, p.60). Este acopio social permite determinar, a través del conocimiento, la situación y límites del individuo, y a través de la participación en el cúmulo social de conocimiento, “la ubicación de los individuos en la sociedad y el manejo apropiado de ellos” (Berger y Luckmann, 1979, p. 60). En este sentido, “el conocimiento en la vida cotidiana es distribuido socialmente, vale decir, diferentes individuos y tipos de individuos lo poseen en grados diferentes” (Berger y Luckmann, 1979, p. 65), y de esta manera, el orden institucional puede ser entendido solamente en términos del conocimiento que sus miembros tienen de él (Berger y Luckmann, 1979, p. 89).

El conocimiento se aprende durante los procesos de socialización, y según los autores, mediatiza la internalización al interior de la conciencia individual las estructuras objetivadas del mundo social. En este sentido, Berger y Luckmann (1979) afirman que:

El conocimiento se halla en el corazón de dialéctica fundamental de la sociedad: “programa” los canales en los que la externalización produce un mundo objetivo; objetiviza este mundo a través del lenguaje y del aparato cognoscitivo basado en el lenguaje, vale decir, lo ordena en objetos que han de aprehenderse como realidad (p. 89).

Este conocimiento se internaliza como verdad objetivamente válida durante los siguientes procesos de socialización, lo que establece el conocimiento relativo a la sociedad como una

aprehensión de la realidad social objetiva y como producción continua de esta realidad (Berger y Luckmann, 1979, p. 90).

Este conocimiento puede organizarse como un *cuerpo de conocimiento* a través de la experiencia del individuo, el cual se vincula a la actividad particular que realiza a través de la división del trabajo; y puesto que posee una base lingüística, es fundamental en la programación institucional de esas actividades económicas, sirviendo como una fuerza canalizadora y controladora, traducéndose en “una parte indispensable de la institucionalización de esa área de conducta” (Berger y Luckmann, 1979, p. 90). En esta línea, mediante este conocimiento se objetiva toda una parte del mundo social y a su vez, los cuerpos de conocimiento se transmiten a la generación inmediata, verdades objetivas mediante la socialización y de esta forma, se internalizan como realidad subjetiva, y por lo tanto, esta realidad puede formar al individuo.

2.1.2.1 Conocimiento e Institucionalización

Berger y Luckmann en su análisis sobre la construcción social de la realidad, describen dos importantes procesos de construcción de la sociedad como realidad objetiva: *Institucionalización y Legitimación*. El proceso de institucionalización parte de la base de que “toda actividad humana está sujeta a la habituación, todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipso facto es aprehendida como pauta por el que la ejecuta”(Berger y Luckmann, 1979, p. 74). Las actividades que se realizan enmarcadas en la institucionalización, no pueden ser entendidas sin el conocimiento particular construido socialmente y objetivado en referencia a estas actividades. La participación en estas actividades institucionalizadas refleja la existencia del individuo en un mundo social definido y controlado por este cuerpo de conocimiento. Según los autores, lo mismo es aplicable a cualquier área del comportamiento institucionalizado.

La institucionalización surge a medida de que se da una “tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores” (Berger y Luckmann, 1979, p. 76). En este sentido, las tipificaciones de estas acciones que forman a las instituciones, “siempre se comparten, son accesibles a todos los integrantes de un determinado grupo social, y la institución misma tipifica tanto a los actores individuales como a las acciones individuales” (Berger y Luckmann, 1979, p.76). Las instituciones implican “que las acciones del tipo X, sean realizadas por actores del tipo X” (Berger y Luckmann, 1979, p.76), y al ser creadas por una historia, “éstas poseen historicidad y control,” siendo este control sobre el comportamiento humano, al establecer “pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada” (Berger y Luckmann, 1979, p.76). El mundo institucional creado por los individuos a través de sus acciones, es una realidad objetiva, y es de este modo, actividad humana objetivada. Berger y Luckmann definen por objetivación, al “proceso por el que los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad” (Berger y Luckmann, 1979, p.83).

Los autores afirman que la relación entre el hombre como productor del mundo social, y el mundo social como su producto es una relación dialéctica, en el cual el producto y productor interactúan. Este proceso dialéctico tiene tres procesos, externalización, objetivación e internalización, expresados en las siguientes frases: “La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social” (Berger y Luckmann, 1979, p.84).

Las instituciones requieren de una mantención a través de la legitimación. Este proceso debe ser coherente con el orden institucional, pues las instituciones generan un orden y una autoridad, institucionalizando el comportamiento, haciéndolo más controlable. En este sentido, los autores señalan que “cuanto más se institucionaliza el comportamiento, más previsible y, por ende, más controlado se vuelve y, si la socialización dentro de las instituciones se logra

eficazmente, pueden aplicarse medidas coercitivas con parquedad y selectividad” (Berger y Luckmann, 1979, p.85).

2.1.2.2 Conocimiento, Roles e Institucionalización

Como se señaló anteriormente, el lenguaje es un elemento clave en el conocimiento de un orden institucional y en este sentido, Berger y Luckmann (1979) afirman que el conocimiento primario de un orden institucional es la “suma total de lo que todos saben” (p.89) —dentro del plano pre-teórico—sobreun mundo social. En esta línea, este conocimiento, acorde a los autores, “constituye la dinámica motivadora del comportamiento institucionalizado” (p.89), definiendo las áreas institucionalizadas del conocimiento, las situaciones, y construye los “roles” que se desempeñan en el marco de las instituciones (Berger y Luckmann, 1979, p.89).

En relación a este marco de conocimiento, en donde las tipificaciones construyen instituciones, surgen los roles cuando “esta clase de tipificaciones aparecen en el contexto de un cúmulo de conocimiento objetivizado, común a una colectividad de actores” (Berger y Luckmann, 1979, p.97), siendo los roles, tipos de actores en ese contexto. Las instituciones adquieren forma a través de los roles en la experiencia individual, y estos roles, al ser objetivados a través del lenguaje, se convierten en un elemento base del mundo objetivamente accesible para una sociedad cualquiera. En este sentido, “los individuos al desempeñar roles, participan en un mundo social; al internalizar dichos roles, ese mundo cobra realidad para ellos subjetivamente” (Berger y Luckmann, 1979, p.98).

Los roles son parte del proceso de habituación y objetivación que dan origen a las instituciones, y en esta línea, los comportamientos institucionalizados involucran roles y éstos últimos representan el orden institucional. Con respecto a los roles, existen dos niveles, siendo el primer nivel, “el rol que se representa al rol mismo,” y segundo nivel, “el rol que representa todo un nexo institucional de comportamiento” (Berger y Luckmann, 1979, p.99).

En relación al rol y al conocimiento, el primer término posee un carácter de mediación entre sectores específicos de un marco común de conocimiento, y el individuo a través del rol que desempeña, “tiene que penetrar en zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado, no sólo en el sentido cognoscitivo más restringido, sino también en el del “conocimiento” de normas, valores y aun emociones” (Berger y Luckmann, 1979, p.101). El rol no sólo se remite al conocimiento socialmente objetivado que le atañe, sino que debe contemplar el conocimiento que se vincula directa o indirectamente. En este sentido, la sociedad debe organizarse de tal forma que los individuos desarrollen especialidades y de esta forma lograr una acumulación de conocimiento de roles específicos (Berger y Luckmann, 1979, p.102).

El análisis del rol surge entonces desde dos perspectivas, desde el orden institucional, la cual señala que los roles son “representaciones y mediaciones institucionales de los conglomerados de conocimientos institucionalmente objetivados”; y desde la perspectiva de roles, el rol comporta un “apéndice de conocimiento socialmente definido” (Berger y Luckmann, 1979, p.103). En conclusión, el análisis del rol cobra importancia en la sociología del conocimiento acorde a los autores, porque muestra las “mediaciones entre los universos macroscópicos de significado, que están objetivados en la sociedad y las formas en como los universos se convierten en realidad subjetiva para los individuos”(Berger y Luckmann, 1979, p.103).

2.1.2.3 Conocimiento y Legitimación

La legitimación, acorde a los autores, “explica el orden institucional atribuyendo validez cognoscitiva a sus significados objetivados,” y, “justifica el orden institucional adjudicando dignidad normativa a sus imperativos prácticos” (Berger y Luckmann, 1979, p.121), implicando no sólo valores, sino también conocimientos, dentro del carácter normativo de ella.

La legitimación tiene una relación directa con el cuerpo de conocimiento socialmente establecido pues, “posee teorías explícitas por las que un sector institucional se legitima en términos de un cuerpo de conocimiento diferenciado” (Berger y Luckmann, 1979, p.124). El último nivel de legitimación son los universos simbólicos, que según los autores, “son cuerpos de tradición teórica que integran zonas de significado diferentes y abarcan el orden institucional en una totalidad simbólica” (Berger y Luckmann, 1979, p.124). En este sentido, “los universos simbólicos son los procesos de significación que se refieren a realidades que no son las de la experiencia cotidiana,” y, el universo simbólico “es la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo” (Berger y Luckmann, 1979, p.125). El universo simbólico se construye mediante objetivaciones sociales y en este sentido, Berger y Luckmann(1979), afirman que su capacidad para “atribuir significados supera ampliamente el dominio de la vida social, de modo que el individuo puede “ubicarse” dentro de él aun en sus experiencias más solitarias,” y, “el universo simbólico aporta el orden para la aprehensión subjetiva de la experiencia biográfica” (pp.125-126), y así, éste “ordena la historia y ubica todos los acontecimientos colectivos dentro de una unidad coherente que incluye el pasado, el presente y el futuro” (Berger y Luckmann, 1979, p.133).

2.1.2.4 Conocimiento y Procesos de Socialización

Al concebir a la sociedad como realidad objetiva, existe un proceso de internalización de esta realidad de manera subjetiva, acorde a Berger y Luckmann (1979), y, de este modo la internalización, “constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social” (p.165). La internalización del mundo es un proceso no sólo de comprensión de los procesos subjetivos del otro, sino también la comprensión del mundo en el cual se desarrolla, y la apropiación de ese mundo. Este proceso se denomina socialización, y los autores lo definen como “la

inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en sector de él” (Berger y Luckmann, 1979, p.166). Existen dos tipos de socialización, la primaria; y la secundaria. La socialización primaria es el proceso más importante para el individuo durante la niñez, pues de esta forma se convierte en un integrante de la sociedad, mientras que la socialización secundaria es “cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad” (Berger y Luckmann, 1979, p.166).

El individuo, acorde a los autores, no sólo nace dentro de una estructura social objetiva, sino también dentro de un mundo social objetivo (Berger y Luckmann, 1979, p.166). Los individuos que le construyeron el mundo social objetivo “filtran” el mundo, a partir de idiosincrasias individuales, o aspectos del mundo, acorde a la posición en la estructura social (Berger y Luckmann, 1979, p.166).

2.1.2.5 Conocimiento y Socialización Primaria

En el proceso de socialización primaria, el aprendizaje es más que algo cognoscitivo, se efectúa, acorde a los autores, en circunstancias de gran carga emocional. “La internalización se produce sólo cuando se produce la identificación” (Berger y Luckmann, 1979, p. 166). En este sentido, el individuo acepta los roles y actitudes de los otros significantes, y los internaliza, apropiándose de ellos. Los autores señalan que el yo, es una entidad reflejada, porque “refleja las actitudes que primeramente adoptaron para con él los otros significantes” y “el individuo llega a ser lo que los otros significantes lo consideran” (Berger y Luckmann, 1979, p. 167). En esta línea, este proceso tiene raíces en la dialéctica “que se da entre la auto-identificación y la identificación que hacen los otros, entre la identidad objetivamente atribuida y la que es subjetivamente asumida” (Berger y Luckmann, 1979, p. 167). El individuo no acepta solamente los roles, sino que también acepta el mundo de los demás, y en esta línea, la

identidad se define objetivamente “como ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente solo junto con ese mundo,” y, de este modo, “el recibir una identidad, comporta adjudicarnos un lugar específico en el mundo” (Berger y Luckmann, 1979, p. 168).

La socialización primaria, crea en el individuo, una abstracción progresiva de roles y actitudes de otros significantes concretos la denomina Berger y Luckmann(1979) como el “otro generalizado”(p. 168). En esta línea, la formación del otro generalizado al interior de la conciencia, es una fase crítica en el proceso de socialización, puesto que, acorde a Berger y Luckmann (1979), implica “la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, y, al mismo tiempo, el establecimiento subjetivo de una identidad coherente y continua”(p. 169), entonces, de este modo “la sociedad, la identidad y la realidad entonces se cristaliza subjetivamente en el mismo proceso de internalización” (p. 169). Esta cristalización en la conciencia del otro generalizado, conlleva al establecimiento de una *relación simétrica* entre realidad objetiva y subjetiva, y de este modo, “lo que es real ‘por fuera’ corresponde con lo que es real ‘por dentro’,” y, “la realidad objetiva puede ‘traducirse’ fácilmente en realidad subjetiva y viceversa” (Berger y Luckmann, 1979, p. 170), siendo esta relación es de equilibrio constante.

En la socialización primaria se forma el primer mundo del individuo, pues el individuo a corta edad no internaliza los mundos que lo rodean, sino que lo internaliza como un único mundo, a la vez que la socialización primaria también “comporta secuencias de aprendizaje socialmente definidas” (Berger y Luckmann, 1979, p. 170). De este modo, la socialización primaria finaliza “cuando el concepto del otro generalizado, se ha establecido en la conciencia del individuo” (Berger y Luckmann, 1979, p. 174).

2.1.2.6 Conocimiento y Socialización Secundaria

El segundo proceso de socialización, es el denominado socialización secundaria., la cual es “la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones” (Berger y Luckmann, 1979, p. 174), siendo su alcance proporcional a la distribución social del conocimiento y la complejidad de la división social del trabajo. Esta distribución es un factor de importancia en la distribución institucionalizada de tareas entre la socialización primaria y secundaria (Berger y Luckmann, 1979, p. 184).

En la socialización secundaria, “el presente se interpreta de modo que se halle en relación continua con el pasado, con tendencia a minimizar aquellas transformaciones que se hayan efectuado realmente” (Berger y Luckmann, 1979, p. 204). En este proceso, el aprendizaje de vocabularios específicos de roles es necesario, lo que se traduce en la “internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional” (Berger y Luckmann, 1979, p. 175).

La socialización secundaria “depende del status del cuerpo de conocimiento de que se trate dentro del universo simbólico en su conjunto” (Berger y Luckmann, 1979, p. 176). Los autores señalan que “establecer y mantener la coherencia en la socialización secundaria presupone ciertos procedimientos conceptuales para integrar los diferentes cuerpos de conocimiento” (Berger y Luckmann, 1979, p. 177). En esta línea, el conocimiento se estructura a partir de las propiedades intrínsecas del conocimiento que se ha de adquirir, y “las secuencias del aprendizaje se pueden manejar acorde a los intereses de los que administran el cuerpo de conocimiento” (Berger y Luckmann, 1979, p. 177).

En la socialización secundaria se aprehende el contexto institucional, y en el caso de los roles, éstos tienen un alto grado de anonimato, lo que según los autores, “se separan fácilmente de

los individuos que los desempeñan” (Berger y Luckmann, 1979, p. 178-179), así la separación de una parte del yo y su realidad adjunta es posible, acorde a los autores, “como algo que atañe solo a la situación específica del “rol” de que se trata” (Berger y Luckmann, 1979, p. 180). En este tipo de socialización, “el acento de realidad del conocimiento internalizado debe ser reforzado por técnicas pedagógicas específicas,” haciendo sentir al individuo como algo familiar (Berger y Luckmann, 1979, p. 180). En este sentido, mientras en mayor medida estas técnicas logren “volver subjetivamente aceptable la continuidad entre los elementos originarios del conocimiento y los elementos nuevos, más prontamente adquirirán el acento de realidad” (Berger y Luckmann, 1979, p. 180).

La artificialidad de la socialización secundaria implica una mayor mantención de la realidad subjetiva, producto de que se encuentra menos internalizada dentro de la conciencia y es susceptible al desplazamiento. Esta artificialidad “vuelve aún más vulnerable la realidad subjetiva de sus internalizaciones frente al reto de las definiciones de la realidad” (Berger y Luckmann, 1979, p. 186).

Los otros significantes del individuo, son elementos principales en el mantenimiento de la realidad subjetiva. En este sentido, la relación entre los otros significantes, y los demás elementos (“coro”) para la mantención de la realidad subjetiva, es dialéctica, pues interactúan entre ellos y sirven para confirmar la realidad (Berger y Luckmann, 1979, p. 190). Berger y Luckmann afirman que “el vehículo más importante del mantenimiento de realidad es el diálogo,” pues la realidad se articula en base al lenguaje a través del aparato conversacional, “que mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva” (Berger y Luckmann, 1979, p. 191). Hay que señalar, acorde a los autores, que para mantener la realidad subjetiva, el continuo y la coherencia son necesarias en el aparato conversacional.

Los cambios de las realidades subjetivas se denominan *alteraciones*, requieren procesos de resocialización, similares a la socialización primaria, insertando en el individuo nuevas

identificaciones y nuevas realidades (Berger y Luckmann, 1979, p. 197). Este cambio de requiere también como condición estructura de plausibilidad eficaz. “Esta estructura de plausibilidad será mediatizada respecto del individuo por otros significantes, con quienes debe establecer una identificación fuertemente afectiva” (Berger y Luckmann, 1979, p. 197). En este sentido, la identificación afectiva permite la transformación total de la realidad subjetiva, “desafiliando al individuo de su mundo anterior y su estructura de plausibilidad que lo sustentaba” (Berger y Luckmann, 1979, p. 199), cambiando incluso el aparato conversacional.

En este sentido, es necesaria la disposición de un aparato legitimador de estas transformaciones, “lo que debe legitimarse no sólo es la realidad nueva, sino también las etapas por las que ésta se asume y se mantiene, y el abandono o repudio de todas las realidades que se den como alternativa” (Berger y Luckmann, 1979, p. 200). En la resocialización, los autores afirman que, “el pasado se reinterpreta conforme con la realidad presente, con tendencia a retroproyectar al pasado diversos elemento que, en ese entonces no estaban subjetivamente disponibles” (Berger y Luckmann, 1979, p. 204).

Lo señalado anteriormente se reafirma a través de la identidad. La identidad es una de las bases fundamentales de la realidad subjetiva, pues se encuentra en una relación dialéctica con la sociedad. La identidad, acorde a los autores, se forma por procesos sociales, y una vez cristalizada, es mantenida, modificada o reformada por las relaciones sociales (Berger y Luckmann, 1979, p. 216).

2.1.3 EL CONCEPTO DE DEFINICIÓN SUBJETIVA

El concepto de *Definición Subjetiva* surge en base a los planteamientos de P. Berger y T. Luckmann, los cuales señalan que la realidad objetiva es internalizada de forma subjetiva, en una relación simétrica, a través de la interacción social. Los fundamentos principales en los

que se sostiene nuestro análisis es la planteada por Berger y Luckmann, es la relación entre el hombre como productor del mundo social siendo este producto, una relación dialéctica, en donde el producto y el productor interactúan entre sí. Dentro de esta relación, podemos señalar que existen tres procesos dentro de la construcción social de la realidad, insertos en la realidad objetiva, las cuales son externalización, objetivación e internalización, la cual se traduce en la siguiente tesis: “La sociedad es un producto humano, la sociedad es una realidad objetiva, el hombre es un producto social” (Berger y Luckmann, 1979, p. 84), considerando la relación simétrica entre realidades objetivas y subjetivas. Al desglosar la afirmación en los términos dialécticos *tesis*, *antítesis* y *síntesis*, queda estructurado de la siguiente forma:

- Tesis 1. La sociedad es un producto humano
- Antítesis 1: La sociedad es una realidad objetiva
- Síntesis 1: El hombre es un producto social.

En esta línea de análisis, el concepto de *Definición Subjetiva* surge de la sociedad, la realidad y el hombre como productos sociales objetivos internalizados subjetivamente a través de la socialización primaria y secundaria, los cuales tienen procedimientos de retroalimentación que mantienen esta realidad subjetiva, articuladas mediante el lenguaje y el conocimiento entorno al individuo y su realidad social, por lo tanto la *Definición Subjetiva* del individuo sobre su propia realidad está articulada por un conocimiento socialmente construido y adquirido, mediante los procesos de internalización de la realidad objetiva. En este sentido, el establecimiento de una relación dialéctica para establecer las relaciones sociales y su producto, es más apropiada esta lógica, tanto por la posición teórica de Berger y Luckmann, como por la afirmación de que “toda realidad está en continuo cambio, y revela constantemente aspectos nuevos de sí misma que deben ser tomados en cuenta” (Novack, 1987, p. 76).

En este sentido, el concepto de *Definición Subjetiva* queda entonces definido como “*la expresión de un conocimiento socialmente adquirido*”. Este conocimiento como producto social, está internalizado a través de los procesos de socialización y como reflejo de la realidad objetiva de manera subjetiva.

La expresión de este conocimiento mediante el lenguaje, articula también las pautas de conocimiento y la estructuración del individuo en la sociedad. Por consiguiente, la estructuración de la sociedad en base al conocimiento socialmente construido define la tesis fundamental del análisis propuesto, en base a la dialéctica anterior, de la siguiente forma:

- Tesis 2: Conocimiento Sujeto.
- Antítesis 2: Conocimiento Entorno.
- Síntesis 2: Conocimiento estructurado socialmente.

En la relación anterior, el conocimiento adquirido por el sujeto está en una disposición analítica en oposición al conocimiento del entorno. Esta disposición analítica del conocimiento del sujeto con respecto al conocimiento del entorno está en oposición puesto que de esta forma, se comparan los datos a adquirir y de esta forma realizar la triangulación de los datos del sujeto y del entorno, no negando la antítesis señalada, sino superándola y complementándola en la síntesis, como un conocimiento estructurado socialmente, validando la estructura teórica de Berger y Luckmann.

Siguiendo esta línea, la articulación de este conocimiento socialmente construido por parte del sujeto y del entorno en base a la realidad objetiva como conocimiento socialmente estructurado, una nueva tesis analítica que considere lo expuesto en las tesis anteriores y tomando en consideración que una *definición subjetiva* es la expresión del conocimiento socialmente adquirido, producto de la internalización de la realidad objetiva, un modelo

analítico debe centrarse en ésta última afirmación. De esta forma, una relación entre las definiciones subjetivas tanto del sujeto como del entorno, son indispensables para un análisis de la realidad construida socialmente. Siendo la base de éste las *definiciones subjetivas* como un conocimiento socialmente internalizado y tomando en consideración la realidad objetiva y subjetiva como una relación simétrica, la siguiente tesis se expone en la siguiente relación dialéctica:

- Tesis 3: Definición Subjetiva (Expresión Conocimiento) Sujeto A
- Antítesis 3: Definición Subjetiva (Expresión Conocimiento) Entorno B + C
- Síntesis 3: Definición Subjetiva (Expresión Conocimiento) $A + B + C^1 =$ Realidad socialmente construida.

Por lo tanto, el análisis de la realidad del individuo en base a la construcción social del conocimiento, y por ende, un análisis de la realidad social es posible, al tomar las definiciones subjetivas como elementos clave de la realidad objetiva y subjetiva del sujeto y su entorno social.

La subjetividad, en base a la teoría de Berger y Luckmann, es una forma de interpretación de la realidad objetiva. La definición subjetiva es una interpretación del conocimiento socialmente adquirido sobre un objeto, producto de la internalización de una realidad socialmente construida de características objetivas y subjetivas.

¹ Nota: La letra “A” se refiere a la persona diagnosticada con esquizofrenia, “B” al entorno social, y por “C”, se refiere al médico tratante.

2.2 PERSPECTIVAS SOCIOLOGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD

El estudio de las prácticas médicas y de los componentes sociales de ésta, como la relación paciente – médico y la relación entre las políticas de salud y la comunidad han atravesado diversas corrientes del pensar en las Ciencias Sociales, siendo objeto de estudio de la Sociología de la Salud, la cual se enfoca en las relaciones sociales de las prácticas médicas y su vínculo con el sistema social.

A lo largo del tiempo, diversas perspectivas se han suscitado entorno al objeto de estudio de la Sociología de la Salud, y en nuestro caso, del enfoque hacia las enfermedades mentales y cómo éstas afectan las relaciones sociales tanto del individuo, como del entorno familiar y laboral.

Estas perspectivas teóricas sobre la salud han sido de una diversidad amplia, que en este caso revisaremos, las perspectivas posmodernas de Michel Foucault, en específico, el poder psiquiátrico en la relación psiquiatra – paciente; y las perspectivas funcionalistas, como el caso de Talcott Parsons, en donde la enfermedad (como concepto general) es concebida como conducta desviada dentro del sistema social y donde la relación médico – paciente está mediada por roles. A continuación revisaremos enfoques teóricos sobre salud y la relación paciente – médico.

2.2.1. ENFOQUE FUNCIONALISTA: La práctica médica y el rol de enfermo en la enfermedad como desviación de Talcott Parsons

En el sistema social de Parsons, el equilibrio de éste es fundamental para su funcionamiento, cada parte debe cumplir con su rol dentro del sistema, y el estar enfermo es un rol dentro del sistema, es considerado una *conducta desviada* y tiene una contraparte que ajusta la conducta

desviada y la encamina a un retorno al sistema, el rol de médico. En el sistema social de Parsons, la enfermedad es parte del equilibrio del sistema social.

2.2.1.1. La enfermedad como desviación

A nivel histórico, la reducción de las enfermedades solamente a lo biológico y lo fisiológico, como forma de encontrar su etiología, es entendida como un esquema conceptual de la ciencia biológica de los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX (Parsons, 1988, p. 401). La enfermedad para Parsons (1988), “no es solamente un peligro externo ante el que ponerse en guardia, sino una parte integral del equilibrio social mismo” (p. 402). En esta línea, la enfermedad puede ser una forma de evasión de las presiones sociales, y en consecuencia, de las responsabilidades sociales. Siguiendo esta definición, la enfermedad “es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social” (Parsons, 1988, p. 402), en consecuencia, la enfermedad se define, en parte biológicamente y en parte socialmente.

La salud de los integrantes del sistema social está implicado en los prerrequisitos funcionales de éste y acorde a Parsons (1988), “desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general bajo en la salud es disfuncional, puesto que la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales” (p. 400). En esta línea, podemos señalar que “la participación en el sistema social es siempre en potencia relevante para el estado de la enfermedad, la etiología y las condiciones de una buena terapia” (Parsons, 1988, p.402). Así mismo, Parsons (1988) afirma que la práctica médica, como rol institucionalizado, es un mecanismo en el sistema social para tratar las enfermedades de los miembros que la componen. (p. 402).

Siguiendo esta línea teórica, Parsons afirma que es posible que la presencia de la enfermedad fuera absolutamente incontrolable por parte de la acción social, como condición independiente de la vida social, pero surge un interés funcional de la sociedad de controlar la enfermedad mediante una acción racional, la cual es reducir al mínimo la enfermedad.

2.2.1.2.El rol de médico

Las estructuras sociales que son relevantes en esta línea teórica son las pautas del *rol de médico* que practica y las del *rol de enfermo* (Parsons, 1988, p. 404). El rol del médico y de enfermo cumplen una relación en función del equilibrio del sistema, pues, el rol de enfermo, al ser una conducta desviada, requiere una corrección e inserción dentro del sistema a través de la intervención competente del médico. Parsons afirma que la práctica médica está orientada a superar las alteraciones de la salud del individuo, a través del tratamiento o la terapia (Parsons, 1988, p.400).

La enfermedad al ser una conducta desviada acorde a la teoría parsoniana, la relación entre el rol de enfermo y médico adquiere una significación como mecanismo de control social, que trasciende los límites de las funciones del médico, sino que también comprende otros fenómenos dentro del sistema social.

2.2.1.3.El rol de enfermo dentro del marco de desviación

El rol de enfermo, a nivel sistémico, evita la formación de un grupo con pretensiones de legitimidad, al limitar el rango de acción de éste. Los enfermos, según Parsons, no se ligan con otros *desviados* para generar una “subcultura” de la enfermedad, sino que se rodea de miembros integrados en la sociedad, como su entorno familiar y médico. Parsons afirma que el

rol de enfermo aísla e incomunica, y que la persona que está desviada está expuesta a la acción de *fuerzas reintegradoras*, como el rol de médico, quien puede actuar como *prototipo* de mecanismos de control social, en el sentido más radical (Parsons, 1988, p.294).

En el caso de las enfermedades crónicas, Parsons reconsiderando el rol de enfermo señaló lo siguiente: “que aunque la meta de una completa recuperación sea impráctica, muchas enfermedades pueden ser “manejadas” de tal forma que el paciente se capaz de mantener un patrón de funcionamiento psicológico y social relativamente normal” (Parsons (1975), citado en Cockerham, 2006, p.159).

2.2.1.4.El rol de enfermo como concepto

En *El Sistema Social*, T. Parsons afirma cuatro aspectos dentro de lo que él denomina “sistema de expectativas e institucionalizadas” respecto al rol de enfermo (Parsons, 1988, p.406), las cuales son las siguientes:

1. **El relevo de las responsabilidades normales del rol social**, teniendo en consideración la naturaleza y la gravedad de la enfermedad. Este relevamiento debe ser legitimado por el médico, quien “sirve con frecuencia de tribunal de apelación y de agente directo de legitimación” (Parsons, 1988, p.406). Esta legitimación no sólo trae consigo derechos del enfermo, como el relevo de las obligaciones del rol social, sino también deberes, como mantener reposo o seguir un tratamiento.
2. **La condición de enfermo no es responsabilidad de la persona**, y en este sentido, la persona está en una situación de cuidado. Parsons (1988) afirma, que la persona enferma no puede intervenir en su proceso de recuperación (p.406).

3. **El estar enfermo es un estado indeseable en sí mismo, y el enfermo tiene la obligación de querer sanar.** En esta línea, la legitimación del rol de enfermo es relativo y temporal mientras dure la enfermedad, y la persona enferma debe obtener un tratamiento que le permita salir de este estado.

4. **La obligación de buscar ayuda técnicamente competente.** La persona enferma debe buscar ayuda *técnicamente competente* en proporción a la gravedad de la enfermedad, cooperar con el médico en el proceso de sanar (Parsons, 1988, p. 406).

El rol de la persona enferma se relaciona directamente con el rol del médico, como legitimador de este estado, a través de lo que Parsons denomina *estructura de rol complementaria* (Parsons, 1988, p. 406).

En su análisis del rol de enfermo, Parsons afirma que el *rol de enfermo*, trae consigo un “*beneficio secundario*” (Parsons, 1988, p.407), que cuando el paciente está motivado, de forma positiva, se asegura y retiene inconscientemente. La motivación para la recuperación, según Parsons, es de gran importancia en el funcionamiento del sistema social. Este rol de *dependencia* del enfermo, es un rol adquirido de forma negativa, pues acorde a Parsons, existe una falla en “*conservarse bien*” (Parsons, 1988, p.407)

2.2.1.5. Situación del Paciente en el Rol de Enfermo

En la situación del paciente, Parsons afirma que existen rasgos característicos del rol de enfermo en relación al círculo social inmediato, que en este caso es la familia. Estos rasgos se clasifican en tres apartados: desamparo y necesidad de ayuda, incompetencia técnica e implicación emocional (Parsons, 1988, p.409):

1. Desamparo y necesidad de ayuda: En la definición del rol de enfermo, la persona se encuentra en un estado de desamparo y en esta línea, necesita ayuda. Parsons (1988), señala que la situación de estar enfermo al considerarse como “desviación,” se debe distinguir de otros tipos de roles desviados, pues la persona no es responsable de su condición (p. 409).
2. Incompetencia técnica e implicación emocional: En la definición del rol de enfermo, la persona enferma no es competente para ayudarse a sí misma, en esta línea, Parsons (1988) señala que “la naturaleza de esta ayuda le impone otra nueva incapacidad o *“handicap”*. El enfermo no solo, generalmente, no se encuentra en posición de hacer lo que es necesario, sino que además no “sabe” lo que es necesario hacer ni cómo hacerlo” (p.410). Solamente el médico posee el conocimiento necesario y legitimado para asistir al enfermo.
3. Implicación emocional: La situación de la enfermedad, acorde a Parsons, crea enfrentamientos entre el paciente y al entorno cercano con “problemas complejos de ajustamiento emocional” (Parsons, 1988, p.410). Parsons señala que, “incluso cuando no se presenta un factor “físico” en su condición, el sufrimiento, el desamparo, la incapacidad y el peligro de muerte, o a veces su certeza constituyen perturbaciones fundamentales de las expectativas de que viven los hombres”(Parsons, 1988, p.410).

El rol de enfermo trae diversas implicancias con respecto a la visión de sí mismo de la persona enferma, siendo uno de los conflictos el quiebre de la persona con respecto a “las expectativas de su pauta de vida normal,” al punto de que se “siente humillado por su incapacidad para funcionar normalmente” (Parsons, 1988, p.412), e incluso, Parsons afirma que las relaciones sociales se ven truncadas producto de este rol (p.412).

Estas alteraciones en la visión del futuro del paciente, generan dos tipos de reacción frente a éstas, la primera, como “*shock*” emocional al principio de la enfermedad, y la segunda, ansiedad sobre el futuro (Parsons, 1988, p.412). La motivación del paciente tiende a la sobreestimación o la subestimación de la enfermedad y la recuperación.

En este sentido, la negación de la enfermedad es una reacción frente a ésta, al igual que la exacerbación de la lástima a sí mismo, y la demanda de ayuda y atención personal constante. Producto de esto, el paciente ve dificultada su capacidad para emitir un juicio objetivo sobre su situación y sus requerimientos. El personal médico influye en estos estados emocionales, lo que repercute en el desarrollo de la enfermedad y su recuperación (Parsons, 1988,p.412).

2.2.2. ENFOQUE POST-ESTRUCTURALISTA: El Poder Psiquiátrico en Michel Foucault

Michel Foucault, reconocido investigador y pensador francés, señala en su análisis histórico sobre las enfermedades mentales en *La vida de los hombres infames*, que la llamada *locura* en el siglo XVIII, no era objeto sistemático de internamiento, y fue considerada como una forma de error o ilusión, que acorde a Foucault, la locura en la época clásica pertenecía a una de las quimeras del mundo, y que se podía vivir con ellas, sin separarlas cuando tomaban ribetes más peligrosos, e incluso, las prescripciones médicas tendían al descanso, al viaje, y a la ruptura con lo que Foucault denomina “el mundo artificial y vano de la ciudad” (Foucault, 1996,p.51).

A partir del siglo XIX, la práctica psiquiátrica, y en especial, el internamiento se hace recurrente, como forma de búsqueda de la verdad sobre las enfermedades mentales, pues, acorde a Foucault, el entorno del enfermo enmascararía a la enfermedad y en el hospital, la enfermedad adquiriría su verdadera cara. El hospital de esta forma, es el lugar de diagnóstico y de clasificación, en donde surgen dentro del campo institucional la victoria del médico y la sumisión de los enfermos (Foucault, 1996, p.53). Es en esta época donde surge el *granmédico de manicomio*, como Kraepelin, el padre de la *dementiapræcox*, y en donde la voluntad del médico se ejerce sobre el enfermo, pues posee el conocimiento y la verdad sobre la

enfermedad, llevando la imagen del médico como creador de la verdad, un “*dueño de la locura*” (Foucault, 1996, p.53).

El poder-saber médico tiene un auge en esta época, pues el médico adquiere garantías y justificaciones en su proceder en los privilegios del conocimiento (Foucault, 1996, p.53), siendo el diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y enfermedad psicológica, uno de los ejes de la práctica y la teoría psiquiátrica de la época entre 1860 a 1890 (Foucault, 1996, p.53).

Acorde a Foucault, la psiquiatría en la época clásica seguía en cierto grado, el patrón de las enfermedades que afirmaba Pasteur, el médico como vector de la enfermedad que pretendía erradicar (Foucault, 1996, p.54). El poder psiquiátrico es de esta forma, el propio reproductor de la enfermedad. En esta línea, la *antipsiquiatría*, surgida a criticaría el modelo clásico psiquiátrico describiendo la violencia inherente a las instituciones y el poder médico. Foucault cita a Cooper (s.f.), resumiendo este argumento: “la violencia está en el corazón de nuestro problema,”(Cooper (s.f.) citado en Foucault, 1996, p.54); y a Basaglia: “la característica de estas instituciones –escuela, fábrica, hospital- es una separación neta entre quienes poseen el poder y quienes no lo poseen...” (Basaglia (1977) citado en Foucault, 1996, p.54).

Debemos distinguir entre antipsiquiatría y despsiquiatrización. La despsiquiatrización es una crítica a la institución psiquiátrica, pero no anula el poder inherente en la profesión, sino que busca canalizar el poder psiquiátrico en la búsqueda de un conocimiento más en profundidad sobre las enfermedades, a través de otros puntos de aplicación y nuevas formas de evaluación (Foucault, 1996, p.55). Con respecto a la antipsiquiatría, Foucault señala que la relación de dominación que existía entre el médico y el paciente no se reduce, pero se reducirá la enfermedad a su mínimo, a los signos y síntomas suficientes para el diagnóstico, para realizar el tratamiento más adecuado (Foucault, 1996, p.55).

La despsiquiatrización es, acorde a Foucault, una forma de *pasteurizar* la institución:

De tal forma de obtener el mismo efecto de simplificación que Pasteur había impuesto a los hospitales: articular directamente uno sobre otro el diagnóstico y la terapéutica, el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y la supresión de sus manifestaciones (Foucault, 1996, p.55).

El poder médico, de esta forma, se aplica en su estricto máximo, en el cual la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica son las alternativas de mayor relevancia (Foucault, 1996, p.55). Dentro de la despsiquiatrización, hubo una forma diametralmente opuesta a la visión de reducción del poder institucional, basado en la intensificación de la producción de la enfermedad, en donde, acorde a Foucault, la relación del poder médico sobre el enfermo se viertan en la producción, como por ejemplo, la imposición de “la norma del cara a cara, y la norma de libre contrato entre el médico y el enfermo” y la “norma de limitación de todos los efectos de la relación al único nivel del discurso, la regla de la libertad discursiva” (Foucault, 1996, p.56). En esta línea, el psicoanálisis fue una herramienta de despsiquiatrización, pero mantiene las cuotas de poder a través de la restitución del médico como dueño del conocimiento y de la verdad.

La antipsiquiatría está en oposición con respecto a la despsiquiatrización antes mencionada, pues mantienen las cuotas de poder. Su intención es la salida de la institución, la eliminación del poder institucional, otorgándole al enfermo el poder de su locura, rompiendo el “*estatuto patológico*” de las enfermedades mentales.

2.2.3. COMPARATIVA Y CRÍTICA

La crítica que debemos realizarle a Foucault parte de la base del poder-saber médico, en el cual el médico ejerce un poder dominante sobre el enfermo mismo y no sobre su enfermedad. Esta visión se contrapone a la visión funcionalista de Parsons, en donde la medicina ejerce un control social, al ver a la enfermedad como conducta desviada, pues ésta no permite el normal desarrollo de funciones y roles del sujeto en el sistema social. En cierta medida, el médico aún posee el conocimiento *técnicamente competente*, pero no se ejerce el mismo poder en la teoría parsoniana sobre el rol del médico. En la otra orilla, el paciente no posee esa característica de sumisión que se da en la relación de poder que señala Foucault, sino que es un rol con normas y obligaciones, legitimado por el sistema social.

En este sentido, un análisis del poder psiquiátrico no corresponde con la línea teórica-analítica de este estudio, pues en esta investigación el eje central es la construcción social de la enfermedad como una discapacidad, la internalización de los roles sociales y de esta definición subjetiva de la enfermedad en el proceso de inserción laboral de las personas con esquizofrenia, y no se enmarca en la relación de poder entre los componentes del análisis sociológico, como la familia, el médico tratante y el individuo.

2.3. RELACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN SUBJETIVA Y ROLES: UNA APROXIMACIÓN A LA TEORÍA PSICOSOCIAL DE GEORGE HERBERT MEAD

Los procesos de internalización tanto de la realidad objetiva como subjetiva tienen como aspecto principal la interacción social. En este sentido, la internalización de la realidad no es un proceso automático el cual es definido por la sociedad, puesto que existen diversos aspectos tanto psicológicos como sociales que determinan la interpretación e internalización del mundo social. La teoría de Berger y Luckmann señala la relación simétrica entre las realidades objetivas y subjetivas, pero no señalan el *cómo* se articulan e internalizan las pautas de comportamiento que implican estas realidades. Es por esta razón que se debe complementar el modelo teórico de análisis, a través del desarrollo de la propia interacción del sujeto y la sociedad.

De esta forma, la interacción entre el sujeto y la sociedad es una relación dinámica que precisa ser estudiada en profundidad para la creación, establecimiento y mantención tanto de las pautas de comportamiento, como de la construcción social de conocimiento que está inserto dentro de la sociedad.

El análisis sobre la internalización de la realidad social está basado en la interpretación de la Teoría Social de George Herbert Mead, la cual se enmarca en lo denominado Interaccionismo Simbólico, en específico, el lenguaje y el gesto como símbolos. Al tomar el lenguaje y el gesto como ejes principales de la actividad social, especialmente de la conducta, podemos realizar un análisis de la interacción social en base a esta perspectiva, tomando tanto el concepto del gesto como símbolo, y la interpretación del sujeto en sí mismo permitirán un estudio de la interacción social bajo una perspectiva desde el sujeto y la conformación del “yo” y del “mi”, o la interpretación de “self” o “persona”. En este sentido, Mead señala que la conformación de la imagen del propio sujeto se basa en la interpretación de sí mismo y la actividad social

que éste desarrolla. En este sentido, Ana Garay (2002), en su texto La identidad social desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, con respecto a la teoría psicosocial de Mead, en específico, la persona, señala lo siguiente: “La persona es algo que tiene desarrollo, no está presente inicialmente, sino que surgen en el proceso de experiencia y la actividad social (Mead, (1934), p.167, citado en Garay, 2002, p.2).

2.3.1. La Teoría Psicosocial de George Herbert Mead

Como primera aproximación a la teoría psicosocial de Mead, debemos señalar que el enfoque del autor apunta principalmente el análisis de la experiencia individual desde el punto de vista de la sociedad, en este sentido, desde el punto de vista de la comunicación en cuanto esencial para el orden social, como señala Mead en “Espíritu, Persona y Sociedad” (Mead, 1973, p.49). En esta línea, Mead, su teoría critica el modelo conductista desarrollado por John B. Watson, ampliando el concepto a “una aproximación al estudio de la experiencia del individuo desde el punto de vista de su conducta y en especial, pero no exclusivamente, de su conducta tal como es observable por otros” (Mead, 1973, p.49). De este modo, la psicología social centra su atención en el efecto que produce el grupo o los grupos sociales, en la determinación de la experiencia y la conducta del individuo (Mead, 1973, p.49), por lo tanto, el estudio de la experiencia y la conducta de un *organismo individual* o persona, dentro del grupo social al cual pertenece y depende, es el campo de análisis de la psicología social (Mead, 1973, p.49), pero debemos señalar que Mead afirma que la psicología social intenta explicar la conducta del individuo en función de la conducta *organizada* del grupo social, en vez de explicar la conducta de los diferentes individuos que pertenecen a él (Mead, 1973, p.55).

2.3.2. El gesto como símbolo

La estructuración fundamental de la teoría de Mead se desarrolla en torno a los gestos y al lenguaje, lo que articulan los conceptos claves de su esquema teórico, este último es parte de la conducta social y su valor permite controlar la organización del acto (Mead, 1973, p.60). De esta manera, el lenguaje posee símbolos o signos, cuyo significado permite asociar conductas de las personas, como el acto, en una función comunicativa, mientras que el *gesto*, como símbolo, como lo describió Wundt, es parte a su vez, de un acto social (Mead, 1973, p.85). Wundt explica con respecto al gesto, que es una parte del acto social que sirve de estímulo para diversas formas implicadas en el acto social mismo, así las conductas en la interacción social repercuten en el proceso social mismo.

En este proceso es donde surgen los gestos, lo que Mead define como fases del acto que producen la adaptación a la reacción de la otra forma y dentro de cada acto, existe una actitud interna manifestada dentro del acto mismo (Mead, 1973, p.87). El gesto, como parte del proceso social, es una idea manifestada por el individuo, y también es señalada por Mead como “una parte del acto individual frente al que se produce la adaptación por parte de otros individuos en el proceso social de la conducta” (Mead, 1973, p.88). Mead afirma que el gesto vocal se convierte en un símbolo significante cuando genera un efecto similar sobre el individuo que lo produce sobre el individuo a quien se dirige o que reacciona frente a él, “y de tal modo involucra una referencia a la persona del individuo que lo hace” (Mead, 1973, p.88); entonces, el gesto es un articulador de la conducta social, puesto que como objeto posibilita la adaptación entre los sujetos involucrados en un acto social, en referencia al objeto con el que el acto está relacionado (Mead, 1973, p.89). Mead afirma que:

La conversación de gestos conscientes o significantes es un mecanismo mucho más adecuado y eficaz de adaptación mutua dentro del acto social, ya que involucra la adopción, por cada uno de los individuos que lo llevan a cabo, de las actitudes de los

otros hacia él, que la conversación de gestos inconsciente o no significativa (Mead, 1973, p.89).

El autor afirma también que el individuo a través del gesto, indica a otro individuo qué es lo que éste debe hacer, en una situación social dada. La significación del gesto es aprehendida por el primer individuo, puesto que ésta está internalizada dentro del individuo a través de la propia experiencia, y según el autor, “en la medida en que adopta la actitud del segundo individuo hacia ese gesto y tiende a reaccionar ante ella implícitamente del mismo modo como el segundo individuo reacciona ante ella explícitamente” (Mead, 1973, p.89). Los gestos de este modo, según Mead (1973) se convierten en símbolos significantes cuando generan de manera implícita ante ellas reacciones explícitas en el individuo que las realiza, y ante los otros individuos a los cuales éstos están dirigidos,

Y en las conversaciones de gestos, dentro del proceso social, ya sean externas (entre distintos individuos) o internas (entre un individuo dado y él mismo), la conciencia que tiene el individuo del contenido y flujo de la significación involucrada depende de que adopte de ese modo la actitud del otro hacia sus propios gestos (Mead, 1973, p.89).

En este sentido, la aparición del *mind* o *espíritu* es posible solamente en términos de gestos como símbolos significantes, puesto que según Mead, el pensamiento es una conversación subjetivada o implícita del individuo con sí mismo a través de estos gestos. Mead señala que la internalización de los gestos en la experiencia del individuo con otros individuos durante el proceso social es fundamental en el pensamiento, puesto que los gestos internalizados como símbolos significantes, tienen las mismas connotaciones para el grupo social en el cual se desenvuelve el individuo, lo que permite la interpretación de actitudes y su respectiva reacción, tomando conciencia del acto y su significancia (Mead, 1973, p.90).

Mead señala que el individuo, consciente de sí, internaliza, adopta o asume actitudes organizadas al identificarse con el grupo social al cual pertenece o participa, reacciona en términos de las actitudes organizadas definidas (Mead, 1973, p.186). Es en este sentido, que el *otro generalizado* es la comunidad o el grupo social organizados los cuales otorgan al individuo su unidad de persona (Mead, 1973, p.184). La actitud del *otro generalizado* es de esta forma, la actitud de todo el grupo o comunidad.

2.3.3. El lenguaje como símbolo significativo

En la teoría propuesta por Mead, se señalan cómo el gesto y el lenguaje articulan la interacción social entre los individuos a través de la interpretación de los símbolos significantes de éstos a través de la experiencia del individuo y cómo el pensamiento o *espíritu* es posible en base a estos símbolos. El lenguaje, entonces como producto social, posee a su vez símbolos los cuales responden a diversos contenidos de características similares en la experiencia de los individuos. En este sentido, el gesto vocal es de gran importancia en el desarrollo del pensamiento y de la articulación del proceso social, puesto que la reproducción de sonidos, como un gesto fonético, puede interpretarse como estímulo para una reacción de cierto tipo (Mead, 1973, p.104). Estos gestos vocales tienen una gran importancia en el desarrollo del proceso social, pues a través de la imitación de los gestos por parte del individuo permite la interpretación de los gestos, y siguiendo esta línea, la imitación según Mead,

Depende de que el individuo influya sobre sí mismo como otros influyen sobre él, de modo que se encuentre bajo la influencia, no sólo del otro, sino también de sí, en cuanto a su empleo del mismo gesto vocal (Mead, 1973, p.105).

Por lo tanto, el gesto vocal es tanto un estímulo para el individuo, como para el otro individuo al cual se está dirigiendo, generando actitudes e interactuando en el proceso social.

2.3.4. *Mindy self* como conceptos clave en la interpretación de la interacción social

En la teoría de Mead, hay dos conceptos esenciales para el entendimiento de la interacción social entre los individuos, el concepto de *mind* y *self* o, como señala la traducción al español o *Espíritu* y *Persona*. Mead señala que estos conceptos son tanto productos sociales, como parte de un proceso social definido como:

“Internalización de la conversación de gestos en la conducta del organismo individual, de manera que el organismo individual adopta las actitudes organizadas de los otros provocadas por la actitud de él, en la forma de los gestos de las mismas, y al reaccionar a esa reacción provoca otras actitudes organizadas en los otros de la comunidad a la cual pertenece el individuo. Este proceso puede ser caracterizado, en cierto sentido en términos del “yo” y el “mi,” siendo el “mi” ese grupo de actitudes organizadas a las cuales el individuo reacciona como un “yo”” (Mead; 1973, p.213).

Debemos entender que Mead afirma que el concepto de *Mind* o *Espíritu*, es la internalización del proceso social en el individuo, a la vez que señala que éste es el juego recíproco de tales gestos en la forma de símbolos significantes (Mead, 1973, p. 213), mientras que el concepto de *Persona*, es el espíritu consciente de sí dentro del grupo social (Mead, 1973, p.218).

El concepto de *persona* o *self*, contiene dos elementos claves en la conformación de éste, el “yo” y el “mi”. Mead afirma con respecto al “yo” y el “mi,” que este último es un grupo de actitudes que representa a otras de la comunidad, como reacciones y actitudes organizadas, como por ejemplo, instituciones sociales. Esto se representa claramente en el ejemplo del individuo con la familia, pues éste provoca reacciones en la familia, en específico, con los otros miembros del grupo. Es en este caso, que el individuo toma, a través de la reacción frente a los estímulos familiares, los dos componentes de la persona: el “otro” y el “yo”

(Mead, 1973, p. 220). Mead realiza una distinción con respecto a éstos, esta distinción se expresa en la experiencia, como el reconocimiento de los otros y el reconocimiento de nosotros en los otros. El autor afirma que el individuo no se puede realizar a sí mismo, sino en el grado en que se reconoce al otro en su relación con el individuo, es en esta situación, en que el individuo adopta la actitud del otro, el individuo se realiza a sí mismo como persona (Mead, 1973, p. 220). Con respecto a esto, la reacción del individuo frente al estímulo se convierte en parte esencial de la conducta o de la experiencia del mismo, y es en ese caso, citando textualmente a Mead; “cuando adoptar la actitud del otro se torna parte esencial de su conducta, entonces el individuo aparece en su propia experiencia como una persona; y mientras tal cosas no suceda no surgirá como persona” (Mead, 1973, p. 220).

Mead (1973) señala que la internalización en el individuo de la actitud de la comunidad frente a nuestra reacción se basa en la significación de lo que realiza el propio individuo. En esta línea, el autor señala que la significación es de carácter universal al igual que la comunidad, y está inmersa en el carácter racional de la comunidad,

Es una reacción que el mundo compuesto de seres racionales tiene inevitablemente hacia nuestra afirmación. Incorporamos al mismo tiempo el objeto y a nosotros mismos a la experiencia, en términos de tal proceso; el otro aparece en nuestra experiencia en la medida en que adoptamos tal actitud organizada y generalizada (Mead, 1973, p.221).

La adopción de las actitudes en la experiencia inmediata de la persona es lo que Mead denomina el “*mi*”, y en este sentido, el “*mi*” es la fase de la persona que es capaz de mantenerse en la comunidad, es reconocida en ésta, en la medida que reconoce a los otros, el cual es un individuo convencional, según Mead tiene que tener los hábitos, las reacciones que todos tienen, por lo tanto el “*mi*” es un conglomerado de actitudes que el individuo asume. Mientras que el “*yo*” se define como la reacción del individuo a la actitud de la comunidad, esta actitud aparece en su propia conciencia, y según Mead, la reacción a esa actitud organizada cambia a ésta (Mead, 1973, p. 221). El “*yo*” es, por lo tanto, “la acción del

individuo frente a la situación social que existe dentro de su propia conducta y se incorpora a su experiencia sólo después de que ha llevado a cabo el acto. Entonces tiene conciencia de éste” (Mead, 1973, p.203). El yo por lo tanto, es la reacción frente a las normas o convenciones sociales, generando la individualidad propia del sujeto.

2.3.5. Internalización de las actitudes y conducta social

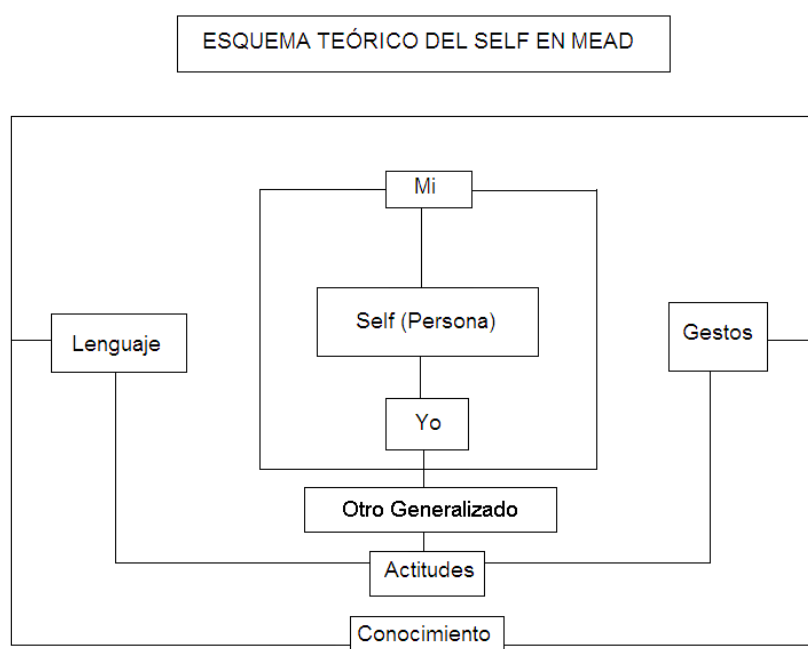
Mead afirma que la interacción del individuo a través de la internalización de las actitudes sociales constituyen la persona, en la medida de que es internalizada la conversación del “yo” y el “mí”, y en este sentido, “el valor de la internalización de la conversación de gestos dentro de la conducta del individuo, reside en la superior coordinación conquistada para la sociedad en su conjunto, y en la mayor eficacia del individuo como miembro del grupo” (Mead, 1973, p.206). El individuo al reaccionar frente a esta conversación de gestos ejerce una reacción que modifica el proceso social, influyendo en su experiencia; además de afectar a la sociedad a través de la actitud del individuo, puesto que su propia actitud genera en el grupo una reacción, provocando un cambio en la actitud del grupo. En este sentido, las actitudes son fundamentales para el entendimiento del funcionamiento de la conducta social del individuo, y más aún, de la persona. El “mí”, por ende, responde a las actitudes de los otros individuos del grupo social, y determinan nuestras conductas puesto que posee un carácter autoconsciente, y de esta forma el “mí” se podría considerar, acorde al autor, como un “dador de la forma del “yo”” (Mead, 1973, p. 232). Es entonces que el “mí” es un componente del grupo social y representa, acorde al autor, el valor del grupo, la clase de experiencia que el grupo hace posible, pues sus valores son los valores que posee la sociedad (Mead, 1973, p.237). Es entonces que la figura del “yo” toma importancia en el análisis, pues la reacción de éste involucra, acorde al autor, una adaptación que incide, no solamente a la persona, sino que también al medio social que contribuye en la elaboración y constitución de la persona, en el sentido de que “la evolución en el cual el individuo afecta a su propio medio al mismo tiempo

que es afectado por éste” (Mead, 1973, p.237). Es de esta manera, que el cambio en las actitudes del grupo social pueda generar un cambio en las actitudes del sujeto, en una nueva interpretación del yo y del mí.

2.3.6. Esquema Teórico delself

En el siguiente esquema hemos apuntado los principales conceptos aplicables al objeto de estudio, centrándonos tácticamente en el *self* y estratégicamente en el *conocimiento* socialmente adquirido que se traduce en el *self* o persona, a través de la generación de actitudes adquiridas a través del lenguaje y los gestos, que se traducen en la evolución del *yo* y del *mí* en relación al *otro generalizado*.

Figura 1: Esquema teórico en Mead



En este esquema, el conocimiento socialmente construido tiene una gran importancia, puesto que es el pilar fundamental de la adquisición de actitudes, y de este modo, esta construcción puede analizarse bajo el esquema teórico de Berger y Luckmann, en preciso, los conceptos de

Realidad Objetiva y Subjetiva, que permitirían un análisis de tanto de la base de construcción de este conocimiento como la internalización del mismo, junto con una adquisición de roles sociales enmarcados en el entorno social que las genera y mantiene.

2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.4.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un *desorden mental* o *enfermedad mental*, que comienza en la adolescencia o en la temprana adultez, caracterizada por la presencia de un grupo de síntomas y signos característicos, vinculado a un deterioro en el funcionamiento durante un periodo de tiempo relativo. La esquizofrenia posee síntomas positivos y negativos, acorde a Nancy Andreasen--quien junto a Timothy Crow, determinaron la existencia de dos tipos de síntomas, positivos y negativos (Silva (s.f.) citado en Heerlein, 2000, p.284) – estos síntomas responden a distorsiones o formas exageradas de funciones cognitivas normales, y a pesar de la características de los síntomas positivos, de carácter más *coloridos*, los síntomas negativos son fundamentalmente los que impiden a la persona un funcionamiento pleno en las actividades del día a día (Andreasen, et al. 1994, p.11). Entre los síntomas positivos están las *alucinaciones*, y las ideas delirantes, por citar algunos, mientras que entre los síntomas negativos, está el *aplanamiento afectivo*, caracterizado por la apariencia facial inmóvil e incapacidad expresiva; *alogia*, un empobrecimiento del lenguaje verbal, y *abulia*, la cual es la inhabilidad de iniciar o mantener una actividad que tenga por objetivo una meta. Siguiendo con esta línea, la esquizofrenia trae consigo la *anosognosia*, la cual es la falta de visión de sí mismo sobre el hecho de poseer una enfermedad mental. La anosognosia, acorde al DSM – IV, predispone al individuo a no cumplir con los tratamientos, y ha sido predictiva sobre la alta tasa de recaída de la enfermedad, debilitación del funcionamiento psicosocial, y el incremento en el número de internaciones involuntarias (DSM-IV, 2000, p.331).

De acuerdo al DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de la American Psychiatric Association, existen diversos criterios de diagnóstico de la enfermedad, el criterio A, sobre alucinaciones y otros síntomas; el criterio B, el cual trata sobre la disfunción social/laboral; criterio C, duración de los síntomas; criterio D, desórdenes de

humor; criterio E, la perturbación no es producto de drogas y; el criterio F, en relación a un trastorno generalizado del desarrollo (DSM-IV, 2002, p.339).

De los tipos de esquizofrenia, el más adecuado para el análisis sociológico, es la esquizofrenia del tipo paranoide, pues éste preserva relativamente as funciones cognitivas y el afecto, acorde al DSM-IV. Además, no se presentan síntomas como el habla desorganizado ni las conductas desorganizadas(DSM-IV, 2000, p.313).

2.4.2. La Discapacidad

El término *Discapacidad* tiene una variedad de significados, dependiendo del contexto tanto internacional como nacional, otorgando énfasis en base a estos contextos. En este sentido, las definiciones del término *Discapacidad* recogen tanto las dificultades del individuo, en tanto psíquicas, físicas o mentales, que inciden en la participación social, económica o laboral.

En el ámbito Internacional, la Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), clasifica y define el término discapacidad como:

“Un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano”(Egea, C., Sarabia A, 2001, p.19).

En el caso de Chile, la ley 19.284 del año 1994, establece las normas jurídicas sobre la Discapacidad, enmarcadas dentro del principio a la integración social de las personas con

discapacidad a través de la creación del Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) y el Registro Nacional de Discapacidad. Esta ley define el término discapacidad como lo siguiente:

Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a todas aquéllas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social (FND, 1994, p.4).

La ley en este sentido, define la discapacidad como el impedimento u obstáculo de una integración educacional, laboral o social. En la actualidad, la ley ha sido sometida a diversas modificaciones, la ley previa a la 20.422, la ley 20.146, es una modificación de la ley 19.284, pero a diferencia con la anterior, ofrece una mayor protección jurídica para personas con discapacidad (Herranz, R, 2008).

En la actualidad, la Ley 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, tiene como objetivo principal:

Asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (SENADIS, 2010, p.1).

En relación a las leyes que permitieron la creación del Fondo Nacional de Discapacidad (actualmente SENADIS). La definición legal de la discapacidad, usando la ley que la define como institución, es la siguiente:

Un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de

salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)(FONADIS, 2004, p.2).

Por lo tanto, una persona que presenta discapacidad es definida por la FONADIS como:

Aquella persona que presenta deficiencias de sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación, como resultado de la interacción negativa de su condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales en los que se desarrolla; FONADIS, 2004, p.2).

En la actualidad, la Ley 20.422, la expresión “persona con discapacidad”, se define de la siguiente forma:

Persona con discapacidad: Aquélla que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (SENADIS, 2010, p.2).

En este sentido, el SENADIS, define el entorno donde se desarrolla la persona como “el medio ambiente, social, natural y artificial, en el que las personas desarrollan su participación social, económica, política y cultural, a lo largo de todo su ciclo vital” (SENADIS, 2010, p.4).

Para una plena inserción social y laboral de las personas con discapacidad, debe haber una igualdad de oportunidades para éstas, la cual es definida como:

La ausencia de discriminación por razón de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social (SENADIS, 2010, p.4).

En Chile, la esquizofrenia es una enfermedad que se encuentra en la categoría de discapacidad psíquica, recibiendo beneficios del SENADIS, del MIDEPLAN y del Ministerio de Salud, tanto en el tratamiento de la enfermedad, como en la asistencia de programas de inserción laboral, como los intermediados por el SENADIS a través de las Oficinas de Intermediación Laboral, cuyo objetivo es insertar a personas con discapacidad en un puesto de trabajo en el mercado laboral.

2.4.3. Empleo Competitivo

El trabajo es fundamental para un desarrollo económico de la persona, pues le permite desenvolverse en el mundo social, pues le permite una independencia económica, la adquisición de bienes y servicios, y lo que permite una mejoría en la calidad de vida. Erich Fromm señala que el trabajo es,

La autoexpresión del hombre, una expresión de sus facultades físicas y mentales individuales. En este proceso de actividad genuina, el hombre se desarrolla, se vuelve él mismo; el trabajo no es sólo un medio para un fin –el producto-, sino un fin en sí, la expresión significativa de la energía humana; por eso el trabajo es susceptible de ser gozado (Fromm, 2005, p.52).

El *empleo competitivo* es esencial para el desarrollo de la persona con discapacidad psíquica. La OIT define, enmarcada en la discapacidad del trabajador, al empleo competitivo como “empleo donde el trabajador incapacitado es tratado según las mismas condiciones, normas y sistemas de pago que los otros trabajadores” (OIT, 2005).

2.4.4. Definición Subjetiva

La definición subjetiva es una interpretación del conocimiento socialmente adquirido sobre un objeto, producto de la internalización de una realidad socialmente construida de características objetivas y subjetivas. La definición subjetiva de la esquizofrenia es un reflejo del conocimiento socialmente adquirido de la persona diagnosticada con esquizofrenia, y a la vez, muestra la realidad social del individuo.

2.4.5. Rol de Enfermo

El rol de enfermo es un rol dentro del sistema social, caracterizado por un relevo de las obligaciones sociales funcionales al sistema. Las principales obligaciones de éste son las siguientes (Parsons, 1988, p.406):

- a) **El relevo de las responsabilidades normales del rol social**
- b) **La condición de enfermo no es responsabilidad de la persona**
- c) **El estar enfermo es un estado indeseable en sí mismo, y el enfermo tiene la obligación de querer sanar.**
- d) **La obligación de buscar ayuda técnicamente competente.**

El rol de enfermo es un rol de dependencia, desamparo y necesidad de ayuda. La ayuda, de carácter reintegradora al sistema es ejecutada por el rol de médico y su práctica médica legitimada por el sistema, como técnicamente competente. El rol de enfermo crea conflictos con respecto a las expectativas de la pauta de vida normal del afectado, debido a la incapacidad de éste de funcionar normalmente dentro del sistema social (Parsons, 1988, p.412).

2.4.6 Actitudes

Debemos partir señalando que las actitudes de un grupo social son definidas socialmente, y en el caso de esta investigación, debemos definir el objeto a las cuales debe ir centradas las actitudes: el desarrollo social y laboral, y por lo tanto, el paciente esquizofrénico como persona-objeto (dentro de la teoría del interaccionismo simbólico), a la cual van dirigidas las actitudes. De este modo, es posible establecer como el *self* surge a través de la visión desde el otro generalizado, permitiendo el análisis del *yo* y el *mí*. De esta forma tomamos las actitudes como formas de guía de conducta que modifican al *self*. En este sentido, la interacción que resulta entre el *yo*, el *mí* y el otro generalizado tienen una directa relación en el establecimiento de roles y de actitudes, puesto que el objeto en el cual se centran las actitudes es el *paciente esquizofrénico*, por lo tanto los roles que asume la persona tienen una relación con el entorno social que define actitudes frente a la enfermedad, definiendo los roles que cumple la persona con esquizofrenia, al internalizar al otro generalizado, tomando una nueva forma el *mí*, otorgándole un valor y una definición social al *yo*. En la línea de los roles sociales, pueden ocurrir conflictos como el rol institucionalizado de enfermo esquizofrénico, y el rol familiar o laboral, pues las definiciones del otro generalizado inciden en el desarrollo del *mí* y del *yo*, ocurriendo un cruce entre roles y una problemática frente a éstos por parte de la persona.

2.4.7 Gestos

El gesto en la teoría de Mead, es señalado como “una parte del acto individual frente al que se produce la adaptación por parte de otros individuos en el proceso social de la conducta” (Mead, 1973, p. 88). En este sentido, el gesto es un símbolo significante cuando produce un efecto sobre el individuo que lo produce, sobre el individuo al cual se dirige o que tiene una reacción frente a él, e involucra de este modo una referencia al individuo que produjo el gesto.

El gesto, según el autor, indica a otro individuo que es lo que éste debe hacer, en una situación social dada, y esta significación de este gesto es adoptada por el individuo puesto que está internalizada en su propia experiencia, y de esta forma, se convierte el gesto en símbolos significantes cuando producen de manera implícita ante ellas reacciones de forma explícita en el individuo que las produce, y ante los otros individuos a los cuales éstos están dirigidos. Los gestos tienen connotaciones para el grupo social en el cual se desenvuelve el individuo, al ser internalizados como símbolos significantes en la experiencia del grupo.

2.4.8 Persona o *self*

En la teoría de Mead, la conformación del *self* persona tiene una estrecha relación con el grupo social o comunidad en la cual el individuo pertenece y se desenvuelve, al ser una integración de los conceptos del *yo*, *mi* y *otro generalizado*, los cuales están articulados socialmente a través de las actitudes y gestos del grupo social en el cual el individuo se desenvuelve. En este sentido, la *persona o self*, está definido mediante la interacción social, entendiendo las reglas socialmente definidas e internalizándolas dentro de su experiencia.

2.4.9 Otro generalizado

Mead afirma que *el otro generalizado*, es el grupo social o comunidad que le otorgan al individuo su unidad de persona, y en esta línea, las actitudes del grupo o comunidad, son las actitudes del *otro generalizado* (Mead, 1973, p.184).

2.4.10 Mí

Mead define el mí como un conglomerado de actitudes que el individuo asume. Esta parte del *self*, responde a las actitudes de los otros individuos del grupo social, y en este sentido, se

determinan las conductas sociales, puesto que el mí posee un carácter autoconsciente, y de esta forma, el mí surge como un “dador de la forma del “yo” (Mead, 1973, p.232).

2.4.11 Yo

Mead define el yo como “la acción del individuo frente a la situación social que existe dentro de su propia conducta y se incorpora a su experiencia sólo después de que ha llevado a cabo el acto. Entonces tiene conciencia de éste” (Mead, 1973, p.203). De esta forma, el yo, es una reacción del individuo en relación a las normas o convenciones sociales, y así, surge la individualidad del sujeto.

2.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ROLES SOCIALES

En la teoría de Mead podemos extraer que los roles se adquieren socialmente, aceptando las reglas del “juego”, partiendo de la base de que la adquisición de los roles sociales dependen y se desarrollan durante la conformación del *self* o *persona*, siendo un requerimiento para esta adquisición la definición del comportamiento del individuo desde el punto de vista de los otros individuos. Mead señala que el proceso de adquisición de roles sociales parten de temprana edad con los juegos infantiles, donde los niños adoptan papeles en el juego, como papel de médico, papá, policía o indios, y a través de estos juegos, “el niño posee cierta serie de estímulos que provocan en él las reacciones que provocarían en otros y que responden a un indio” (Mead, 1973, p.181). Es a través de la conformación del otro generalizado en donde el *self* se consolida, el otro generalizado, al ser la actitud de todo el grupo o comunidad, le otorga al individuo su unidad de persona. El autor señala que el individuo no desarrolla una persona adoptando simplemente las actitudes de los otros individuos hacia él, enmarcado dentro del proceso social, sino que también debe adoptar sus actitudes hacia diferentes aspectos o fases

de la actividad social en la cual el grupo social o comunidad en la que está inmersa (Mead, 1973, p.184). Es en esta parte, donde los roles se definen socialmente, con la construcción del otro generalizado.

El concepto de *Rol Social* posee diversas interpretaciones y definiciones en Sociología, puesto que autores de distinta tendencia teórica han interpretado el concepto. En esta línea, Berger y Luckmann definen el rol como un comportamiento institucionalizado, y su desempeño permite una participación en la sociedad: “los individuos al desempeñar roles, participan en un mundo social; al internalizar dichos roles, ese mundo cobra realidad para ellos subjetivamente” (Berger y Luckmann, 1979, p.98). Los roles propuestos por los autores se desempeñan en el contexto de la institucionalización, es decir acciones del tipo X son realizadas por actores del tipo X, lo que se traduce en una tipificación de las acciones de los individuos.

2.6. INTEGRACIÓN DE CONCEPTOS TEÓRICOS

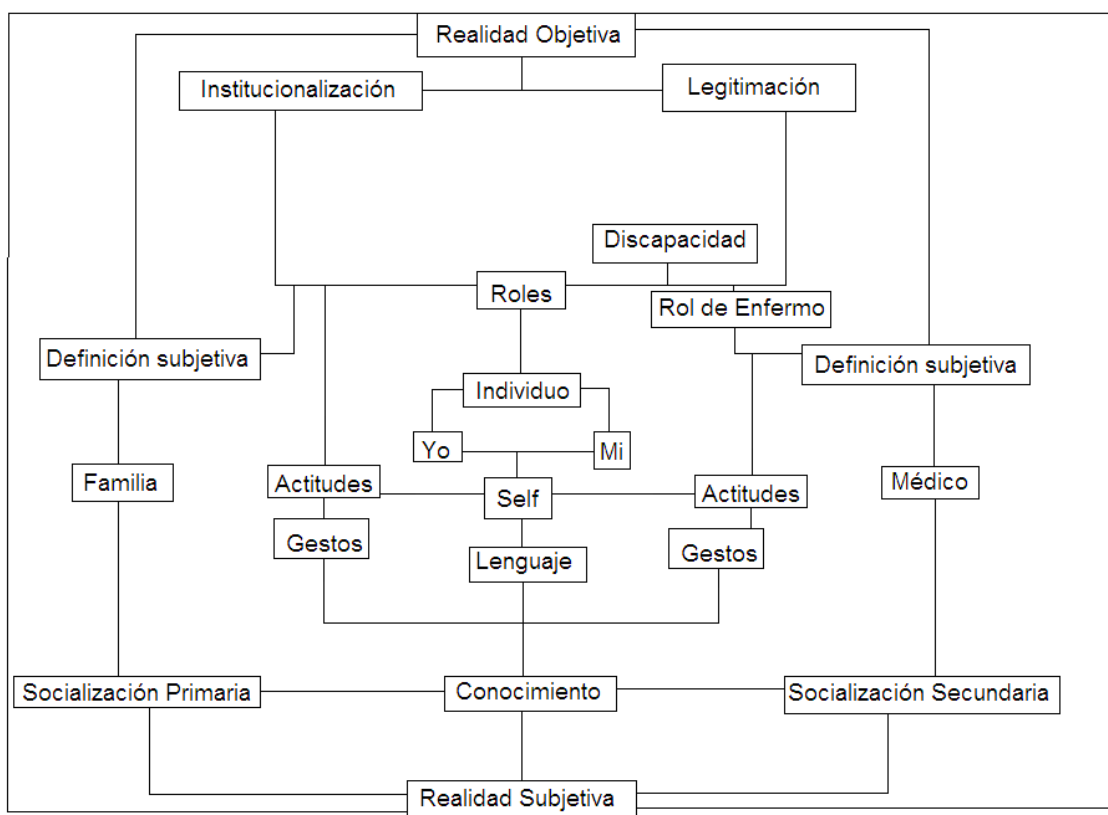
El desarrollo teórico planteado responde a la necesidad de una interpretación del proceso de internalización de conocimiento socialmente estructurado, con la consiguiente adopción de conductas y actitudes, y por otra parte, roles sociales. En este sentido, una integración de los conceptos es requerida para un análisis e interpretación de la realidad social del individuo diagnosticado con esquizofrenia, en especial, la integración laboral éste y cómo el entorno social es decisivo en una plena interacción entre el mundo individual y el mundo laboral.

En primera instancia, el rol social de *enfermo* es de vital importancia en el análisis, la interpretación de la esquizofrenia como una enfermedad incapacitante desde el punto de vista de una integración laboral, y por otra parte, como una *desviación* en el marco teórico de Parsons necesitan una estructura de análisis sobre la internalización de estos conceptos en el individuo, y en este sentido, la interpretación de la realidad social de Berger y Luckmann es

complementado por el concepto de *self* de G.H. Mead, al mostrar como el individuo adquiere actitudes, gestos y conocimientos de manera social, junto con la adquisición de roles dentro del sistema social, tanto como tipificación de acciones de un tipo determinado según Berger y Luckmann, cómo el surgimiento de los roles a través de la internalización del yo, mí y el otro generalizado de Mead.

El siguiente esquema teórico muestra los conceptos teóricos fundamentales del análisis, centrandó el individuo y su entorno en relación con la interpretación de las realidades objetivas y subjetivas, traducidas en un conocimiento socialmente adquirido.

Figura 2: Esquema teórico de la investigación



En el análisis teórico, debemos comprender la formación de los roles sociales y las definiciones subjetivas de la familia, el médico y el individuo, analizando mediante la teoría de Berger y Luckmann, mientras que el análisis interno de la adopción e internalización de roles sociales por parte del individuo es mediante el análisis teórico del *self* de G. Mead. La integración de lo macro, basado en el Berger y Luckmann, y lo micro, por parte de Mead, a

través de la conformación del *self*, nos permite reconstruir la realidad social de la persona con discapacidad psíquica, en su entorno y en su persona, de tal manera de analizar sociológicamente como la creación de roles, su internalización, ejecución y conflictos inciden en la inserción y participación de la persona en la sociedad.

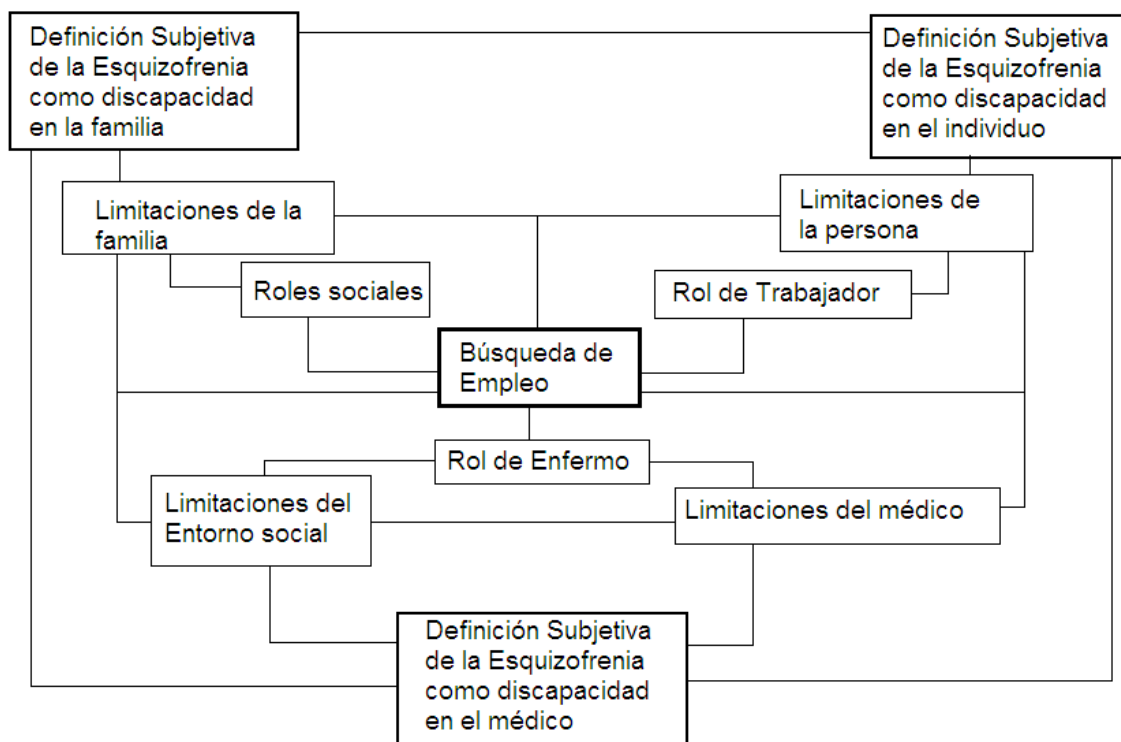
2.7. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La hipótesis central de esta investigación, en base a lo señalado en los puntos anteriores queda configurada de la siguiente forma:

“La definición subjetiva de la enfermedad como discapacitante en la persona, entorno familiar y médico, y la puesta en práctica de esta definición, junto con la internalización del rol de enfermo, influyen en el esquizofrénico a adoptar un rol pasivo, influyendo en la búsqueda de empleo competitivo.”

En este sentido, las variables independientes son la definición subjetiva de la enfermedad como discapacitante de los entornos familiares, médicos y del esquizofrénico, junto con el rol de enfermo en primer lugar y luego, los roles sociales y laborales. La variable dependiente, en este sentido, es la búsqueda de empleo. Esta hipótesis nos indica que la definición subjetiva del entorno y del paciente, junto con la internalización del rol de enfermo influyen en la búsqueda de empleo competitivo. Esto se articula en el siguiente diagrama:

Figura 3: Diagrama de Variables de la Investigación



3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es del tipo *Exploratorio*. La investigación exploratoria tiene como objetivo analizar o examinar un tema o problema de investigación que no ha sido abordado con anterioridad y en este sentido, “los estudios exploratorios permiten familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos” (Sampieri, 2006, p.58). Este tipo de investigación sirven para preparar el terreno para futuras investigaciones, y en este sentido, son la base teórica y práctica para el diseño de investigaciones de otros tipos, como los descriptivos, explicatorios y correlacionales (Sampieri, 2006, p.58).

Este tipo de estudio permite la investigación del comportamiento, en especial, en situaciones donde existe poca información y, estos a su vez “en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, “por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el “tono” de investigaciones posteriores más rigurosas” (Dankhe, 1986, p.412, citado en Sampieri, 2006, p.59).

Por otra parte, la metodología asociada a este tipo de investigación es más flexible que los estudios descriptivos o explicativos, y son más amplios y dispersos que éstos. El autor señala que este tipo de investigaciones “implican un mayor riesgo y requieren de gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador” (Sampieri, 2006, p.59).

Nuestra investigación es del tipo exploratoria, pues el enfoque teórico y práctico no se ha realizado en previas investigaciones, y de esta forma, se abre el camino para investigar aspectos desconocidos de la problemática de la inserción laboral de personas con esquizofrenia, tanto en la construcción de conocimiento alrededor de la enfermedad, como los roles sociales adyacentes a la enfermedad.

3.2 Tipo de Diseño

La investigación presente es de carácter cualitativo, de diseño flexible, no experimental y transversal. Esta investigación sobre rol de enfermo y definición subjetiva de la esquizofrenia en el paciente, el entorno y la familia, al tener una base teórica basada en la fenomenología y sociología del conocimiento, tiene un enfoque interpretativo de naturaleza *cualitativo*.

La investigación cualitativa, “se interesa en la vida de las personas, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar” (V. De Gialdino, 2007, p.33). Acorde a Vasilachis de Gialdino (2007), citando a Strauss y Corbin -, la investigación cualitativa “se encarga de la vida de las personas, de historias, de comportamientos pero, además, del funcionamiento organizacional, de los movimientos sociales o de las relaciones interaccionales,”(Strauss y Corbin, 1990, p.17, citado en Vasilachis de Gialdino, 2007, p.33), y--laautora citando a Morse--sebasa “en la recolección de historias, narrativas y descripciones en las narrativas de otros” (Morse, 2005, p.859, citado en V. De Gialdino, 2007, p.31).

Entonces, En esta línea, la investigación cualitativa permite investigar, desde la evaluación del desarrollo de políticas públicas hasta cambios estructurales en la sociedad (V. De Gialdino, 2007, p.32). La investigación cualitativa es la mejor forma de describir y comprender la definición subjetiva de la esquizofrenia, tanto en el paciente, como en su entorno social, pues se centra en las interacciones sociales en base a las narrativas de los propios involucrados dentro de su propio contexto e interpretaciones personales sobre la enfermedad.

El diseño flexible es el más propicio para la investigación, pues, acorde a Mendizábal (2006), la flexibilidad otorga el contexto conceptual como guía, pero no restringen por anticipado la realidad determinando que la interacción o proceso adopte características presupuestas

(Mendizábal, 2006, pp.90-96, citado en V. De Gialdino, 2007, p.67). El diseño flexible permite un cambio de enfoque de investigación a medida de que la investigación progrese, acorde a Blumer (Blumer, 1982, citado en V. De Gialdino, 2007, p.68). En este sentido, este tipo de diseño permite abrir la posibilidad de “adoptar técnicas novedosas en la recolección de datos en forma original durante el proceso de investigación” (V. De Gialdino, 2007, p.68). De esta forma, la investigación a medida que progrese, se buscará nuevas aproximaciones para lograr una mejor obtención de datos y análisis.

La investigación no experimental es, acorde a Sampieri, “aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables,” y, “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Sampieri, 2006, p.189). El presente estudio es no experimental, pues se centrará en la observación de la relación del entorno familiar y médico de la persona esquizofrénica sin modificar las variables.

La investigación transversal, acorde a Sampieri, “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (Sampieri, 2006, p.192). Este tipo de diseño tiene como meta describir las variables y analizar su incidencia en un instante establecido. Este diseño puede abarcar diversos grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores (Sampieri, 2006, p.192). El autor señala dos tipos de diseño transversal, el descriptivo y el correlacional/causal. El descriptivo tiene por objetivo “indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables” (Sampieri, 2006, p.192). Estos estudios son acorde al autor, puramente descriptivos, y sus hipótesis son descriptivas también. La presente investigación se centra en la observación y exploración de las variables definición subjetiva en el entorno y en la persona, rol de enfermo y la incidencia de éstas en la búsqueda de empleo, en un momento determinado. Por lo tanto, el mejor diseño para la investigación, es el transversal descriptivo.

3.3 Universo y Muestra

3.3.1 Universo

El universo del proyecto de tesis queda planteado de la siguiente manera: Todas las personas diagnosticadas con esquizofrenia de las regiones quinta, y metropolitana, de ambos sexos, su familia directa y médico tratante.

3.3.2 Muestra

La muestra, acorde a Sampieri –citando a Sudman (1976) -, “es definida como un subgrupo de la población” (Sudman, 1976, citado en Sampieri, 2006, p.210). En esta línea, existen dos tipos de muestra, la probabilística y la no probabilística. Las muestras no probabilísticas son aquellas “en que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del que hace la muestra”(Sampieri, 2006, p.213), y siguiendo esa línea, Sampieri afirma que la ventaja de este tipo de muestreo es “que requiere no tanto de una “representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema” (Sampieri, 2006, p.231). Entre los diversos tipos de muestras, el más acorde a nuestra investigación es el sujetos-tipo, el cual es el muestreo de un grupo determinado, con valores, actitudes y expectativas, en ese caso las personas esquizofrénicas. En el caso de estudios de perspectivas fenomenológicas, los que se centran en el análisis de valores, ritos y significados de un grupo social determinados usan este tipo de muestra (Sampieri, 2006, p.232).

La muestra queda definida como las personas diagnosticadas con esquizofrenia, del tipo paranoide, médicamente compensados, de ambos sexos, en edad laboral, que estén dentro de

las tres categorías de análisis, las cuales son poseer un trabajo estable, no trabajar o en búsqueda de trabajo; y sin intención de trabajar. La muestra también se compone de un familiar directo u otro referente significativo, y el médico tratante, quien actúa como referente con respecto a los tratamientos.

El criterio de inclusión más adecuado para nuestro estudio, son las personas con esquizofrenia del tipo paranoide, pues es la que posee menor grado de deterioro cognitivo y de las funciones del habla y conducta. Médicamente compensadas se traduce en una reducción de los síntomas y en el seguimiento de un tratamiento profesional, lo que permite establecer una relación directa con el médico tratante, pero como se mencionará en las condiciones éticas, su participación se reducirá para protección de la confidencialidad médico - paciente.

3.3.3 Diseño muestral

El muestreo en la investigación es del tipo intencionado, estructural. La muestra estructural es “aquella que intenta representar una red de relaciones, de modo que cada participante puede entenderse como una posición, una estructura” (Canales, 2006, p.282). Se estructuran grupos acorde al status laboral, los cuales son: empleo estable, sin empleo o en búsqueda, y sin intención de trabajar. Esto queda configurado en la siguiente tabla:

Tabla 1: Diseño Muestral

	Pacientes	Familiares	Médicos
Grupo 1 Trabajo Estable	2	2	1
Grupo 2 Sin empleo o en búsqueda.	2	2	1
Grupo 3 Sin intención de trabajar	2	2	1

3.3.3.1 Criterio de Selección

El criterio de selección es por conveniencia, pues el contacto a personas diagnosticadas con esquizofrenia se realiza a través de la Agrupación Viña de Usuarios de Salud Mental y otras instituciones de Salud Mental, como la Corporación Bresky de Valparaíso y Viña del Mar.

3.4 Unidades de información y análisis

La unidad de análisis es “quienes van a ser medidos en una investigación” (Sampieri, 2006, p.235). En nuestra investigación, la unidad de análisis es la persona esquizofrénica, su entorno familiar y médico, puesto que nuestro objetivo es el establecimiento de la definición subjetiva de la esquizofrenia, el vínculo de ésta con los roles sociales asociados a la búsqueda de empleo, considerando la persona, el entorno social y el médico tratante.

3.5 Técnicas de Producción de Datos

En relación a la producción de los datos de la presente investigación, se utilizó la *entrevista en profundidad*, en específico, enfocada. La entrevista en profundidad, se define como una:

Técnica social que pone en relación de comunicación entre el investigador y a un individuo entrevistado, con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad (Canales, 2006, pp.219-220).

En este sentido, la naturaleza de la información que se obtiene en una entrevista en profundidad es de carácter cualitativo, pues, acorde a Canales, “expresa y da curso a las maneras de pensar y sentir de los sujetos entrevistados, incluyendo todos los aspectos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos y creencias” (Canales, 2006, p.220). Siguiendo esta línea, la entrevista en profundidad más acorde a la investigación presente es la entrevista enfocada, la cual, “está destinada a abordar la experiencia de un sujeto expuesto a una situación o acontecimiento temporalmente delimitada” (Canales, 2006, p.254).

3.6 Técnicas de Análisis de Datos

En esta investigación se utilizará como técnicas de análisis de datos el análisis de contenido. Este tipo de análisis de datos cualitativos, permite la investigación sobre la naturaleza del discurso, y en este sentido, Porta afirma que el análisis de contenido permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana (Porta, 2003, p. 8). El análisis de contenido se puede utilizar sobre cualquier comunicación, desde el código lingüístico oral, icónico, hasta datos como agendas, diarios, cartas y entrevistas (Porta, 2003, p.8). En el análisis de contenido, el investigador se sitúa con respecto a la realidad en una triple perspectiva: “Los datos tal y como se comunican al analista, el contexto de los datos y la forma en que el conocimiento del analista obliga a dividir la realidad.” (Porta, 2003, p.8).

3.7 Calidad del Diseño

3.7.1 Validez Interna: Credibilidad

Este punto hace referencia a la necesidad de reflexión sobre la credibilidad o corrección el conocimiento generado en la investigación. En este punto, el compromiso con el trabajo, la obtención de datos ricos, la triangulación, control de los miembros y los auditores externos, (V. De Gialdino, 2007, p.92), son fundamentales para la interpretación y los resultados. La presente investigación apunta a esos puntos, a través de la seriedad y el compromiso con el trabajo, junto con la supervisión del profesor guía y la opinión de expertos, los resultados tendrán una mayor credibilidad.

3.7.2 Validez Externa: Transferibilidad

Este punto hace referencia a la necesidad de generalizar al universo, lo descubierto en la investigación, que en el caso de la investigación cualitativa, se transfieren los resultados de un estudio de un contexto determinado. Esto se hace a través de los *policymakers*, los cuales son los lectores (V. De Gialdino, 2007, p.95).

En este sentido, la investigación apunta a mantener esta validez externa al proporcionar los resultados a otras asociaciones de usuarios de servicios salud mental, para su análisis y comparación, además de la revisión en expertos en el campo.

3.7.3 Confiabilidad: Seguridad

La confiabilidad apunta a lograr la confiabilidad de la información en cuanto a repetición de datos y mediciones a través de la medición en diversos instantes (V. De Gialdino, 2007, p.95).

En la investigación cualitativa eso sí, existe el problema de que las relaciones sociales cambian, por lo tanto, es necesario otro enfoque en la confiabilidad, la cual está centrada en la verificación sobre las pautas y procedimientos en la obtención de datos. Para la mantención de la seguridad, se entregarán los registros de las entrevistas, el anexo metodológico y el anexo de campo.

3.7.4 Objetividad: Confirmabilidad

Este punto se centra en la confirmación de los datos (V. De Gialdino, 2007, p.95). En este sentido, la posibilidad de la confirmación si los hallazgos surgieron de los datos, al igual que la consulta a los entrevistados. En este sentido, se revisarán las transcripciones, entrevistas y notas de campo, manteniendo el anonimato de las fuentes, y de ser necesario, la triangulación mediante el uso de otras técnicas de producción y análisis de datos.

3.8 Condiciones Éticas

Dentro de las condiciones éticas esenciales, es mantener una visión objetiva frente al objeto de estudio, sin dejarse llevar por emociones ni otros elementos que puedan afectar al desarrollo de la investigación. El consentimiento informado, en este sentido, es fundamental para obtener la información de las fuentes de manera objetiva, y el resguardo de esta información para los fines del proyecto. También, debido a las características de la enfermedad, mantener el anonimato de las fuentes, tanto de la familia, como del médico y el paciente. Frente a esto último, se respetará la *confidencialidad médico – paciente*, lo que limitará el acceso a las fichas clínicas e información privilegiada del médico sobre el paciente, por lo tanto, se recopilará información general sobre la posición del médico tratante frente al tratamiento de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, de características similares a los pertenecientes a la muestra.

4 METODOLOGÍA

4.1 Metodología utilizada en el estudio

Este estudio fue diseñado en torno a las necesidades propias de la investigación, su perspectiva teórica y práctica, tomando en consideración los elementos que la conforman tanto en lo micro, como en lo macro. En este sentido, la metodología utilizada es la cualitativa, pues se ajusta de mejor manera a las características teóricas como la definición subjetiva de la esquizofrenia en las personas con esquizofrenia, su entorno social y médico tratante, y a través del análisis de contenido es posible obtener corpus de texto que se ajusten de mejor manera a los objetivos y la teoría planteada.

4.2 Operacionalización de Variables

En esta operacionalización de variables, éstas se presentan de la siguiente manera:

Tabla 2: Operacionalización de Variables.

Variabes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Items
DEPENDIENTE				
Búsqueda de Empleo	Acciones realizadas en la búsqueda de empleo competitivo por parte del sujeto	Limitaciones del Entorno	Estigma Factores limitantes en la familia Factores limitantes en el médico	¿Cuáles han sido las limitantes por parte de la familia en la búsqueda de empleo? ¿Tratamiento farmacológico es adecuado?
		Limitaciones de la esquizofrenia como discapacidad	Factores limitantes en la persona Esquizofrenia como discapacidad	¿Cuáles han sido las limitaciones de la persona en su desarrollo social y laboral? ¿Es la esquizofrenia una discapacidad?

		Limitaciones de las esquizofrenia	Factores limitantes en la persona Rol de enfermo	¿Cuáles han sido las limitaciones del médico tratante en el desarrollo de roles sociales y de trabajador? ¿Está relevado de las obligaciones sociales?
		Limitaciones Personales	Motivaciones Acciones Conflictos	¿Cuáles han sido las limitaciones, motivaciones, acciones y conflictos en el desarrollo de roles sociales y/o laborales?
Rol de Enfermo	Rol pasivo, caracterizado por un relevo de las obligaciones sociales	Limitaciones propias del rol de enfermo	Relevo de Obligaciones sociales Abandono del trabajo u otras actividades Obligación a la pasividad Imposibilidad de desarrollo de otros roles sociales	¿Ha abandonado roles sociales? ¿Ha dejado de trabajar? ¿Ha dejado realizar sus actividades cotidianas? ¿Ha tenido conflicto con otros roles?
VARIABLES	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador	Items
INDEPENDIENTE				
Definición Subjetiva de la Esquizofrenia como Discapacidad en	Expresión de un conocimiento socialmente adquirido sobre la esquizofrenia.	Conocimiento de la esquizofrenia	Conocimiento previo de la enfermedad	¿Es la esquizofrenia una enfermedad discapacitante?

el sujeto.		Enfermedad como discapacidad	Conocimiento de la enfermedad como discapacidad	¿La persona con esquizofrenia debe ser relevada de las obligaciones sociales?
		Expresión del conocimiento socialmente adquirido	Conocimiento actual de la enfermedad.	¿La persona con esquizofrenia puede desarrollar roles laborales y sociales?
Definición subjetiva de la Esquizofrenia como discapacidad en la familia	Expresión de un conocimiento socialmente adquirido sobre la esquizofrenia.	Conocimiento de la esquizofrenia	Conocimiento previo de la enfermedad	¿Es la esquizofrenia una enfermedad discapacitante?
		Enfermedad como discapacidad	Conocimiento de la enfermedad como discapacidad	¿La persona con esquizofrenia debe ser relevada de las obligaciones sociales?
		Expresión del conocimiento socialmente adquirido	Conocimiento actual de la enfermedad.	¿La persona con esquizofrenia puede desarrollar roles laborales y sociales?
Definición subjetiva de la Esquizofrenia como discapacidad en el médico	Expresión de un conocimiento socialmente adquirido sobre la esquizofrenia.	Conocimiento de la esquizofrenia	Información a las familias.	¿Ha informado a las familias?
		Enfermedad como discapacidad	Esquizofrenia y discapacidad	¿La esquizofrenia es discapacitante?
		Expresión del conocimiento socialmente adquirido	Información desde médico	¿La información que da el médico ayuda a la inserción laboral?
		Conocimiento experto	Relación entre esquizofrenia y posibilidades laborales	¿Es posible para una persona con discapacidad trabajar?
Rol social	Desarrollo y participación en otros grupos	Limitaciones en la realización de	Realización de actividades sociales	¿Desarrolla roles fuera de de su familia?

	aparte de la familia	actividades sociales	Factores limitantes en la realización de estos roles.	¿Cuáles son los factores limitantes en la realización de roles sociales?
Rol de trabajador	Participación en el medio productivo, económico.	Trayectoria Laboral Perspectiva laboral Motivaciones y acciones Desarrollo del rol de trabajador	Realización de trabajos u empleo Visión personal sobre el empleo Motivaciones para obtener empleo y acciones para lograrlo Problemáticas y conflictos en el desarrollo de una ocupación o empleo	¿Cuál ha sido su trayectoria laboral? ¿Cuál es su perspectiva laboral asociada con la esquizofrenia? ¿Cuáles son sus motivaciones y acciones en la búsqueda de un empleo? ¿Cuáles han sido las problemáticas o conflictos que ha tenido en el trabajo o en la búsqueda de empleo?
Rol familiar	Participación social en el medio familiar.	Desarrollo de roles sociales dentro de la familia. Creación de vínculos	Participación activa dentro de la familia, tanto a nivel económico como otras actividades Participación en otras instancias familiares	¿Realiza roles activos dentro de la familia? ¿Participa en otras instancias familiares?

4.3 Matriz de análisis. Codificación y categorización.

Tabla 3: Matriz de análisis.

RELACIONES		ASPECTOS		DESARROLLO DE RELACIONES SOCIALES
				DESARROLLO DE RELACIONES FAMILIARES
				ROLES SOCIALES

										CONFLICTO DE ROLES	
										RELACION CON EL MÉDICO	
										CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA	
										CONOCIMIENTO PREVIOS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA A NIVEL FAMILIAR	
										CONOCIMIENTO ACTUAL	
										INFORMACIÓN DESDE EL MÉDICO	
										DEFINICIÓN SUBJETIVA SOBRE LA ESQUIZOFRENIA DESDE LA FAMILIA	
										DEFINICIÓN SUBJETIVA DESDE EL MÉDICO	
										DEFINICIÓN SUBJETIVA SOBRE LA ESQUIZOFRENIA DESDE EL PACIENTE	
										GESTOS Y ACTITUDES DEL ENTORNO	
										GESTOS Y ACTITUDES DEL SUJETO	

				LIMITACIONES DEL ENTORNO SOCIAL
				LIMITACIONES PERSONALES FRENTE AL EMPLEO
				LIMITACIONES PERSONALES
				LIMITACIONES DEL MÉDICO
				ESQUIZOFRENIA COMO DISCAPACIDAD
				ESTIGMA
				PROBLEMÁTICAS FRENTE AL TRABAJO
				ROL DE ENFERMO
				CONFLICTO DE ROLES
			INSERCIÓN LABORAL	MOTIVACIONES Y ACCIONES
				PERSPECTIVA LABORAL

				FUERA DEL CENTRO	DESDE EL CENTRO
				TRAYECTORIA LABORAL	
				PERPECTIVA EDUCACIONAL	

4.3.1. Identificación de códigos de análisis

La identificación de códigos de análisis en los corpus de texto es fundamental para el establecimiento del análisis sociológico realizado en este estudio, a continuación se establecerán los códigos de análisis y la nomenclatura correspondiente.

4.3.2. Nomenclatura

Tabla 4. Nomenclatura de códigos

<i>Código</i>	<i>Significado</i>
<i>X</i>	Número de identificación de la persona entrevistada.
<i>CPD</i>	Cita referente al conocimiento previo sobre la enfermedad, por parte del diagnosticado.
<i>CPF</i>	Cita referente al conocimiento previo sobre la enfermedad, por parte de la familia
<i>CAD</i>	Cita referente al conocimiento actual sobre la enfermedad, por parte del diagnosticado.
<i>CAF</i>	Cita referente al conocimiento actual sobre la enfermedad, por parte de la familia.

<i>IM</i>	Cita referente a la información proporcionada por los médicos tratantes anteriores.
<i>IMA</i>	Cita referente a la información proporcionada por los médicos tratantes actuales.
<i>EDD</i>	Cita referente a la perspectiva de la esquizofrenia como discapacidad en el diagnosticado con la enfermedad.
<i>EDF</i>	Cita referente a la perspectiva de la esquizofrenia como discapacidad en el familiar directo u otro referente significativo
<i>EDM</i>	Cita referente a la perspectiva de la esquizofrenia como discapacidad en el médico tratante.
<i>DSEP</i>	Cita referente a la definición subjetiva de la enfermedad en la persona diagnosticada con Esquizofrenia.
<i>DSEF</i>	Cita referente a la definición subjetiva de la enfermedad de familiar directo u otro referente significativo.
<i>DSEM</i>	Cita referente a la definición subjetiva de la esquizofrenia por parte del médico tratante.
<i>MAD</i>	Cita referente a motivaciones y acciones de la persona diagnosticada con esquizofrenia en la búsqueda de empleo y desarrollo social.
<i>MAF</i>	Cita referente a motivaciones y acciones de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.
<i>DRSD</i>	Cita referente al desarrollo de relaciones sociales por parte de la persona diagnosticada con Esquizofrenia.
<i>DRFD</i>	Cita referente al desarrollo de relaciones familiares por parte de la persona diagnosticada con Esquizofrenia.
<i>DRFF</i>	Cita referente al desarrollo de relaciones familiares de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.
<i>RSD</i>	Cita referente al desempeño de roles sociales por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>RSF</i>	Cita referente al desempeño de roles sociales de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.
<i>CRD</i>	Cita referente al conflicto en el desempeño de roles sociales de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>CRF</i>	Cita referente al conflicto en el desempeño de roles sociales de la persona diagnosticada con esquizofrenia por descrita por familiar u otro referente significativo.

<i>RED</i>	Cita referente al desempeño del <i>rol de enfermo</i> por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>REF</i>	Cita referente al desempeño del <i>rol de enfermo</i> descrita por familiar u otro referente significativo.
<i>AGD</i>	Cita referente a las actitudes y gestos con respecto a la esquizofrenia como discapacidad, roles sociales e inserción socio laboral por parte de la persona diagnosticada con la enfermedad.
<i>AGF</i>	Cita referente a las actitudes y gestos con respecto a la esquizofrenia como discapacidad, roles sociales e inserción socio laboral por parte de familiar u otro referente significativo.
<i>LED</i>	Cita referente a las limitaciones del entorno en la inserción laboral por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>LPD</i>	Cita referente a las limitaciones personales en la inserción laboral por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>LPED</i>	Cita referente a las limitaciones personales frente al empleo por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>LPEF</i>	Cita referente a las limitaciones personales frente al empleo de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.
<i>LMD</i>	Cita referente a las limitaciones desde el médico frente al parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia
<i>LMM</i>	Cita referente a las limitaciones del médico frente desarrollo laboral por parte del médico tratante
<i>ED</i>	Cita referente al estigma de la esquizofrenia por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>EF</i>	Cita referente al estigma de la esquizofrenia descrita por familiar u otro referente significativo.
<i>PTD</i>	Cita referente a las problemáticas frente al trabajo por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>PTF</i>	Cita referente a las problemáticas frente al trabajo de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.
<i>TLD</i>	Cita referente a la trayectoria laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>TLF</i>	Cita referente a la trayectoria laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.

<i>PED</i>	Cita referente a la perspectiva educacional de la persona diagnosticada con esquizofrenia.
<i>PEF</i>	Cita referente a la perspectiva educacional de la persona diagnosticada con esquizofrenia por parte de familiar u referente significativo.

4.3.3. Diseño Muestral y características de los casos

Esta investigación al ser de carácter exploratoria, el número limitado de casos responde a la búsqueda de personas participantes, familiares y médicos tratantes voluntarios en la investigación, de tal manera de establecer un contraste de los datos otorgados en el análisis. La muestra para este estudio quedó determinada en 5 personas diagnosticadas con esquizofrenia, farmacológicamente compensadas, con esquizofrenia del tipo paranoide, de edades entre 18 a 47 años. En este estudio se entrevistó a familiares u otros referentes significativos y a sus respectivos médicos tratantes, de tal forma de triangular la información proveniente de cada uno de ellos en las temáticas que se han de analizar en esta investigación.

Se debe señalar que en la composición del grupo 1 se pretendió obtener una muestra de dos personas, pero por problemas de los participantes y sus familiares, se pudo acceder a sólo una persona con las características requeridas para el análisis. En esta misma línea, en el grupo 2, caso 3, no hubo voluntad de participación por parte de los familiares de la persona.

Tabla 5: Diseño muestral y características de los casos

Grupo muestral²	ID	Edad	Sexo	Estatus Laboral	Familiar o R.S.	ID	Médico tratante	ID	Agrupación
-----------------------------------	----	------	------	-----------------	-----------------	----	-----------------	----	------------

² Nota: En total se realizaron entrevistas a 12 personas.

1	1	39	F	Trabajando, trabajo estable.	Madre	1.1.	Dr.1.	1.1.1.	ANUSSAM
2	2 ³	30	M	Buscando trabajo, con experiencia laboral.	Tío	2.1.	Dr.2.	2.1.1	AVUSAM
	3 ⁴	47	M	Buscando trabajo, con experiencia laboral.			Dr.2.	3.1.1	AVUSAM
3	4	39	M	No interesado en trabajar. Poca experiencia.	Padre Madre	4.1. 4.2.	Dr.2	4.1.1	Corporación Bresky, Viña del Mar.
	5	37	M	No interesado en trabajar. Poca experiencia.	Madre	5.1.	Dr.2	5.1.1	Corporación Bresky, Valparaíso.

³Nota: Debemos señalar que al haber tenido estudios profesionales y haber ejercido una profesión, el entrevistado, cabe dentro del grupo 1, puesto que posee la experiencia laboral, experimentado las problemáticas y las limitaciones del acceso al empleo.

⁴Ibidem.

**5 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. PRIMERA PARTE: DEFINICIONES SUBJETIVAS
DE LA ESQUIZOFRENIA: CONOCIMIENTO SOCIALMENTE ADQUIRIDO EN
LA PERSONA DIAGNOSTICADA CON LA ENFERMEDAD, ENTORNO
SOCIAL Y MÉDICO TRATANTE**

5.1 Introducción

El proceso de recolección de datos, su codificación y categorización permitió la aplicación de los conceptos sociológicos a los datos provenientes del estudio empírico, generando un análisis sociológico de la problemática planteada en esta tesis, la cual es cómo las definiciones subjetivas de la esquizofrenia a través de su construcción y puesta en marcha, permite el análisis de roles sociales en base a ésta y a su vez, estos elementos como factores claves en la inserción social y laboral en personas con esquizofrenia.

En primer lugar, se analizará la construcción social de la definición subjetiva de la esquizofrenia en los tres grupos muestrales, para luego, en segundo lugar, establecer el surgimiento de roles sociales, como el rol de enfermo a través de la aplicación de esta definición en los entornos sociales, para finalmente, establecer las motivaciones, acciones, limitantes personales y del entorno, en la inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

5.2 Conocimiento y Definición subjetiva de la Esquizofrenia

El proceso de construcción de la definición subjetiva de la esquizofrenia de las personas diagnosticadas con la enfermedad requiere de diversas etapas de análisis. En primer lugar, se debe establecer el conocimiento previo y actual sobre la enfermedad tanto por parte del diagnosticado, como de su familia, y la información que provee el médico tratante, de tal manera de establecer la estructuración de este conocimiento socialmente adquirido. Como metodología de análisis y posterior comparativa, se ha trabajado y agrupado los aspectos de conocimiento y definiciones subjetivas en los tres grupos muestrales, de tal forma de establecer comparativas entre sí, permitiendo un análisis más exhaustivo y profundo de las

subjetividades alrededor de la enfermedad, y cómo la expresión de éstas se traducen en la internalización de roles sociales producto de la expresión de la definición subjetiva en la persona diagnóstica con esquizofrenia y su entorno social.

El siguiente análisis agrupa las características descriptivas sobre la enfermedad en los tres grupos muestrales, mostrando desde su perspectiva, el conocimiento previo, actual y socialmente adquirido sobre la enfermedad, realizando el análisis sociológico a través de la teoría sociológica de Berger y Luckmann, con respecto a la internalización de las realidades socialmente construidas, permitiendo el desarrollo del elemento clave del análisis: la definición subjetiva de la esquizofrenia.

5.3 Esquizofrenia y conocimiento sobre la enfermedad

En primer lugar, estableceremos el conocimiento previo sobre la enfermedad, tanto en la persona diagnosticada, como de los familiares y, la información del médico tratante, puesto que si consideramos la teoría de Berger y Luckmann, el conocimiento primario de un orden institucional, es la “suma total de lo que todos saben” (Berger y Luckmann, 1979, p.89). Debemos partir de esta base, pues el conocimiento acorde a los autores, “constituye la dinámica motivadora del comportamiento institucionalizado,” definiendo áreas institucionalizadas del conocimiento, y en esta línea, construye los roles que se desempeñan en el marco de las instituciones (Berger y Luckmann, 1979,p.89).

En este sentido, acorde a Berger y Luckmann, el conocimiento se objetiva socialmente, lo que los autores definen como “un cuerpo de verdades válidas en general acerca de la realidad” (Berger y Luckmann, 1979, p.89). Por lo tanto, el conocimiento sobre la esquizofrenia es aprehendido durante los procesos de socialización, y es lo que permite la internalización de las estructuras en la conciencia individual, lo que se traduce en una transmisión de este

conocimiento a otras generaciones, como “verdades objetivas a través de la socialización y de ese modo se internaliza como realidad subjetiva, y a su vez, esta realidad puede formar al individuo” (Berger y Luckmann, 1979, p.90).

Las definiciones subjetivas sobre la esquizofrenia como una discapacidad son formadas dentro de los entornos sociales de la persona diagnosticada con la enfermedad, y esa línea, este conocimiento al internalizarse en el individuo como realidad subjetiva, representa la realidad objetiva, pues éstas poseen una relación simétrica. Por otra parte, debemos señalar que el conocimiento social sobre la esquizofrenia se da en contextos sociales específicos, y es este sentido, debemos acotar el conocimiento de la esquizofrenia en lo relativo a la participación de la persona en el medio social y productivo.

5.4 Conocimiento sobre la enfermedad

En esta temática se abordan los conocimientos previos y actuales sobre la enfermedad en los tres grupos muestrales, incluyendo familiares directos u otros referentes significativos e información proveniente del médico tratante actual, utilizando las citas que más representan el conocimiento sobre la enfermedad en la persona diagnosticada con la enfermedad y el entorno social.

5.4.1 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo

1

5.4.1.1. Conocimiento previo en el Grupo 1

Persona diagnosticada con la enfermedad

CPD₁. *“Tampoco, nunca me dijeron lo que era, yo lo vivía no más, pero no lo entendía.”*

Entorno Social

CPF_{1.1} *“La primera impresión que tuve cuando supe que tenía esto, hacía cosas que no eran lo correcto. La llevamos a un psiquiatra que la hizo internarla para hacerle tratamiento, porque uno no sabe, no entiende que significan estas cosas”*

5.4.1.2. Conocimiento actual

El conocimiento se estructura en contextos sociales determinados, y este sentido, a través de los procesos de socialización primaria y secundaria, las estructuras de conocimiento se especializan, producto de estos procesos, lo que estructura un nuevo orden de conocimiento socialmente estructurado, en este sentido, la socialización secundaria en el grupo 1, como la participación en rehabilitación psicosocial ha cambiado la estructura de conocimiento previo, lo que se expresa en la siguiente cita:

Persona diagnosticada con la enfermedad

CAD₁: *“Que yo creo que el cambio fue cuando entré al taller de rehabilitación psicosocial, cambió mi vida y decidí tener una vida normal.”*

CAD₁: *“Si, porque de haber sido por el centro de rehabilitación psicosocial al que asistí, por casualidad, no, no fue casualidad, yo creo que fue providencial llegar al centro de rehabilitación donde si existía psicoeducación, donde si existían una diversidad de herramientas laborales donde uno podía experimentar, además uno podía elegir herramientas laborales, y desarrollar una nueva vida, un nuevo enfoque, una nueva visión.”*

En este sentido, las características del conocimiento se han ampliado en recursos necesarios para la realización de acciones tipificadas, como el aspecto de comportamiento social, que en este caso es, la adecuación del comportamiento social, que es un tipo de comportamiento institucionalizado, en este sentido, roles sociales.

CAD₁: *“comportarse de una manera, ser en el sentido del dicho antiguo, una dama no debe sólo serlo, sino parecerlo.”*

CAD₁: *“Es como tener una máscara especial, que todos tenemos, y que está adecuada al entorno.”*

Por otra parte, estos procesos de socialización secundaria, como la participación dentro de otros miembros de la familia en estos procesos, han ampliado, especificado y permitido la adquisición de nuevos conocimientos requeridos para la integración social y la superación de las crisis producto de la enfermedad, y de esta forma, enfrentar de mejor forma la situación en la que se encuentra la persona con esquizofrenia, citados a continuación.

CPF₁: *“ayudó también que en la familia hubiera un miembro de la profesión de la salud, que tenía contactos con enfermeras de psiquiatría, que tenía formación en el área, que tenía conocimientos de psiquiatra y psicólogo, además de un químico farmacéutico, que tenía conocimiento farmacológico sobre los tratamientos, y entonces en ese sentido, estaban un poco más preparados sobre como uno se recuperaba de la crisis.”*

CAD₁: *“En ese sentido, pienso yo que hoy día las condiciones están para hacer una vida normal rápidamente.”*

Entorno Social

CAF_{1.1}: *“Yo creo que es mucha la ignorancia, cuando yo recién supe que tenía esto, yo decía “ella está loca” y ahora no, yo se que puede llevar una vida normal.”*

Médico Tratante

La información proveniente del médico aporta campos de conocimiento a través de los procesos de socialización secundaria, lo que permite complementar el conocimiento especializado sobre la enfermedad.

IM_{1.1}: *“Nos hemos entrevistado poco, pero hemos aprendido a cómo tratarla y no discriminar.”*

IMA₁ *“Tiene un enfoque biopsicosocial, un enfoque católico, cristiano, me parece mucho mejor. Ama a sus pacientes y sabe que se pueden recuperar.”*

En base a lo planteado anteriormente, a través de los procesos señalados, la esquizofrenia es apreciada de forma diferente en la persona y en el entorno social, definiéndola en base al conocimiento estructurado socialmente, teniendo en consideración que el conocimiento se genera a través de la participación social de la persona, específicamente a través de la internalización de campos de conocimiento específicos a través del conocimiento específico de roles. En este sentido, la participación social a través de roles sociales ha cambiado la estructura del conocimiento sobre la esquizofrenia, en el sentido de que el aspecto de discapacidad de ésta, ha tomado otra interpretación. La esquizofrenia es entonces entendida bajo otra perspectiva, expresada por las siguientes citas:

5.4.1.3. Esquizofrenia como discapacidad

Persona diagnosticada con la enfermedad

EDD₁: *“la esquizofrenia no es discapacitante en sí, sino la pobreza es la discapacitante.”*

Entorno social

EDF_{1.1}: *“Yo, por lo que hace la (caso 1), no diría eso, no la vemos como una discapacidad.”*

Médico tratante

EDM_{1.1.1}: *“En cuanto puede desarrollar discapacidades si, en cuanto marca mucho las relaciones familiares que son en el fondo como el caldo de cultivo de que es la sociedad, evidente que si. Por eso que las intervenciones tempranas eliminan los artefactos que se llaman, los malos hábitos que se ligan a la enfermedad, tanto en enfermos como en la familia, “malos hábitos”.*

Como se ha señalado anteriormente, esta interpretación de la esquizofrenia no como una discapacidad, sino como una enfermedad tratable y que no impide el desarrollo social de la persona, es producto del acopio social de conocimiento alrededor de esta enfermedad.

Teniendo en consideración el conocimiento sobre la enfermedad señalado anteriormente, las definiciones subjetivas sobre la esquizofrenia como una discapacidad son formadas dentro de los entornos sociales de la persona diagnosticada con la enfermedad, y esa línea, este conocimiento al internalizarse en el individuo como realidad subjetiva, representa la realidad objetiva, pues éstas poseen una relación simétrica.

5.4.1.4. Definición subjetiva de la esquizofrenia como discapacidad

Si entendemos la definición subjetiva de la esquizofrenia como un conocimiento socialmente adquirido dentro de contextos definidos y sujeto a modificación producto de los procesos de socialización primaria y secundaria, es posible recrear la realidad social del individuo con respecto a la esquizofrenia, y en este sentido, orientar el acopio social de conocimiento, de tal forma de establecer la ubicación del individuo en la sociedad. En este sentido, usando el esquema teórico de la definición subjetiva planteado anteriormente, podemos entender el entorno social de la persona con esquizofrenia, en cuanto a cómo la enfermedad es entendida socialmente, posicionando a la persona en la sociedad.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DSEP₁: *“De esta se sale. Claro, pero tiene que haber familia, médico tratante y rehabilitación psicosocial e integración laboral.”*

DSEP₁: *“comenzar a aceptarse como tal, aceptar la enfermedad, reconocerla y además, de luchar por la integración social.”*

Entorno Social

DSEP_{1.1}: *“Como normal, una persona más. No es diferente y no se hace ninguna diferencia.”*

DSEP_{1.1}: *“Yo creo que no hay que hacer diferencias, tratarla como algo normal.”*

Médico tratante

DSEM_{1.1.1}: *“La esquizofrenia es una mazamorra de diagnósticos, o sea, en el sentido de síndromes puesto que no existe “la” esquizofrenia, puede que produzca discapacidad, pero no es una consecuencia sine qua non.”*

Siguiendo con esa línea, podemos afirmar que la participación de la persona diagnosticada dentro de entornos sociales favorables hacia una mayor adquisición de conocimientos relacionados con la terapia y la inserción social de la persona, desarrolla una definición subjetiva más favorable hacia la integración más que a la exclusión social, reduciendo el aspecto de la discapacidad social de la enfermedad, el cual es la exclusión social. La interpretación de las definiciones subjetivas en el grupo 1, tanto persona diagnosticada con la enfermedad, como familiar directo y médico tratante, permite afirmar que la realidad social de la persona tiende a la *participación activa*⁵ en la sociedad, con roles sociales y productivos, derechos y deberes internalizados, producto de que el conocimiento según los autores, define las áreas institucionalizadas del conocimiento, las situaciones y conforma los roles que se desempeñan dentro del marco de las instituciones.

Por lo tanto, se puede afirmar que la esquizofrenia no es una discapacidad en el sentido de que no permite un desarrollo social o laboral en este caso, siendo la definición de una persona con discapacidad es aquella que ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad producto de la interacción con diversas barreras en el entorno.

Por otra parte, la posición social en la cual se encuentra la persona diagnosticada con esquizofrenia en el grupo 1, es de una participación plena en la sociedad, teniendo en consideración que realiza roles tanto sociales, como productivos. En la segunda parte del análisis, se estudiarán en profundidad los roles sociales mencionados.

⁵ *Participación Activa*: La participación activa en la sociedad se interpreta como la participación plena dentro del medio social y productivo, considerando roles sociales y productivos.

5.4.2 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo

2

5.4.2.1. Conocimiento en el Grupo 2

El grupo 2 posee similitudes con el grupo 1, puesto que también han participado dentro del medio productivo, pero también existen notables diferencias con respecto al grupo 1, en el sentido del conocimiento sobre la enfermedad y cómo la definición subjetiva varía producto de este acopio social de conocimiento expresado.

a) Conocimiento Previo

Persona diagnosticado con la enfermedad

CPD₂: “No, la desinformación, no sabía lo que es la esquizofrenia, no sabía lo que era escuchar voces como las que escucho ahora en estos momentos, eee (sic), visiones, como un dibujo que se me graba en la mente, como destellos de imágenes.”

CPD₃: “A ver, yo no sabía lo que tenía.”

Entorno social

CPF2.1 “al principio si hubo limitaciones, porque la ignorancia te lleva a muchas cosas. Estábamos todos ignorantes hasta que tuvimos que aprender, y eso nos limitaba un poco y no creíamos que fuera tan grave”

5.4.2.2. Conocimiento Actual

La participación social de la persona con discapacidad permite la adquisición de conocimiento específico de roles, a través de la socialización secundaria, que en el caso 2, es a través del ejercicio de un empleo, mientras el caso 3, es mediante de la participación como ayudante en un *hospital diurno* en la ciudad de Viña del Mar. En este sentido, el acopio social de conocimiento alrededor de la esquizofrenia y a través del desempeño de roles, se especializa.

Persona diagnosticada con la enfermedad

CAD₂: *“El hecho de reconocer que yo soy una persona enferma, que es mi propio cerebro el que produce esas alucinaciones, visiones, soy sano. Dentro de lo posible.”*

CAD₂: *“Entonces allí me di cuenta que yo no tengo que decir las cosas, sino que tengo que estar callado, y no decir nada, y hacer la profesión como si nada, siempre en silencio.”*

CAD₂: *“Por el mismo motivo que uno está enfermo, uno mismo pone los límites, uno dice, me voy a quedar en la casa, no voy a hacer nada, no voy a ir al gimnasio, la discapacidad la pone uno mismo, uno pone los límites.”*

CAD₃: *“Yo aprendí a conocer muchas personas allá. Ellos tienen un grado mayor a lo mío, ya sea por droga, o genético, entonces se divide el grado de discapacidad, entonces hay personas que tienen un grado mayor de discapacidad psíquica y física, que andan aletargados, y eso contribuye a su letargo social.”*

Entorno social

CAF2.1. *Acá mejoró, porque la psicóloga que veía a los familiares, todos los miércoles, íbamos como a una sesión especial, entonces allí podíamos hablar con la psicóloga, ella nos explicaba que es lo que pasaba, que es lo había pasado, como tratarlos.”*

Información desde el médico

IM₂: *“Creo que él me ayudaba en el sentido de que yo salga adelante por mi propia voluntad, por mi propia decisión”*

Con respecto a la participación social de los miembros del grupo 2 a través de un rol de trabajador o rol social dentro del hospital en el caso 3, podemos afirmar que la participación de ellos dentro de un orden institucional a través del rol, posee un “apéndice de conocimiento socialmente definido” (Berger y Luckmann, 1979, p.103). El conocimiento expresado a través de los procesos de socialización de los casos del grupo 2, muestra que la conformación del conocimiento a través de la participación social de la persona, con el establecimiento de roles, comienza a definir subjetivamente la esquizofrenia y su condición de discapacidad.

5.4.2.3. Esquizofrenia como discapacidad

Persona diagnosticada con la enfermedad

EED2: *“la pensión me ha jugado en contra, porque si yo tuviera que empezar a trabajar de nuevo, no tengo que decir nada sobre mi enfermedad y trabajar sin contrato, para que no me descubran mi discapacidad laboral”.*

EED3 *“La sociedad te discapacita, no el discapacitado. No el discapacitado”.*

Entorno social

EDF_{2.1}. *“Si pueden estudiar, y si creo que los que trabajan se las rebuscan. Me supongo que dentro de la misma enfermedad hay factores que algunos los capacita o los posibilita de seguir trabajando y que no impida hacer algo.”*

Información desde el médico

EDM_{2.1.1}: *“Lo que favoreció más es el que si el paciente quiere trabajar, anda a trabajar, pero son los escasos, el resto está allí no más.”*

Considerando los aspectos claves sobre la esquizofrenia como conocimiento socialmente adquirido, las definiciones subjetivas de las personas del grupo 2 se establecen como la interpretación de este conocimiento socialmente adquirido a través de los procesos de socialización y la especialización del conocimiento y la participación en roles sociales.

5.4.2.4. Definiciones Subjetivas

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DSEP₂: *“Yo creo que el límite lo pone uno mismo, y al poner voluntad, los demás ponen voluntad. Esa es mi reflexión.”*

DSEP₂: *“El hecho de yo reconocer mis límites, estoy sano.”*

DSEP₂: *“La discapacidad la ponemos uno, uno pone la discapacidad.”*

DSEP₃: *“Yo me defino como una persona, a pesar de la enfermedad y las limitaciones, y a cosas que son anómalas que conlleva, me siento una persona normal.”*

DSEP₃: *“Yo me considero una persona normal, y las personas que me conocen, igual.”*

Entorno social

DSEF_{2.1}: *“No porque he visto a muchas personas que tienen la enfermedad, y que trabajan, y que se desenvuelven”.*

DSEF_{2.1}: *“después aprendimos a aceptarlo como vino, pero no dejarlo a él que por qué es enfermo no puede hacer esto.”*

DSEF₃ “*Mi familia no ve la enfermedad como discapacidad*”

Médico tratante

DSEM_{2.1.1} “*Como una discapacidad, si eso no solamente lo digo yo, sino durante toda la vida, que han trabajado con personas con esquizofrenia que es una discapacidad psíquica, pero de origen psiquiátrico.*”

En el grupo 2, las definiciones subjetivas de la esquizofrenia tienden a la *participación activa* de la persona, a pesar del componente de discapacidad asociado a la enfermedad, tanto por las consideraciones ambientales, como el entorno social y el estigma asociado a ella.

En este sentido, podemos afirmar que la realidad social de las personas del grupo 2 es una realidad social integrada tanto en la participación social y laboral, puesto que los entornos sociales y el médico tratante son favorables a esta participación activa, y su interpretación de la esquizofrenia como una discapacidad a pesar de las características propias de la enfermedad, no es hacia la pasividad, pero que existe un componente externo y perteneciente al entorno social que limita y discapacita. Podemos señalar también, a diferencia del grupo 1, el conocimiento actual de la enfermedad y su posterior definición subjetiva surge de una participación social y laboral directa, mientras que el grupo 1 apprehendió nuevos conocimientos y roles a través de la participación en rehabilitación psicosocial y posteriormente en el ejercicio de una profesión.

La definición subjetiva de la esquizofrenia como una discapacidad en el grupo 2, no se define como la enfermedad en una discapacidad en sí misma, sino que el entorno social externo a la familia y entorno laboral es el que limita y discrimina, por lo tanto *discapacitando* a la persona diagnosticada con la enfermedad.

Finalmente, el tercer grupo es el que posee características fundamentales para el posterior análisis de roles, en específico, el *rol de enfermo*, pues la tendencia del conocimiento y su

definición subjetiva de la esquizofrenia, tanto en la persona diagnosticada con la enfermedad como el entorno social, es hacia una definición de la esquizofrenia como una enfermedad discapacitante, en el completo sentido de la definición conceptual de la discapacidad, producto de la enfermedad en sí, como de aspectos externos al individuo que son limitantes, como el entorno social.

5.4.3 Conocimiento previo, actual, como discapacidad y definición subjetiva en el grupo 3

El grupo 3, conformado por los casos 4 y 5, con sus respectivos familiares, posee una perspectiva diferente sobre la esquizofrenia como discapacidad en relación a los grupos 1 y 2, pues se comprende la enfermedad como una discapacidad y su asociación a una *participación pasiva*⁶, producto de conocimientos limitados sobre la enfermedad en los entornos sociales. El estudio de estas características que rodean esta definición se establece a continuación.

5.4.3.1. Conocimiento previo

Con respecto al conocimiento previo, este punto es común con respecto a los otros grupos, puesto que el conocimiento sobre la enfermedad es mínimo. Esto se expresa en las siguientes citas:

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CPD₄: “*No conocía nada al respecto.*”

CPD₅: “*han pasado 16 años, tenía cero conocimiento*”

⁶Participación Pasiva: La participación pasiva en la sociedad se interpreta como la limitada o nula participación en la sociedad, considerando en esta participación los roles sociales y productivos.

Entorno social

CPF_{4.1}: “Yo no sabía que la esquizofrenia no tiene remedio, yo tenía la esperanza con otros familiares de que hubiera una pastilla milagrosa que pudiese ayudarlo, después nos explicaron eso.”

CPF_{5.1}: “De partida no sabía lo que era, me decían que mi hijo estaba loco, entonces, me dijo pero no te asustes porque está pasivo.”

5.4.3.2. Conocimiento actual

Como se ha señalado anteriormente, los procesos de socialización secundaria a través de el establecimiento de roles dentro de contextos institucionalizados provee un conocimiento especializado, y, generando de esta forma un nuevo acopio social de conocimiento alrededor de estos roles. De esta forma, los procesos de socialización secundaria en la persona diagnosticada con esquizofrenia, a través de la participación y la práctica de roles dentro de una institución de salud mental, como el caso 4, ha especializado su conocimiento sobre la enfermedad solamente dentro de ese contexto institucional. En el caso 5, la participación dentro de una institución de salud mental y una entidad religiosa, ha cambiado las estructuras de conocimiento de la enfermedad a través de la práctica de roles, dentro de un contexto institucional.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CAD₄: “Es una enfermedad caracterizada por una total distorsión de la realidad que circunda a la persona, eso es lo que me pasa a mí”.

CAD₄: “Yo me veo como una persona así no como el resto del grupo, esta es terriblemente “asociativa” esta enfermedad, no hace que uno sea social, en el caso mío, yo no puedo hablar con personas normales”.

CAD₅: “tener una enfermedad es una prueba de fe, entonces si tengo problemas es una prueba.”

CAD₅: “Una persona que está en tratamiento debe mantenerse en rigor, disciplina y la iglesia me ha ayudado.”

Entorno social

CAF_{4.1}: “*entonces (coordinador de centro de salud) nos dijo que la enfermedad no tenía cura, que no estaba claro el comienzo ni el fin.*”

CAF_{4.1}: “*yo no lo encuentro apto para trabajar.*”

CAF_{5.1}: “*Pero, hay niños que la enfermedad les ha llegado a temprana edad y como que los cortan y como que quedan con esos conocimientos, como que la enfermedad te aplasta, y allí te dejó, no puedes subir, es lo que yo creo, probablemente me esté contradiciendo con que (caso 5) puede subir, pero es que lo que yo creo, o realmente el no puede, a lo mejor yo creo, porque como lo escucho hablar, por los conocimientos que tiene, el puede, pero desde mi punto de vista, pero puede que realmente no puede. Eso no lo sé. Pero yo creo que la enfermedad tiene mucha limitación.*”

CAF_{5.1}: “*yo creo, que es la edad y en qué condiciones estabas tú en ese momento es como tu quedas.*”

En el caso 4 y 5, los procesos de socialización secundaria son producto de la participación en una institución de salud mental diurna, tanto por parte de las personas diagnosticadas con la enfermedad, como el entorno social, por lo tanto, comparten el mismo acopio social de conocimiento. Debemos señalar que en el caso 5, los procesos de socialización secundaria son también productos de la participación en una Iglesia, y en este sentido, se han apropiado el conocimiento específico en torno a la enfermedad desde el punto de vista de la institución religiosa. En este sentido, los roles sociales que desarrollan las personas con esquizofrenia del grupo 3 serán analizados en la parte 3, describiendo en profundidad lo planteado anteriormente.

Continuando con el análisis, este acopio social de conocimiento que poseen los integrantes del grupo 3 con respecto a la esquizofrenia se muestra a través de la expresión por parte de ellos de la esquizofrenia como una discapacidad. Esto se muestra en las siguientes citas.

5.4.3.3. Esquizofrenia como discapacidad

Persona diagnosticada con esquizofrenia

EDD₄ “*Esquizofrenia es una discapacidad, si.*”

EDD₄: *“En que uno no puede trabajar 8 o 10 horas seguido porque inmediatamente empiezan a surgir los problemas propios de la enfermedad”*

EDD₄: *“uno empieza a hacer mal el trabajo”*

EDD₅: *“No, la veo como una cosa que pasa para cambiar.”*

Entorno social

EDF_{4.1}: *“A esa conclusión llegamos en las reuniones, que ninguno de los muchachos y niños trabajan, entonces XXXXXXXX nos dijo que la enfermedad no tenía cura, que no estaba claro el comienzo ni el fin. Hay algunos tranquilos, pasivos, y este muchacho ha tenido reacciones impulsivas, duras, si las cosas no le salen como a él le gustan, arma problemas.”*

EDF_{5.1}: *“Claro, lo veo como una discapacidad el hecho de que no pueda estudiar ni trabajar, allí me doy cuenta que el está muy discapacitado.”*

EDF_{5.1}: *“Porque él, te digo, a lo mejor puede, pero no quiere, yo ahí veo su discapacidad, pero en otras cosas no.”*

Información desde el médico

IM_{5.1}: *“dicen que por su enfermedad se rayan con la religión, partí donde el siquiatra, yo tengo que contarle esto, al siquiatra que tenía, le dije sabe que mi hijo está en esto, estoy media asustada, me dijo déjelo no más”*

La sumatoria del acopio social de conocimiento en torno a la esquizofrenia es de la enfermedad como una discapacidad, siguiendo la definición conceptual de discapacidad, en la cual, los factores internos, como la enfermedad en sí misma, como los externos, siendo el entorno social, no permite o limita la participación en la sociedad de la persona. Considerando el conocimiento expresado anteriormente, Berger y Luckmann afirman que el acopio social abarca el conocimiento de la situación y de los límites del individuo, lo que comprueba lo establecido. En este sentido, la definición subjetiva de la esquizofrenia en la persona con la enfermedad, junto con su entorno social posee esta característica mencionada.

5.4.3.4. Definiciones subjetivas

Las definiciones subjetivas en el grupo 3, como productos del conocimiento socialmente adquirido sobre la enfermedad, responden a esta construcción social, siendo un reflejo de la realidad objetiva y subjetiva de la persona diagnosticada con esquizofrenia. De esta manera, se expresan las definiciones subjetivas en las siguientes citas.

Persona diagnosticado con esquizofrenia

DSED₄: *“Si, es una discapacidad porque el esquizofrénico a veces, o salvo muy raros casos, no se puede introducir en la sociedad como un elemento productivo. Esa es la perspectiva mía”.*

DSED₄: *“Yo lo asumo que es algo por inercia, de no hacer nada, conformarme con vivir como un parásito sin hacer nada.”*

DSED₅: *“Yo nunca me he sentido como un discapacitado, yo creo que puedo hacer muchas cosas.”*

DSED₅: *“Tener una enfermedad es una prueba de fe, entonces si tengo problemas es una prueba.”*

Entorno social

DSEF_{4.1}: *“A esa conclusión llegamos en las reuniones, que ninguno de los muchachos y niños trabajan.”*

DSEF_{4.1}: *“El además se convenció el mismo de que no puede trabajar, se autoconvenció. Yo le hablo de trabajo y el dice que no puede, “tú sabes que no puedo trabajar”*

DSEF_{5.1}: *“Claro, lo veo como una discapacidad el hecho de que no pueda estudiar ni trabajar, allí me doy cuenta que el está muy discapacitado.”*

Médico tratante

DSEM_{5.1}: *“Entonces dependiendo del grado de penetración de la enfermedad, el paciente pierde la iniciativa y la capacidad de cercanía con el mundo, por lo tanto, no está en su concepción trabajar.”*

DSEM_{5.1}: *“Como discapacidad, porque las familias quieren que trabajen.”*

Las definiciones subjetivas del grupo 3, producto de la internalización de conocimientos adquiridos socialmente a través de los procesos de socialización primaria y secundaria, junto con la participación social de la persona, tanto en una entidad religiosa como en una entidad de salud mental tienden a la participación pasiva, lo que restringe los roles sociales y productivos. El caso 5 es paradójico, pues no define la enfermedad como una discapacidad, pero los roles sociales que practica son muy reducidos, y, por otra parte, su entorno social define esta limitación en los roles como una discapacidad. En general, el grupo 3 es el caso que posee más aristas y que requiere un mayor análisis con respecto a la práctica de roles y las actitudes del grupo social en el que se desenvuelve, pues dará indicios clave sobre estos roles en el proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con la enfermedad, en mayor profundidad. Esto último se demostrará en la segunda parte del análisis de roles sociales y conformación del *self*.

5.4.4 Conclusiones previas de la primera parte del análisis

Como primera conclusión, podemos afirmar en base a lo desarrollado en este análisis, que las definiciones subjetivas de la esquizofrenia son un reflejo de la realidad social del individuo, y en esta línea, los autores afirman que un proceso de *socialización exitosa* establece un alto grado de simetría entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva. Por lo tanto, podemos señalar que los procesos de socialización en los cuales el individuo estuvo sujeto fueron exitosos puesto que lo expresado, tanto como conocimiento actual, como sobre la esquizofrenia y posteriormente, definiciones subjetivas, son un reflejo claro de la realidad objetiva del individuo.

Siguiendo esta línea, el conocimiento alrededor de la esquizofrenia, el cual es aprendido y aprehendido durante los procesos de socialización, en donde la conciencia individual internaliza las estructuras objetivadas del mundo social, junto con la expresión de este

conocimiento, se establece a través de la especialización del conocimiento en base a roles practicados por los individuos. En esta línea, la definición subjetiva de la esquizofrenia tiene una *relación cíclica*⁷ con los roles sociales, puesto que la definición parte del conocimiento producido por los roles, pero también puede definir cómo estos roles son ejecutados y cómo el entorno social puede ser un factor de importancia en la puesta en marcha de éstos.

Las definiciones subjetivas de la esquizofrenia al ser un reflejo de la realidad objetiva en la cual el individuo se desenvuelve, permite el estudio de los roles sociales que se asocian a esta definición. El proceso necesario para entender cómo esta definición surge desde la interacción social, y se expresa en roles sociales, (con respecto a la inserción laboral y social de las personas con esquizofrenia), es determinar, a través de la teoría de G. H. Mead, las actitudes y gestos del entorno y de la persona que determinan el *self* de la persona diagnosticada con la enfermedad, y de esta manera, estudiar los roles sociales que ejecutan las personas, las limitaciones de estos roles y cómo se reflejan, posteriormente, en motivaciones y acciones en torno a su inserción social y laboral.

⁷Relación cíclica: Relación que se da entre la definición subjetiva, roles sociales y actitudes de grupo que se manifiestan en común acuerdo, reflejándose en el *self* del sujeto.

**6 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. SEGUNDA PARTE: SURGIMIENTO DEL *SELF*:
RELACIÓN CON LA DEFINICIÓN SUBJETIVA Y EL DESARROLLO DE
ROLES SOCIALES**

Introducción al análisis

En la primera parte del análisis se ha mostrado la construcción social de conocimiento de la esquizofrenia y su vínculo con el desarrollo de roles sociales, dentro de un marco teórico de Peter Berger y Thomas Luckmann. Continuando el análisis del conocimiento estructurado socialmente desarrollado anteriormente, se presenta a continuación, un estudio del vínculo del entorno social frente al surgimiento de roles sociales por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia a través de la teoría de George H. Mead, quien señala que la persona a través de la participación en entornos sociales adquiere, mediante la articulación de las actitudes y gestos de éstos, las actitudes sociales del grupo en el que se desenvuelve, a través de la conformación del *self*.

En esta línea teórica, las actitudes y gestos como partes del proceso social en el cual se desenvuelve el individuo, le proveen pautas sociales de conducta en base a éstos, los que se traducen en el surgimiento del *yo*, *mi* y *otro generalizado*, como elementos de relevancia en la adquisición y puesta en práctica de roles sociales, enmarcados en el desarrollo social y laboral de la persona. Se debe señalar que la conformación del *self* es fundamental en la realización de actos sociales enmarcados en el proceso social.

En el análisis expuesto a continuación, mediante el estudio por grupos, al igual que el estudio de la primera parte, se analizarán los siguientes tópicos.

6.1. Actitudes y gestos en la conformación del *self* en la persona y entorno social con respecto al desarrollo social y laboral de la persona.

6.2. Roles sociales

6.3. Rol de enfermo

6.4. Conflicto de roles

PRIMERA PARTE DEL ANÁLISIS

6.1 Actitudes y gestos en la conformación del *self* en la persona y entorno social con respecto al desarrollo social y laboral de la persona

En la primera parte del análisis, se definirán las actitudes y gestos del grupo social y de la persona diagnosticada con la enfermedad en torno al desarrollo de roles sociales, para examinar en profundidad el surgimiento del *self* de ésta, para posteriormente analizar los roles sociales que desempeña la persona, incluyendo el concepto de *rol de enfermo* de Talcott Parsons. En este análisis, se ha analizado las actitudes y gestos de la persona y del entorno social mediante el estudio de las piezas que conforman el *self*. De esta forma, se aprecia el panorama social completo.

6.1.1 Conformación del *self* de Mead en el Grupo 1

La conformación del *self*, como fue establecido anteriormente se basa en las actitudes y gestos del entorno social que son internalizadas por el individuo, en relación al desarrollo social y laboral de la persona, centrados en su integración. En esta línea, se analizarán las partes que componen el *self* mediante el estudio de las actitudes y gestos de los componentes del grupo, ya clasificados dentro de las partes de la teoría de Mead.

6.1.1.1. Caso 1

a) Otro generalizado

El otro generalizado son las actitudes del grupo social en el que se desarrolla el individuo. Acorde a la teoría de Mead, la actitud del otro generalizado es la actitud de todo el grupo o

comunidad. Las actitudes y gestos del grupo, y del individuo frente al ejercicio de roles sociales quedan expuestos a continuación.

Entorno social

AGF_{1.1}: *“Nunca. No la hemos limitado nunca. A ella le gustan las motos y las bicicletas, “me iría en bicicleta al trabajo”, yo le digo ni por nada, o comprarse un auto, porque es un poco lenta y hay que estar bien atenta, no te quiero ver debajo de algo. Yo pienso que en ese sentido no me atrevería, porque encuentro que la gente tiene que estar muy atenta y alerta.”*

AGF_{1.1}: *“Como normal, una persona más. No es diferente y no se hace ninguna diferencia.”*

AGF_{1.1}: *“No, nunca la hemos limitado. Se apoya para que ella se desarrolle.”*

AGF_{1.1}: *“Yo creo que sí. Siempre está pendiente de curso y está estudiando siempre y así mejorar en su trabajo.”*

AGF_{1.1}: *“La dejamos vivir no más. Sabemos que, hoy me dijo que tenía una reunión e iba a llegar tarde, pero también sale a hacer compras. Una vida normal.”*

AGF_{1.1}: *“Siempre la hemos tratado como una más.”*

AGF_{1.1}: *“No vemos necesidad de preocuparnos más de ella, es muy autónoma.”*

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₁: *“y uno se aferra a una tabla de salvación que es la familia y de repente surge una patrulla costera que lo rescata, que es la familia, el centro de rehabilitación psicosocial, el médico tratante, la asistente social, la psicóloga.*

AGD₁: *“La familia ha sido importante, porque a veces, las cosas, un día uno no amanece con el mismo ánimo que el otro, uno debe enfrentar de igual manera todos los días, con actitud positiva, levantarse temprano, realizar las rutinas con las que la familia se responsabiliza.”*

b) Mí

Acorde a la teoría de Mead, el mí, es un conglomerado de actitudes que el individuo asume. De esta forma, el mí responde a las actitudes de los otros individuos del grupo social, y determina las conductas, producto del carácter autoconsciente de éste. Mead afirma que el mí da forma al “yo”. En el caso 1, el mí posee características similares con respecto a las actitudes y gestos frente al desarrollo social y laboral de la persona en *el otro generalizado*. Esto queda plasmado en las siguientes citas.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₁: *“Una vez lo explicaba una periodista que me entrevistó, y que de esta situación de naufragio se sale. Llega una patrulla costera que te rescata, tu familia, tu médico tratante, el centro de rehabilitación psicosocial, potenciales empleadores.”*

AGD₁: *“por eso te digo, hacer la vida de nuevo, se te rompe la vida, partir siempre de cero, y con mucha paciencia, y además con mucha responsabilidad, porque hay cuidar la higiene personal, social y mental.”*

AGD₁: *“Claro, hay que recomponer la vida, crear nuevos lazos, “*

AGD₁: *“Si me ha alentado a realizar mi vida de forma normal.”*

c) Yo

La definición del yo es, acorde al autor *“la acción del individuo frente a la situación social que existe dentro de su propia conducta y se incorpora a su experiencia sólo después de que ha llevado a cabo el acto. Entonces tiene conciencia de éste”*(Mead, 1973, p. 203). De esta forma, se puede afirmar que el yo es una reacción frente a las normas o convenciones sociales, y así, se genera la individualidad propia del sujeto. En el caso 1, la persona ha internalizado las actitudes del grupo, generando las instancias necesarias para su inserción social y laboral.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₁: *“Básicamente yo me rehice como que le expliqué, me formé un plan de progreso personal, consulté con mi familia, con mis amigos, con mi asesor espiritual, consulté con mi terapeuta, y me formé mi propia opinión sobre cómo seguir mi camino de progreso profesional. Consulté con mi familia y tuve acogida, y mi idea tuvo acogida.”*

AGD₁: *“Si, en un principio la familia me ayudó a aprender más sobre la enfermedad y a salir, a recomponer relaciones, pero después fue por cuenta propia.”*

Entorno social

AGF_{1.1}: *“No, se las arregla por su cuenta. Ella va al médico por su cuenta, ahora está preocupada de sacar nuevos lentes, se toma sus remedios sola sin que la vean.”*

En el grupo 1, las actitudes y gestos son favorables hacia la integración social y laboral, puesto que permite un desarrollo del individuo, centrándose en la participación activa en la ejecución de roles sociales. En el caso 1, se puede afirmar que el *self* del individuo es favorable hacia una integración plena, pues ha internalizado y expresado las actitudes y gestos del grupo, asumiendo un *yo* que refleja los patrones sociales de conducta asociados al entorno convirtiéndose en un elemento clave dentro de su propia integración sociolaboral.

6.1.2 Conformación del *self* de Mead en el Grupo 2

6.1.2.1. Caso 2

a) Otro generalizado

Como fue mencionado anteriormente, el otro generalizado son las actitudes y gestos del entorno social que le dan la individualidad y la cualidad de persona al individuo. De esta forma, las actitudes del entorno a través del *otro generalizado*, que en este caso es favorable hacia una participación activa en la sociedad, se han internalizado a través del *yo* y el *mí*, creando un *self* con connotaciones positivas hacia el desarrollo de roles sociales enmarcados en una integración sociolaboral plena.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₂: “Exactamente, que haga mis cosas, que trabaje, eso es lo que quieren, que lleve una vida normal.”

AGD₂: “No, no me dicen eso que me quede en la casa. No, no, no. Me dicen anda a trabajar.”

Entorno social

AGF_{2,1}: “A veces el que lo más pica es el más chico, yo le digo que hable con él, porque él es quien lo sacude un poco.”

AGF_{2.1}: *“tengo que sacudirlo un poco cuando le cuesta.”*

AGF_{2.1}: *“No, todos lo obligamos a hacer algo”.*

AGF_{2.1}: *“Claro porque en un principio por ejemplo yo acá le pude haber conseguido la pensión, hace unos años atrás, sin embargo le dije que no, porque le dije “vos podés ir a trabajar, podés trabajar como cualquier persona.”*

AGF_{2.1}: *“yo sé que puede estudiar, porque lo que se ha propuesto lo ha conseguido, y sin ayuda de nadie, porque todo eso lo dejamos a él solo, que él lo haga, si quiere, vaya, inscribese, vaya a averiguar solo.”*

AGF_{2.1}: *“Bueno, idea, la perspectiva y la esperanza es que trabaje. Que el trabaje, que es el que queremos siempre, que deje el miedo de lado, que es lo principal, que es lo que más lo traba, pero que él puede, yo siempre le recalco “tu ya trabajaste”.”*

AGF_{2.1}: *“Bueno, en ese aspecto lo ayudo yo, yo soy el que le habla, le hablo, le hablo, un montón de rato hablándole, y le ha servido algo a él esto de ser autoridad y psicología que estudié, ha servido bastante para poder ayudarlo, si no lo hubiera hecho, esto hubiera sido un desastre.”*

AGF_{2.1}: *“Limitaciones ninguna, porque todos lo hemos obligado a que busque trabajo, a que por ejemplo, se asee, porque al principio costaba mucho, a que, y bueno, a que tienes que trabajar, prácticamente como todos los días porque de gratis no vas a estar, entonces tienes que trabajar, de una u otra manera, aunque estés en el negocio.”*

AGF_{2.1}: *“No hay límites y en el trabajo tampoco. De hecho, como él ha trabajado también, así que no.”*

AGF_{2.1}: *“Si, la familia acá lo apoyamos, porque el aquí trabaja también, atiende al público, va al banco, le paso las tarjetas, va a sacar plata, cosas que no hacía.”*

AGF_{2.1}: *“como empezó a trabajar en el negocio, eso como que me relajó un poco.”*

AGF_{2.1}: *“Yo le decía (Caso 2), atiende aunque sea a los niños, vende dulces, para que te vayas moviendo y vayas conociendo a la gente, si los niños no te van a decir nada.”*

A partir de estas citas con respecto a las actitudes y gestos de grupo, se puede afirmar que el entorno social promueve la participación activa de la persona diagnosticada con la enfermedad en la sociedad, generando pautas de conducta social que más tarde serían apropiadas por el individuo en la conformación del *yo* y el *mí*.

b) Mí

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₂: “No, al contrario, mi familia me presiona para salir a trabajar, Me presionan y hasta el día de hoy, una presión suave. Así como, “yo te voy a felicitar cuando encontráis un trabajo”, esa es la presión que tengo.”

AGD₂: “Hubo siempre estimulación para que yo lo lograra el cambio, desde que me mejoré.”

AGD₂: “Me motivan constantemente, que tengo que salir adelante.”

Entorno social

AGF_{2.1}: ““Entonces tienes que moverte a algo menos, pero todo lo que él lo que sea beneficio para él o algo que le ayude, se mueve y mueve solo y lo busca y lo encuentra.”

El mí desarrollado por la persona expresa las normas o convenciones sociales desarrolladas por el individuo, y en este sentido, la persona diagnosticada con esquizofrenia muestra un desarrollo conductas sociales que apuntan hacia su integración laboral.

c) Yo

El yo, como acción del individuo frente a las normas o convenciones sociales contiene detalles individuales que limitan el proceso. Estos detalles pueden surgir de diferentes variables externas o internas al individuo.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₂: “No, me estimulan, me ayudan, y yo me motivo.”

AGD₂: “Persistencia, como yo también soy persistente, ellos hacen que yo sea persistente y la persistencia y la constancia de que yo tengo que trabajar y trabajar porque eso me va a sacar adelante.”

AGD₂: “Y yo en ese momento en que empecé a trabajar, después de haber atendido el negocio me dije, si atendí el negocio, yo puedo ir a trabajar y fui a la municipalidad de Il norte, eee (sic), conseguí trabajo.”

AGD₂: “Como un avance, así veo que haya trabajado y estudiado.”

AGD₂: *“Miedo no más, puro miedo. Por ejemplo a trabajar también tengo miedo. Trabajar de nuevo tengo miedo, miedo a levantarme temprano, tener miedo a tensiones laborales.”*

El análisis del yo en el caso 2 revela que el individuo ha adoptado las actitudes y gestos del entorno social, como se demuestra en el mí, pero a través del yo, se muestran las verdaderas posiciones de la persona con su propia inserción, con respecto al surgimiento de su propia individualidad, y en este sentido, existen tensiones personales producto de diversos factores tanto sociales, como biomédicos, psicológicos y psiquiátricos, efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, biomédicos, e incluso psicológicos que trascienden al entorno y se centran en el yo del individuo, y que son externos a la investigación. El yo, muestra de esta forma las intenciones individuales que se reflejan en las motivaciones y acciones del sujeto.

6.1.2.2. Caso 3.

a) Otro generalizado

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₃: *“Mi papá quiere que siga estudiando, que estudie, mi mamá también, mi hermano también.”*

AGD₃: *“igual que mi familia y las amistades que saben lo que padezco, que es un problema psiquiátrico, comprensión más de un 100%. Comprensión, y la perseverancia para que yo vaya a los tratamientos, que me tome los remedios, y tratar de lo posible de no redundar en lo cuanto a la discapacidad que yo tengo.”*

AGD₃: *“pero en cuanto a lo familiar, nunca me han limitado.”*

AGD₃: *“Mi papá no está ni ahí, todos cortados por la misma tijera, me refiero yo a que no discrimina, cuando va allá (al hospital de día) de repente va conversa, chacharea, allá lo adoran”*

El otro generalizado del caso 3, refleja actitudes de grupo favorables hacia la integración, lo que se relaciona con la definición subjetiva de la esquizofrenia que posee el grupo. En este sentido, el entorno potencia y alienta las pautas de conductas sociales hacia la participación

activa en la sociedad, a través de la ejecución de roles sociales, que serán expuestos posteriormente. El *mí* del individuo, refleja este conglomerado de actitudes que él asume.

b) Mí

En el caso 3, el *mí* refleja las actitudes del entorno social expresados a través del otro generalizado, indicando las conductas a seguir en el proceso social. En este sentido, la participación activa en la sociedad comienza a aflorar en base a estas actitudes y gestos en el individuo.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₃: *“Uno tiene que comenzar a tenerse cariño a sí mismo para salir de esto, para salir de estos problemas, empezar por uno mismo, yo no me voy a quedar, voy, salgo, voy al cine, busco trabajo, voy a la OMIL, golpeo puertas en todos lado.”*

AGD₃: *“que estaba causando mucho mal a mi familia y a la personas que me rodeaban.”*

c) Yo.

Con respecto al desarrollo del *yo*, el individuo no sólo debe adoptar las actitudes y gestos del grupo social en el cual está inmerso, sino que también debe adoptar las actitudes hacia diferentes aspectos o etapas de la actividad social en las que el grupo al cual pertenece se desenvuelve. En este sentido, el caso 3 ha internalizado y apropiado estas actitudes, pero se debe considerar que también surge desde el individuo, su propia identidad y características individuales expresadas por el *yo*.

AGD₃: *“Yo no me considero una persona estúpida, nunca lo voy a hacer, nunca lo voy a pensar.”*

AGD₃: *“A ver, para mí, yo me consideraría discapacitado si no tuviera brazos ni piernas, o ciego, sordo o mudo, allí recién me consideraría una persona discapacitada.”*

AGD₃: *“y decirle al resto de las personas que están pasando por lo mismo que yo, miren si yo puedo, ustedes pueden, con un poquito más de esfuerzo, se va a poder, y eso sería la mayor inyección de estima que puede tener una persona.”*

AGD₃: *“Así que estoy en buena posición, a pesar de los años que yo tengo, es una meta muy importante, como persona y como familia, volver a sacar un título universitario”.*

AGD₃: *“Porque como persona, hay cosas que me limitan en lo afectivo y en lo laboral, tanto como afectivo en tanto familia, o pareja o lo laboral, siempre va a haber un tope”*

AGD₃: *“siempre va a haber un tope, porque de qué manera va a reaccionar mi empleador frente al problema que yo tengo, y en lo afectivo, de qué manera mi pareja lo va a tomar, si acaso lo va a tomar con recelo.”*

El yo del sujeto expresa claramente las actitudes de grupo con respecto a su propio desarrollo social, laboral y educacional enmarcado en el proceso social, pero también refleja su propio yo a través de la expresión de las limitaciones que posee, que le otorgan su propia individualidad frente a su desarrollo social. Al igual que el caso 2, existen ciertas limitaciones que surgen desde el propio sujeto frente a su desarrollo laboral, limitantes que pueden ligarse a diversas variables externas a este estudio, como los efectos farmacológicos, biomédicas o psicológicas. De esta forma, el individuo comienza a forjar su propia individualidad siguiendo las pautas sociales de conducta, pero también surgen sus limitaciones. Por otra parte, en el entorno social en el caso 3, al igual que en los casos anteriores, se favorece un desarrollo social a través de la expresión de actitudes y gestos favorables hacia la integración social, laboral y educacional.

6.1.3 Conformación del *self* de Mead en el Grupo 3

6.1.3.1. Caso 4

El caso 4 es un caso paradigmático en relación a las conformaciones del *self*, pues las actitudes de la persona diagnosticada con esquizofrenia reflejan fielmente las actitudes del grupo social en el que se desenvuelve, puesto que el entorno es restrictivo frente al desarrollo social y laboral de la persona, producto de la internalización de una definición subjetiva de la esquizofrenia de connotaciones negativas, y la ejecución de roles sociales mínimas. En este

sentido, la *relación cíclica*⁸ entre la definición subjetiva, actitudes de grupo y desarrollo de roles sociales se refleja empíricamente, pues la expresión de la definición subjetiva de la esquizofrenia se refleja en las actitudes de grupo y en el desarrollo de roles sociales.

a) Otro generalizado

Persona diagnosticada con esquizofrenia.

AGD₄: *“Mucha sobreprotección, me han sobreprotegido mucho, me acostumbraron a la sobreprotección, y yo sé que ese estado no puede durar para siempre.”*

Entorno social.

AGF_{4.1}: *“en ese aspecto yo aliento que tenga amigos.”*

AGF_{4.1}: *“Ahora él, en cuanto, por mí, sería ideal que trabajara, lo he apoyado en una cantidad de cursos, no los ha terminado.”*

AGF_{4.1}: *“nosotros hemos conversado eso, y en lo posible que no se quede en la casa, incluso, yo cuando estaba cesante, lo despertaba para que se fuera al (centro de salud), porque sé que si se queda acá le hace peor, empieza a hablar solo.”*

AGF_{4.2}: *“Yo veo que no sirve para trabajar, le sube la presión por cualquier cosa.”*

AGF_{4.1}: *“Yo, hemos intentado como 4 veces ponerlo a trabajar y no aguanta, se aburre.”*

AGF_{4.1}: *“En el caso de (Caso 4) ya no, porque ya se pasó, con 38 años, yo lo veo difícil que empiece una carrera laboral ahora.”*

AGF_{4.1}: *“Yo prefiero que no trabaje.”*

AGF_{4.1}: *“yo no lo encuentro apto para trabajar.”*

El entorno social es desfavorable frente al desarrollo laboral de la persona—a pesar de alentar el desarrollo social – producto de la definición subjetiva de la esquizofrenia y de la práctica de roles sociales, manifestados a través de las actitudes y gestos del grupo frente a éstos. En este sentido, las pautas sociales de comportamiento se comienzan a vislumbrar como negativas frente a la integración laboral en el otro generalizado. Por otra parte, la conformación del

⁸ Relación cíclica: Relación que se da entre la definición subjetiva, roles sociales y actitudes de grupo que se manifiestan en común acuerdo, reflejándose en el *self* del sujeto.

mísegún el caso 4, sugiere que el entorno es favorable hacia el proceso de integración social. Esto último se ve determinado en la conformación del *mí*.

b) Mí

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₄: *“No me potencia, pero yo tengo un deseo por superarme.”*

AGD₄: *“Si, la familia dice que haga cosas.”*

AGD₄: *“Me han empujado, pero siento que el empuje tiene que ir por mi parte, es para hacer algo”.*

El yo del Caso 4 refleja las pautas de comportamiento del entorno social, pero matizado con las características propias del sujeto, que definen su propia individualidad.

c) Yo

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₄: *“las personas venían al mundo a hacer 2 cosas, a dejar descendencia y a competir. Yo no he hecho ninguna de ellas.”*

AGD₄: *“No, no he hecho ningún cambio.”*

AGD₄: *“No, eso sí puedo hacer, puedo levantarme temprano.”*

AGD₄: *“Bueno, me quieren, me protegen, pero yo sé también que eso no puede durar, es un estado que puede durar, pero también tengo que hacer algo”.*

AGD₄: *“Siento que si trabajara me apoyarían.”*

AGD₄: *“No, no me han dicho que trabaje.”*

AGD₄: *“Yo lo asumo que es algo por inercia, de no hacer nada, conformarme con vivir como un parásito sin hacer nada, de eso yo me estoy empezando a cansar frente a eso porque yo quiero hacer cosas.”*

AGD₄: *“yo nunca he sabido lo que es luchar por algo, y eso me ha afectado enormemente porque nunca he tomado el rol natural de las cosas. Darwin dice que las plantas y las personas venían al mundo a hacer dos cosas, a dejar descendencia y a competir. Yo no he hecho ninguna de ellas.”*

Finalmente, el *yo* del caso 4 es un ejemplo de cómo las pautas sociales de comportamiento que se establecen mediante la identificación del individuo con las actitudes de grupo se han internalizado en él, matizado con las características individuales propias del sujeto, lo que le da su carácter único e irrepetible.

A pesar de que la expresión del *mí* según el caso 4 son favorables, la expresión del *yo* tiene connotaciones negativas frente a su propio desarrollo social y laboral, puesto que es una reacción del individuo que le confiere su propia individualidad, que en este caso refleja un proceso de inserción social mínimo. Esto se complementa a través de su propia definición subjetiva de la esquizofrenia y la ejecución de roles sociales. Estos roles serán examinados en la siguiente parte del análisis, en donde prima el surgimiento de los roles pasivos, manifestados en la expresión del *rol de enfermo*. De esta forma, lo señalado anteriormente es un factor influyente en las motivaciones y acciones del individuo en su proceso de inserción social y laboral.

6.1.3.2. Caso 5

El caso 5 es un caso especial, en el sentido de que a pesar de que el entorno social es favorable hacia la integración, se reflejan actitudes partiendo del desarrollo de la *definición subjetiva de la esquizofrenia* en el entorno social, el cual no impide el desarrollo social, pero el laboral se ve truncado. Debemos señalar que hay aristas del desarrollo del *yo* que se vinculan directamente al desarrollo de roles sociales de la persona, que se verán en la siguiente parte del análisis.

a) Otro generalizado

Entorno social

AGF_{5,1}: “a él, lo incentivo, tu eres inteligente, y le digo que él tiene muchas cosas que entregar, tú tienes muchas cosas que entregar que están dentro de ti que no las quieres sacar, sácalas.”

AGF_{5.1}: *“siempre lo alentamos, y lo cuidamos, también cuando estaba enfermo, nosotros nos preocupamos, los hermanos viajan, (Caso 5) es súper inteligente, y es súper regalón, lo apoyamos en todo.”*

AGF_{5.1}: *“Para todos es importante, para mi hija es súper importante, que esté activo, que no puede estar sin hacer nada.”*

AGF_{5.1}: *“ahora que viene acá a la corporación, las hace con más ganas, con más agrado que cuando estaba en la casa, porque me dice que siente que se liberó de mí, porque nos estábamos topando y pareciera que estaba topando. Y sentía como si él estuviera molestando, entonces les gusta venir para acá.”*

AGF_{5.1}: *“No, nunca, todo lo contrario, lo alentamos para que haga cosas. Y yo no lo permitiría tampoco, y menos que se discrimine a mi hijo, a lo mejor no sé si lo sobreprotejo o lo protejo mucho no permito que le hagan cosas.”*

AGF_{5.1}: *“Yo les digo que siempre tiene tanto por mostrar, por entregar, por enseñar, puede enseñar, y él me dice “si, si ya, déjame pensarlo”, el piensa que lo obligo, pero le dijo siempre que estoy conversando solamente.”*

AGF_{5.1}: *“yo creo que lo mejor es no haberle prohibido ir de todas formas, porque le hace bien, y se siente bien.”*

En este caso, el entorno social directo, que en este caso es la familia, es favorable al desarrollo social, demostrando actitudes que favorecen esa área, tanto en la participación en una entidad religiosa, como dentro de la institución de salud mental, lo que se relaciona directamente con la definición subjetiva de la esquizofrenia expuesta en la parte anterior del análisis.

b) Mí

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₅: *“No han tenido actitudes de que me acostara no más, que no hiciera las cosas, yo me atribuyo de que tengo que hacer las cosas, de ser autosuficiente.”*

AGD₅: *“No, nunca me han dicho que me quede, siempre me motivan a hacer cosas.”*

AGD₅: *“No, mi mamá, no me ha limitado, me gustaba historia y me dijo que estudiara.”*

AGD₅: *“Trabajar con contrato no creo, porque pierdo la pensión, prefiero estar en (centro de salud mental) y quedarme aquí y hacer cocadas, lo prefiero, no voy a hacer mucha plata, pero algo es algo.”*

AGD₅: *“Apoyarme, hay gente en la iglesia que me ayuda, comprenden que no tengo mucha plata para el diezmo, pero me ayudan igual.”*

En la conformación del *mí*, en relación al caso número 5, indica que las actitudes internalizadas por el sujeto tienden a la participación pasiva con respecto al medio productivo, pero a la vez, no existen actitudes en el entorno que limiten el desarrollo social de la persona. El hecho de que el caso 5 refleje actitudes de pasividad frente a la integración laboral, requiere de una mayor investigación para poder establecer los vínculos entre el entorno social de la persona y la adquisición de estos roles.

c) Yo

Persona diagnosticada con esquizofrenia

AGD₅: *“No, la familia no me ha limitado en nada, yo les dije que iba a aprender a pintar bien y aprendí a pintar bien.”*

AGD₅: *“No, así quédate en la casa no, de hecho, mi hermana está contenta de que yo haya trabajado y en ese tiempo que estuve trabajando, pero no, me apoyan y todo.”*

AGD₅: *“No, mi mamá me dice que estudie historia, yo les digo que no, amanecerme, aprenderme textos, yo leo, pero amanecerme no, prefiero cuidarme, prefiero estar como estoy, quizás no tengo el título de profesor, pero estoy tranquilo con mi tratamiento.”*

AGD₅: *“pero si mejor estoy en la corporación pero no gano mucho, a pesar de que cuando trabajaba no ganaba mucho, porque era ayudante, ganaba menos 200 lucas, no era mucha plata la que manejaba, entonces cuesta... acá en la corporación estoy bien.”*

AGD₅: *“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.”*

AGD₅: *“Si, me decían cuídate, tu eres una persona que puedes seguir haciendo muchas cosas, y ahora que estoy en la iglesia, más tranquilo estoy.”*

AGD₅: *“Yo insisto, a mí lo que me ha ayudado es el evangelio, por allí va la cosa. Yo he escuchado los evangelios, y hay gente que se ha sanado, es algo religioso.”*

AGD₅: *“Me dan buenos consejos, me apoyan para hacer las actividades, cumplir con lo que me pide la familia.”*

El yo del caso 5 refleja la internalización de actitudes y gestos frente al trabajo y al desarrollo educacional de tendencia pasiva, y por otra parte, refleja una actitud de grupo favorable hacia el desarrollo social, pero también, demuestra su propia individualidad y sus propios intereses.

Esto se vincula a la práctica de roles sociales y la definición subjetiva de la esquizofrenia, que no son impedimento al desarrollo social, pero el desarrollo laboral y educacional se ve truncado. En este sentido, el caso 5 refleja perfectamente la vinculación entre la *definición subjetiva de la esquizofrenia* y las actitudes del entorno social frente a ésta, y se puede afirmar que el *self* de la persona apunta solamente hacia un desarrollo social. Finalmente, los roles sociales que realiza la persona deben ser estudiados para establecer de forma sólida el vínculo antes señalado, y poder establecer la relación cíclica entre los tres términos: *definición subjetiva, roles y actitudes y gestos del grupo*.

A través de la teoría de G.H.Mead se ha mostrado cómo las actitudes del grupo social frente al desarrollo social y laboral en el cual está inmersa la persona diagnosticada con esquizofrenia se han internalizado en ella, y se han reflejado en la conformación del *self*. A nivel general, los casos que conforman el grupo 2, se han visto favorecidos en su desarrollo social y laboral producto de entornos favorables hacia la integración, pero existen aspectos externos a la investigación que podrían explicar las limitaciones del sujeto frente a su proceso de inserción, puesto que el *yo* refleja ambigüedad con respecto a su propia capacidad en el proceso. Por otra parte, en el grupo 3, el desarrollo social se favorece, mientras que el desarrollo laboral se ve truncado. Esto último tiene diversas aristas que deben ser analizadas, de partida, en el vínculo en el desarrollo de roles sociales y las actitudes de grupo en el que está inmerso el grupo 3.

6.2 DESARROLLO DE ROLES SOCIALES

Los roles sociales en la teoría sociológica planteada en el marco teórico poseen puntos de vista que deben ser analizados junto a los datos empíricos obtenidos a través del trabajo de campo. Se ha establecido que los roles sociales son un elemento vital en el proceso social de las personas con esquizofrenia, y estos roles están determinados, tanto por las actitudes y gestos que tiene el entorno, en la teoría de Mead, como el establecimiento de comportamiento institucionalizado, señalado en la teoría de Berger y Luckmann. En este sentido, se ha planteado anteriormente que los roles sociales especializan el conocimiento estructurado en torno a éstos, y la *definición subjetiva de la esquizofrenia*, está vinculada directamente a los roles sociales, y a la vez, a las actitudes y gestos del grupo social en el cual la persona con esquizofrenia se desenvuelve. De esta forma, el análisis debe contemplar el estudio del desarrollo de los roles sociales que realiza cada uno de los casos, separados por grupos, para establecer posteriormente, la relación entre la primera parte del análisis y las actitudes de grupo en el desarrollo de éstos.

El estudio de los roles sociales significa una prueba empírica de lo señalado anteriormente, puesto que refleja la participación de la persona en la sociedad, a través de la interacción social. Con respecto a esto último, en la teoría de Berger y Luckmann es esencial señalar que los procesos de socialización primaria es donde el individuo comienza un proceso de abstracción que parte de los roles y actitudes en específico, a los roles y actitudes en general, siendo esta abstracción de roles y actitudes se denomina *el otro generalizado*. En este proceso, se internaliza la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva de ella, y el establecimiento de una identidad. En este sentido, la internalización del otro generalizado, establece una relación simétrica entre las realidades objetivas y subjetivas. Los autores afirman que no se internaliza todo lo objetivado en la sociedad, sino que está determinado el proceso de socialización por la distribución social del conocimiento. Berger y Luckmann afirman, que los individuos al

desempeñar roles, participan en un mundo social, y al internalizar estos roles, el mundo social se vuelve una realidad de forma subjetiva. Los roles según estos autores, puede ser de dos tipos, los roles que se representan a sí mismos, y los roles que representan todo un nexo institucional de comportamiento. En este sentido, los roles sociales que ejecutan las personas en este estudio, no solamente se remiten al conocimiento socialmente objetivado al que está vinculado, sino que debe contemplar el conocimiento que se le está asociado, tanto directa como indirectamente, y en este sentido, los roles que ejecutan las personas con esquizofrenia están asociados directamente al conocimiento de normas, valores y emociones.

A continuación, se analizarán los roles sociales de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, desde el punto de vista de la persona y familiares u otros referentes significativos.

6.2.1 Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 1

6.2.2.1. Caso 1

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RSD₁: *“Bien, hago algunas tareas en la casa, cuido a mi madre y me preocupo de las cuentas y mis sobrinos.”*

RSD₁: *“Colaboro con mi casa, junto con mi trabajo, soy responsable.”*

RSD₁: *“Si, en un principio la familia me ayudó a aprender más sobre la enfermedad y a salir, a recomponer relaciones, pero después fue por cuenta propia.”*

RSD_{1.1}: *“ella se levanta temprano, hace sus cosas, trabaja, tiene sus ideas como cualquier persona.”*

Familiar u otro referente significativo

RSF_{1.1}: *“Quizás fue beneficioso para ella haber terminado sus estudios antes de suceder esto, entonces no tenía la carga de eso.”*

RSF_{1.1}: *“No vemos necesidad de preocuparnos más de ella, es muy autónoma.”*

RSF_{1.1}: *“No, no lo hace, pasivo no. Si quiere hacer algo lo hace, si no, no, como toda persona normal. Cada persona tiene su carácter, y ella tiene el suyo.”*

RSF_{1.1}: *“Ella contribuye mucho al gasto de la casa, paga las cuentas, entonces es importante que trabaje.”*

RSF_{1.1}: *“Empezamos primero a mandarla a hacer compras, a que se encargara de hacer comida para todos, como para que se soltara de a poco. Eso le sirvió hartito.”*

A través del desarrollo de roles sociales, como es en el caso 1, como la realización de actividades en el hogar, y a la vez, tener un trabajo estable, lo que expresa roles productivos, se establece que la persona diagnosticada con esquizofrenia tiene una participación activa dentro de la sociedad, puesto que ejecuta roles sociales y productivos, siendo un elemento clave en el desarrollo económico familiar. Desde el punto de vista sociológico, el desarrollo de roles sociales activos, responde a las características de las actitudes y gestos del entorno social que se ha internalizado en el sujeto, lo que responde a las características de la definición subjetiva de la esquizofrenia en este caso, la cual es favorable hacia el desarrollo social y laboral, tanto en el individuo, como en el entorno social. Aplicando la teoría de Berger y Luckmann, los procesos de socialización han sido exitosos, tanto en el desempeño de roles sociales y la internalización de actitudes; por lo tanto, podemos afirmar mediante esta teoría que a través de los procesos de socialización y la adopción del *self* en base a las actitudes del grupo social, la realidad objetiva es simétrica con su realidad subjetiva, demostrando la relación entre los roles sociales, las actitudes de grupo y la definición subjetiva de la esquizofrenia.

6.2.2 Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 2

6.2.2.1. Caso 2

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RSD₂: “y yo en ese momento era el que sostenía a la familia porque yo era el que ingresaba más plata en la casa, y me sentía bien, me sentía cómodo.”

RSD₂: “Claro, me sentía bien como proveedor.”

RSD₂: “Cuando trabajo se sienten motivados, y al ser tan motivados ellos, me motivo yo.”

RSD₂: “Están contentos porque voy al gimnasio, por ejemplo, los trámites de la pensión los tuve que hacer yo, la misma pensión me ha ayudado para ir al gimnasio.”

RSD₂: “Si, colaboro en la casa, atiendo el negocio, limpio la cocina y el dormitorio y a veces compro provisiones para el negocio. Y siempre paso en el negocio, mi abuela también ayuda, mi mamá trabaja, mi hermano menor trabaja, y mi otro hermano es casado, con una chica que conoció trabajando en el negocio.”

RSD₂: “Si, costó al principio, por ejemplo, en el negocio, al principio, cuando empecé a atenderlo, me costó mucho que la gente que viniera al negocio me aceptara, porque a mí me veían en un rincón fumando, nada más, es lo único que hacía, como que pagué el derecho a piso. Y después me acostumbré, a que dijeran “¿está el (Caso 2), por ahí para esto, para esto otro?”

RSD₂: “y ahora, seguir estudiando, seguir trabajando, yo tengo como igual una meta volver a trabajar para volver estudiar un poquito más, la idea mía es tener un puesto laboral importante, a ver qué se puede.”

Entorno social

RSF_{2.1}: “No, ningún problema, se le trata igual, se le exige las mismas cosas.”

RSF_{2.1}: “yo acá le pude haber conseguido la pensión, hace unos años atrás sin embargo le dije que no, porque le dije “vos podés ir a trabajar, podés trabajar como cualquier persona.”

RSF_{2.1}: “Mira, para el todo es la electricidad, no le des otro trabajo porque el no va.”

En este caso, la persona diagnosticada con esquizofrenia, al haber internalizado las actitudes y gestos del entorno social, junto con una definición subjetiva de la esquizofrenia estableciendo una relación entre sí, expresa esta relación encarnada en el desarrollo de roles sociales, especialmente en el desarrollo de roles productivos, pero como se refleja en las citas del

entorno social, la persona refleja roles productivos asociados al yo, en específico, la necesidad de un trabajo solamente de electricidad. A pesar de lo señalado anteriormente, la persona tiene una participación activa en la sociedad, a pesar de que en la actualidad se encuentra desempleado.

Desde el punto de vista sociológico, y en base a lo establecido previamente a través del análisis de la definición subjetiva y las actitudes del entorno social, podemos señalar que este caso, los procesos de socialización han provocado en el individuo un desarrollo de roles sociales activos, pero la relación simétrica entre realidades objetivas y subjetivas se ve matizada por el surgimiento de los factores externos al yo, lo que se traduce en que la persona deje de ejecutar roles sociales como reacciones individuales al entorno social.

6.2.2.2. Caso 3

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RSD₃: *“Yo cuando viajo a san Felipe donde mi hermano, llegan mis sobrinos que son abogados, con sus pololas, saben lo que tengo, echamos la talla, hacemos un asado, cocino yo, invitan a gente importante a la casa, porque ellos se mueven en un ambiente social alto, por el cargo que él tiene, pero no dejar mirar para abajo, ni paz (sic) los lados ni para atrás.*”

RSD₃: *“ayudo en el hospital de día porque confían en mis capacidades”*

RSD₃: *“yo no me voy a quedar, voy, salgo, voy al cine, busco trabajo, voy a la OMIL, golpeo puertas en todos lados.”*

RSD₃: *“el otro día fui a comprar al mercado algunas cosas con mi cuñado en el mercado y había una señora que me conocía que iba al hospital de día.”*

RSD₃: *“yo no me voy a quedar, voy, salgo, voy al cine, busco trabajo, voy a la OMIL, golpeo puertas en todos lados.”*

RSD₃: *“Y ahora me ves acá, tomándome un café, compartiendo con ustedes como una persona normal, yo me considero una persona normal.”*

En el caso 3, la persona cumple con roles sociales dentro y fuera de la familia, junto con una actitud activa frente al empleo, representado en la articulación del *self* propuesto en el análisis

previo, pero, al igual que en el caso 2, el yo está matizado por variables externas a lo sociológico, los cuales deben investigarse en estudios posteriores.

La realidad subjetiva de la persona en el caso 3, posee un cierto grado de simetría con la realidad objetiva, lo que se traduce en un proceso de socialización exitoso, pero como en el caso 2, existen variables externas a esta investigación que influyen en el yo del individuo, reduciendo la simetría. A pesar de esto, la persona participa activamente en la sociedad, en cuando a roles sociales y productivos. Sociológicamente, existe la relación cíclica, pero está matizada por las características individuales del yo.

6.2.3 Desarrollo de Roles sociales en el Grupo 3

6.2.3.1. Caso 4

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RSD₄: *“Si, de hijo único.”*

RSD₄: *“No, no me han dicho que trabaje.”*

RSD₄: *“yo puedo hacer cosas más grandes también. O sea, que yo puedo trabajar y sacar un sueldo de 150 mil pesos.”*

RSD₄: *“Yo me veo como una persona así no como el resto del grupo, esta es terriblemente “asociativa” esta enfermedad, no hace que uno sea social, en el caso mío, yo no puedo hablar con personas normales.”*

RSD₄: *“Yo lo asumo que es algo por inercia, de no hacer nada, conformarme con vivir como un parásito sin hacer nada.”*

Entorno social

RSF₄: *“Entonces preferimos que gaste los mil pesos y que vaya, se despeje, que conozca gente que valga la pena.”*

RSF₄: *“en ese aspecto yo aliento que tenga amigos, porque nosotros nos vamos a morir y no quiero que queden solo.”*

El análisis de contenido realizado para el caso 4 nos permite afirmar, que frente al desarrollo de roles sociales, la persona diagnosticada con esquizofrenia no realiza roles sociales externos a la familia, lo que significa que la persona no posee contacto social fuera de ésta. En el análisis previo, se determinó que su entorno social es favorable hacia el desarrollo social, pero el yo de la persona diagnosticada con esquizofrenia es limitado en esa área. En este sentido, la persona condiciona su desarrollo de roles sociales, puesto que la definición subjetiva de la esquizofrenia y las actitudes de grupo están asociados al desarrollo de roles sociales, enmarcados dentro de la relación cíclica de éstas. En esta línea, la persona está realizando roles asociados a la persona esquizofrénica, las cuales tienden a un rol pasivo, institucionalizado, lo que se asocia al *rol de enfermo* de Parsons. En este sentido, la teoría de Berger y Luckmann con respecto a los roles sociales toma fuerza, al ser acciones específicas realizadas por actores específicos. La pasividad de la persona en este caso, producto de la definición subjetiva y las actitudes de grupo, también pasivas, generan roles pasivos, que se expresan en la teoría de Berger y Luckmann, y en la de Parsons, que será estudiada más adelante. En relación a esta última, la enfermedad puede ser una forma de evasión de las responsabilidades sociales, lo que explica en una parte, la pasividad de la persona.

Esta condicionalidad de los roles sociales, producto de la relación cíclica, afecta los procesos de desarrollo social, laboral y educativos de la persona, puesto que no existen las pautas de conducta social que guíen esta trayectoria. Nuevamente, la relación entre la definición subjetiva, actitudes de grupo y roles sociales se establece y se comprueba empíricamente en el caso 4, y como se mencionaba anteriormente, los procesos sociales se ven afectados, lo que se reflejará en el desarrollo social, familiar y laboral en la parte 3 de este análisis.

6.2.3.1. Caso 5

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RSD₅: “*En la casa hago almuerzo, encero, hago el aseo de la cocina, el comedor.*”

RSD₅: “yo tengo una relación buena con mi hermano, el me ha dado trabajo de ayudante y por eso me llevo bien, igual que con mi hermana, es más que de amistad.”

RSD₅: “estoy más centrado en la iglesia, ahora soy parte de la iglesia, tengo que cumplir con algunas reuniones.”

RSD₅: “en la iglesia tengo amistades, porque tengo actividades allá, desde ir el domingo hasta ordenar las sillas, y eso es como algo que te da la iglesia y eso te ayuda a salir adelante.”

RSD₅: “yo salgo más con mi mamá, a hacer compras, le ayudo.”

RSD₅: “Yo soy bastante autovalente, yo hago todo lo que me corresponde a mí. Por ejemplo, me toca hacer cosas en la casa y la hago.”

RSD₅: “No, uno no debe dejar de hacer cosas. Uno puede hacer más cosas.”

Entorno social

RSF_{5.1}: “El me ayuda en todo, el plancha, hace de todo, encera, si hay cosas que hacer que no las puedo hacer las hace, cuando está en la casa, coopera hartos, y ahora que viene acá a la corporación, las hace con más ganas.”

RSF_{5.1}: “cumple con los roles dentro de la casa sin ningún problema, con hartas ganas cuando está en la casa, el pinta, hace hartas cosas.”

RSF_{5.1}: “el sabe hacer muchas cosas, me paga las cuentas, sabe ir al banco, se puede desempeñarse perfectamente solo, el puede hacer muchas cosas.”

RSF_{5.1}: “Uno tiene que decirle las cosas, (Caso 5) hace las cosas que les gusta por sí solo, pero las que no le gusta, demuestra que no les gusta, abiertamente, pero la va a hacer, pero lo que hace lo hace bien.”

RSF_{5.1}: “Le digo, quizás fría, pero hay que decirle, le pregunto si llamó y me dice “si lo voy a hacer”, yo le he firmado de todo, el día en que no esté, el va a tener que aprender a hacer de todo.”

El caso 5 cumple con los roles sociales familiares, en el sentido de una participación clara dentro de la familia. La persona diagnosticada con esquizofrenia cuenta con una independencia con respecto al desarrollo de estos roles sociales familiares, y en el cumplimiento de roles sociales fuera del entorno social, realiza actividades en la entidad religiosa a la cual pertenece. El desempeño de roles sociales por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia está de esta forma relacionado con las actitudes y gestos del entorno social y de la persona, junto con la internalización de la definición subjetiva de la esquizofrenia, lo que comprueba que la relación entre las realidades subjetivas y objetivas es

totalmente simétrica. En este sentido, la persona diagnosticada con esquizofrenia está desarrollando roles sociales que se vinculan a los conceptos de institucionalización, en las que las acciones de un tipo específico, son realizadas por actores de un tipo específico. En esta línea, el individuo al no realizar roles productivos, se puede vincular al concepto de Talcott Parsons, el *rol de enfermo*, la cual señala que la enfermedad puede ser una forma de evasión de las presiones sociales, y en este sentido, de las responsabilidades sociales.

En conclusión, las conductas sociales de los casos 1, 2 y 3, responden a roles activos, producto de la definición subjetiva y de las actitudes de grupo expresados en el *self* de la persona diagnosticada con esquizofrenia, los cuales tienden a una participación activa en la sociedad., pero matizados por las características individuales manifestadas por el *yo*, como lo es en los casos 2 y 3. La participación social mediante roles, tanto a nivel familiar como externos a ésta, significa que la persona está participando en un mundo social, y de esta forma, se vuelve una realidad de forma subjetiva. Siguiendo esta línea teórica con respecto a Berger y Luckmann, la realidad subjetiva tiene una relación simétrica con la objetiva, y los aspectos teóricos como la definición subjetiva, el *self* de la persona y los roles sociales que se desarrollan comprueban la relación cíclica de estos componentes del análisis, pero se debe realizar la observación con respecto a la ambigüedad de los casos 2 y 3, con respecto a su percepción de su *yo*.

Por otra parte, la conducta social de la persona con esquizofrenia en el grupo 3, es por lo tanto, una conducta pasiva, institucionalizada, en el sentido de que la persona con esquizofrenia debe cumplir con este rol de enfermo, pasivo socialmente, puesto que cumple con que las acciones del tipo X sea realizada por un actor del tipo X. Berger y Luckmann, en este sentido, afirman que los roles como parte del proceso de habituación y objetivación que originan a las instituciones, los comportamientos institucionalizados que vinculan a los roles, se representa el orden institucional. De esta forma, el desarrollo de roles sociales se ve asociado directamente al *rol de enfermo* de Talcott Parsons.

6.3 ROL DE ENFERMO

El rol de enfermo en la teoría de Parsons, se enmarca dentro de la perspectiva del funcionalismo estructuralista, la cual afirma que el *rolde enfermo* es una conducta desviada dentro del sistema social, la cual tiene que ser ajustada y encaminada nuevamente al sistema mediante el rol de médico, como rol institucionalizado, para mantener el equilibrio del sistema social. En esta línea, cada individuo debe cumplir con un rol dentro del sistema, y de esa forma, los roles sociales desarrollados por los casos 1, 2 y 3, responden a una integración dentro del sistema social, mientras que los casos 4 y 5, difieren con respecto a los otros casos con respecto al desarrollo de roles sociales y en este sentido, el estudio de estos roles pasivos desarrollados por los individuos se pueden estudiar a través de la teoría de Parsons.

Parsons señala en su perspectiva teórica que la enfermedad no es sólo un peligro externo al equilibrio del sistema social, sino también una parte integral del equilibrio social. La enfermedad puede ser una forma de evasión de las presiones sociales, lo que es en consecuencia, las responsabilidades sociales. En este sentido, la participación pasiva en la sociedad de la persona diagnosticada con la enfermedad se vincula a este aspecto de la teoría parsoniana. Como complemento a esto último, el autor afirma, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, que la enfermedad inhabilita a la persona en la realización de roles sociales, y de esta forma, la participación de la persona en el sistema social tiene una relevancia clave en la constatación del estado de la enfermedad, su etiología, y las condiciones requeridas para una terapia exitosa (Parsons, 1988, p.402).

En esta teoría, se afirma que este rol de enfermo es relativo y temporal, pero en el caso de la esquizofrenia, al ser una enfermedad crónica, es posible que este rol se perpetúe. Esta es una de las problemáticas que se analizarán en esta parte de la investigación. Teóricamente, las

personas diagnosticadas con esquizofrenia de este estudio han ejecutado este rol de enfermo, pero su temporalidad y contextualidad son de gran importancia en este estudio.

El análisis anterior reveló que los roles sociales que desarrollan las personas diagnosticadas con esquizofrenia, tienen estrecha relación con las actitudes del grupo y la definición subjetiva de éste, y por este motivo, su desarrollo social se puede ver truncado en algunos casos. El rol de enfermo según Parsons, tiene esta consecuencia, la ruptura de las relaciones sociales producto de éste. De esta forma, un análisis en profundidad de los roles pasivos internalizados por las personas diagnosticadas con esquizofrenia es requerido para establecer el desarrollo social y laboral de éstas.

Para ahondar más con respecto a estos roles, se analizarán mediante la teoría de Parsons con respecto a los roles de enfermo en todos los casos, puesto cada caso posee características únicas tanto en su definición subjetiva, como en las actitudes de grupo y los roles sociales desarrollados, por lo tanto, una especificidad única con respecto a éste rol parsoniano.

6.3.1 Rol de enfermo en el grupo 1

6.3.1.1 Caso 1

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RED₁: *“Hay muchas personas con esquizofrenia que yo no les veo mucha intención de buscar empleo, porque la gente que he visto que se mueve es poca.”*

RED₁: *“Asumen un rol más pasivo, que les lleguen las ofertas, siguen queriendo estar en lugares de rehabilitación en vez de buscar proactivamente la integración. La familia tampoco los incentiva, prefieren que tengan un rol pasivo en la casa, limitan el campo de acción, además que están en una edad que es difícil encontrar trabajo. Este año menos. Entonces para ellos, se les hace difícil y los recursos que tienen son muy escasos para invertir en educación, la matrícula es cara, las mensualidades son caras, los materiales son caros.”*

Familiar u otro referente significativo

RSD_{1.1}: *“Va al médico sola, se medicamenta sola, hace toda las cosas normales.”*

RSD_{1.1}: *“No, no lo hace, pasivo no. Si quiere hacer algo lo hace, si no, no, como toda persona normal. Cada persona tiene su carácter, y ella tiene el suyo.”*

En el caso 1, las condiciones del entorno social frente a la integración social, el apoyo del médico y fundamentalmente, la definición subjetiva de la esquizofrenia y las actitudes del entorno social en el desarrollo social de la persona, permite afirmar que la persona diagnosticada con esquizofrenia no ejerce el rol del enfermo, en el sentido de que la persona ejerce roles sociales y productivos. Por lo tanto, el caso 1 no ejerce el rol pasivo parsoniano, y de hecho, describe este rol social en otras personas con esquizofrenia. El caso 1 es, por lo tanto, un ejemplo de cómo la definición subjetiva de la esquizofrenia, las actitudes de grupo y el desarrollo de roles sociales se complementan y describen la realidad social de la persona, puesto que su participación activa en la sociedad muestra que el rol de enfermo en este caso, está superado, y por lo tanto, este rol tiene una temporalidad definida. Las motivaciones y acciones en la superación de este rol se muestra en los resultados del análisis sociológico, pues muestran las acciones de la persona frente a su propia inserción social y laboral, lo que implica el abandono de este rol.

En la teoría parsoniana se ahonda en el hecho de que la participación de la persona diagnosticada en el sistema social es un elemento de importancia para establecer el estado de la enfermedad, el origen de esta y las condiciones requeridas para su terapia, por lo tanto, el desarrollo de roles sociales es fundamental para el proceso de terapia de la persona. Ahondando en el Caso 1, la participación dentro del sistema social de la persona es un reflejo de los requisitos que fueron necesarios para la reinserción social y laboral de la persona, siendo un punto crítico en el estudio del rol de enfermo de Parsons, en específico, el abandono de este rol. En este punto, el Caso 1 muestra las condiciones requeridas para el abandono de este rol y el retorno a la funcionalidad dentro del sistema social en la tercera parte del análisis,

el cual hace referencia a los requerimientos y características del desarrollo social de la persona con esquizofrenia en vías de una inserción social y laboral plena.

6.3.2 Rol de enfermo en el grupo 2

Continuando con la idea del rol de enfermo de Parsons, el Caso 2 y 3 ofrecen perspectivas sobre este rol, su temporalidad y características, al evidenciar diferencias entre ambos, tanto por los aspectos personales y del entorno en la construcción social de la realidad, de conocimiento y participación social. En esta línea, la articulación entre lo estudiado anteriormente, como la relación entre definición subjetiva de la esquizofrenia, las actitudes del grupo y la ejecución de roles sociales, es mostrada en la perspectiva teórica del rol de enfermo expresado en ambos casos, imponiendo características propias en base a su propia participación en el sistema social.

6.3.2.1 Caso 2

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RED₂: *“No, no me dicen eso que me quede en la casa. No, no, no. Me dicen anda a trabajar.”*

RED₂: *“Por el mismo motivo que uno está enfermo, uno mismo pone los límites, uno dice, me voy a quedar en la casa, no voy a hacer nada, no voy a ir al gimnasio, la discapacidad la pone uno mismo, uno pone los límites.”*

RED₂: *“pero antes de que me mejorara, como enfermo, era el enfermo, y al enfermo había que dejarlo de lado. Había que cuidarlo y nada más.”*

RED₂: *“Esperaban que me mejorara, esa era su única misión, que me mejorara. Y salir de parte mía, con mi propia voluntad. .”*

Entorno social

RSF_{2.1}: *“No porque he visto a muchas personas que tienen la enfermedad, y que trabajan, y que se desenvuelven.”*

RSF_{2.1}: “¿El rol de enfermo? No, el no lo ha hecho ni aquí ni en la Argentina, porque estando aun más jodido en la Argentina, así como realmente mal, acá en un principio se había chanchado un poco, y ya después empezó así.”

RSF_{2.1}: “Se aprovecha del pánico, si, se aprovecha, se pone regalón, y él sabe, o sea no es estúpido, porque cuando lo pillan se caga de la risa, pero se aprovecha de su enfermedad, porque dice, “yo soy enfermo, no puedo hacer esto”.

El caso 2, ha hecho abandono de este rol, al participar activamente en la sociedad, lo que complementa la definición subjetiva, las actitudes de grupo, los roles sociales y productivos que desarrolla, lo que se opone al rol de enfermo, puesto que éstos son, desde la perspectiva parsoniana, funcionales al sistema. En este caso también el rol de enfermo está superado, pero la persona diagnosticada con esquizofrenia otorga elementos de análisis con respecto al rol parsoniano, en este sentido, se cumple el esquema parsoniano en el hecho de que las motivaciones de superación de la enfermedad son fundamentales en la reintegración al sistema social y establece que la situación de la persona antes del proceso de terapia médica era de un ejercicio del rol de enfermo en el sentido estricto del relevo de obligaciones sociales, como lo señala la tercera cita por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia. Claramente, el entorno social promovió estas instancias de integración al sistema, tanto en la actitud de grupo, como la perspectiva del rol de enfermo desde ellos.

A pesar de la superación del rol de enfermo, en relación a que la persona cumple con una participación activa en la sociedad, la última cita hace referencia al relevo de obligaciones sociales producto de la enfermedad, como lo señala Parsons, por lo tanto, en cierta medida, el rol de enfermo en el Caso 2 es ejecutado de forma esporádica estableciendo su temporalidad y contexto, este último es el contexto de desarrollo de actividades en el entorno familiar. En este caso, la enfermedad es utilizada como forma de evasión de las responsabilidades sociales, pero dentro de un contexto y una temporalidad establecida, y en este sentido, el proceso de reincorporación de la persona con esquizofrenia al sistema social en el cual se enmarca se ejecuta de forma inmediata por parte del entorno social.

6.3.2.2 Caso 3

Este caso, al igual que el caso 1, hace mayor referencia al rol de enfermo en otras personas diagnosticadas con esquizofrenia, otorgando detalles sobre las limitaciones propias del rol y de otros aspectos fundamentales en el desarrollo social de una persona.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RED₃: *“porque estaba en un grado de depresión, centrado en no molestar, de que no te miren con mala cara, de aislarse de la sociedad, de ser negativo.”*

RED₃: *“Los que no quieren hacer nada hay que tomarlos en cuenta, de no limitarlos, porque a veces la medicina te limita, usted no puede hacer esto, usted no puede hacer esto otro, usted no debe hacer esto, no le recomiendo que lo haga.”*

RED₃: *“Ahí ya te están castrando, allí te están castrando psicológicamente y personalmente, te están limitando, porque es algo que puedes hacer, a corto, mediano o a largo plazo pero tú lo vas a realizar.”*

RED₃: *“Los que están internados hay que sacarlos del ambiente donde están sumidos, que pasa, de sacarlos a respirar, de moverlos, de motivarlos, de estimularlos, hay que enseñarles a sembrar, cosechar, hacer harina y hacer pan, y comerlo.”*

Estrictamente, el caso 3 no hace referencia hacia el rol de enfermo ejecutado por el mismo, sino que toma en consideración el rol de enfermo adoptado por otras personas diagnosticadas con esquizofrenia, producto también del entorno social y médico que limitan y provocan aislamiento de ellos en los centros de salud mental.

Investigando más a fondo con respecto a la ejecución de este rol, analizando las características de la persona y su entorno social en base a las actitudes y gestos, y también la definición subjetiva de la esquizofrenia estudiadas anteriormente, la persona diagnosticada con esquizofrenia, en este caso el 3, ha dejado de ejecutar el rol de enfermo, en el sentido del relevo de obligaciones sociales, y, en palabras de Parsons, siendo *funcional* al sistema, tomando en consideración el concepto de la definición subjetiva de la esquizofrenia, las actitudes del entorno social y la posición del médico frente la inserción social y laboral de este

caso que conllevan al desarrollo de roles sociales más activos, como los propuestos anteriormente.

En este sentido, la ejecución de roles sociales activos, como los señalados anteriormente se contraponen teóricamente al aspecto de pasividad del rol parsoniano, pues la enfermedad no es un impedimento para la realización de roles sociales, lo que se muestra en los roles sociales planteados anteriormente. La posición más activa en cuanto a roles sociales, teniendo en consideración que el rol de enfermo en este caso no es un rol que se ejecute a lo largo del tiempo, establece que la persona ha superado y dejado de ejercer este rol social. Como en los casos anteriores, el caso 3 ha dejado de ejercer un rol que, por circunstancias de la enfermedad, ha tenido que pasar, y en consecuencia, desarrollado las motivaciones para abandonar este rol, las cuales serán estudiadas en la parte 3 de este estudio, en las cuales se analizan las motivaciones y acciones, limitaciones y otros aspectos fundamentales en la inserción sociolaboral.

6.3.3 Rol de enfermo en el Grupo 3

El surgimiento de las características más evidentes del rol de enfermo son los expresados en el grupo 3, puesto que los aspectos de pasividad y relevo de obligaciones sociales asociados a este término se muestran en una forma más evidente a través del análisis teórico aplicado a los componentes de este grupo. De esta forma, el rol parsoniano adquiere una forma física, al ser ejecutado por el caso 4 y 5, lo que se vincula directamente a la definición subjetiva de la esquizofrenia, el *self* y los roles sociales que ejecuta la persona.

6.3.3.1 Caso 4

Este caso en particular, posee las características más negativas con respecto a la definición subjetiva de la esquizofrenia, un entorno social favorable hacia la integración social, pero no a

la integración laboral, mostrado en las actitudes hacia esa esfera del desarrollo de la persona con esquizofrenia. El análisis anterior reveló estas características negativas del desarrollo, y de esta forma, estos aspectos de connotaciones pasivas en los roles sociales se vuelcan hacia la perspectiva funcionalista de Parsons, lo que implica que la persona no está siendo *funcional* al sistema social, y su rol de enfermo, ha excedido la temporalidad que contiene este rol y se ha vuelto un rol fijo. En un análisis funcionalista, no es funcional al sistema, pues no realiza roles sociales ni productivos, lo que se refleja en la definición subjetiva de la esquizofrenia, y por lo tanto, se refleja en las motivaciones y acciones que el sujeto debe tener para superar este rol y reintegrarse al sistema social.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RED₄: *“Es algo que como que uno se autoestigmatiza. Si, no salir de la casa.”*

RED₄: *“Yo mismo me he puesto en esa situación, yo pienso que puedo hacer algo, que puedo trabajar, puedo hacer algo productivo.”*

RED₄: *“Es la facilidad de no hacer nada, pero yo no puedo estar toda mi vida sin hacer nada, yo tengo que hacer algo.”*

RED₄: *“En mi casa, como que me gusta ese sistema”*

RED₄: *“Si, se me hace cómodo el rol pasivo que tengo.”*

RED₄: *“Si, quisiera tener un rol más activo.”*

Entorno social

RSF_{4.1}: *“Ahora él, en cuanto, por mí, sería ideal que trabajara.”*

RSF_{4.1}: *“Pasivo si, estar en la casa, e ir a la (centro de salud mental) y estar allá.”*

RSF_{4.1}: *“yo tengo el temor de que él se ponga a trabajar en algún lado y que me lo metan en problemas.”*

RSF_{4.2}: *“Yo prefiero que no trabaje. Porque se le puede subir la presión.”*

RSF_{4.1}: *“con la edad que tiene es difícil que encuentre trabajo. Donde yo estoy, allá no podría trabajar, al sol, con camiones, no podría.”*

RSF_{4.1}: *“yo no lo encuentro apto para trabajar.”*

RSF_{4.1}: *“además se convenció el mismo de que no puede trabajar, se autoconvenció. Yo le hablo de trabajo y el dice que no puede, “tú sabes que no puedo trabajar”.”*

Las citas señaladas reflejan la realidad de la persona en cuando a roles sociales, y en específico, como el rol de enfermo es mantenido tanto por la persona como el entorno social, lo que comprueba el vínculo directo entre el *self*, las actitudes y gestos del entorno, y la definición subjetiva de la enfermedad. El relevo de obligaciones sociales es evidente en este caso, en especial con respecto a los roles productivos, lo que es reafirmado a través del estudio sobre la ejecución de roles sociales realizado anteriormente, es así que la persona diagnosticada con esquizofrenia en este caso es limitada tanto por sí misma, como el entorno, producto de las condiciones ambientales en la cual se desarrolla, extendiendo este rol pasivo más allá de lo estimado por Parsons con respecto a su temporalidad, lo que se opone a los casos más favorables hacia la integración sociolaboral, puesto que el rol de enfermo fue ejecutado durante un menor tiempo, producto de ambientes sociales más favorables hacia la integración al sistema, dentro de esta lógica.

En este caso, la definición subjetiva de la esquizofrenia se traduce empíricamente en la última cita planteada por el entorno social, puesto que el aspecto de la expresión de una limitación propia del conocimiento socialmente estructurado alrededor de la enfermedad, producto de la internalización de actitudes y gestos limitantes, se convertido en una realidad práctica, puesto que la persona se limita inmediatamente en relación a la obligación social de participación en los medios productivos.

Esto posee último posee dos lecturas importantes. La primera lectura hace referencia a la internalización del rol de enfermo producto del entorno social y de la propia definición subjetiva de la esquizofrenia. La segunda lectura tiene directa relación con el concepto de la evasión de responsabilidades o presiones sociales asociada a las enfermedades. En este sentido, el caso 4 hace referencia a la comodidad de una participación pasiva en el ámbito productivo, lo que significa que la persona ha internalizado el sistema social interno dentro de

su entorno social directo, producto del surgimiento de un *self* pasivo, lo que es reforzado por las actitudes del entorno con respecto a este último, y en específico, las citas del entorno social son evidentes en este caso, lo que pone sobre el tapete las características limitantes del entorno social que se han fijado en el sujeto, extendiendo la temporalidad del rol de enfermo, y en este sentido, limitando la propia acción del sujeto, lo que se refleja en las motivaciones y acciones frente a su propio desarrollo.

Se debe establecer que a pesar de que el Caso 4 exprese aspectos positivos frente a su propio desarrollo, a través de las citas en relación al rol de enfermo, específicamente frente a la motivación requerida para el abandono de este rol (motivación del paciente como fundamental en la reintegración al sistema social según Parsons), finalmente, el desarrollo social y laboral se ve truncado por este rol y por las características del entorno social que se reflejan en el individuo.

A diferencia de los casos anteriores, este caso representa el surgimiento de una persona que ha internalizado un rol único, el cual se relaciona con su desarrollo social solamente al interior de su entorno familiar, lo que se convierte en entorno social, y en este sentido, la limitación propia del entorno y del sujeto, permite afirmar que el caso 4 realiza solamente roles sociales asociados a la familia, y en este sentido, el rol de enfermo, en cuanto a relevo de obligaciones sociales, dependencia, desamparo y constante necesidad de ayuda, se ha transformado en el rol único que realiza la persona, lo que convierte el desarrollo de roles sociales en potenciales conflictos entre ellos.

6.3.3.2 Caso 5

El Caso 5 posee características diferentes al Caso 4, puesto que el entorno social es favorable hacia el desarrollo de roles sociales, se diferencian fundamentalmente en el aspecto de

participación en entornos sociales que potencian o reducen la capacidad de la persona en realizar diversos roles sociales.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

RED₅: *“Pero que sí, pero creo que yo, si trabajo a horario fijo me cuesta. Yo creo que si vuelvo a trabajar, y levantarme a las 8, es muy temprano o a las 7:30, es como más sacrificado. Y trabajar hasta las 8 o 7, como que yo perdí ese ritmo de trabajo, hace como un año o diez meses, trabajar así*

RED₅: *“el hecho de que tenga una pensión es un beneficio, no es mucho, pero está buena, porque me llega plata. Incluso allí en la oficina de la discapacidad me dan entradas para el municipal, al hall*

RED₅: *“No. Bueno, yo he escuchado que las pensiones las van a aumentar, entonces es un beneficio.”*

RED₅: *“En mi casa vivimos con 2 pensiones, pero no hemos pasado malos tiempos. Eso sí, el otro sociólogo hablaba de que las personas que trabajan bajo contrato quieren que trabajen muchas horas, que hay problemas con los sindicatos, y se enferman, si es así, trabajar así, prefiero mantener la pensión. Conocí gente que les dio depresión trabajando y se enfermó.”*

RED₅: *“No, tengo pensión. Trabajé una vez porque no había plata en la casa.”*

RED₅: *“Desde que estoy en la corporación, me relajo, llego a la casa y hago muchas cosas.”*

RED₅: *“yo le digo “una persona que estudie en la universidad se tiene que amanecer”, como que les pasa mucho”, y yo creo que no puedo hacer eso, estar hasta las 2am, porque yo me acuesto a las 11 y me quedo dormido 11:30 todos los días, tengo un régimen muy ordenado.”*

RED₅: *“Un trabajo de responsabilidad es estresante a veces. Mi cuñado gana plata, tiene buena situación, pero tiene un trabajo de responsabilidad y se estresa.”*

RED₅: *“Es por el régimen que tengo de acostarme temprano, de dormir, es por mi régimen de sueño.”*

RED₅: *“Yo estudié en mi época, si quisiera estudiar ahora podría pero no lo voy a hacer, por el régimen que tengo.”*

RED₅: *“el hecho de que tenga una pensión es un beneficio, no es mucho, pero está buena, porque me llega plata.”*

RED₅: *“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.”*

Entorno social

REF_{5.1}: *“Efectivamente, tiene un rol más pasivo.”*

REF_{5.1}: *“ahora que viene acá a la corporación, las hace con más ganas, con más agrado que cuando estaba en la casa, porque me dice que siente que se liberó de mí, porque nos estábamos topando y pareciera que estaba topando. Y sentía como si él estuviera molestando, entonces les gusta venir para acá*

REF_{5.1}: *“El dice no, en serio, ya hablemos del estudio, mira (Caso 5), a ti que te gusta historia, no te gustaría volver a estudiar a enseñar, no porque las personas que estudian se tienen que amanecer, y como tu hermano cuando estudiaba no se amanecía, sabís que mejor, déjalo allí no más, yo le digo (Caso 5) tu puedes estudiar...”*

REF_{5.1}: *“La estructura de horarios la tiene para no hacer lo otro.”*

REF_{5.1}: *“no pues (referente significativo), yo ya no puedo tomar, no puedo ir a fiestas porque tengo que dormir.”*

REF_{5.1}: *“entonces nos tenemos que contener de hacer cosas, yo me tengo que ir a la casa temprano porque no lo puedo dejar solo, no podemos ir a dar una vuelta, ni siquiera trasnochar, porque él me dice “no puedo, porque voy a andar mal.”*

REF_{5.1}: *“Entonces con respecto al trabajo, es que eso complica.”*

REF_{5.1}: *“el ha tenido que hacer cosas porque hay que hacerlas, pero le cuesta, mira (Caso 5) arréglate el enchufe, “yo no lo sé hacer”, la llave, “yo no lo sé hacer”.”*

REF_{5.1}: *“dije yo te compro la madera y me haces este mueble para el baño y me dice “no, no, no tengo las herramientas tampoco”. Viste tu, entonces no le pregunto más, entonces le dije, (Caso 5) si no es difícil, tú tienes que hacer esto y esto otro, “y si no lo sé hacer”, esa es su respuesta.”*

El caso 5 refleja aspectos claves del rol de enfermo de Parsons, en el sentido que la persona experimenta los derechos y deberes asociados a este rol. En este caso, los requerimientos de un horario establecido para el tratamiento farmacológico, como parte de los deberes del rol de enfermo, es ejercido por el caso 5. De esta forma, con respecto a los roles sociales ejercidos por el caso 5, se puede afirmar que, a pesar del desarrollo social, el rol de enfermo se enfoca directamente en este caso a los aspectos productivos de los roles sociales, específicamente con respecto al trabajo. Parsons señala que la enfermedad puede ser una forma de evasión de las presiones sociales, y por ende, de las responsabilidades sociales, lo que se relaciona con la evasión de una participación social en forma de rol productivo.

En este caso tiene diversas aristas que son clave en el aspecto del desarrollo social y laboral, la primera es la evasión de las responsabilidades sociales asociadas a la enfermedad, tanto a nivel

de estudios, como de roles productivos. La persona diagnosticada con esquizofrenia a pesar de realizar diversas actividades que se enmarcan en la participación activa en la sociedad, lo que se puede interpretar mediante la teoría funcionalista de Parsons, que el caso 5 mantiene el rol de enfermo exclusivamente en la evasión de responsabilidades a nivel productivo, lo que es expresado por el entorno social. Este caso ha internalizado roles sociales pasivos, producto de los entornos sociales en los cuales se desarrolla, lo que se refleja en su participación social.

En consecuencia, el rol de enfermo en este caso es mantenido y perpetuado por los diversos entornos sociales en el que la persona se desarrolla, tanto en la institución religiosa, como en la institución de salud mental, y en última instancia, en el entorno familiar, puesto que la propia pasividad del sujeto significa un ingreso económico. En este sentido, el rol productivo ha sido suprimido en favor de un desarrollo de un rol que tiene como eje el desarrollo social activo en la sociedad, pero que restringe el área productiva. Por lo tanto, el conflicto entre roles sociales es evidente, y de esta forma, relevante en el establecimiento de las motivaciones y acciones frente al proceso de inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia, esto último será comprobado empíricamente en el análisis del proceso de inserción social y laboral, puesto que el desarrollo de relaciones sociales y laborales está influido por lo señalado durante este análisis.

En relación a los 5 casos expuestos anteriormente, cada caso representa características únicas producto de condiciones personales, del entorno social y médico tratante, lo que por lo tanto, ofrece diversas aristas con respecto al desarrollo de roles sociales, y en específico como se articula el rol de enfermo en estos casos, pero a pesar de esta especificidad, es posible el establecimiento de características transversales para todos, en relación al rol de enfermo.

En primera instancia, la temporalidad del rol de enfermo está condicionada directamente al entorno social, la definición subjetiva de la esquizofrenia de éste y de la persona diagnosticada con la enfermedad, puesto que estos factores son esenciales en el desarrollo de roles sociales,

por lo tanto, una extensión en el rol de enfermo implica una limitante en el desarrollo de los otros roles. En segunda instancia, el rol de enfermo puede significar una evasión de las responsabilidades sociales, los cuales se centran en dos aspectos: el desarrollo social, y el desarrollo laboral. Se debe hacer una distinción puesto que a pesar de que las personas diagnosticadas con esquizofrenia cumplan con roles enmarcados en sus correspondientes entornos sociales, el rol de enfermo puede ser utilizado como forma de evasión de las responsabilidades laborales, lo que se puede asociar al aspecto económico de la discapacidad psíquica, como un beneficio secundario a la enfermedad expresado en la recepción de una pensión de discapacidad.

Finalmente, el desempeño del rol de enfermo está supeditado a la persona en sí misma, puesto que, dentro de la teoría parsoniana, la motivación del sujeto en su propia recuperación es fundamental para el abandono de este rol y la integración de la misma dentro del sistema social. Se debe considerar que la mantención y perpetuación de este rol significa un inherente conflicto con los roles sociales activos que son requeridos en la sociedad actual.

6.4 CONFLICTO DE ROLES

El análisis anterior permitió establecer la participación social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia a través del ejercicio de roles sociales. Esta participación no está exenta de conflictos en esta ejecución de estos roles, partiendo de la premisa de que la ejecución del rol de enfermo parsoniano al reducir la participación social al mínimo, al asociar a la enfermedad a un relevo de obligaciones sociales y, de esta forma, permitir que la persona supere la enfermedad y de esta forma, con su eventual mejoría, sea funcional al sistema.

El análisis propuesto a continuación relaciona el ejercicio de los roles sociales a través del conflicto que surgen en su ejecución, a través del análisis de la codificación y categorización

de la información proveniente de los individuos involucrados en el proceso, como la persona diagnosticada con esquizofrenia y el entorno social en el cual está inmerso. Dentro de la lógica del análisis anterior, la participación y los conflictos que significan tanto el rol de enfermo con respecto a los otros roles sociales.

6.4.1 Caso 1

Las condiciones del entorno en el Caso 1 proporciona un ambiente social favorable hacia la integración social y la participación mediante la ejecución de roles sociales. Esta participación mediante roles no está, como es mencionado anteriormente, exenta de conflictos tanto con respecto a la propia enfermedad y el entorno social y laboral. En este caso en particular, se manifiesta los conflictos de roles en el sentido de un quiebre con respecto al rol laboral con respecto al rol social que significa una enfermedad psiquiátrica.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CRD₁: *“Hay quiebre, ruptura, incomprensión, rechazo.”*

CRD₁: *“Ahí ocurren los conflictos. Con tu medio laboral, tu medio familiar.”*

CRD₁: *“Cuando estaba estudiando estaban preocupados, porque estudiaba de noche y era más complicado no cansarse, o sea, estudiar y trabajar es más agotador, pero yo lo pude hacer y ellos me apoyaron y recibí apoyo de amigos, de mi trabajo y se pudo hacer.”*

Familiar u otro referente significativo

CRF_{1.1}: *“Desde luego, los que la nombraron, ellos saben que tiene esta discapacidad,”*

CRF_{1.1}: *“A veces pensamos que ella se aprovecha, porque a veces hay cosas que no le gusta hacer, y que las hace mal para que no la manden a hacer.”*

En el Caso 1, surgen conflictos directos entre la ejecución de los roles sociales y el rol de enfermo desde la perspectiva externa a la persona, o sea, el entorno social. Por otra parte, la enfermedad puede servir de excusa para la evasión de responsabilidades sociales, lo que responde a un conflicto de roles en el Caso 1 en el ámbito familiar, al ejecutar el rol de enfermo bajo ciertas condiciones, en contraposición a un rol familiar establecido, como ayudar en la casa. El Caso 1 se ha desarrollado plenamente, a pesar de los conflictos de roles, y por otra parte, como factor a considerar, el entorno laboral actual conoce la condición médica del caso. Por lo tanto, los conflictos de roles solamente ocurren a nivel familiar, y con aspectos irrelevantes al objetivo de la investigación presente.

6.4.2 Caso 2

En el caso 2, el conflicto de roles más evidente dentro del análisis es el surgimiento de un rol de persona con esquizofrenia, esto se muestra en las siguientes citas:

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CRD₂: *“Miedo producto de la enfermedad, yo creo que sí.”*

CRD₂: *“Entonces allí me di cuenta que yo no tengo que decir las cosas, sino que tengo que estar callado, y no decir nada, y hacer la profesión como si nada, siempre en silencio.”*

CRD₂: *“Yo no tengo pareja, yo creo que es por lo mismo, que es por la propia enfermedad.”*

CRD₂: *“Me pasa a veces, si, por ejemplo, les digo no me habléis nada porque las voces me molestaron mucho hoy, le digo a mi hermano o a mi tío, y me encierro en la cama a ver tele o duermo. Hasta el día de hoy me pasa.”*

El caso 2 ofrece una visión de los conflictos de una persona diagnosticada con esquizofrenia en la realidad social de ésta, producto tanto de la enfermedad en sí, a través de los síntomas positivos de la enfermedad, los que pueden vincularse al surgimiento del yo; tanto como de la discriminación y estigma asociados a ésta. En este sentido, el Caso 2 se ve afectado por el conflicto entre el la ejecución temporal del rol de enfermo, y los roles sociales y laborales.

6.4.3 Caso 3

El Caso 3 señala el conflicto entre roles producto del estigma de la esquizofrenia, en el sentido de ocultar la enfermedad, tanto a nivel de roles sociales como laborales, al igual que el caso anterior, la ejecución del rol de enfermo en este caso es temporal, como es definido teóricamente por Parsons, pero al igual que el caso anterior, existen conflictos en el desempeño de roles sociales, producto del estigma por un lado, y la desinformación que debe llevar a cabo la persona diagnosticada con esquizofrenia para evadir el estigma y la discriminación.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CRD₃: *“Porque como persona, hay cosas que me limitan en lo afectivo y en lo laboral, tanto como afectivo en tanto familia, o pareja o lo laboral, siempre va a haber un tope.”*

CRD₃: *“siempre va a haber un tope, porque de qué manera va a reaccionar mi empleador frente al problema que yo tengo, y en lo afectivo, de qué manera mi pareja lo va a tomar, si acaso lo va a tomar con recelo.”*

El caso 3 expresa conflictos con respecto a su propia enfermedad y su desarrollo de roles sociales, los cuales se centran en cierto grado en el estigma de la esquizofrenia, y la necesidad de ocultar la discapacidad para lograr un proceso de inserción social y laboral. Por otra parte, las limitaciones de la persona pueden surgir de diversos factores externos a la investigación, como fue señalado anteriormente, siendo éstos limitaciones al proceso e incluso generar conflictos de roles, puesto que se muestran las contradicciones y ambigüedades que surgen desde el *yo*. Por otra parte, este mismo proceso de desinformación puede conllevar a problemas aún mayores, que finalmente, limitan y discapacitan a la persona en su vida cotidiana, social y laboral.

6.4.4 Caso 4

El conflicto de roles activos frente a los roles pasivos es evidente en el caso 4. Como fue desarrollado anteriormente, la persona y su entorno es reticente a la participación activa de ésta en el sistema social, producto de la definición subjetiva de la esquizofrenia y entornos sociales desfavorables, lo que extiende la ejecución del rol de enfermo más allá de su temporalidad, lo que se opone al desarrollo de otros roles sociales. En este sentido, la persona ha internalizado el sistema social generado en su entorno social directo, limitando su propio desarrollo de otros roles, al internalizar actitudes y gestos desfavorables a esto último.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

CRD₄: *“No sé, porque no encajo. Sí, me dificulta bastante.”*

CRD₄: *“Más que polémicas, no encajan en el discurso normal de las personas que podríamos decir son “normales”.”*

CRD₄: *“Creo que las limitaciones son propias del hecho de que fuera del círculo social familiar no calzo.”*

CRD₄: *“Yo creo que sí, porque tendría problemas con el jefe si no hiciera bien el trabajo.”*

Entorno social

CRF_{4.1}: *“El no puede entrar a un régimen de trabajo de 8 horas, no aguanta.”*

CRF_{4.2}: *“A veces cuando me acompaña a comprar, como que se descompensa, la gente como que se estresa.”*

CRF_{4.1}: *“Tenemos que aceptar que no puede trabajar, que tengamos que resignarnos a eso.”*

CRF_{4.1}: *“yo no lo encuentro apto para trabajar.”*

En este caso, el conflicto de roles es evidente. La persona ha internalizado un rol único, el cual se relaciona con su desarrollo social solamente al interior de su entorno familiar, lo que se convierte en entorno social, el cual también tiende a la pasividad. En este sentido, el único rol que realiza la persona producto de los factores mencionados en la parte 1 y 2 del análisis, han

generado en el individuo una mantención constante del rol de enfermo, lo cual es reforzado por el entorno social e, internalizado por la misma persona diagnosticada con la enfermedad.

El conflicto de roles es asociado de esta manera, teórica y prácticamente a la incapacidad de la persona de adoptar otros roles sociales, producto de la mantención del rol de enfermo, el cual en este caso se centra en el relevo de obligaciones sociales, potenciado por el entorno social, el cual ha expresado empíricamente la definición subjetiva de la esquizofrenia, y a nivel empírico, como actitudes y gestos como poco favorables hacia el desarrollo laboral, lo que mantiene y perpetúa el rol de enfermo.

6.4.5 Caso 5

El Caso 5 ofrece una perspectiva centrada en el conflicto entre los roles de enfermo y los roles sociales, pues se establece la relación entre el beneficio económico de la pensión de discapacidad y la búsqueda de empleo, junto con la utilización de la enfermedad como excusa del relevo de obligaciones sociales, lo que se enmarca en el rol de enfermo parsoniano.

Persona diagnóstica con esquizofrenia

CRD₅: *“No, tengo pensión. Trabajé una vez porque no había plata en la casa.”*

CRD₅: *“Cuando estaba mucho rato en la casa se creaba fricción, desde que estoy acá no”.*

CRD₅: *“Trabajar con contrato no creo, porque pierdo la pensión, prefiero estar en la (centro de salud) y quedarme aquí y hacer cocadas, lo prefiero, no voy a hacer mucha plata, pero algo es algo.”*

Familiar u otro referente significativo

CRF_{5.1}: *“La estructura de horarios la tiene para no hacer lo otro.”*

CRF_{5.1}: *“Para no hacer los otros roles, porque cuando le hablo de trabajar, bueno, el tiene una pensión, entonces me dice “mira, por qué no puedo trabajar, porque hacen contrato”.”*

CRF_{5.1}: *“Efectivamente, tiene un rol más pasivo.”*

CRF_{5.1}: *“si él quiere trabajar, tiene que olvidarse de los horarios que tiene”.*

CRF_{5.1}: *“no podemos ir a dar una vuelta, ni siquiera trasnochar, porque él me dice “no puedo, porque voy a andar mal.”*

CRF_{5.1}: *“Se hace lo que él quiere, por ejemplo, otro tipo de conducta.”*

CRF_{5.1}: *“y a veces me decía “me van a llamar por teléfono para darme un trabajo”, yo le decía para, para con eso porque no te van a dar.”*

CRF_{5.1}: *“gatito de chalet, es porque le gusta hacer nada, le digo que no le diga así, si igual hace las cosas.”*

CRF_{5.1}: *“‘tú puedes trabajar hasta de conserje’ y me dijo ‘no, porque ellos están hasta las doce de la noche y a esa hora estoy acostado.’”*

El conflicto fundamental entre roles que surgen en el Caso 5 es entre los roles productivos y sociales y el rol de enfermo, manifestado en la mantención de horarios estructurados por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia, lo que se puede vincular a la utilización de la enfermedad como excusa para el relevo de obligaciones sociales, esto también se puede vincular al surgimiento del yo, como respuesta individual al medio social. El entorno social también está condicionado a las características de los roles sociales ejercidos por la persona con esquizofrenia, lo que se traduce en un surgimiento de un rol social único, el cual es el rol de enfermo, que en este caso se centra en la evasión de responsabilidades productivas. En este sentido, el Caso 5 ejecuta un rol de enfermo centrado en la evasión de responsabilidades productivas, pues su condición de discapacidad significa un beneficio económico.

Los conflictos entre roles que poseen los casos presentados poseen tintes diferentes, puesto que cada uno es una realidad única, con características únicas y componentes que varían dependiendo de los entornos sociales y productivos en los cuales se enmarcan. En base a lo señalado, a pesar de los diferentes acentos con respecto a sus conflictos de roles sociales, el Caso 1 presenta conflictos de roles sociales dentro de la familia mínimos y que no son

relevantes a la investigación, mientras que los conflictos entre roles en los casos 2 y 3, son respecto a su posición como personas con esquizofrenia, y en este sentido, del conflicto del rol se puede afirmar que en el grupo 3, el rol de enfermo toma una perspectiva diferente en contraposición con los roles sociales y productivos, pues en el Caso 4, el rol de enfermo es el rol social único que ejerce la persona diagnosticada con esquizofrenia, mientras que el Caso 5 el rol de enfermo se aplica solamente en las restricciones personas hacia el desarrollo de actividades económicas, tomando el deber de la persona de sanar como excusa para el establecimiento de roles pasivos.

**7 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. TERCERA PARTE: RESULTADO DE LA
DEFINICIÓN SUBJETIVA DE LA ESQUIZOFRENIA, ACTITUDES DE GRUPO
Y ROLES SOCIALES EN EL PROCESO DE DESARROLLO E INSERCIÓN
SOCIAL Y LABORAL DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA CON
ESQUIZOFRENIA: MOTIVACIONES, ACCIONES, LIMITACIONES Y
PROBLEMÁTICAS**

Introducción

El concepto de *definición subjetiva de la esquizofrenia*, vinculado a las actitudes y gestos del entorno social y finalmente, al desarrollo de roles sociales, incluyendo el *rol de enfermo*, ha determinado las actitudes y conocimiento de la persona con esquizofrenia frente a su desarrollo social y laboral. En este sentido, el reflejo empírico de los establecido en la parte 1 y 2 del análisis sociológico, está establecido a través de las motivaciones y acciones de la persona diagnosticada con esquizofrenia, frente a su proceso de inserción social y laboral, la trayectoria laboral y el desarrollo social de la persona. Como contraste a esto, se estudiarán las limitaciones frente a estos procesos de inserción, tanto en la persona diagnosticada con esquizofrenia, como en el entorno social, junto con el *estigma* asociado a la enfermedad. Esta parte del análisis se estudiará por casos, lo que significará una aproximación más exhaustiva de los procesos de inserción de la persona diagnosticada con esquizofrenia, utilizando corpus de texto de ésta y del entorno social, que en este caso, son familiares u otros referentes significativos. De esta forma, el esquema de análisis está establecido en el siguiente orden:

7.1. Inserción social y laboral.

- Motivaciones y acciones
- Desarrollo de relaciones sociales
- Desarrollo de relaciones familiares
- Trayectoria Laboral
- Perspectiva educacional.

7.2. Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral.

- Limitaciones personales
- Limitaciones personales frente al empleo
- Limitaciones del entorno social
- Limitaciones del médico
- Estigma
- Problemáticas frente al trabajo

7.1 Inserción social y laboral

Está establecido en la teoría de Parsons, que la motivación para mejorarse por parte de la persona enferma es fundamental para el proceso de reinserción en el sistema social, al hacer abandono del rol de enfermo y de esta forma, la persona recupera su estado funcional al sistema. En este sentido, hemos establecido a través del análisis mediante la teoría de Berger y Luckmann, cómo el entorno social es un factor fundamental en el surgimiento de la definición subjetiva de la esquizofrenia, y a través de la teoría de Mead, cómo la adquisición de un *self* producto de la interacción social centradas en la internalización de actitudes y gestos del entorno social. Establecido los aspectos *a priori* de la inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, a continuación se analizarán, como primer paso, las motivaciones y acciones de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. En segundo y tercer lugar, se establecerán y analizarán el desarrollo de las relaciones sociales y familiares de las personas con esquizofrenia respectivamente, de tal forma de esclarecer el vínculo social de las personas diagnosticadas con la enfermedad. En cuarto lugar, la trayectoria laboral de la persona con esquizofrenia, de tal manera de verificar de forma empírica, cómo la persona se ha desarrollado a nivel productivo, de tal manera de comprobar y contrastar lo señalado en la primera y segunda parte del análisis, con lo netamente empírico. Finalmente, la perspectiva educacional de las personas con esquizofrenia es un aspecto de relevancia dentro del estudio, pues permite comprobar los aspectos teóricos, al igual que la trayectoria laboral, con los aspectos empíricos desarrollados en esta parte del análisis.

Las siguientes citas señalan empíricamente los componentes del proceso de inserción social y laboral desde la perspectiva de las personas con esquizofrenia y entornos sociales. Este análisis se realizará por casos, partiendo desde el grupo 1.

7.2 Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 1

7.2.1 Caso 1

7.2.1.1. Motivaciones y Acciones

El primer paso dentro de la tercera parte del análisis son el escrutinio de las motivaciones y acciones con respecto a la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia, en el sentido de que las motivaciones y acciones, tanto como reflejo de las actitudes de grupo, como del surgimiento de la definición subjetiva de la esquizofrenia, muestran empíricamente el desarrollo sociolaboral de la persona, estableciendo en primera medida, cómo se desarrolla y articula su proceso de inserción laboral.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

- Motivaciones frente a la situación

MAD₁: *“No, o sea, lo más importante fue estabilizar la situación, o sea, recuperarse de la crisis, y empezar a caminar con esperanza en el centro de rehabilitación psicosocial.”*

MAD₁: *“por eso hay que hacer de nuevo la vida, crear nuevos lazos, nuevas relaciones, muchas veces no tienes conexiones con las anteriores, sino que uno tiene una vida nueva totalmente desvinculada a la anterior.”*

MAD₁: *“porque hay cuidar la higiene personal, social y mental, manteniendo los tratamientos, manteniendo una relación armoniosa con las personas, con uno mismo.”*

MAD₁: *“Claro, allí va mucho con el autoestima, la esperanza, la responsabilidad. Eso. La perseverancia.”*

- Motivaciones frente al desarrollo social

MAD₁: *“Rehacer las rutinas y el contacto con todo.”*

MAD₁: *“Me refiero a higiene mental, a una adecuada carga laboral y de estudios, me refiero a que me tome mis medicamentos en forma constante, en forma responsable y que mantenga mis controles con mi médico.”*

MAD₁: *“Claro, sin la actitud positiva se dificulta, si uno no nada en el naufragio, quien te va a ayudar, si uno no pide ayuda quien.”*

- Motivaciones y acciones frente al desarrollo laboral

MAD₁: *“El interés por progresar en mi vida.”*

MAD₁: *“Hay que partir de cero, no más, con mucha esperanza.”*

MAD₁: *“Motivada por el programa de integración laboral del centro de rehabilitación. Era un programa de reintegración proactivo con apoyo.”*

MAD₁: *“Si, por eso, tener una nueva vida, nuevas opciones. Con esperanza, con perseverancia todo se puede. Además de que lo hice al mismo tiempo estudiar y trabajar, sin dinero no podía realizar el estudio.”*

MAD₁: *“Si, mi familia me apoyó en todo lo que he hecho.”*

MAD₁: *“También una buena psicoeducación, y el apoyo que necesitan, los ingresos que necesitan para estudiar o moverse, tener la información adecuada en el momento adecuado, tener tejido social.”*

Familiar y otro referente significativo

MAF_{1.1}: *“Esto empezó en el hospital, con una señora que atendía a un grupo de jóvenes que tenían este problema y que los ayudaba con médicos psiquiatras. Entonces le recomendaron esto, y fue muy bueno.”*

MAF_{1.1}: *“Un mes en el Hospital Salvador y luego empezó a ir, - bueno allí lo pasó mal, porque era muy cerrado. Yo creo que quería que la dejaran tranquila, porque estaba acostumbrada a tener una pieza sola.”*

MAD₁: *“Bueno, yo soy la que lleva la iniciativa y ellos me protegen.”*

El caso 1 muestra las motivaciones y acciones frente a su proceso de rehabilitación y reinscripción social, la cual tiende a un desarrollo positivo frente a la inserción laboral y social, esto se vincula a las características de la definición subjetiva de las esquizofrenia y del surgimiento de un *self* cuyas orientaciones apuntan a un desarrollo social y laboral positivo y pleno, producto de entornos sociales favorables. Las motivaciones y acciones realizadas por la persona permiten afirmar plenamente, que la persona se desarrolla social y laboralmente, esto se vincula también, al hecho de haber realizado un proceso terapéutico sociolaboral, lo que permitió que la persona adquiriera las herramientas necesarias para insertarse plenamente en a

nivel social y productivo. En este sentido, los familiares al realizar un proceso similar en relación a la enfermedad, permitieron que la persona diagnosticada con la enfermedad insertarse sociolaboralmente, teniendo los estímulos requeridos para un proceso pleno.

Lo mencionado anteriormente se vincula directamente en la aplicación a priori de los conceptos sociológicos enmarcados teóricamente en la primera parte del análisis, pues muestra que la persona diagnosticada con la esquizofrenia posee un *self* y una definición subjetiva de la esquizofrenia que indican que la persona ha realizado exitosamente el proceso de inserción social y laboral.

A continuación se analizarán los aspectos del desarrollo de relaciones sociales de la persona diagnosticada con esquizofrenia, desde su punto de vista, como de los familiares directos.

7.2.1.2. Desarrollo de relaciones sociales

Persona diagnosticada con esquizofrenia

- Desarrollo social de la persona con esquizofrenia

DRSD₁: *“Es como una vasija de barro. Se quiebra y tu vida está rota, hay que volver a moldearse de cero, moldearse de nuevo, con nuevos recursos, nuevas comprensiones de la realidad, nueva actitud, nuevos instrumentos, nuevas relaciones sociales, tienes que rearmarte de nuevo, de cero, hacer una nueva vasija, partir desde la misma masilla, de lo quedó. Hay que partir de cero, no más, con mucha esperanza.”*

DRSD₁: *“Bueno, hay un quiebre con las relaciones sociales y laborales con las que uno estuvo en contacto cuando ocurrió la crisis, hay que recomponer las relaciones, ya que son muy difíciles.”*

- Perspectivas sobre el desarrollo social

DRSD₁: *“Claro, hay que recomponer la vida, crear nuevos lazos.”*

DRSD₁: “Así, los vínculos con las personas cuando yo tuve la crisis, se rompieron, fueron muy difíciles de recomponer, la confianza es dudosa, y las expectativas de las personas son muy bajas.”

DRSD₁: “Si existe, en el sentido de que algunas personas manifiestan temor al relacionarse con una persona con esquizofrenia, en el minuto en que se le manifiesta esa condición.”

DRSD₁: “En mi grupo de amigos sí, porque yo les consultaba, les pedía su opinión personal sobre lo que yo les quería preguntar, ellos me daban su opinión y con un enfoque de cariño, de ver que uno realmente cumpla sus metas de progreso. Que sean apoyadores.”

DRSD₁: “No, hay que prestarle atención a la discriminación, hay que ver la estrategia necesaria para poder superarlo, además que es una nueva vida, tener nuevas relaciones sociales, nuevas máscaras sociales.”

Familiar u otro referente significativo

DRSF_{1.1}: “hizo su práctica en el norte con ellos, estuvo metida allá harto tiempo durmiendo en un tablero en una escuela en el verano y así se hizo amigos.”

DRSF_{1.1}: “Si, pero ella no tiene problemas con ello, todos la tratan normalmente, además ella se ha abocado mucho en la iglesia, y en la casa me ayuda, me acompaña a la iglesia y allí la conocen.”

DRSF_{1.1}: “aunque algunos saben, los más cercanos.”

En esta línea de análisis, la persona diagnosticada con esquizofrenia ha logrado un desarrollo social y laboral pleno, a pesar de problemas como la discriminación y el estigma asociado a la enfermedad. La persona a través del desarrollo de una terapia, y del apoyo del entorno social cercano ha establecido las condiciones requeridas para una inserción plena. Por otra parte, explica los requerimientos necesarios para este proceso, el cual incluye una nueva formación social, producto del abandono social en la cual la persona con esquizofrenia se ve envuelta una vez manifestada la enfermedad. Las condiciones establecidas por la persona de este modo, se reflejan teóricamente en lo señalado en la primera parte del análisis, en cuanto a que la persona ha establecido una definición subjetiva y un *self* que permiten afirmar, que la persona participa íntegramente en el sistema social.

Como complemento a lo establecido anteriormente, es necesario realizar un análisis del desarrollo de las relaciones familiares de la persona, puesto que el entorno social directo tiene una relación directa en la participación de ésta.

7.2.1.3. Desarrollo de relaciones familiares

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRFD₁: *“Si me ha alentado a realizar mi vida de forma normal.”*

DRFD₁: *“Si, bueno ayudó también que en la familia hubiera un miembro de la profesión de la salud, que tenía contactos con enfermeras de psiquiatría, que tenía formación en el área, que tenía, conocimientos de psiquiatra y psicólogo, además de un químico farmacéutico, que tenía conocimiento farmacológico sobre los tratamientos, y entonces en ese sentido, estaban un poco más preparados sobre como uno se recuperaba de la crisis. Eso si no tenía idea y no sabían lo importante que son los centros de rehabilitación psicosocial.”*

DRFD₁: *“Bien, hago algunas tareas en la casa, cuido a mi madre y me preocupo de las cuentas y mis sobrinos.”*

DRFD₁: *“El apoyo familiar siempre ha sido importante.”*

Familiar u otro referente significativo

DRFF_{1.1}: *“Una de las hermanas es enfermera y yo creo que ella nos enseñó a tratarla.”*

DRFF_{1.1}: *“Si, es muy preocupada de mi.”*

Las actitudes y gestos del entorno social se manifiestan de forma empírica en este caso, pues el entorno social permite una integración social, expresado en la participación en roles sociales definidos al interior de la familia. Por otra parte, el entorno social directo, a través de la participación en rehabilitación psicosocial y el apoyo, ha logrado que la persona se desarrolle plenamente. Debemos agregar a lo último, que el conocimiento sobre los tratamientos y requerimientos necesarios para un proceso de reinserción exitoso es un valor agregado a lo realizado por la familia en el desarrollo familiar de la persona diagnosticada con esquizofrenia. El entorno en este sentido, muestra de forma empírica lo señalado en la primera parte del análisis, con respecto a la influencia de ésta en la adquisición de roles y la definición subjetiva.

Este desarrollo social de la persona, expresado a través de la propia experiencia de ésta y de la familia, nos permite establecer la trayectoria laboral de la persona, y las perspectivas educacionales que surgen de la persona diagnosticada con esquizofrenia.

7.2.1.4. Trayectoria laboral

En este modelo analítico propuesto, la trayectoria laboral de la persona es de gran valor tanto teórico como empírico, pues permite establecer si las condiciones tanto de la ejecución de roles sociales y/o productivos se condicen con lo señalado teóricamente.

En el caso número 1, la trayectoria laboral de la persona se ha mantenido constante, en el sentido de la mantención de la plaza de trabajo y su perfeccionamiento posterior. Esto se puede relacionar al surgimiento de un *self* de participación activa en la sociedad, a través de desarrollo de roles sociales y productivos, lo que a su vez, modifica la definición subjetiva de la esquizofrenia.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

TLD₁: *“Bueno, hay que partir por la base de que yo entré por un cupo que obtuvo un plan de integración de discapacitados en mi centro laboral.”*

TLD₁: *“Bueno, yo al año de haber tenido esta crisis yo estaba trabajando.”*

TLD₁: *“Gracias a que hubo un programa especial de incorporación de personas con discapacidad, no fue limitante.”*

TLD₁: *“Entré a trabajar en el año 2000 y me he mantenido en mi empleo. He ido progresando, he estudiado, me he perfeccionado, me he profesionalizado, hago un trabajo voluntario, de voluntariado también, me siento bien.”*

En este caso, la persona destaca que el ejercicio de una profesión, su posterior proceso de perfeccionamiento.

Familiar u otro referente significativo

TLF_{1.1}: “Ella está trabajando con discapacitados, tengan algo parecido a ella o no, la mayoría de ellos trabajan o tienen una vida normal.”

TLF_{1.1}: “Trabaja en biblioteca.”

TLF_{1.1}: “Ella ha estado trabajando todo el tiempo en la biblioteca, ya van varios años.”

La participación laboral de la persona está vinculado directamente a su proceso de inclusión en un programa especial de empleo con apoyo, pero el establecimiento de un *self* que permita el establecimiento de roles sociales activos y la posterior definición subjetiva que tienda a lo señalado, se presenta como una *conditio sine qua non* en la participación activa de la persona en la interacción social y laboral.

7.2.1.5. Perspectiva educacional

La perspectiva educacional de la persona con esquizofrenia es fundamental en su proceso de inserción social y laboral, pues le permite adquirir las competencias laborales necesarias para una participación real en el mercado laboral, ampliando sus opciones de mejorar su calidad de vida.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PE₁: “Yo me di cuenta que era una excelente oportunidad entonces decidí iniciar un Master en gestión de información en horario vespertino.”

PEF_{1.1}: “Incluso ella hizo un libro con un agrónomo sobre plantas porque siempre se ha interesado, y ella lo ayudó y está circulando por allí el libro suyo.”

Familiar directo u otro referente significativo

PEF_{1.1}: “Ella estudió en la universidad, es antropóloga.”

PEF_{1.1}: “Se recibió del máster que estaba haciendo, y más que nada, cursos, porque trabaja en biblioteca, siempre está pendiente de estudiar.”

En relación a lo planteado anteriormente, el caso número 1 se ha desarrollado tanto laboral como educacionalmente, realizando estudios de perfeccionamiento en relación a su profesión, lo que amplía sus competencias laborales.

Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral

En relación a las limitaciones del entorno social con respecto a la participación social y laboral de la persona, el caso número 1 no posee mayores limitaciones frente a su desarrollo, tanto a nivel personal como familiar y médico, lo que permite que la persona pueda realizar diversas actividades, tanto sociales como laborales. Por otra parte, es esencial comprender que los roles sociales adquiridos por la persona están directamente vinculados a la internalización de roles producto de entornos sociales favorables, tanto al interior de la familia, como de los procesos de reinserción realizados dentro de una institución de salud.

7.2.1.6. Limitaciones entorno

(Ninguna)

7.2.1.7. Limitaciones personales

(Ninguna)

7.2.1.8. Limitaciones personales frente al empleo

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPED₁: *“A algunas personas no les gustan los talleres protegidos porque pagan muy mal, pero por otra parte, son los únicos que los buscan para entregarles trabajo, y además los recursos familiares son tan limitados, poseen solamente una pensión solidaria para moverse, para buscar trabajo o para estudiar es muy poco. La pobreza que acompaña a su discapacidad es una barrera más difícil que la discapacidad.”*

Familiar u otro referente significativo

LPEF₁: *“Ella es muy cuidadosa en su trabajo de que no se sepa su condición”.*

7.2.1.9. Limitaciones del médico

a) Persona diagnosticada con esquizofrenia

LMD₁: *“A la falta de preocupación de los médicos tratantes y del personal médico del hospital, de, hacer una psicoeducación de sus pacientes, para que las personas vuelvan a retomar sus rutinas y tengan una higiene mental, y una rutina médica y farmacológica adecuada, para tener más adherencia a los tratamientos, a los tratamientos de rehabilitación.”*

El caso número 1 es un caso que se destaca por sobre los demás casos, pues no posee limitantes de ningún tipo, lo que favorece su inserción e interacción social y laboral. El aspecto de *normalidad* en el ejercicio de roles sociales favorece su interacción social, proporcionándole una verdadera inserción laboral y social. Por otra parte, el caso número 1 afirma que finalmente, la escasez de recursos de una persona diagnosticada con esquizofrenia es su principal discapacidad, la verdadera limitante en el desarrollo y reinserción de la misma en la sociedad.

En relación a las relaciones laborales, un aspecto clave según el Caso 1, es mantener la condición oculta al resto de sus compañeros de trabajo, excepto su jefe directo y sus superiores, quienes conocen la condición médica de la persona. Esta idea se ahonda en el siguiente punto.

7.2.1.10. Estigma

Este es un punto clave en esta investigación, pues si bien, el estigma asociado a la enfermedad no es el objeto central de esta investigación, es esencial considerar este aspecto como una limitante clave en la inserción social y laboral de personas con esquizofrenia.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

ED₁: *“Bueno, es que las puertas que se cerraron, no se han vuelto a abrir.”*

ED₁: *“Todo lo contrario, para evitar el estigma, uno no puede decir eso.”*

ED₁: *“Si, además hay mucho estigma con respecto a las personas con esquizofrenia porque muchos médicos tratantes piensan que son irrecuperables.”*

ED₁: *“El miedo se transmite a la familia y a los pacientes.”*

Con respecto al estigma, el caso número 1 afirma que el estigma asociado a la enfermedad es un aspecto limitante en la inserción social de la persona con esquizofrenia, y aún más, no se debe señalar que una persona posee esquizofrenia, pues de esta forma se evita el estigma, lo que se complementa con lo señalado por el referente significativo en el punto anterior. Se debe afirmar también que el estigma es transmisible, tanto por el médico como por la familia. De esta manera, podemos relacionar la falta de inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia al surgimiento de este estigma, como lo señalan las investigaciones realizadas por el Dr. Jorge Chuaqui (Chuaqui, 2002, p. 46).

7.2.1.11. Problemáticas frente al trabajo

Frente a esto es necesario presentar las problemáticas que surgen en la inserción laboral de las personas con esquizofrenia, producto del estigma y de otras limitantes que se develarán a continuación.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PTD₁: *“Falta un programa de rehabilitación que apunte a esa área, hacia la formación de oficios o profesiones. Profesiones hay en todas partes, o sea, hay muchas ofertas profesionales, de oficios también, pero no para los ingresos que tienen estas personas.”*

PTD₁: *“El estigma, las barreras que hay para conseguir un trabajo es el estigma.”*

PTD₁: *“Los tratamientos no son los adecuados, los síntomas positivos y negativos que van en contra, o sea, los tratamientos no han sido los adecuados para superar los síntomas negativos, de la desmotivación, de levantarse tarde, de no levantarse, de bañarse, de no bañarse, de seguir una rutina.”*

Familiar u otro referente significativo

PTF_{1.1}: “*Pero siempre tiene el temor de perder el trabajo, entró a través de esta señora, y, después, bueno ahora nadie tiene el trabajo asegurado. Lo que será, será. Espero que no pase. Yo creo que es difícil encontrar trabajo a su edad, y más todavía si se sabe de su discapacidad.*”

PTF_{1.1}: “*El temor, a veces, ha tenido malas relaciones con algunos de los jefes, y tiene mucho miedo a que pierda el trabajo.*”

Acorde a lo señalado por el Caso 1, los principales problemas en la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia son fundamentalmente, el estigma; la falta de tratamientos adecuados, tanto farmacológicos como psicológicos, que permitan que las personas puedan superar los síntomas negativos de la enfermedad; la falta de una rehabilitación y de un desarrollo profesional de las personas. En esta línea, el referente significativo en *PTF_{1.1}*, afirma que el temor de perder el empleo es una constante en el Caso 1, más todavía con las implicancias que significa el ser una persona con esquizofrenia.

Finalmente, a pesar de las barreras propias del estigma y otras limitantes, el Caso 1 ha logrado desarrollar roles activos e independientes que le permiten una inserción social y laboral plena. Es de esta manera, que el caso 1 realiza una *participación activa*, producto de la internalización de roles sociales activos, entornos favorables que permiten el surgimiento de un *self* que responde a los requerimientos de una participación activa. Por otra parte, no se debe obviar el hecho de que el Caso 1 ha consolidado su inserción en base a la evasión del estigma, a través de ocultar su condición.

El Caso 1, a través de su experiencia, se convierte en el modelo de contraste en relación los siguientes casos, pues muestra las capacidades, herramientas y competencias que se deben desarrollar para logran una integración social y laboral que lleve a una participación activa en la sociedad. Por otra parte, la observación sobre las limitantes permitirán un análisis sobre éstas en relación a los diferentes grupos y sus respectivos casos en relación a la participación activa y pasiva, junto a la ejecución de los roles sociales requeridos para éstas.

A continuación, se aplicarán los puntos expuestos anteriormente en el grupo 2, cuyos integrantes, a pesar de tener experiencia laboral y carreras profesionales, se encuentran en búsqueda de un empleo.

7.3 Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 2

El grupo 2 se caracteriza principalmente por haber tenido experiencia laboral previa, pero en el momento de la entrevista se encontraban desempleados y en búsqueda de un trabajo. Como se ha mencionado anteriormente, las personas del grupo 2 comparten aspectos comunes con el grupo 1, pues ambos poseen definiciones subjetivas de la esquizofrenia similares en varios aspectos, pero no comparten en su totalidad la definición, pues cada persona tiene una definición subjetiva propia e irrepetible. Por otra parte, los entornos sociales de las personas tanto del grupo 1 como del grupo 2, se caracterizan por permitir el desarrollo social, y en cierta medida, son una motivación en el proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

7.3.1 Caso 2

7.4.1.1. Motivaciones y acciones

Persona diagnosticada con esquizofrenia

- Motivaciones frente a la situación

MAD₂: *“supe que tenía que salir adelante por mi propia voluntad.”*

MAD₂: *“240000 pesos por 30 pastillas, al mes, y allí dije yo, pero aquí no má, y hasta aquí no más llegamos, tenemos que salir adelante.”*

MAD₂: *“allí me di cuenta que estaban gastando tanta plata en mi, que dije, como no me iba a mejorar, así que empecé a mejorarme.”*

- Motivaciones frente al desarrollo social

MAD₂: *“Si, el cambio parte por uno.”*

MAD₂: *“tuve que salir adelante por mi propia voluntad como te dije.”*

Familiar u otro referente significativo

- Motivaciones y acciones frente al desarrollo laboral.

MAF_{2.1}: *“hasta que un día llegó y me dijo “voy a atender” y se puso a trabajar.”*

MAF_{2.1}: *“Mira, para el todo es la electricidad, no le des otro trabajo porque el no va. El se motiva con todo lo de electricidad, por eso hizo el curso en electricidad industrial, porque él quería llegar a CONAFE y dejar su currículum y tratar de conseguir un trabajo, porque él dice “este es trabajo al aire libre y eso no me tensiona tanto”.”*

MAF_{2.1}: *“Si lo importante es que le gusta, lo que le gusta es la electricidad, lo que más le gusta es cosas independientes, por su cuenta.”*

El caso 2 parte de la premisa de tener entornos sociales que permiten el desarrollo social y laboral, puesto que existen las condiciones para esto. En esta línea, como se expresaba en los análisis anteriores, los entornos sociales que tienen a un mayor desarrollo de un *self* activo se traduce en que la persona diagnosticada con esquizofrenia tiende a desarrollar un rol más activo dentro de sus propios entornos sociales, lo que permite que existan las posibilidades de externalizar este rol, canalizándolo en roles productivos. Por otra parte, las principales motivaciones y acciones de la persona frente a su desarrollo social y laboral surgen ante las necesidades económicas que implican un tratamiento farmacológico de última generación, lo que se traduce en que la persona deba retomar roles productivos.

7.4.1.2. Desarrollo de relaciones sociales

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRSD₂: *“Estuve de novio, en pareja con una persona enferma igual que yo, esquizofrénica.”*

DRSD₂: *“De amigos de partida no tengo yo, no tengo. Eee (sic), los únicos amigos cercanos son mis hermanos. Nada más.”*

DRSD₂: “No tengo amigos porque tengo miedo a tener nuevos amigos, a conocerlos producto de la enfermedad. Así que eso.”

DRSD₂: “Me jugaron chueco, me empezaron a jugar con cartas, empezaron a jugar con mi vida, y allí viene el miedo a conocer gente nueva. Empezaron a jugar con cartas, me hicieron una maldad. Entonces allí viene el tema a no querer conocer gente nueva, estoy como acostumbrado a estar en solitario.”

DRSD₂: “Claro, mejor solo que estar mal acompañado...”

DRSD₂: “yo no tengo pareja, yo creo que es por lo mismo, que es por la propia enfermedad.”

DRSD₂: “ahora, como que necesito una pareja o una compañía para motivarme, no importa que fuera enferma, sino que el hecho de que me acompañe, que me ayude a salir adelante, una pareja, una contención, que me ayude a salir adelante.”

DRSD₂: “no importa que sea una enferma esquizofrénica como yo, si es normal, y no tiene problemas, mejor todavía, uno se siente solo, con soledad.”

Familiar u otro referente significativo

DRSF_{2.1}: “Estuvo en una especie de relación de noviazgo, con una chica enferma que conoció en el hospital.”

En el Caso 2, el estigma social de la esquizofrenia está asociado al desarrollo social de la persona diagnosticada con esquizofrenia, pues, la enfermedad segrega a través del estigma, y por otra parte, éste limita las capacidades de desarrollo social. Eso se asocia a problemáticas expuestas por el Caso 2 con respecto a su desarrollo, pero se debe señalar que el estigma no es la explicación única en las limitaciones del individuo, sino que además existen características propias del individuo expresadas en el yo, que pueden estar bajo influencia de factores externos a la investigación.

Se debe añadir a esto último, que la búsqueda de una pareja es esencial en el desarrollo, pues permite una contención y a la vez, motivación para el surgimiento e integración social y laboral. Esto se puede asociar a que la persona ha internalizado roles sociales y productivos, pero existen causas externas e internas del yo del sujeto que se manifiestan sociológicamente, que pueden incidir en el desarrollo de éstos.

El desarrollo social de la persona con esquizofrenia a través de la ejecución de roles sociales y una participación dentro del entorno familiar es necesaria para el establecimiento de las condiciones requeridas para una integración plena tanto social como laboralmente. Esto se ahondará más en los puntos 1.3, 1.4 y 1.5.

7.4.1.3. Desarrollo de relaciones familiares

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRFD₂: *“desde que me empecé a mejorar, digamos, eee (sic), estuve en un ambiente familiar antes de recuperarme, que no sabían nada, que no sabía los problemas familiares, ellos no me contaban los problemas y yo no les contaba los míos, entonces, empecé a darme cuenta de muchas cosas que pasaban en la familia que no sabía, no lo sabía, problemas familiares, problemas económicos, problemas a nivel barrio, enterarme de las cosas que pasan, chismes.”*

DRFD₂: *“Han mejorado mucho las relaciones acá en la casa desde que me mejoré, Yo creo que a pesar de los problemas económicos, se han mejorado muchas situaciones que han generado problemas familiares y económicos, yo creo que vamos por un lugar en que todos apuntamos a un solo motivo, que es estar unidos y salir adelante con los problemas económicos, bueno, por lo mismo que pasé.”*

Familiar u otro referente significativo

DRFF_{2,1}: *“las decisiones se toman entre nosotros, lo que hacemos y decidimos es entre nosotros.”*

DRFF_{2,1}: *“De nosotros no, lo miran como un enfermo, lo miran como un inútil, porque hay unos que no lo dicen, pero lo sabemos, porque hemos escuchado los comentarios.”*

Con respecto a este punto, el Caso 2 a través de la recuperación médica y posterior integración social y la adquisición de roles sociales dentro de la familia ha permitido que el conjunto familiar pueda desarrollarse y superar diversos problemas que han ocurrido. Por otra parte, el estigma sigue siendo un factor a considerar en las relaciones sociales al interior de la familia.

7.4.1.4. Trayectoria laboral

La observación de la trayectoria laboral del Caso 2, permite afirmar que el desarrollo de roles productivos de éste le ha permitido adoptar una postura más activa frente a su propia

discapacidad y a la vez, expresa de forma empírica la adopción de un rol social productivo en base al entorno en el cual se desarrolla, adoptando un nuevo *self*, a través de las actitudes y gestos del grupo familiar.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

TLD₂: *“Así que empecé a atender el negocio, me hizo bastante bien, y que más... y atendí el negocio, luego empecé a salir a comprar solo.”*

TLD₂: *“Claro que el trabajo no lo conseguí de un día para otro, tuve que ir mes tras mes tras mes, hasta que conseguí un trabajo.”*

Familiar u otro referente significativo

TLF_{2.1}: *“Bueno, estuvo trabajando 6 meses, después otro mes, después me dijo, “no me siento capaz de ir a trabajar, me estreso mucho, me da miedo”, y si es algo al aire libre de electricidad como le gusta, si.”*

TLF_{2.1}: *“El hizo trabajos de electricidad, que le fueron aprobados por allá por ministerio, no me acuerdo de que, en un lugar comercial y tenían que ir a autorizarlo si estaba bien o no.”*

El Caso 2 de esta forma, ha adoptado roles sociales y un *self* que implican una participación activa en los campos sociales como laborales, e incluso manifestado la intención de una búsqueda laboral en su campo profesional a pesar de las dificultades propias del mercado laboral de la región de Valparaíso. Se debe señalar que el Caso 2 tiene un desempeño mejor bajo condiciones de menor presión laboral, pero a pesar de esto último, ha realizado trabajo competitivo de alta complejidad. Pero, como fue señalado anteriormente, existen variables externas como internas del sujeto, como el desarrollo del *yo*, que pueden explicar el miedo o el estrés que genera el desempeño laboral.

De este modo, la trayectoria laboral del Caso 2, nos señala que la persona cumple con los roles activos requeridos en la sociedad actual, demostrando también la definición subjetiva de la esquizofrenia, que en este sentido, tiende a una participación activa en la sociedad, pero

condicionado a variables fuera de este estudio que pueden explicar las limitaciones personales manifestadas no sólo en el *yo*, sino también en el *self*. Esto también se refleja en la perspectiva educacional.

7.4.1.5. Perspectiva educacional

PED₂: *“Después empecé a estudiar, a estudiar electricidad industrial, bueno, y aquí estoy hasta ahora.”*

PED₂: *“Si, si quiero seguir estudiando, lo mismo, electricidad domiciliaria, electricidad industrial, y lo otro que quería estudiar, pero primero voy trabajar, para juntar la plata y seguir estudiando electricidad, comando eléctrico industrial. Me sale más caro, por eso tengo que volver a trabajar para volver estudiar.”*

PED₂: *“Trabajar en el negocio y en el curso no tuve ningún problema en el curso, obviamente no dije nada, me sentía parte del grupo, me saqué un 6.2, que no es malo, fue muy bueno, valió la pena pagar el curso.”*

PEF_{2.1}: *“fue a Inacap, fue al curso, porque quería el curso.”*

PEF_{2.1}: *“Yo creo que a él le hubiera gustado ir a la universidad, tener su título”*

En el Caso 2, al igual que el caso 1, el desarrollo educacional es evidente, lo que proporciona mayores posibilidades de una integración en el mercado laboral, ya que se han desarrollado las competencias necesarias.

En resumen, el Caso 2 ha adquirido un *self* en base a su entorno social que le ha permitido la adquisición de roles sociales activos, junto con una definición subjetiva de connotaciones similares, pero el *yo* de la persona posee características limitantes a la inserción que surgen desde la persona y no del entorno, que se deben explicar en estudios posteriores. Por otra parte, *sociológicamente* la relación cíclica que se había observado en la primera parte del análisis se cumple, pero se debe mencionar la influencia de variables externas e internas de este caso que pueden dificultar el acceso al mercado laboral o un desarrollo social.

En este sentido, la persona al estar integrada dentro del sistema social, cumple con los requerimientos de ésta, expresados en su trayectoria laboral y social. Se debe señalar que el estigma sigue siendo una de las múltiples causas del truncado desarrollo social de la persona y, que en este caso, el discutido *rolde enfermo* no se ejecuta, sino que se internalizan otros roles sociales más activos.

Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral

Lo señalado en el punto anterior es posible solamente si existen las condiciones necesarias para la persona diagnosticada pueda lograr este desarrollo. Es por esto, que se deben develar las limitaciones de la persona, del entorno social y laboral en su proceso de inserción.

7.4.1.6. Limitaciones personales

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPD₂: *“Por el mismo motivo que uno está enfermo, uno mismo pone los límites, uno dice, me voy a quedar en la casa, no voy a hacer nada, no voy a ir al gimnasio, la discapacidad la pone uno mismo, uno pone los límites.”*

LPD₂: *“Me pasa a veces, si, por ejemplo, les digo no me habléis nada porque las voces me molestaron mucho hoy, le digo a mi hermano o a mi tío, y me encierro en la cama a ver tele o duermo. Hasta el día de hoy me pasa.”*

Familiar u otro referente significativo

LPF_{2.1}: *“Es tímido, su timidez le impide muchas cosas.”*

LPF_{2.1}: *“Y es allí donde me cuenta que tiene pánico, es porque es mucho el pánico que le da.”*

LPF_{2.1}: *“El tiene muchas ganas de hacer muchas cosas, no se pone limitaciones, el intenta hacer muchas cosas y yo creo que él piensa en hacer muchas cosas, pero el pánico lo invade, el tema donde más hay que estarlo picando.”*

LPF_{2.1}: *“Tiene el problema que es no poder levantarse solo, porque las pastillas le dan mucho sueño.”*

En primer lugar, el entorno familiar no limita a la persona, más bien, impulsa a la persona a desarrollarse laboralmente, como se afirmaba en las actitudes y gestos del entorno social en

relación a los roles sociales, pero la persona expresa un *yo* que limita su proceso de inserción. Por otra parte, se afirma que la persona, a pesar de tener la motivación requerida, tiene un miedo a desarrollarse, lo que se encuentra vinculado al estigma de la esquizofrenia; e incluso existen variables psicológicas y psiquiátricas que inciden en el proceso de inserción, como psicológicas e psiquiátricas, (síntomas positivos como las alucinaciones), que están fuera de las variables a esta investigación. Una limitación dentro del caso 2 es el tratamiento farmacológico, pues a pesar de que el médico tratante prescribe un tratamiento farmacológico más acorde a las necesidades de la persona con esquizofrenia, además que el caso expuesto posee problemas de sueño que pueden incidir en la capacidad de desarrollar roles sociales.

7.4.1.7. Limitaciones personales frente al empleo

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPED₂: “*no tengo que decir nada sobre mi enfermedad.*”

LPED₂: “*Miedo no más, puro miedo. Por ejemplo a trabajar también tengo miedo. Trabajar de nuevo tengo miedo, miedo a levantarme temprano, tener miedo a tensiones laborales.*”

Familiar u otro referente significativo

LPEF_{2.1}: “*quiere un trabajo, pero tener un jefe para el atroz, es algo que no esa parte no la supera.*”

LPEF_{2.1}: “*Una cosa es la timidez del, porque desde muy chico fue muy tímido.*”

Con respecto a las limitaciones personales frente al empleo, existen limitantes propias de la persona, como la timidez y el hecho de tener que lidiar con presiones laborales, expresados en las limitaciones del *yo*, además de múltiples causas ajenas a esta investigación. A pesar de esto, hay causas que se pueden explicar en las siguientes partes del análisis, como por ejemplo, el estigma social de la esquizofrenia, que impide o limita el desarrollo sociolaboral de la persona con esquizofrenia, obligándola a esconder la condición médica, al igual que el Caso 1.

7.4.1.8. Limitaciones del entorno

Al igual que en el análisis previo, no existen limitaciones con respecto al desarrollo e inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia por parte de la familia. En el Caso 2, más que limitaciones, existen motivaciones y acciones empíricas con este proceso, lo que queda exhibido en las siguientes citas:

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LED₂: *“Ninguna, ellos saben que me conocen bien y saben que los límites los pone uno.”*

Familiar u otro referente significativo

LEF_{2.1}: *“Limitaciones ninguna, porque todos lo hemos obligado a que busque trabajo, a que por ejemplo, se asee, porque al principio costaba mucho, a que, y bueno, a que tienes que trabajar, prácticamente como todos los días porque de gratis no vas a estar, entonces tienes que trabajar, de una u otra manera, aunque estés en el negocio.”*

Lo señalado anteriormente sólo confirma lo establecido en la primera y segunda parte del análisis sociológico, puesto que en éstas ya se demostraba las características del entorno social con respecto al proceso de inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia.

7.4.1.9. Limitaciones del médico

Como se ha expuesto en la primera y segunda parte del análisis, no existen limitantes por parte del médico tratante con respecto al proceso de inserción social y laboral.

7.4.1.10. Estigma

El estigma social de la esquizofrenia es la limitante mayor que debe enfrentar la persona diagnosticada con esquizofrenia. Como condición del entorno social, esta puede discapacitar a la persona, obstaculizando o limitando las posibilidades de una inserción social y laboral.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

ED₂: *“Como discriminación. Primero, yo le conté a un supervisor cuando estuve trabajando y él lo tomó bien, lo tomó bien, de buena manera. Pero después le conté a un maestro, que era el ayudante del en electricidad, y yo le conté sobre mi enfermedad, y resulta que se puso a reír, me dice “este está loco el XXXXXXXX”, empezó a comentar, y lo comentó por todos lados, “el XXXXXXXX está loco, está loco, dice que escucha voces””*

ED₂: *“Nadie se me quiere acercar.”*

ED₂: *“No tengo amigos porque tengo miedo a tener nuevos amigos, a conocerlos producto de la enfermedad. Así que eso.”*

Familiar u otro referente significativo

EF_{2.1}: *“De nosotros no, lo miran como un enfermo, lo miran como un inútil, porque hay unos que no lo dicen, pero lo sabemos, porque hemos escuchado los comentarios.”*

El estigma social de la esquizofrenia es la limitante mayor en el Caso 2, pues tanto en el ámbito laboral como familiar ha sido víctima de éste. La discriminación que el Caso 2 ha sufrido tanto en el ambiente laboral como familiar implica que su desarrollo social y laboral ha sido truncado por el estigma, *discapacitando* a la persona, puesto que el estigma surge como una barrera social impide o restringe su participación plena y efectiva en la sociedad, dentro de un marco de igualdad de condiciones con el resto de la sociedad.

7.4.1.11. Problemáticas frente al trabajo

Una de las problemáticas más frecuentes frente al proceso de inserción laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia es la pensión de invalidez o discapacidad (Ley 10.383) al momento de realizar un contrato de trabajo, pues un contrato de trabajo con imposiciones puede significar el término de la pensión, lo que impide en ciertos casos el ejercicio formal de un trabajo, limitando aún más a la persona con esquizofrenia. Esto se muestra en las siguientes citas.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PTD₂: “*la pensión me ha jugado en contra, porque si yo tuviera que empezar a trabajar de nuevo, no tengo que decir nada sobre mi enfermedad y trabajar sin contrato, para que no me descubran mi discapacidad laboral, porque si me imponen, yo no voy a recibir, no voy a poder recibir la pensión, es decir, por un lado me ayuda, y por el otro lado no me ayuda la pensión.*”

PTD₂: “*Siempre sin contrato.*”

PTD₂: “*Conseguir trabajo, y aparte de estar enfermo, hay que tener bastante persistencia, y voluntad para conseguir los objetivos.* “

Familiar u otro referente significativo

PTF_{2,1}: “*le digo no puedes trabajar por 400 lucas porque te pueden quitar el subsidio.*”

El problema de la pensión y de un contrato de trabajo está regulado del siguiente modo, acorde a las informaciones sobre las pensiones de invalidez de la Biblioteca Nacional del Congreso, una persona recibirá el 100% de la pensión mientras perciba un monto similar o menor a un sueldo mínimo. “Recibirá el 100% de la pensión si gana un monto menor o igual a un sueldo mínimo (\$172.000). El monto disminuirá conforme suban sus ingresos, hasta cero si gana más de dos veces el sueldo mínimo”(BCN, 2008, p. 3).

La pensión disminuirá mientras se aumenten los ingresos, llegando a cero si se supera o iguala un monto similar a dos sueldos mínimos mensuales. Esto plantea un problema al momento de lograr una estabilidad económica dependiente de la pensión, puesto que la reducción del beneficio podría inevitablemente a realizar trabajo sin contrato, y por ende, sin las protecciones legales del código del trabajo.

7.3.2 Caso 3

7.4.2.1. Motivaciones y acciones

Persona diagnosticada con esquizofrenia

- Motivaciones frente a la situación

MAD₃: *“estaba causando mucho mal a mi familia y a la personas que me rodeaban, y me diagnosticaron, trastorno delirante, y luego esquizofrenia. Lo sé estoy consciente de eso, me sometí a eso, a controlarme, a tomarme los remedios y a salir del pantano en el que estaba metido.”*

MAD₃: *“Entonces yo trato siempre de superarme, a veces me impongo metas.”*

- Motivaciones frente al desarrollo social.

MAD₃: *“Así que estoy en buena posición, a pesar de los años que yo tengo, es una meta muy importante, como persona y como familia.”*

- Motivaciones y acciones frente al desarrollo laboral.

MAD₃: *“Superarme como persona, siempre ser más de lo que soy, nunca me ha gustado marcar el ritmo, siempre antes de aprender a correr, tenis que aprender a caminar.”*

MAD₃: *“Mover la gente, eso me motiva, yo le he dicho a mi papá, me va a costar.”*

Las motivaciones y acciones de la persona frente a su inserción social y laboral responden a lo planteado en la primera y segunda parte del análisis, en las cuales la persona ha internalizado roles sociales que le permiten una participación activa en la sociedad, producto de entornos sociales activos que favorecen el surgimiento de un *self* de las características requeridas en este tipo de participación. Al igual que el caso anterior, *sociológicamente* se cumplen los parámetros de la relación cíclica, pero existen variables externas e internas del *yo*, que pueden explicar la problemática individual en la inserción social y laboral. Por otra parte, lo anterior muestra empíricamente las características de la definición subjetiva de la esquizofrenia. En términos concluyentes, las motivaciones y acciones quedan determinadas empíricamente en la trayectoria laboral de la persona.

7.4.2.2. Desarrollo de relaciones sociales

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRSD₃: *“las personas que me conocen y que les he contado el momento en el que estoy pasando, y que yo les he tenido la confianza, no me han discriminado, todo lo contrario.”*

DRSD₃: *“Bueno, a todo esto, tengo que entre comillas, que del grupo social que yo estoy, no saben lo que yo tengo.”*

DRSD₃: *“Incluso los amigos que tengo, saben lo que tengo, y que me conocen de antes de que me diera esto, me conocieron de una forma antes y ahora y no me molestan, me tratan como tal.”*

DRSD₃: *“Si, mira, y más que los doctores, las personas que van para allá, los internos te ayudan más que los doctores.”*

El tema de la discriminación se hace evidente en el desarrollo social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. A pesar de esto, el Caso 3 se ha desarrollado socialmente, a pesar del estigma y la discriminación a través de ocultar la enfermedad para evitar el estigma, al igual que el Caso 1 y 2.

7.4.2.3. Desarrollo de relaciones familiares

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRSD₃: *“No tengo problemas con mis hermanos, gracias a Dios, somos una familia bien unida y bien constituida.”*

DRSD₃: *“Mi mamá y mi papá no son personas ignorantes, mi cuñada, mis sobrinos tampoco. Todos me apoyan y me tratan como una persona normal.”*

DRSD₃: *“pero en cuanto a lo familiar, nunca me han limitado.”*

Como se ha explicado en la primera y segunda parte del análisis, el entorno familiar del Caso 3 permite el desarrollo social de éste, y no presenta limitaciones con respecto a su inserción laboral y social. Por otra parte, nuevamente surge el concepto de la definición subjetiva del entorno familiar y de los gestos y actitudes de grupo con respecto al proceso de inserción, surgiendo el aspecto de *normalidad* en el trato a la persona con esquizofrenia.

7.4.2.4. Trayectoria Laboral

Persona diagnosticada con esquizofrenia

TLD₃: *“Tengo dinero, no para derrochar a grandes manos, hago trabajos aparte de restauración de obras de arte, no estoy acogotado pero no es algo que me entra tan a diario, necesito a algo estable.”*

La trayectoria laboral del Caso 3 no ha sido muy amplia, pero permite afirmar que a pesar de tener un trabajo esporádico, desea un empleo estable, lo que permite comprobar empíricamente que la persona está en proceso de inserción laboral, cumpliendo con la primera y segunda parte del análisis teórico, en los cuales se señalaba que la persona, a pesar de la enfermedad, posee una definición subjetiva y un *self* que tiende hacia la integración más que a la segregación, pero el *yo* del individuo refleja limitantes que inciden el desarrollo laboral y social. A pesar de esto último, el caso 3 muestra a través de su perspectiva educacional que la persona está motivada hacia la integración social y laboral.

7.4.2.5. Perspectiva educacional

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PED₃: *“Sacar un título y aprovecharlo a corto plazo, o a mediano plazo”.*

PED₃: *““Discapacidad” educacional también, me han puesto trabas, porque yo fui a sacar unos prospectos porque quería ver si ya este otro año dar la PSU, y tratar de que si no estudio leyes, estudiar Sociología, y ver qué posibilidades tengo yo de dar la PSU y de estudiar Sociología, que es lo que me gusta”.*

El Caso 3 afirma que con respecto a la perspectiva educacional, existen ciertas limitantes propuestas por la sociedad, como lo es el estigma social y otras variables internas y externas al individuo. Por otra parte, que la persona tenga motivaciones y acciones centradas en un desarrollo educacional confirman las conclusiones de la primera y segunda parte del análisis, en las cuales se destaca que el entorno favorece este punto, generando un *self* que tiende a la

participación activa, y que la persona a pesar del estigma social de la esquizofrenia y otras variables, expresa el deseo de realizar actividades de integración social, laboral y educativa.

Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral

Las limitaciones principales que se observan en el Caso 3 se relacionan directamente a los tratamientos farmacológicos que no se ajustan a un perfil de actividad que realiza la persona, lo que provoca incompatibilidades en este aspecto, generando limitaciones físicas y psicológicas. En este sentido, los factores exteriores a las investigaciones mencionadas anteriormente pueden tener una injerencia en las limitaciones observadas en el caso.

7.4.2.6. Limitaciones personales

a) Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPD₃: *“De un principio negativo, no estaba ni ahí. No estar ni ahí significa no existir.”*

De un principio la persona diagnosticada con la enfermedad se manifestaba reacia a participar activamente en sociedad. Posteriormente a través del apoyo familiar y médico comenzó ejecutar roles sociales, pero existen limitaciones que pueden estar vinculadas a variables externas e internas que afectan el yo.

7.4.2.7. Limitaciones personales frente al empleo

a) Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPED₃: *“el remedio que más imposibilita, que te castra, físicamente y psicológicamente es la respiridona. Te aletarga.”*

LPED₃: *“Necesitas que te den la dosis justa para estar equilibrado.”*

LPED₃: *“Es un miedo, tal vez ignorancia, o también ser corto de genio, tengo miedo, a veces, de expresar sentimientos, inquietudes, en eso radica, de poder expresarte en una manera clara y que no se burlen.”*

LPED₃: *“Porque como persona, hay cosas que me limitan en lo afectivo y en lo laboral, tanto como afectivo en tanto familia, o pareja o lo laboral, siempre va a haber un tope.”*

En esta línea, existen ciertas limitantes, aparte del aspecto farmacológico, frente al empleo y las relaciones sociales que pueden estar asociadas al estigma social más que a las limitantes impuestas por el entorno familiar y de la persona diagnosticada con esquizofrenia en sí misma. Continuando con lo anterior, los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y otros aspectos psicológicos, (como las limitaciones presentes en el yo) y psiquiátricos son una limitación directa al proceso de inserción que escapa a las variables investigadas en este estudio, pero que es necesario mencionar para estudios posteriores.

7.4.2.8. Limitaciones del entorno social

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LED₃: *“El miedo que uno tiene es como una alarma a lo desconocido, la precaución es conocer el peligro en insertarse en el medio mismo, sabiendo a lo que uno va, pero con precaución.”*

LED₃: *“pero hay cosas que yo no las puedo ejercer y que la misma sociedad te limita.”*

LED₃: *“Hay que enseñar, es la ignorancia social, todo radica en eso.”*

LED₃: *“Bueno, a todo esto, tengo que entre comillas, que del grupo social que yo estoy, no saben lo que yo tengo.”*

LED₃: *“no es por mezquindad, sino que es por precaución al qué dirán, y cómo lo van a tomar.”*

El entorno familiar del Caso 3, como se ha explicado en las partes anteriores del análisis, no restringe ni se opone directamente al proceso de inserción social y laboral de ésta, pero en este caso, las limitaciones señaladas por el Caso 3 se refieren principalmente a las problemáticas que debe lidiar la persona con discapacidad psíquica en torno a este proceso y las limitaciones que provienen desde la sociedad en sí misma, lo que asocia directamente al estigma social de la esquizofrenia.

7.4.2.9. Limitaciones del médico

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LMD₃: *“Buena, nunca me ha limitado.”*

Médico tratante

LMM₃: *“nosotros facilitamos bajo cualquier manera cuando un paciente quiere insertarse laboralmente, en lo que significa la atención al tratamiento, incluso a veces a los pacientes que no están 100% compensados, los dejamos ir a trabajar. Porque tienen la motivación y tienen la posibilidad.”*

LMD₃: *“Y favorecemos la atención porque las condiciones del acceso al empleo son escasas.”*

Está establecido en la primera y segunda parte del análisis que el médico tratante del Caso 3 no limita las acciones de la persona, sino que se favorece la inserción laboral de la persona con esquizofrenia, producto de las problemáticas que surgen producto del mercado laboral. De esta forma, a pesar de las problemáticas que pueden ocasionar el tratamiento farmacológico, el médico no es una limitante en este caso, por lo tanto, podemos señalar que las limitaciones en el proceso de inserción social y laboral se relacionan tanto con el estigma social de la esquizofrenia, como con variables psicológicas, psiquiátricas y farmacológicas.

7.4.2.10. Estigma

En el transcurso de esta investigación se ha expuesto el estigma social de la esquizofrenia en los diversos casos es una limitante en su proceso de inserción social y laboral. El Caso 3 ofrece una perspectiva similar a las expuestas anteriormente, tratando las problemáticas que sufren las personas con discapacidad psíquica.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

ED₃: *“De los vecinos que tengo, ninguno sabe lo que yo tengo, porque sé que del grado de ignorancia que tienen, lo pueden hacer caer en lo chabacano, y en la dureza del estigma, y de la burla.”*

ED₃: *“Mis propios compañeros me trataban de loco, me decían loco acá, loco acá.”*

ED₃: *“La sociedad está coludida con la política, porque no está en la agenda política el tema.”*

ED₃: *“Discapacidad social sí. Hasta el punto o nivel de estar al margen de lo permitido, de siempre estar en lo oscuro, de no darme a conocer, es como una persona que tiene SIDA, que tiene que a veces, que la estigmatización de personas que durante muchos años las estuvieron segregando, peor que un leproso, peor que un criminal.”*

Al igual que en los casos expuestos anteriormente, el estigma social de la esquizofrenia es un elemento a considerar dentro de las limitantes del proceso de inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia. El estigma se convierte en este sentido, en el elemento discapacitante, como se señala en la definición conceptual en torno a la esquizofrenia, pues es lo que impide que la persona se desarrolle dentro de la sociedad, a nivel social y productivo, pero no se debe negar que la persona posee limitantes personales que escapan a las variables sociológicas de esta investigación, que incluso ha permeado el yo del individuo.

7.4.2.11. Problemáticas frente al trabajo

Las problemáticas que surgen principalmente giran en torno al estigma y el desconocimiento sobre la enfermedad. En este sentido, el silencio y el miedo son elementos que impiden a la persona insertarse en el medio social y productivo.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PTD₃: *“Es como una partida de ajedrez, es una guerra táctica, cuando el rey no tiene movimientos, hay que hacer enroque. En la práctica, yo opto por algo en lo laboral, tengo que hacer malabares para poder lograrlo, porque sé que de buena forma no lo voy a lograr, entonces recorro al compadrazgo.”*

PTD₃: *“A ver, por una parte, tanto miedo no, vergüenza tampoco, sino que de repente recelo, porque yo sé que como persona me encuentro capacitada.”*

PTD₃: *“porque con una pensión de 69 lucas no haces nada, entonces uno se pregunta, sería rico trabajar pero como lo hago, que me van a decir, que ponga, si acaso voy a ir con la verdad yo sé que si voy con la verdad me lo van a negar, pero si voy con la mentira yo sé que voy a quedar, pero que pasa si me da una recaída, que va a pasar conmigo, que va a pasar con la persona que confió en mí.”*

PTD₃: *“La verdad es un arma de doble filo.”*

El estigma es una problemática que afecta directamente a las personas con discapacidad psíquica, limitando las posibilidades de acceso a educación y trabajo. En esta línea, la persona con esquizofrenia debe protegerse a través del silencio, puesto que el conocimiento de su condición se traduce inmediatamente en discriminación, el surgimiento de limitaciones y finalmente, la discapacidad.

7.4 Inserción social y laboral y limitaciones frente al proceso en Grupo 3

Como se ha observado durante el análisis sociológico, el grupo 3 es el que posee el mayor grado de limitaciones en los ámbitos sociales y laborales, a pesar de que exista cierta experiencia laboral. En este sentido, el grupo 3 se caracteriza por entornos sociales desfavorables en el proceso de inserción social y laboral, junto con un desarrollo de actitudes, gestos y definición subjetiva de la esquizofrenia desfavorables al proceso, los cuales se demostrarán en este punto de análisis a través del aspecto empírico de estas limitaciones, mediante el análisis de las características de la inserción sociolaboral y las limitaciones que presentan cada uno de los casos en este proceso.

7.4.1 Caso 4

Como se ha explicado anteriormente, el Caso 4 es el ejemplo de las limitaciones impuestas por el entorno social que se han manifestado en el individuo a través de la internalización de una definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad incapacitante y por otra parte, en la propia adquisición de conductas sociales del entorno a través de los roles sociales pasivos, como el rol de enfermo. Esto fue planteado de forma *a priori* en la primera y segunda parte del análisis sociológico, y, en esta parte del análisis se verán de forma empírica las motivaciones y acciones, junto con las limitaciones de la persona en su proceso de inserción social y laboral.

7.5.1.1. Motivaciones y acciones

Estableciendo el precedente de que el Caso 4 expresa una definición subjetiva de la esquizofrenia como una enfermedad incapacitante y que ha adoptado un *yo* que se interpreta en roles sociales pasivos, se puede señalar que las motivaciones y acciones de la persona *a priori* ya poseen una connotación pasiva, pero que la persona de todas maneras está dentro de sus motivaciones insertarse social y laboralmente. Esto se muestra a través de las siguientes citas:

Persona diagnóstica con esquizofrenia

- Motivaciones frente a la situación

MAD₄: *“pero siento que el empuje tiene que ir por mi parte, es para hacer algo.”*

MAD₄: *“pero yo tengo un deseo por superarme.”*

- Motivaciones frente al desarrollo social

MAD₄: *“Pero también hay una voz interna, el otro lado de la moneda que me dice que no puedo seguir.”*

MAD₄: *“Me surgió hace poco la idea.”*

- Motivaciones y acciones frente al desarrollo laboral

MAD₄: *“Pero eso me da la impresión de que yo puedo hacer cosas más grandes también, pero yo estoy seguro que puedo hacer cositas más complejas.”*

MAD₄: *“y yo mismo me doy cuenta de que el sistema, no es por reclamarles a ellos, pero vivir eternamente asistencialistamente, o viviendo de la asistencia pública, o con los padres eso no puede ser”*

MAD₄: *“tarde o temprano, o sea, yo considero que tarde o temprano yo tengo que hacer algo por mi propia cuenta, trabajar aunque las cosas se pongan duras.”*

El Caso 4, a pesar de las limitaciones impuestas por el entorno y por si mismo, siente la necesidad de un proceso de inserción social y laboral en el sentido como método de subsistencia a futuro, esto es un reflejo del surgimiento del *yo*, que responde a las actitudes

sociales propuestas por el entorno. A pesar de que la persona exprese las motivaciones y acciones que desea realizar a corto, mediano y largo plazo, las limitantes que surgen en este caso son las que explican en gran medida los cuestionamientos hacia éstas, y a su vez, indican cuales son las características del proceso de inserción social y laboral.

7.5.1.2. Desarrollo de relaciones sociales

Como se estableció en la primera y segunda parte del análisis, el Caso 4 refleja las limitaciones que se han impuesto en el entorno social de éste, afirmando implícitamente que la persona diagnosticada con esquizofrenia a través de la expresión de un *self* que conduce a roles sociales pasivos y una definición subjetiva de la esquizofrenia como una enfermedad incapacitante, que la persona no posee un desarrollo social o laboral profundo, y que en este sentido, está limitado en este proceso. Esto se explica a través de las siguientes citas.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRSD₄: *“Mi desarrollo social básicamente ha sido bastante limitado, porque yo no he tenido muchos amigos en mi vida.”*

DRSD₄: *“Yo no puedo hablar con personas normales porque no encajo.”*

DRSD₄: *“Me relaciono con muy pocas personas, soy muy asocial yo.”*

DRSD₄: *“Yo cuando viví en Venezuela conocí a una chica venezolana bien bonita, y nunca le dije nada, pero creo que yo no le gustaba como pareja.”*

DRSD₄: *“Soy disonante, no encajo.”*

DRSD₄: *“Creo que las limitaciones son propias del hecho de que fuera del círculo social familiar no calzo.”*

DRSD₄: *“No me han jodido por ese sentido en la casa.”*

Familiar u otro referente significativo

DRSF_{4,1}: *“nunca ha dicho eso, quiere salir, quiere tener amigos.”*

DRSF_{4.1}: *“Pero nunca lo quise limitar, pero como nunca tuvo hermanos, quise que tuviera más amigos, entonces, si tiene 3 amigos, él se puede desenvolver, pero él siempre ha buscado relacionarse con la gente.”*

Lo señalado por los familiares u otros referentes significativos, y el Caso 4, confirma lo planteado en la primera y segunda parte del análisis sociológico. A pesar de que no se muestra directamente las limitaciones en la parte del desarrollo de relaciones sociales, en la sección de las limitaciones en el proceso de inserción social y laboral, se revelan las limitaciones planteadas por el entorno. Esto es un reflejo empírico de las características de las definiciones subjetivas de la esquizofrenia, las actitudes y gestos del grupo social en el cual la persona diagnosticada con esquizofrenia está inserto. Esto se ahondará en las citas correspondientes en el punto 2, con relación a las limitaciones en este proceso.

7.5.1.3. Desarrollo de relaciones familiares

Familiar u otro referente significativo

DRFF_{4.1}: *“porque nosotros nos vamos a morir y no quiero que queden solo.”*

No existe mucha información con respecto al desarrollo de relaciones familiares, por lo tanto, no se puede realizar un análisis mayor con respecto a ésta.

7.5.1.4. Trayectoria laboral

Dentro de esta investigación, la trayectoria laboral de la persona se ha convertido en un indicador empírico de lo propuesto tanto en el marco teórico, como en la primera y segunda parte del análisis sociológico, al demostrar la actividad de la persona en torno al desempeño de roles sociales.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

TLD₄: *“He trabajado muy poco tiempo, como cartero.”*

TLD₄: “*el próximo año voy a cumplir 40 años y mi experiencia laboral es muy poca.*”

TLD₄: “*Menos que mínima, no aguantaba más de 2 semanas en un trabajo. Trabajaba un día, 2 días o una o 2 semanas, como tendero, o removedor de asbesto o como cartero, pero cosas así donde te dicen la responsabilidad tuya.*”

Familiar u otro referente significativo

TLF_{4.1}: “*Cuando estuve de mensajero, es un trabajo solo, y recibe la plata, no hay jefes, ni alternar con nadie, pero no. No sirvió, se cansó, se estresó, se le subía la presión, se enojaba con la gente.*”

TLF_{4.1}: “*francamente ninguna.*”

El Caso 4 tiene una trayectoria laboral mínima, y al momento de la entrevista, no desempeñaba ninguna actividad laboral. En este sentido, las limitaciones propuestas por el entorno y la persona en sí misma son condicionantes del escaso desarrollo laboral de la persona. Este punto se complementa con las limitaciones que la persona experimenta en este proceso de inserción, mostrados en el punto 2.

7.5.1.5. Perspectiva educacional

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PED₄: “*Además que en noviembre del 87 comencé esta espiral de cursos, más de 33, que he hecho, que no he estado más de 5 meses por curso. Ese es otro punto, porque yo siento que algo al interior mío me dice que no haga los cursos, porque así no pierdo dinero y tiempo y oportunidades.*”

PED₄: “*los 80 empecé a repetir de curso, y empecé a hacer la chorrera de cursos, en los que no estaba más de 2 meses en cada uno, no se ha gastado mucho dinero, como si hubiera hecho otra cosa, pero se ha gastado dinero y tiempo y oportunidades inútilmente.*”

Familiar u otro referente significativo

PEF_{4.1}: “*yo le digo sinceramente, el quiere estudiar farmacia.*”

PEF_{4.1}: “*Estuvo hasta en química en la UTFSM, Lo que pasa con respecto a la entrada a la universidad, fue una filtración del sistema, porque el sistema a él le pedían, el se ganó el puntaje en castellano e historia, en matemáticas no, química menos, entonces el puntaje se iba por el otro lado, no por química.*”

PEF_{4.1}: “Cuando a XXXX le pusieron problemas de química o matemáticas, no le gustaba, no entendía y tenía problemas.”

PEF_{4.1}: “Lo que quiere él es tener una profesión X y trabajar en eso, y que ojalá de harta plata, por lo menos 300 lucas, ese es el estándar, de 300 para arriba.”

En este sentido, la perspectiva educacional es reducida, tanto en la persona como en el entorno familiar. Acorde a lo señalado por los familiares u otros referentes significativos, los intentos de desarrollo educacional han sido producto de errores del sistema de ingreso a la educación superior, lo que indica en cierto modo, que el entorno limita de sobremanera el desarrollo de la persona, demostrando empíricamente que se ejecuta la definición subjetiva de la esquizofrenia como una enfermedad discapacitante al interior de la familia, a través de estas actitudes y gestos de grupo social, que se convierten en roles pasivos. Las limitaciones son implícitas en el punto 1, por lo tanto, complementar lo afirmado es necesario a través de las limitaciones explícitas del punto 2, que se explicarán a continuación.

Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral

Las limitaciones que presenta la persona diagnosticada con esquizofrenia están establecidas *a priori*, en el ámbito teórico, a través del estudio de los roles sociales pasivos como el *rol de enfermo* y; las actitudes y gestos del entorno social. Empíricamente, las limitaciones que presenta la persona y su entorno social se explicarán a continuación, y en este sentido, complementarían la información presentada anteriormente.

7.5.1.6. Limitaciones personales

Las limitaciones personales que presenta la persona se entienden en dos aspectos, uno, es el control de los síntomas de la enfermedad, y por otra parte, el desarrollo de roles sociales pasivos, producto de entornos sociales que desfavorecen el proceso de inserción social y laboral. Es necesario señalar que más allá de las limitaciones sociales, existen variables

internas y externas que explican las limitaciones personales, las cuales fueron mencionadas anteriormente.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LED₄: “*Es que las cosas que empiezo hablar no son del común de la gente.*”

LED₄: “*Es que empiezo a disvariar, a hablar cosas fuera de lo común. Cosas así.*”

LED₄: “*Pero yo siempre he vivido una vida de facilismo.*”

LED₄: “*No me he propuesto planes de trabajo.*”

LED₄: “*El rol pasivo yo creo que se debe a mi personalidad básicamente, yo he sido un tipo muy apocado, nunca he sido descollante, y las veces que he sido descollante ha sido ridículo.*”

Familiar u otro referente significativo

LPEF_{4.1}: “*cuesta para levantarlo, con las pastillas le cuesta quedarse dormido, entonces se queda dormido muy tarde, y en la mañana le cuesta mucho levantarse. Va al (centro de salud) aunque se levante tarde.*”

Los dos aspectos mencionados anteriormente son necesarios para entender cómo el Caso 4, en el sentido de que las limitaciones personales surgen tanto de la falta de un desarrollo social o rehabilitación social de la persona diagnosticada con esquizofrenia y de otras variables externas al estudio, y por otra parte, el tratamiento farmacológico necesario para un perfil de actividades más activo, como los casos 1, 2 y 3. A pesar de la asistencia regular al centro de salud, la persona diagnosticada con esquizofrenia no se ha desarrollado socialmente más allá del centro, como fue señalado en el apartado del desarrollo social de la persona.

7.5.1.7. Limitaciones personales frente al empleo

El desempeño de roles laborales está limitado en el Caso 4. En este sentido, la persona está realizando un *rol social único*, el cual es el *rol de esquizofrénico*, lo que se traduce en una participación pasiva en los ámbitos sociales y laborales. Este término se ahondará en profundidad en los resultados y conclusiones de esta investigación.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPED₄: “Lo que me jodió a mí, fue lo que nunca pude trabajar más de 2 o 3 horas porque no sabía cómo trabajar.”

LPED₄: “En que uno no puede trabajar 8 o 10 horas seguido porque inmediatamente empiezan a surgir los problemas propios de la enfermedad.”

LPED₄: “Yo creo que sí, porque tendría problemas con el jefe si no hiciera bien el trabajo.”

LPED₄: “Tú me puedes poner en un trabajo aquí, pero si no dan una pauta que hacer, o me dicen hazlo a tu libre albedrío sin que yo te diga que hacer, eso no lo sé hacer.”

LPED₄: “El trabajo consiste en meter esto dentro de esto, me pasan por ejemplo 1500 pocillos y me dicen el trabajo es meter esto en esto, allí entiendo.”

LPED₄: “Yo lo siento por mis padres porque ellos han hecho tanto esfuerzos que han gastado tantos pesos, además también que por mi propia forma de ser, pude haber llegado antes o después de que el tiempo que yo entré a la universidad, a ese punto, pero el camino para lograrlos era muy tortuoso y yo tendría que haber sufrido mucho mentalmente para haber logrado estos objetivos.”

Familiar u otro referente significativo

LPED_{4.1}: “(Con respecto al taller laboral del centro) nunca quiso, nunca le gustó. Siempre decía que no, que no habían cupos y si habían.”

LPED_{4.2}: “(Con respecto al taller laboral del centro) le tiene como terror. Es muy inquieto, no puede estar ni medio día.”

LPEF_{4.1}: “Pero el problema es que tienes que estar detrás de un mesón atendiendo público, entonces tienes que aprender a tratar con gente, abuelitas que no escuchan y cosas así, y le digo que no te puedes enojar e irte y cosas así.”

LPEF_{4.1}: “Con la edad que tiene es difícil que encuentre trabajo. Donde yo estoy, allá no podría trabajar, al sol, con camiones, no podría.”

LPEF_{4.1}: “No sabe cumplir con responsabilidades, aunque sean mínimas, aunque sea de cartero, no había control en eso, se podía hacer todo rápido y no, se cabreaba.”

LPEF_{4.2}: “Yo veo que no sirve para trabajar, le sube la presión por cualquier cosa.”

LPEF_{4.1}: “Yo, hemos intentado como 4 veces ponerlo a trabajar y no aguanta, se aburre.”

LPEF_{4.1}: “Con respecto al trabajo el XXXX, por su enfermedad está acostumbrado, - yo le dije que si quieres estudiar, hazlo -, porque te gusta -, pero cuando tiene que trabajar en algo que no le gusta, no lo hace bien. Y él no tiene el aguante para estar 8 horas en un trabajo.”

LPEF_{4.1}: “Me da miedo que un día amanezca mal, y responda mal y tenga problemas con otras personas.”

En primer lugar, la persona no posee las competencias ni las habilidades requeridas en relación a un desarrollo laboral ni social. A pesar de que el centro de salud al cual asiste posee un programa de rehabilitación laboral, la persona no desea asistir, lo que confirma el *rol social único* de características pasivas, además de que el entorno social permite y perpetúa la condición pasiva del sujeto. En segundo lugar, el entorno social considera de que la persona ya no está en condiciones de trabajar, por lo tanto, no existe ni los gestos, ni las actitudes de grupo necesarias para cambiar las condiciones del proceso de inserción social y laboral del caso 4.

Lo señalado anteriormente responde a las definiciones subjetivas de la esquizofrenia, tanto por la persona diagnosticada con la enfermedad, como por el entorno familiar, como una enfermedad discapacitante, lo que comprueba empíricamente, que la enfermedad en este entorno es una limitante total de la persona. Por otra parte, las actitudes y gestos del grupo social se han convertido en roles sociales pasivos, destacándose el rol social único, el cual es el *rol de persona esquizofrénica*.

7.5.1.8. Limitaciones entorno

Las limitaciones impuestas por el entorno se han establecido tanto teóricamente, como empíricamente, en el análisis anterior. La persona, no cuenta con las habilidades necesarias para un desarrollo laboral, y, el entorno familiar y social no favorecen este proceso, más bien, no potencian ni alientan a la persona diagnosticada con esquizofrenia a realizar una rehabilitación social y laboral. Los puntos anteriores se complementan con las siguientes citas:

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LED₄: “No me potencia.”

LED₄: “No, no me han dicho que trabaje.”

LED₄: “Mucha sobreprotección, me han sobreprotegido mucho, me acostumbraron a la sobreprotección, y yo sé que ese estado no puede durar para siempre.”

Familiar u otro referente significativo

LEF_{4.1}: “no es que lo tire para abajo o bajarle la inspiración, pero resulta que él tiene pensar con la cabeza que en la farmacia está bien, el tiene buena memoria y habilidad para nombres, tiene esa habilidad del lenguaje médico, entonces eso es bueno en la farmacia, pero el problema es que tienes que estar detrás de un mesón atendiendo público, entonces tienes que aprender a tratar con gente, abuelitas que no escuchan y cosas así, y le digo que no te puedes enojar e irte y cosas así.”

LEF_{4.2}: “Yo prefiero que no trabaje.”

LEF_{4.1}: “yo tengo el temor de que él se ponga a trabajar en algún lado y que me lo metan en problemas, o que lo hagan hacer cosas y lo echen y tenga que pagar daños y cosas así.”

LEF_{4.2}: “El no puede tratar con la gente.”

LEF_{4.1}: “Tenemos que aceptar que no puede trabajar, que tengamos que resignarnos a eso.”

El análisis sociológico realizado en torno al surgimiento del *self* en el Caso 4, nos reveló, *a priori*, que la persona tiene su desarrollo social y laboral truncado, tanto por condiciones personales producto del entorno social en el cual se desenvuelve, como por las condiciones mismas del entorno social, que se traducen en una ejecución de roles sociales, aspiraciones educacionales y laborales reducidas o nulas. Las citas revisadas anteriormente en cuanto a las limitaciones del entorno muestran lo planteado teóricamente.

7.5.1.9. Limitaciones del médico

LMD₄: “Me cambiaron los medicamentos a carbamazepina porque yo no dormía muy bien y no me sentía muy bien.”

LMD₄: “Me dice que puedo hacer pequeños trabajos.”

El médico tratante no ejerce limitaciones que signifiquen una obstrucción al proceso de inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia, sino que más bien, apuntan hacia una mejora de la calidad de vida, a través de un tratamiento farmacológico centrado en la reducción de los síntomas negativos de la enfermedad, y de la apertura hacia una inserción laboral. Al igual que los casos anteriores, los médicos tratantes no limitan a la persona, sino que tienden a realizar tratamientos más adecuados hacia el perfil de actividades que realiza la persona con esquizofrenia.

7.5.1.10. Estigma

El estigma social de la esquizofrenia surge en el Caso 4 como una limitación en el proceso de inserción social y laboral, al igual que en los casos anteriores, siendo un elemento que discapacita y obstruye el desarrollo de la persona. El Caso 4 ofrece una visión centrada en la perspectiva de la enfermedad como una anormalidad frente a los demás, confirmando la definición subjetiva de la esquizofrenia de la persona, como una discapacidad y también como una *anormalidad*.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

ED₄: *“Lo he sentido, básicamente en el hecho de que no he sido como una persona normal.”*

ED₄: *“Que dicen que estoy loco, cosas, que estoy rayado. Que tengo que estoy mal de la cabeza, en cierta forma lo comprendo porque yo no hablo cosas que sean muy normales.”*

Familiar u otro referente significativo

EF_{4.1}: *“No, la verdad es que no, porque este tipo de población es tan especial que nadie se mete con nadie, no sé quiénes son mis vecinos, pero nada más, No hay forma en que lo discriminen. XXXX no lo han discriminado por la situación del, que alguien le haya dicho algo.”*

El Caso 4, al igual que los otros casos de esta investigación, ha sentido el estigma de la esquizofrenia, al ser tratado como *anormal* frente a la sociedad. Por otra parte, la familia ofrece una visión de la esquizofrenia diametralmente opuesta a lo que señala la persona diagnosticada con esquizofrenia, al señalar que ésta no ha sufrido el estigma de la esquizofrenia, debido al aislamiento de la familia en el vecindario.

7.5.1.11. Problemáticas frente al trabajo

Como se ha señalado anteriormente, las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan diferentes problemáticas frente al desarrollo laboral. El Caso 4 no es la excepción, puesto que la persona posee obstáculos en su proceso de inserción laboral, pero éstos están centrados en la falta de habilidades laborales, cómo está señalado en las limitaciones frente al empleo. Por

otra parte, el entorno familiar (de características negativas frente a la inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia) señala la incapacidad de la persona de poder realizar un trabajo, e incluso, la predisposición negativa de ésta con respecto a realizar un rol más activo. Esto se muestra en las siguientes citas:

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PTD₄: *“Lo que me jodió a mí, fue lo que nunca pude trabajar más de 2 o 3 horas porque no sabía cómo trabajar.”*

PTD₄: *“cómo tengo yo que decirle lo que tiene que hacer. Tú tienes que saber lo que tienes que hacer”. Eso yo no lo sé hacer. Pero trabajos con pauta sí.”*

Familiar u otro referente significativo

PTF_{4.1}: *“Entonces, encontrarle un trabajo para él es difícil.”*

PTF_{4.1}: *“yo tengo el temor de que él se ponga a trabajar en algún lado y que me lo metan en problemas, o que lo hagan hacer cosas y lo echen y tenga que pagar daños y cosas así.”*

PTF_{4.2}: *“Yo veo que no sirve para trabajar, le sube la presión por cualquier cosa.”*

PTF_{4.1}: *“Yo, hemos intentado como 4 veces ponerlo a trabajar y no aguanta, se aburre.”*

PTF_{4.1}: *“Él además se convenció el mismo de que no puede trabajar, se autoconvenció. Yo le hablo de trabajo y el dice que no puede, ‘tú sabes que no puedo trabajar.’”*

Las citas por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia y sus familiares sobre las problemáticas frente al empleo es donde se reflejan más las características del *rol de enfermo* propuesto en el marco teórico. Por otra parte, la persona refleja las características del entorno social adoptando un rol pasivo, perpetuando su condición dependiente, y poniendo en manifiesto la definición subjetiva de la esquizofrenia, limitando su desarrollo social. Se debe señalar que el entorno social colabora directamente en la falta de habilidades del sujeto con respecto a desarrollar alguna actividad laboral, a través de los gestos y actitudes, lo que provoca la reacción del sujeto con respecto a la misma falta de habilidades, demostrando el *yo, mi y otro generalizado*, propuesto teóricamente de manera empírica en la última cita de familiar u otro referente significativo.

7.4.2 Caso 5

El Caso 5 a diferencia del 4, posee un desarrollo social mayor, pero laboralmente se encuentra en una posición pasiva. Esto se demostrará en la exposición de las motivaciones y acciones y las limitaciones frente a su proceso de inserción social y laboral.

7.5.2.1. Motivaciones y acciones

Persona diagnosticada con esquizofrenia

- Motivaciones frente a la situación

MAD₅: *“Yo en mi vida sigo cosas estrictas.”*

- Motivaciones frente al desarrollo social

MAD₅: *“Conversando con los misioneros, porque yo empecé hablando con ellos sobre la redención, de la espiritualidad, yo tuve un proceso de cambio, un proceso de redención, de pecaminoso a una vida nueva, entonces allí comencé. El cambio de lo negativo a lo positivo.”*

- Motivaciones y acciones frente al desarrollo laboral

MAD₅: *“Yo cuando la vea tengo que decirle que me ha hecho bien estar en la corporación. Estoy bien en los talleres y en trabajos de pintura.”*

MAD₅: *“Trabajé una vez porque no había plata en la casa.”*

MAD₅: *“Tener un poquito de plata para darme algún gusto.”*

Familiar u otro referente significativo

MAF₅: *“tomó conciencia de muchas cosas, me iba a buscar al trabajo, compartía con la familia.”*

Las motivaciones fundamentales para insertarse laboralmente surgen de la necesidad de ingresos en el hogar. Por otra parte, el referente significativo señala que la persona diagnosticada con esquizofrenia posee un desarrollo social, pero no informa de motivaciones

ni acciones hacia la inserción laboral. Teóricamente, en el Caso 5 el rol de enfermo se enfoca directamente en el rol productivo y no necesariamente al social, por lo tanto, las motivaciones y acciones apuntan hacia el desarrollo social, lo que se complementarán empíricamente con los puntos siguientes.

7.5.2.2. Desarrollo de relaciones sociales

El Caso 5, a nivel teórico, se caracteriza por un entorno social que permite a través de las motivaciones y acciones un desarrollo social. Como se señaló con respecto al establecimiento del *self* en base a las actitudes y gestos del entorno, éste no restringe teóricamente el proceso social de la persona, sino que potencia las capacidades del individuo en esta área.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRSD₅: *“Converso con la gente, gente más o menos buena, converso con ellos, yo voy a la iglesia todos los domingos.”*

DRSD₅: *“Muy pocos amigos tengo.”*

DRSD₅: *“Yo tengo un amigo en la iglesia, yo converso mucho con él en la iglesia, pero no tengo una relación muy amistosa con la gente, converso, pero yo no sé si harán cosas adecuadas o inadecuadas.”*

DRSD₅: *“He tenido más amigos en la iglesia, más cercanos con mi hermano y hermana. Es que en la iglesia tengo amistades.”*

DRSD₅: *“Yo tengo una amiga en la iglesia, una amiga con cariño, pero casarme a la edad que tengo, ha costado, porque es algo delicado. Es como difícil estar como solo, es mejor acompañado.”*

DRSD₅: *“no conocer a cualquier mujer, porque las mujeres fuera de la iglesia son más libertinas. Mujer que sea normal.”*

DRSD₅: *“Algunos saben y otros no, si saben, saben, si no, no importa.”*

DRSD₅: *“así que ahora igual ha servido como para acercarme a ellos, de algo que sirva.”*

Familiar u otro referente significativo

DRSF_{5.1}: *“les corté los amigos ciertos amigos que estaban estudiando filosofía.”*

DRSF_{5.1}: *“mis amigas van para la casa, toman once con él, y nunca han hecho nada, sino que todos lo apoyan y se preocupan por él, lo felicitan. Tiene mucho estímulo, está muy estimulado.”*

DRSF_{5.1}: *“el (Caso 5) lo ve a (su hermano) y me dice no quiero casarme. Al (Caso 5) se gustan las chiquillas pero no se quiere casar.”*

DRSF_{5.1}: *“pero amigos amigos, que vengan para la casa, que vengan a tomar tecito, compartir con ellos, si me dice, pero no tienen tiempo, que trabajan, es como compartir allí no más, en la iglesia no má mientras está allí, o tal día porque tienen una reunión, fuera de la iglesia no tiene más gente.”*

DRSF_{5.1}: *“Ya te lo dije, que es positivo, que es bueno, que es muy estimulado, no hay problema en eso.”*

DRSF_{5.1}: *“yo le digo, pero amigos amigos, que vengan para la casa, que vengan a tomar tecito, compartir con ellos, si me dice, pero no tienen tiempo, que trabajan, es como compartir allí no más, en la iglesia no má mientras está allí, o tal día porque tienen una reunión, fuera de la iglesia no tiene más gente.”*

DRSF_{5.1}: *“y yo fui a hablar con los mormones, sabe que les dije, no vayan a la casa porque mi hijo no puede estar en esta iglesia, si mi hijo está enfermo, no porque esta no es la casa de dios, (Caso 5) no sabe de esto por si acaso, yo nunca jamás le dije y ellos tampoco le dijeron, yo les dije que mi hijo se podía enfermar, que le puede pasar algo.”*

DRSF_{5.1}: *“yo creo que lo mejor es no haberle prohibido ir de todas formas, porque le hace bien, y se siente bien.”*

El desarrollo social de la persona es posible puesto que el entorno favorece estas condiciones, además, es necesario señalar que la persona asiste a la Iglesia de forma regular, manteniendo una participación activa en la comunidad religiosa, lo que permite que la persona se desarrolle socialmente. En este sentido, la persona desea un mayor desarrollo social, pero como es señalado tanto por la persona diagnosticado con esquizofrenia, como el referente significativo, el círculo social externo a la familia no se extiende más allá de la iglesia y familia. Lo anterior se puede vincular al aspecto limitante del estigma social de la esquizofrenia.

7.5.2.3. Desarrollo de relaciones familiares

El desarrollo de relaciones familiares de la persona diagnosticada con esquizofrenia está condicionado por las características de la enfermedad, en especial por los requerimientos de

asistencia constante por parte de los familiares, lo que provocaba roces entre los miembros de la familia.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

DRFD₅: *“yo tengo una relación buena con mi hermano, el me ha dado trabajo de ayudante y por eso me llevo bien, igual que con mi hermana, es más que de amistad.”*

DRFD₅: *“Cuando estaba mucho rato en la casa se creaba fricción, desde que estoy acá no (Centro de Salud)”*.

Familiar u otro referente significativo

DRFF_{5.1}: *“Entonces ahora en la casa es diferente, el tiene su espacio, yo el mío, respetamos los espacios, harta armonía, nos respetamos mutuamente.”*

DRFF_{5.1}: *“mi hijo menor, era regalón, pero sufrió mucho con la enfermedad del hermano, y él me decía que porque no se preocupaba tanto de él, le dije que su hermano lo necesitaba más.”*

DRFF_{5.1}: *“El hermano menor me dice que lo dejaba de lado, porque él era también regalón, entonces, le dije que el hermano necesitaba atención y mucha.”*

DRFF_{5.1}: *“Efectivamente, tiene un rol más pasivo.”*

Por otra parte, las relaciones familiares se han estabilizado después de la participación en un centro de salud diurno, pero es necesario señalar que el rol social pasivo de la persona se ha manifestado de mayor manera acorde a lo señalado por el referente significativo.

7.5.2.4. Trayectoria laboral

Como se ha señalado anteriormente, la trayectoria laboral es un indicador empírico de lo propuesto en la primera y segunda parte del análisis teórico, al establecer la relación entre una participación activa laboralmente y las definiciones subjetivas de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

TLD₅: *“Trabajé como maestro”*.

TLD₅: *“yo trabajaba con él, nunca gané como maestro eso sí, sí como ayudante. así que mi hermano me consiguió un trabajo con un joven del colegio donde salí.”*

TLD₅: *“Desde el 96 al 2005 y del 2006 al 2010 trabajaba en reparaciones de casas, trabajos de pintura. El último trabajo fue con mi hermano en julio, en mi casa, que puse cerámica, fraguarla, y hacer muebles, rubro de construcción.”*

Familiar u otro referente significativo

TLF_{5.1}: *“Ha sido muy poca, trabajos de pintura, pintó la fachada de la casa con mi hermano, si sabe hacer cosas y hace poco arreglaron el baño, instalaron la cerámica, el fraguó. Él lo hizo, pequeños detalles, pero lo dejé que él lo hiciera para que aprendiera, no digo que quedó impeque, impeque, pero estaba aprendiendo a hacerlo, mi otro hijo le enseña también. Le tengo otro trabajo de pintura, en la pieza lavadero que tengo, el patio lo ha pintado. Le gusta pintar”*

La trayectoria laboral del Caso 5 se centra fundamentalmente en el rubro de la construcción y reparaciones del hogar, lo que ha permitido que la persona adquiriera las competencias y las habilidades para desarrollarse en esa área, poniéndolas en práctica. A pesar de esto, la trayectoria laboral no refleja directamente lo establecido teóricamente, sino que difiere de ella, por lo tanto es necesario revisar la perspectiva laboral actual del Caso 5, de tal manera, de establecer el vínculo en torno a esta diferencia entre lo práctico y lo teórico. Esto se revisará en la perspectiva laboral.

A pesar de la trayectoria laboral, la perspectiva laboral de la persona refleja lo señalado teóricamente, en el sentido de la mantención de la participación pasiva en el ámbito laboral y educacional, puesto que la persona prefiere mantener una posición pasiva con respecto a esto último. Las siguientes citas afirman lo propuesto.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PLD₅: *“O sea, si trabajo en la corporación sigo, pero hacer como cocadas y venderlas o volver a pintar puedo hacerlo, si tengo la oportunidad, si es que puedo hacerlo.”*

PLD₅: *“Trabajar con contrato no creo, porque pierdo la pensión, prefiero estar en la (centro de salud) y quedarme aquí y hacer cocadas, lo prefiero, no voy a hacer mucha plata, pero algo es algo.”*

A través de lo señalado por la persona diagnosticada con esquizofrenia, se establece que la persona no desea participar directamente en el medio productivo, sino mantener las actividades laborales mínimas que se realizan en el centro de salud. Es posible vincular de esta

manera que la persona ha internalizado las actitudes y gestos manifestados dentro del centro de salud, en esta perspectiva laboral, adoptando un nuevo *self*, que tiende a la pasividad. De esta forma, se refleja lo señalado en la definición subjetiva de la esquizofrenia como una enfermedad discapacitante.

7.5.2.5. Perspectiva educacional

En los puntos de análisis anteriores se determinó en este caso, que la persona diagnosticada con esquizofrenia no posee limitantes en su desarrollo social, pero que debido a factores como el *rolde enfermo*, la persona trunca su desarrollo educacional en función de su tratamiento farmacológico, tomando las características más importantes del rol de enfermo, como es el relevo de obligaciones sociales y la obligación de querer sanar. En consecuencia, la persona adopta un rol pasivo en este ámbito, lo que se puede asociar a las diversas aristas que puede tener el *rol de persona esquizofrénica*.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PED₅: “No, mi mamá, no me ha limitado, me gustaba historia y me dijo que estudiara, pero yo le digo “una persona que estudie en la universidad se tiene que amanecer”, como que les pasa mucho”, y yo creo que no puedo hacer eso, estar hasta las 2am, porque yo me acuesto a las 11 y me quedo dormido 11:30 todos los días, tengo un régimen muy ordenado.”

PED₅: “No, mi mamá me dice que estudie historia, yo les digo que no, amanecerme, aprenderme textos, yo leo, pero amanecerme no, prefiero cuidarme, prefiero estar como estoy, quizás no tengo el título de profesor, pero estoy tranquilo con mi tratamiento.”

Familiar u otro referente significativo

PEF_{5.1}: “Claro, lo veo como una discapacidad el hecho de que no pueda estudiar ni trabajar, allí me doy cuenta que él está muy discapacitado. Porque él, te digo, a lo mejor puede, pero no quiere, yo ahí veo su discapacidad, pero en otras cosas no.”

Las citas muestran que a pesar de que existan las condiciones necesarias para realizar un proceso de inserción social, la persona diagnosticada con esquizofrenia ha adoptado una posición pasiva con respecto al trabajo y la educación, afirmando que se deben cumplir los

tratamientos y que el régimen universitario u educacional es incompatible con éstos. Nuevamente, el rol de enfermo surge en este caso, al relevarlo de las obligaciones sociales, pero, como fue señalado anteriormente, se centran en el trabajo y en la educación.

Limitaciones frente al proceso de inserción social y laboral

Como se ha señalado anteriormente, el Caso 5 ofrece perspectivas diferentes al resto de los casos, pues, por un lado existen las condiciones para un proceso de inserción social, pero frente a lo laboral y, también en lo educacional, hay diversos obstáculos que surgen en la persona y su entorno que impiden que este proceso se lleve a cabo. Esto se estudiará a través de las citas de la persona con esquizofrenia y referentes significativos.

7.5.2.6. Limitaciones entorno

Está establecido, a priori, que el entorno social directo, en este caso la familia, no posee actitudes limitantes que se traduzcan en una internalización de éstas generando roles pasivos directamente, sino que por otra parte, los entornos sociales externos a la familia, pueden ser un elemento a considerar como influyentes a través de las actitudes de grupo en esta internalización de roles pasivos, como el centro de salud mental.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LED₅: *“en la iglesia dice un consejo “acostarse a una buena hora y levantarse temprano hace bien a lo físico”. Acostarse temprano hace bien, uno no se deteriora, no se va desgastando.”*

LED₅: *“Mi mamá sabe que no puedo trabajar con contrato.”*

LED₅: *“Justamente, saben mis límites, y en lo que puedo hacer, me apoyan.”*

Familiar u otro referente significativo

LEF_{5.1}: *“les corté los amigos ciertos amigos que estaban estudiando filosofía.”*

LEF_{5.1}: *“Las personas cuando desconocen esta enfermedad algunas le tienen miedo.”*

LEF_{5.1}: *“Yo tengo una hermana que trabaja en la inspección del trabajo, siempre me decía “y si le doy trabajo al (Caso 5) y me deja mal”. Entonces me decía que le daba miedo de que si le conseguía trabajo, que no le fuera bien, que fallara, que le complicaran los horarios de comida, de llegada, de todo.”*

LEF_{5.1}: *“ella le daría trabajo, pero como es él, no, le decía que no.”*

El entorno social directo promueve la integración laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia, pero el entorno social externo a la familia es un elemento a considerar, puesto que a pesar de que existen las condiciones para insertar a la persona con esquizofrenia en el medio productivo, existe el estigma social de la enfermedad como limitante en este ámbito. En este mismo sentido, la persona limita su propia inserción a través la ejecución de roles pasivos en función de la enfermedad. En este sentido, las actitudes desarrolladas por el individuo prueban con mayor énfasis sus limitaciones que lo señalado en esta parte del análisis, puesto que lo señalado con respecto al trabajo y su relación con lo desarrollado dentro del centro de salud ponen en manifiesto este rol pasivo, internalizado en profundidad por el sujeto.

7.5.2.7. Limitaciones personales

Las limitaciones personales de la persona diagnosticada con esquizofrenia en este caso, surgen de diversos ámbitos, los cuales se deben destacar los que surgen por parte de los entornos sociales y los roles sociales que adquieren las personas en base a estos entornos y sus características frente al empleo y la educación.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPD₅: *“Porque yo que estudié en la universidad se que no me va a entrar como hace 20 años, y las enfermeras que vienen para acá me han dicho que se amanecen estudiando, y es un régimen de estudio que es sobreexigente.”*

LPD₅: *“Porque me doy cuenta, es un régimen muy estricto, yo me acuesto a las 11, me tomo mis remedios y es un esquema que tengo marcado y que llevo durante muchos años, 11 años, desde que todo remedios.”*

LPD₅: “Debe ser limitante para la persona que toma remedios, porque tiene que tomarse los remedios se debe acostumbrar a acostarse a las 11 o 11:30, entonces si intento historia y no podría acostarme tarde.”

LPD₅: “Intento no estresarme, no saco nada con tener un trabajo estresante y quizás y ganar plata, es mejor vida así.”

LPD₅: “Yo estudié en mi época, si quisiera estudiar ahora podría pero no lo voy a hacer, por el régimen que tengo.”

Las limitaciones personales con respecto al empleo y la educación se muestran claramente a través del establecimiento de un tratamiento como impedimento para el desarrollo de roles más productivos, concibiendo el régimen de tratamiento como única actividad que se debe realizar, esto se vincula al concepto de *rol de persona esquizofrénica*, el cual el Caso 4 también ejecuta. Por lo tanto, he allí un aspecto de la enfermedad que se debe estudiar sociológicamente, en relación a buscar el vínculo entre la enfermedad y la pasividad asociada a ella.

7.5.2.8. Limitaciones personales frente al empleo

Las limitaciones personales frente al empleo en el Caso 5 se vinculan directamente al establecimiento de un esquema horario que *impide* trabajar producto de la necesidad de mantener un tratamiento. En este sentido, se cumple en la práctica *el relevo de obligaciones sociales* en la cual se enmarca el *rol de enfermo* de Parsons, se debe señalar eso sí, que la persona, posee las competencias y las habilidades para desarrollar trabajos de pintura, a diferencia del Caso 4, que carecía de éstas. Indagando en profundidad, el Caso 5, no posee impedimentos del entorno social directo que incidan negativamente en su proceso de inserción laboral, pero como resultado previo, al estar dentro de un centro de salud, es posible que haya internalizado las actitudes y gestos de grupo que se generan en la interacción social al interior del centro, perpetuando el *rol de enfermo*, en el sentido de la participación pasiva laboral, y la mantención de la pensión de invalidez.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

LPED₅: *“Depende de lo que sepa hacer. Yo sé pintar.”*

LPED₅: *“Hay cosas que son complicadas que no sé hacer, como la parte eléctrica, que las personas que trabajan bajo contrato quieren que trabajes muchas horas, que hay problemas con los sindicatos, y se enferman, si es así, trabajar así, prefiero mantener la pensión. Conoci gente que les dio depresión trabajando y se enfermó.”*

LPED₅: *“Es que un trabajo así, yo trabajé en un trabajo de pintura que no era muy rígido pero me estresaba un poco por el horario no muy rígido, cuando trabajé de maestro, y trabajaba, trabajaba y me estresaba y perdía el trabajo.”*

LPED₅: *“De horario fijo no puedo hacerlo.”*

LPED₅: *“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.” (En relación al centro de salud diurno).”*

Familiar u otro referente significativo

LPEF_{5.1}: *“Es que es así, él se acuesta a esa hora, y todo fijo, la hora que almuerza, la hora que se toma las pastillas, que come y la hora que se duerme.”*

LPEF_{5.1}: *““bueno, te tengo que hacer un contrato”, “si pero yo tengo un problema, estoy recibiendo una pensión, entonces como yo tengo una pensión, no me pueden hacer contrato”. Entonces esa es su gran....”*

LPEF_{5.1}: *“”ya (Caso 5) vamos a trabajar y ya...”, y él le dijo “y cómo lo vamos a hacer con el almuerzo”.”*

LPEF_{5.1}: *“Entonces muchas veces perdió trabajos por dar el precio antes de saber de qué se trataba o hacer el trabajo, “pero si cobraste eso, como te van a dar el trabajo”.”*

LPEF_{5.1}: *“Es que es así, él se acuesta a esa hora, y todo fijo, la hora que almuerza, la hora que se toma las pastillas, que come y la hora que se duerme.”*

El Caso 5 no posee limitaciones en su proceso de inserción laboral, por lo tanto, las limitaciones surgen desde la persona, tanto en el establecimiento de su rutina de tratamiento como limitante en el proceso de inserción laboral, al haber incompatibilidad entre ambas. En este sentido, como se ha mencionado anteriormente, la persona afirma que entre su tratamiento y un desempeño laboral existe una relación mutuamente excluyente, al señalar que el trabajo podría generar un mayor estrés en la persona, y, que prefiere estar dentro de la institución de

salud, por sobre realizar actividad laboral, lo que prueba el establecimiento de un rol pasivo en la persona diagnosticada con esquizofrenia.

7.5.2.9. Limitaciones del médico

Al igual que los casos anteriores, no existen limitaciones por parte del médico tratante.

7.5.2.10. Estigma

El Caso 5 se destaca en el ámbito del estigma, al señalar tanto él, como su referente significativo que no han sido víctimas del estigma social de la esquizofrenia, pero también ofrece una visión con respecto al estigma. Por otra parte, el referente significativo entrevistado, señala que la persona diagnosticada con esquizofrenia no ha sido víctima del estigma, sino apoyado por el grupo familiar.

Persona diagnosticada con esquizofrenia

ED₅: *“No me ha pasado desde que estoy en la iglesia, no me han discriminado en ningún lado.”*

ED₅: *“No, nunca.”*

Familiar u otro referente significativo

EF_{5.1}: *“No, todo lo contrario, cuando llama la familia me preguntan por él, de que ha estado haciendo, lo felicitan, no hay prejuicios, todo lo contrario. Una tía que tiene se preocupa mucho por él también.”*

EF_{5.1}: *“A lo mejor hay personas que lo saben y no sé cómo lo miran. Las personas cuando desconocen esta enfermedad algunas le tienen miedo, porque hay personas que son agresivas, pero el (Caso 5) nunca fue agresivo, todo lo contrario, rechaza la agresividad, entonces hay gente que les tienen miedo o rechazo porque dicen esquizofrenia es agresividad, ese es el estigma.”*

Acorde a lo señalado por los entrevistados, el estigma de la esquizofrenia se centra en el concepto de la agresividad asociado a la enfermedad, y el desconocimiento sobre ésta son factores fundamentales en la conceptualización del estigma, como producto social.

7.5.2.11. Problemáticas frente al trabajo

Persona diagnosticada con esquizofrenia

PTD₅: *“que las personas que trabajan bajo contrato quieren que trabajes muchas horas, que hay problemas con los sindicatos, y se enferman, si es así, trabajar así, prefiero mantener la pensión. Conocí gente que les dio depresión trabajando y se enfermó.”*

PTD₅: *“A mí un maestro me daba trabajo, trabajé 3 veces, pero después dejé de trabajar por problemas con el.”*

PTD₅: *“Tener un currículum y tener contrato. Pero yo una vez busqué trabajo pero cuando hubo contrato de por medio me dijeron que podía perder la pensión.”*

PTD₅: *“El contrato y la pensión.”*

PTD₅: *“Lo de levantarme temprano es complicado.”*

Familiar u otro referente significativo

PTF_{5.1}: *“se demoraron harto en pagarle, y eso me molestó, me trajo problemas con esa persona, y a él también, porque me sentí de “por qué a él”, porque él sabía de la condición del (Caso 5), y sentí que se estaba aprovechando de él.”*

Las limitaciones y problemáticas se ponen en manifiesto en esta parte del análisis en el sentido, el problema del contrato y la pensión de invalidez, que surge en todos los casos expuestos, y la discriminación y abuso en el cual están las personas con esquizofrenia están inmersos. En el Caso 5, el trabajo es una limitación para su tratamiento, y en función de esto, la persona mantiene un rol pasivo de tal manera de no afectar el proceso, también, la pensión de invalidez y su posible pérdida surge como limitación al proceso. Por otra parte, la discriminación sigue siendo un factor a considerar dentro de las limitaciones de la inserción social y laboral de la persona, y en este caso, los problemas que puede tener en la relación empleador-trabajador surgen de este fenómeno.

7.5 Conclusiones previas con respecto al proceso de inserción laboral y sus limitaciones

Los casos expuestos en el análisis reflejan diversos matices de las experiencias de vida de cada uno de ellos, y en este sentido, su realidad es única e irrepetible. A pesar de estas características únicas, existen aspectos transversales a todos los casos, lo que permite establecer paralelos entre ellos. En primer lugar, el proceso de inserción social y laboral es un proceso difícil, internamente producto de los entornos sociales del individuo y la adopción de actitudes y gestos de grupo, y las habilidades de cada persona; y por otra parte, los aspectos externos a la persona, como el estigma social de la esquizofrenia y las limitaciones propuestas por la sociedad y el mercado laboral.

En relación a los aspectos internos a la persona, la definición subjetiva de la esquizofrenia surge como un indicador del conocimiento socialmente estructurado y en este sentido, permite la identificación de la posición social de la persona, en relación a su desarrollo social y laboral, puesto que expone las características de su inserción sociolaboral desde el conocimiento que se tiene sobre su enfermedad y cómo esta incide en este proceso. Por lo tanto, podemos señalar *a priori*, que una definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante es considerado un elemento clave en la percepción de la persona y su entorno sobre el empleo y el desarrollo social, lo que se refleja empíricamente en su proceso de inserción social y laboral, que este caso se muestra limitado. Al contrario, si la definición subjetiva de la esquizofrenia tiene connotaciones más positivas, es un elemento que facilita el proceso de inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia. Esto se explica fundamentalmente en el sentido de que, como la definición subjetiva de la esquizofrenia se adquiere a través de la interacción social y laboral, es un indicador del desarrollo de la persona en estos ámbitos, puesto que surge desde la experiencia de la persona y de su entorno social. Es en esta línea, que los casos que manifiestan definiciones subjetivas de la esquizofrenia de connotaciones más negativas, son empíricamente las personas que tienen mayores limitaciones a nivel social,

educacional y laborales; mientras que los casos que poseen definiciones subjetivas de la esquizofrenia como una enfermedad tratable y no limitante, tienen mayor experiencia en el ámbito social y laboral; producto de que existe una relación directa entre la experiencia y la definición subjetiva, pues surgen desde la interacción social, a través de la retroalimentación que existe entre estos dos aspectos.

En segundo lugar, los entornos sociales más desfavorables al proceso de inserción laboral y social, se traducen empíricamente en roles sociales más dependientes, puesto que producen, a través de los gestos y actitudes, un *self* dependiente, y en este sentido, internamente la persona diagnosticada con esquizofrenia se limita a sí misma y el entorno social contribuye en esta limitación, como lo es en el caso 4 y en un grado similar, el 5, reflejado en la falta de habilidades sociales y laborales. Por otra parte, los entornos sociales más favorables hacia el proceso generan en el individuo un *self* activo hacia el proceso, como los casos 1, 2 y 3, los cuales tienen una participación activa social y laboral. Es posible señalar que el desarrollo de este *self activo* a través de entornos sociales que muestran actitudes favorables hacia el empleo, complementan la definición subjetiva de la esquizofrenia, produciendo en la persona el surgimiento de roles más activos que permite a ésta insertarse social y laboralmente.

En tercer lugar, los aspectos externos a la persona, como lo es el estigma social de la esquizofrenia; la limitante del contrato y la pensión de invalidez; y, el centro de salud mental, son elementos a considerar como limitantes externas al individuo en la inserción laboral, puesto que provocan en el individuo reticencia al proceso, tanto por la estigmatización, por el caso 1, 2 y 3, como por la problemática de la pérdida de la pensión, como lo es en el caso 2, 3 y 5. Con respecto al centro de salud, éste juega un rol de importancia en el proceso de inserción social y laboral en las personas diagnosticadas con esquizofrenia, y en este sentido, uno de los pilares fundamentales en la adopción de roles sociales más activos y el desarrollo de habilidades sociales y laborales que le permitan a la persona elevar su calidad de vida y, en los casos 4 y 5, esto último es una problemática dentro de su proceso, pues empíricamente, a

través de lo señalado en el análisis anterior, el centro de salud no ha aportado en este proceso, más bien, ha limitado el desarrollo de las personas, producto de la internalización de actitudes y gestos de grupo traducidos en roles sociales pasivos, como el caso 5, el cual tiende a la pasividad con respecto a su inserción laboral.

En último lugar, debemos señalar que las variables externas a esta investigación, como los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, terapias psicológicas conductuales o terapias psiquiátricas u otras intervenciones biomédicas, son factores que se deben explicar en futuras investigaciones más en profundidad, puesto que pueden influir en las características conductuales de los individuos que influyen lo netamente social, comprometiendo el proceso de inserción social y laboral.

Los resultados a presentar a continuación explican en profundidad lo señalado anteriormente, haciendo énfasis en los aspectos teóricos y empíricos que se manifiestan en la inserción laboral y social de personas con esquizofrenia.

**8 ANÁLISIS SOCIOLÓGICO. CUARTA PARTE: PRESENTACIÓN DE LOS
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

8.1 Introducción

En la última parte del análisis anterior, surgieron diversas limitantes empíricas en el proceso de inserción laboral y social de la persona diagnosticada con esquizofrenia, las cuales eran producto tanto de entornos sociales desfavorables hacia el proceso, como de procesos internos de la persona diagnosticada con esquizofrenia, en el sentido de la adquisición de roles sociales tanto activos como pasivos en relación a su inserción social.

El objetivo de esta investigación es develar cómo se relaciona la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante del paciente, su entorno familiar y médico, junto a la adopción del rol de enfermo, como factores influyentes en la búsqueda de empleo competitivo de personas esquizofrénicas usuarias de servicios de salud, en las regiones Quinta y Metropolitana, y en este sentido, lo planteado en el análisis sociológico teórico y práctico apuntan hacia este objetivo.

Los resultados planteados a continuación responden al análisis del objetivo central de la investigación, tanto en la descripción del proceso de adopción del rol de enfermo por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia y; la influencia del entorno familiar y médico en este proceso de adopción de este rol; la descripción de la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante por parte de la persona diagnosticada con la enfermedad; y de esta manera, establecer a estos elementos como factores influyentes en la búsqueda de empleo competitivo de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Los resultados obtenidos en esta investigación se establecen a través del siguiente índice esquemático:

8.2. Resultados teóricos-prácticos en relación al objetivo de la investigación.

8.2.1. Resultados en relación a la pregunta de investigación, objetivos generales y específicos.

8.3. Limitantes internas en el proceso de inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia.

8.3.1. Relación cíclica entre *definición subjetiva*, *self* y roles sociales.

8.3.2. Definición subjetiva de la esquizofrenia como reflejo de la posición social de la persona en cuanto al desempeño de roles sociales.

8.3.3. Relación entre definición subjetiva y rol de enfermo como limitantes en la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia.

8.3.4. Rol de enfermo como rol único, surgimiento del rol de esquizofrénico o rol de persona con esquizofrenia.

8.3.5. Roles sociales limitados

8.3.6. Desarrollo de competencias laborales / sociales

8.3.7. Factores biomédicos del individuo externos a la investigación.

8.4. Limitantes externas en el proceso de inserción social y laboral en la persona diagnosticada con esquizofrenia.

8.3.1. Entornos no favorables

8.3.2. Familiar

8.3.3. Externos

8.3.4. El centro de salud como entorno limitante en el desarrollo social y laboral de la persona.

8.3.2. - Limitantes sociales y laborales

8.3.3.1. Estigma

8.3.3.2. Pensión de invalidez / contrato

8.3.3. Médico tratante

8.2 Resultados teóricos-prácticos en relación al objetivo de la investigación

En primer lugar, el estudio afirma a través del análisis sociológico, que la definición subjetiva de la esquizofrenia y el rol de enfermo *son* condicionantes del proceso de inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia, pues se ha mostrados que surgen como una limitación directa al proceso de inserción (*ver Tercera Parte del Análisis Sociológico*), al ser un reflejo directo de las características del conocimiento socialmente estructurado, y de los roles sociales que se asocian a los entornos sociales y este conocimiento. En este sentido, no es posible una interpretación por separado de las partes, puesto que cada una se relaciona con la otra retroalimentándose continuamente.

En segundo lugar, los resultados empíricos en esta investigación están articulados en torno a los elementos sociológicos señalados en el marco teórico y su comprensión se deben enmarcar dentro de este contexto, de tal forma de que su relación sociológica en cuanto a una relación teórica-empírica sea interpretable, y de esta forma, comprender y entender el proceso de inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia.

Finalmente, la investigación ha descrito que el proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia no se reducen solamente a la persona en sí misma, sino que responde tanto a factores individuales como sociales, biomédicos, e incluso legales, en este proceso, por lo tanto, es necesario retomar los objetivos sociológicos de la investigación y presentar los resultados de ésta.

8.2.1 Resultados en relación a la pregunta de investigación, objetivos generales y específicos

La investigación ha revelado que la relación de la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante en la persona, el entorno familiar y médico, y la adopción del rol de enfermo son factores influyentes en la búsqueda de empleo competitivo de personas diagnosticadas con esquizofrenia usuarias de servicios de salud, en el sentido de que la definición subjetiva de la enfermedad, como construcción social de conocimiento basada en la interacción social de la persona en la sociedad se relaciona directamente al ejercicio de roles sociales, lo que se traduce en que ambos factores son positiva o negativamente influyentes en el proceso de inserción social, puesto que reflejan el grado de inserción sociolaboral y por otra parte, refleja los roles sociales que ejecuta la persona.

La investigación ha revelado fundamentalmente que el proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia depende de tres factores sociológicos de importancia, la definición subjetiva de la esquizofrenia como una discapacidad, la conformación del *self* y finalmente, los roles sociales que se conforman y vinculan a los dos términos anteriores. Como se afirmará en la tabla 6, los casos que poseen una definición subjetiva de la esquizofrenia como una enfermedad que no es discapacitante, un *self* conformado por actitudes y gestos de grupo en favor de la integración, se traducen en la ejecución de roles sociales más activos. Por lo tanto, los roles sociales desempeñados por las personas en esta investigación son un reflejo tanto de la definición subjetiva de la esquizofrenia, como de la internalización de las actitudes de grupo, manifestadas a través del *yo* y el *mí*.

Como resultado de la investigación en relación a los objetivos de ésta, podemos señalar que el rol de enfermo depende principalmente en primer lugar, de la internalización de las actitudes y

gestos de grupo en torno a la ejecución de roles sociales por parte de la persona diagnosticada con esquizofrenia, y en segundo lugar, al conocimiento socialmente estructurado en relación a la esquizofrenia como enfermedad discapacitante, expresado a través de la definición subjetiva. Como se ha señalado, los casos que poseen un mayor grado de integración social, estos elementos principales son de características pro-integración, lo que se refleja en una reducción de la ejecución del rol de enfermo, en aras de una participación social mayor. Mientras que en los casos que poseen características negativas de estos elementos, la integración social y laboral será reducida, y por lo tanto, habrá una mayor ejecución del rol de enfermo, tal como se determinó teóricamente, y mostró empíricamente a través de la ejecución del rol de enfermo y el análisis de las motivaciones y acciones del sujeto frente a su proceso de inserción social y laboral.

Es por esto, que lo afirmado responde a la hipótesis de la investigación, la cual está planteada de la siguiente manera:

“La definición subjetiva de la enfermedad como discapacitante en la persona, entorno familiar y médico, y la puesta en práctica de esta definición, junto con la internalización del rol de enfermo, influyen en el esquizofrénico a adoptar un rol pasivo, influyendo en la búsqueda de empleo competitivo.”

La definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante surge desde la interacción social siendo un reflejo del conocimiento alrededor de la enfermedad de la persona y el entorno social; y las actitudes y gestos de grupo; y como se planteó teóricamente, de los roles sociales que ejecuta la persona, siendo los elementos complementarios entre sí. Por lo tanto, las características de la definición subjetiva de la esquizofrenia por parte de la persona, tanto como discapacitante como no discapacitante, surge desde la propia experiencia, y en este sentido, su puesta en marcha es un factor influyente en la búsqueda de empleo competitivo, pues refleja conocimiento socialmente adquirido, y conocimiento adquirido también a través del ejercicio de los mismos roles sociales.

Como resultado de la investigación, se han categorizado las limitantes tanto a nivel interno como externo al individuo, de manera de contemplar la investigación a través de una apertura del tema traspasando las barreras del individuo, y contemplando la perspectiva externa al individuo en relación a su inserción social y laboral, y de esta manera respondiendo a la pregunta de investigación y la hipótesis de esta Tesis.

8.3 Limitantes internas en el proceso de inserción social y laboral de la persona con esquizofrenia

Las limitantes sociológicas internas están definidas en función de la persona con esquizofrenia, partiendo desde sí mismo hacia el exterior, es decir, su propia concepción de la enfermedad, expresada en la definición subjetiva de la esquizofrenia, el desarrollo del *yo, mi y otro generalizado* y finalmente, el desarrollo de roles sociales, incluyendo el rol de enfermo. Por otra parte, se explican resultados externos a la investigación que podrían ser factores de importancia en el comportamiento del individuo.

Como se ha desarrollado anteriormente, sociológicamente existe una relación cíclica entre los elementos planteados, lo que se explican las características de la inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia, desde la persona, lo que será explicada a continuación.

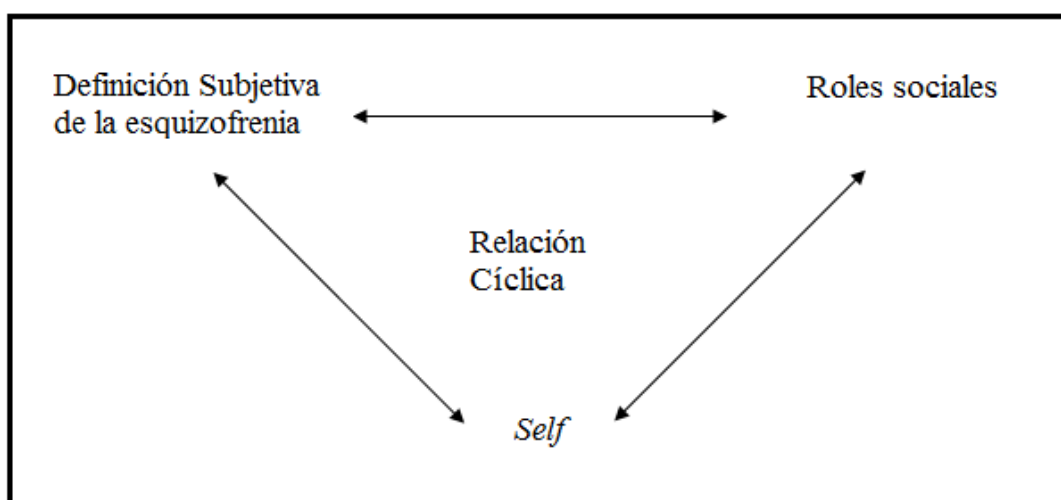
8.3.1 Relación cíclica entre definición subjetiva, *self* y roles sociales

El análisis sociológico teórico propuesto en esta investigación contemplaba los aspectos sociales que involucran la adopción de roles sociales tanto como el conocimiento socialmente

adquirido como las actitudes de grupo que desarrolla la persona diagnosticada con esquizofrenia, tomando de Berger y Luckmann en base a *La Construcción Social de la Realidad*, el concepto de *definición subjetiva*; de G.H. Mead el concepto de *self*; y de T.Parsons el *rol de enfermo*; en relación a cómo estos interactúan en la persona diagnosticada con esquizofrenia en la búsqueda de trabajo y/o el ejercicio de éste.

El estudio sociológico ha revelado que existe una relación cíclica entre los elementos, pues éstos interactúan entre si y se retroalimentan. Esto se cumple puesto que el conocimiento en torno a la esquizofrenia está relacionado directamente al ejercicio de roles sociales puesto que este ejercicio tiene una retroalimentación con el conocimiento que posee la persona, producto de su propia experiencia y de su acopio social de conocimiento, y esto a su vez se relaciona directamente con las actitudes del grupo social en el cual se desarrolla producto de el *self* que desarrolla el individuo dentro de esta colectividad y que le otorga y define los roles sociales que la persona diagnosticada con esquizofrenia ejecuta.

Figura 4: Relación cíclica entre variables



Entre los casos expuestos en esta investigación, el Caso 4 es el caso paradigmático en torno a este esquema teórico-empírico, puesto que el entorno es restrictivo frente al ejercicio de roles sociales laborales; su conocimiento sobre la esquizofrenia es de carácter incapacitante y

finalmente, la persona ha adoptado las características de su entorno social, lo que genera que la persona ejecuta solamente el rol social de enfermo, limitando su desarrollo social y laboral.

Entre los casos de esta investigación, el caso 1 responde a este esquema también, pero, al inverso que el caso anterior, la relación cíclica entre los elementos teóricos apuntan hacia una inserción social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia. Los casos 2 y 3 poseen elementos sociológicos que representan esta estructura, pero por factores externos a la investigación, la relación cíclica se representa sociológicamente, pero existe una ambigüedad con respecto a su propia inserción social y laboral, la cual puede estar determinada por factores del *self*, lo que determina que el proceso de inserción social y laboral se encuentre en un estado intermedio, esto se traduce en una posibilidad de inserción plena, pero limitada por elementos externos a lo netamente sociológico.

Con respecto a la relación cíclica, se debe partir de la base de que estos elementos están relacionados e interconectados entre sí, y que el conocimiento social sobre la enfermedad como una enfermedad surge desde la interacción social en tanto la adquisición de roles sociales activos a través del *self* internalizado producto de esta interacción, como del conocimiento de la enfermedad que surge a través de la ejecución de estos roles. En estos casos, el conocimiento de la enfermedad expresado por la persona diagnosticada con esquizofrenia a través de la definición subjetiva señala que la enfermedad no es una discapacidad en sí, sino que los factores externos a la persona son los elementos discapacitantes, y que la ejecución de los roles sociales más activos permiten la adquisición de conocimiento sobre la enfermedad. Por ejemplo, con respecto a lo anterior, el Caso 1 se estructura de la siguiente forma:

CAD₁: *“En ese sentido, pienso yo que hoy día las condiciones están para hacer una vida normal rápidamente.”*

EDD₁: *“la esquizofrenia no es discapacitante en sí, sino la pobreza es la discapacitante.”*

DSEP₁: *“De esta se sale. Claro, pero tiene que haber familia, médico tratante y rehabilitación psicosocial e integración laboral.”*

RSD₁: *“Bien, hago algunas tareas en la casa, cuido a mi madre y me preocupo de las cuentas y mis sobrinos.”*

RSD₁: *“Colaboro con mi casa, junto con mi trabajo, soy responsable.”*

AGD₁: *“Si, en un principio la familia me ayudó a aprender más sobre la enfermedad y a salir, a recomponer relaciones, pero después fue por cuenta propia.”*

A través de la interrelación de estos elementos se puede afirmar que en el caso 1, los roles sociales, la definición subjetiva de la esquizofrenia, su desarrollo de un *self* y roles sociales, los cuales teóricamente se relacionan a la realización de acciones tipificadas en el contexto de la institucionalización, están relacionados en torno a su integración social, lo que permite afirmar que esta relación cíclica entre los elementos entrega información crucial para determinar cuál es la realidad social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia, que en el caso 1 se afirma como una realidad social integrada a la familia, sociedad y al medio productivo. Esto último también se refleja en los casos 2 y 3, a pesar de los matices que puedan poseer, el esquema se cumple de la misma manera, pero de una forma parcial, puesto que existen variables mencionadas que inciden en el proceso de inserción de manera individual.

En este sentido, el caso 4 ofrece una perspectiva diametralmente opuesta a lo señalado por los tres primeros casos, en el sentido de que la persona posee una definición subjetiva sobre la esquizofrenia como una enfermedad discapacitante, un *self* que refleja actitudes de grupo desfavorables hacia el empleo y el desarrollo social, y finalmente, un nulo desarrollo de roles sociales activos, perpetuando el rol de enfermo, y como se señaló anteriormente, el rol de esquizofrénico como rol único, y, tomando estos elementos interrelacionados tenemos como resultado que la persona no está integrada al resto de la sociedad y menos, al medio productivo.

CAD₄: *“Yo me veo como una persona así no como el resto del grupo, esta es terriblemente “asociativa” (sic) esta enfermedad, no hace que uno sea social, en el caso mío, yo no puedo hablar con personas normales”.*

EDD₄ *“Esquizofrenia es una discapacidad, si.”*

EDD₄: *“En que uno no puede trabajar 8 o 10 horas seguido porque inmediatamente empiezan a surgir los problemas propios de la enfermedad*

DSED₄: *“Si, es una discapacidad porque el esquizofrénico a veces, o salvo muy raros casos, no se puede introducir en la sociedad como un elemento productivo. Esa es la perspectiva mía.*

RSD₄: *“Yo lo asumo que es algo por inercia, de no hacer nada, conformarme con vivir como un parásito sin hacer nada.”*

AGD₄: *“yo nunca he sabido lo que es luchar por algo, y eso me ha afectado enormemente porque nunca he tomado el rol natural de las cosas. Darwin dice que las plantas y las personas venían al mundo a hacer dos cosas, a dejar descendencia y a competir. Yo no he hecho ninguna de ellas.”*

RED₄: *“Es algo que como que uno se autoestigmatiza. Si, no salir de la casa.”*

El Caso 5 ofrece una perspectiva que surge como una mixtura entre las perspectivas de desarrollo social versus el desarrollo laboral, en el sentido de que el entorno social es favorable hacia la integración social y laboral, la persona ha mostrados la adopción de un *self* que impide la integración laboral, puesto que se impone el rol de enfermo o, en este caso un rol social pasivo en este ámbito.

CAD₅: *“tener una enfermedad es una prueba de fe, entonces si tengo problemas es una prueba.”*

CAD₅:*“Una persona que está en tratamiento debe mantenerse en rigor, disciplina y la iglesia me ha ayudado.”*

DSED₅: *“Yo nunca me he sentido como un discapacitado, yo creo que puedo hacer muchas cosas.”*

RSD₅:*“en la iglesia tengo amistades, porque tengo actividades allá, desde ir el domingo hasta ordenar las sillas, y eso es como algo que te da la iglesia y eso te ayuda a salir adelante.*

AGD₅: *“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.”*

AGD₅: *“Trabajar con contrato no creo, porque pierdo la pensión, prefiero estar en la (Centro de Salud) y quedarme aquí y hacer cocadas, lo prefiero, no voy a hacer mucha plata, pero algo es algo.”*

RED₅:*“Pero que sí, pero creo que yo, si trabajo a horario fijo me cuesta. Yo creo que si vuelvo a trabajar, y levantarme a las 8, es muy temprano o a las 7:30, es como más sacrificado. Y trabajar hasta las 8 o 7, como que yo perdí ese ritmo de trabajo, hace como un año o diez meses, trabajar así.”*

El caso 5 posee una limitación laboral, la cual se asocia a las actitudes y gestos, y en este sentido, al *self* adoptado en el centro de salud mental, lo que conlleva a no realizar roles productivos.

Como resultado de la investigación, se afirma que estos elementos confirman el nivel de integración social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia y, en base a lo propuesto en torno a la relación cíclica entre los elementos, es posible construir una serie de posibles resultados tanto favorables como desfavorables entre los elementos que permiten identificar en nivel de integración social y laboral de los casos, desde la perspectiva sociológica.

Tabla 6: Vínculo entre las variables por caso en relación a la integración social y laboral

	Definición subjetiva	<i>Self</i>	Roles	Integración social y laboral.
Caso 1	+	+	+	+
Caso 2	+	(+) (-)	+	(+) (-)
Caso 3	+	(+) (-)	+	(+) (-)
Caso 4	-	-	-	-
Caso 5	+/-	+/-	+/-	+/-

Como se puede apreciar en la tabla resumen, el caso 1, posee un alto grado de integración social y laboral; mientras que los casos 2 y 3 poseen un grado de integración social y laboral positivo desde el entorno social y el médico tratante, pero desde el individuo surgen factores limitantes del *self*, encerrados entre paréntesis⁹. Tal como fue mencionado anteriormente, estos

⁹ Nota al pie: En la tabla 6, los casos 2 y 3 aparecen entre paréntesis los valores positivos y negativos para marcar la influencia de factores del *self*. Se indican para diferenciar de los valores positivos y negativos netamente sociológicos, como en los casos 1, 4 y 5.

casos pueden estar influidos por factores externos que se traducen en que sus grados de integración social y laboral se vean limitados.

Por otra parte, los grados de inserción de estos casos (1, 2 y 3) son mayores que los casos 4 y 5, producto de la internalización de un *self* desarrollado en entornos sociales favorables a la integración, desempeño de roles sociales activos, lo que genera una definición subjetiva de la esquizofrenia de connotaciones más positivas que los casos 4 y 5. El caso 4 es un ejemplo de una integración social pero no de una integración laboral, producto de entornos sociales y el desempeño de roles productivos más reducidos.

8.3.2 Definición subjetiva de la esquizofrenia como reflejo de la posición social de la persona en cuanto al desempeño de roles sociales

En base a lo desarrollado en el análisis empírico, la definición subjetiva de la esquizofrenia es entonces el conocimiento socialmente adquirido en un momento determinado con respecto a la enfermedad, representa el instante social de la persona, en base al conocimiento personal y del entorno social, lo que se vincula también al desarrollo de roles sociales.

El caso 4, es el caso paradigmático con respecto al rol de enfermo, pues el rol de enfermo se convierte en el único rol social que ejecuta la persona. En este sentido, esta participación pasiva de la persona se puede vincular a su definición subjetiva de la esquizofrenia, la cual tiene consideraciones bastante centradas en la pasividad de la persona esquizofrénica, tanto en la persona como en el entorno social, y en las actitudes y gestos del entorno social frente al desarrollo social, y, visto desde la perspectiva teórica de Berger y Luckmann, la persona a través de los procesos de socialización, tanto primarias como secundarias, ha internalizado una realidad social definida para la esquizofrenia, y por lo tanto ha internalizado el conocimiento socialmente estructurado del entorno social, puesto que el conocimiento se objetiva como “un

cuerpo de verdades válidas en general acerca de la realidad”(Berger y Luckmann, 1979, p. 89), y este sentido, se transmite como “verdades objetivas a través de la socialización y de ese modo se internaliza como realidad subjetiva, y a su vez, esta realidad puede formar al individuo” (Berger y Luckmann, 1979, pp.89-90.). De esta forma, podemos afirmar y generalizar con respecto a la definición subjetiva de la esquizofrenia, que esta definición permite establecer con propiedad la posición social dentro de una realidad social de una persona determinada, puesto que teóricamente Berger y Luckmann señalaban que la integración de un orden institucional puede entenderse solamente en términos del conocimiento que los integrantes tienen de él, y en este sentido, la participación en el cúmulo social de conocimiento permite “la ubicación de los individuos en la sociedad y el manejo apropiado de ellos” (Berger y Luckmann, 1979, p. 60), por lo tanto, la teoría se ha mostrados en el análisis empírico, puesto que también los casos estudiados en esta investigación se han socializado exitosamente a través de los procesos primarios y secundarios.

El conocimiento socialmente adquirido a través de la interacción social entre la persona diagnosticada con esquizofrenia y el médico tratante, triangula la ubicación específica de la persona en la realidad social en la cual se enmarca, proporcionando información específica que permite vincular los roles sociales que ejecuta y las características del entorno social con respecto a estos roles.

En este sentido, la definición subjetiva de la esquizofrenia del caso 4 representa fielmente su realidad social y en especial su posición social, tanto a nivel de desarrollo social como productivo, que en este caso es una participación pasiva. Por otra parte, el Caso 1, 2 y 3, reflejan su posición social a través del conocimiento sobre la enfermedad y de las formas de integrarse social y laboralmente expresados en la definición subjetiva de la esquizofrenia, por lo tanto, demostrando su grado de integración social, y de esta forma, su posición social.

8.3.3 Relación entre definición subjetiva y rol de enfermo como limitantes en la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia

Una vez establecida la relación cíclica entre los elementos mencionados en el punto 1.1 y 1.2, se debe explicar la relación entre la definición subjetiva de la esquizofrenia y el rol de enfermo como limitantes internas de la persona en la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia. El análisis teórico-práctico reveló que en las personas diagnosticadas con esquizofrenia, la definición subjetiva como una discapacidad en algunos casos no define la enfermedad como una discapacidad en sí misma, sino que el entorno social externo a la persona y el entorno laboral es el factor que limita y discrimina, por lo tanto, *discapacita* a la persona diagnosticada con la enfermedad. Se ha establecido que la definición subjetiva de la esquizofrenia por parte de la persona diagnosticada con la enfermedad se conforma a través de la experiencia social de la persona y del acopio social de conocimiento, que colectivamente otorga un conocimiento específico sobre la enfermedad y de esta forma, también refleja los roles sociales enmarcados en la experiencia de la persona en relación a lo social y laboral.

Los casos expuestos en esta investigación han otorgado a través de su experiencia diversas definiciones subjetivas sobre la enfermedad, acorde a su trayectoria y experiencia de vida, y por lo tanto, poseen diversos matices entre ellas, pero el aspecto de los roles sociales enmarcados en esta experiencia es transversal a los casos, y de esta forma, el *rol de enfermo* se refleja en las definiciones subjetivas de los casos 4 y 5 en específico, siendo de esta forma, el aspecto limitante en su proceso de inserción social y laboral, pues el relevo de obligaciones sociales y la necesidad urgente de mantener un tratamiento por sobre las tareas sociales impide a la persona desenvolverse en la sociedad. Por ejemplo, el Caso 5 señala:

“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.” (En relación al centro de salud diurno).”

“No, mi mamá me dice que estudie historia, yo les digo que no, amanecerme, aprenderme textos, yo leo, pero amanecerme no, prefiero cuidarme, prefiero estar como estoy, quizás no tengo el título de profesor, pero estoy tranquilo con mi tratamiento.”

El Caso 4 ofrece una definición subjetiva de la esquizofrenia como una discapacidad que refleja el rol de enfermo que ejecuta la persona:

“Si, es una discapacidad porque el esquizofrénico a veces, o salvo muy raros casos, no se puede introducir en la sociedad como un elemento productivo. Esa es la perspectiva mía.”

En esta misma línea, el rol de enfermo se establece claramente en el Caso 4, pues de un principio la persona se define a sí mismo como un elemento que es incapaz de introducirse en la sociedad, *ergo* los roles sociales ya están delimitados y reducidos a su mínima expresión, y en este sentido, la persona diagnosticada con esquizofrenia comienza a ejecutar un rol social único, el cual es el *rol de esquizofrénico*, que se enmarca dentro de las características teóricas y empíricas del *rol de enfermo* de Parsons. La cita anterior manifiesta lo señalado. El Caso 4 por lo tanto, ejecuta un rol social el cual no es funcional al sistema, dentro de la perspectiva parsoniana, sino que ejecuta un rol único, el cual es el *rol de esquizofrénico*.

8.3.3.1 Surgimiento del rol de esquizofrénico o rol de persona con esquizofrenia

Dentro de los conflictos de roles analizados dentro de esta investigación, surge una clave a desarrollar en profundidad e indagar como resultado imprevisto de la investigación, el cual es el rol de la persona con esquizofrenia, como un rol social. La enfermedad en este caso se ha convertido en un rol social establecido con una pauta de comportamiento social encarnado en las limitaciones de la persona diagnosticada con esquizofrenia. La teoría de Berger y Luckmann señalan que los roles sociales surgen como roles institucionalizados y que corresponden a las acciones de un tipo determinado por personas de un tipo determinado, y en este sentido, la persona diagnosticada ejecuta un *rol de esquizofrénico*, el cual refleja el carácter institucionalizado del comportamiento de las personas con discapacidad psíquica en el sentido del relevo de las obligaciones sociales. La teoría de Berger y Luckmann señala que las acciones del sujeto están determinadas por las instituciones en las cuales se desarrollan, siendo este comportamiento institucionalizado, entendiéndose como institución, a los entornos

sociales en los cuales se desenvuelven, por lo tanto, las personas diagnosticadas con esquizofrenia deben seguir las acciones determinadas para ellas, las cuales, según Parsons, no deben realizar roles sociales activos, pues están en la necesidad de sanar y de esta forma retornar al sistema social.

En este sentido, el Caso 4 está condicionado a lo señalado anteriormente:

“Lo que me jodió a mí, fue lo que nunca pude trabajar más de 2 o 3 horas porque no sabía cómo trabajar.”

Mientras que de parte del entorno social surge la siguiente frase que confirma lo anteriormente planteado:

“Él además se convenció el mismo de que no puede trabajar, se autoconvenció. Yo le hablo de trabajo y él dice que no puede, “tú sabes que no puedo trabajar”.

Es entonces, que la persona en el Caso 4 realiza un rol social único, el cual es el *rol de esquizofrénico*, puesto que no realiza ningún otro rol social más que asistir al centro de salud mental, entonces, se cumple el aspecto teórico de que la persona cumple con un rol institucionalizado, y de esta forma, el comportamiento social de la persona está encauzado y canalizado mediante las pautas definidas socialmente, lo que reduce su potencial de acción, y por lo tanto, provoca que la persona limite su propio ejercicio de roles sociales. Este mundo institucional entonces, se convierte en su realidad objetiva y se traduce en una actividad personal objetivada. Por otra parte, estos roles pasivos surgen a su vez mediante la habituación de las acciones, de los casos 4 y 5, determinando una pauta de conducta que se reproduce y aprehendida por el ejecutante con economía de esfuerzos. Ejemplo de esto, el caso 4 señala lo siguiente:

“Yo lo asumo que es algo por inercia, de no hacer nada, conformarme con vivir como un parásito sin hacer nada, de eso yo me estoy empezando a cansar frente a eso porque yo quiero hacer cosas.”

Caso 4.

En este sentido, la legitimación de los roles pasivos otorgados por la familia y por otra parte, el centro de salud mental, institucionaliza aún más este comportamiento pasivo, provocando que

sea más previsible y controlable, de tal manera de que pueden aplicar medidas coercitivas (Berger y Luckmann, 1979,p. 85). Realizando un cruce teórico entre Parsons y los autores anteriores, el rol de enfermo se convierte en un rol netamente institucionalizado, y enmarcado en la teoría de Berger y Luckmann, se convierte en un rol tanto de primer nivel, como de segundo nivel pues, se representa tanto a sí mismo, como un rol que representa todo un nexo institucional de comportamiento (Berger y Luckmann, 1979, p. 99), puesto que el rol de enfermo se expresa tanto en función de la persona diagnosticada con esquizofrenia y el relevo de obligaciones sociales por parte de ésta misma, como de la obligación de una pasividad por parte de los entornos sociales.

8.3.4 Limitación en el ejercicio de los roles

Continuando lo señalado en el punto anterior, se debe explicar que dentro de los roles sociales y cómo estos se configuran, el médico tratante en esta investigación se transforma en un ente secundario, cuya influencia no es tan amplia como se planteó en un principio, pues más que un ente limitador, es un facilitador del proceso de inserción social y laboral. Si bien, el médico tratante en los casos señalados anteriormente afirmaba que acorde al grado de deterioro de la persona con respecto a la evolución de la enfermedad provocaba una desvinculación al trabajo, los casos explorados en esta investigación estaban bajo tratamiento farmacológico y la enfermedad estaba completamente estabilizada, por lo tanto esta afirmación se excluye del análisis propuesto en esta investigación, y el análisis de las limitaciones en los roles sociales se centran en los entornos sociales directos y externos a la familia.

En este sentido, los casos observados en esta investigación desempeñan roles sociales tanto activos como pasivos que reflejan la definición subjetiva de la esquizofrenia y las actitudes de grupo, por lo tanto, las limitaciones en el ejercicio de los roles sociales surgen de esta perspectiva, y del conocimiento socialmente adquirido a través de la experiencia de la persona,

como reflejo de la realidad objetiva internalizada de forma subjetiva. Es por esto, que la limitación del conocimiento sobre la enfermedad, surge de este análisis, pues, acorde a la teoría de Berger y Luckmann, los roles surgen tanto del orden institucional en el sentido de que los roles son “representaciones y mediaciones institucionales de los conglomerados de conocimientos institucionalmente objetivados,” y desde el rol mismo es “un apéndice de conocimiento socialmente definido” (Berger y Luckmann, 1979, p. 103).

En conclusión, las limitaciones en el ejercicio de los roles sociales surgen desde el conocimiento que se adquiere socialmente a través de la experiencia social de la persona, y de la internalización de las actitudes del grupo social en el cual las personas diagnosticadas con esquizofrenia están inmersas. Es de esta forma, que los casos 1, 2 y 3, poseen un grado de integración mayor a los casos 4 y 5, partiendo de la premisa que su propia definición subjetiva de la esquizofrenia revela el carácter discapacitante de ésta. Se debe afirmar también que los roles sociales pasivos de los casos 4 y 5 responden a los procesos de socialización que han generado en el individuo, no solamente la aceptación de estos roles, sino que también el mundo institucionalizado, y genera su propia identidad, definida objetivamente como “ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente solo juntos con ese mundo,” y, al recibir una identidad, se comporta la adjudicación de un lugar específico en el mundo (Berger y Luckmann, 1979, p. 168). La tercera parte del análisis sociológico de esta investigación ha exhibido lo señalado anteriormente.

Es aquí donde la investigación converge teóricamente entre Berger y Luckmann y G.H.Mead, en el sentido de que los procesos de socialización primaria, crean en el individuo una abstracción que parte de los roles y actitudes en específico, a los roles y actitudes en general. Este proceso se denomina el otro generalizado. Este otro generalizado implica, la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, de este modo, la sociedad, la identidad y la realidad toma forma subjetivamente en el proceso de internalización. En este proceso de adopción de las actitudes organizadas al identificarse con

el grupo social al cual pertenece, el individuo reacciona en función de estas actitudes organizadas, y de esta forma, el otro generalizado es el grupo social organizado que le otorga al individuo su unidad de persona, define por lo tanto los roles, gestos y actitudes a los cuales responde la persona a través del *mí* y el *yo*, puesto que es la encarnación de las actitudes y roles de la sociedad en torno al individuo y su grupo social.

En este sentido, la conformación del *self* en los casos investigados reflejan perfectamente los entornos sociales, las actitudes de grupo frente a la inserción laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, y en este sentido, las limitaciones sociales frente a este proceso.

8.3.5 Desarrollo del *self*

Como se estableció en las partes 2 y 3 del análisis sociológico, la participación social y laboral de la persona está directamente vinculado al establecimiento de un *self* que permita el establecimiento de roles sociales activos, junto con una definición subjetiva que refleje el conocimiento socialmente estructurado que posee la persona en torno a su propio proceso, se presenta como una *conditio sine qua non* en el análisis de las características de su proceso de inserción social y laboral.

Los resultados empíricos de esta investigación arrojan que los casos que poseen un mayor grado de inserción social y laboral, surgen de entornos sociales proactivos y promotores de roles sociales activos por sobre los roles pasivos. Esto también está asociado a las diversas motivaciones y acciones que posee la persona diagnosticada con esquizofrenia en su proceso de inserción, y también, que los ambientes que favorecen la inserción social y laboral, son menos limitantes este proceso. Debemos destacar la influencia en algunos casos de limitantes

del *self* de la persona. Esto se complementará en profundidad en las limitantes externas al individuo.

Este punto tiene implicancias tanto externas como internas, pues, si bien el desarrollo del *self* depende del individuo en sí mismo, el proceso es inherentemente social y dependiente del entorno social o grupo social en el cual la persona se desenvuelve, por lo tanto, se debe observar desde ambas perspectivas. En primer lugar, los resultados empíricos son concluyentes en el sentido de que las personas si adquieren las actitudes y gestos del grupo social en el cual se desenvuelve, lo que es un factor de importancia en el desempeño de roles sociales y la definición subjetiva, pues el entorno social otorga una parte esencial del *self*, el otro generalizado, por lo tanto, la integración social y laboral depende de este proceso.

En segundo lugar, en un eventual proceso de inserción laboral y social de una persona diagnosticada con esquizofrenia, como los casos investigados en esta tesis, para lograr consolidar un desempeño de roles sociales activos, se debe enfocar primero al grupo social en el cual se enmarca la persona, de tal forma de modificar el *self* de la persona, puesto que sólo mediante la interacción social, se internaliza una realidad socialmente construida. Esto se debe complementar con un conocimiento socialmente adquirido que permita a la persona insertarse social y laboralmente.

8.3.6 Desarrollo de competencias laborales / sociales

La investigación reveló que un factor limitante en el proceso de inserción social y laboral fuera es el desarrollo de competencias laborales y sociales, en el sentido de que los casos que poseen mejor desarrollo social y laboral, han desarrollado competencias laborales y sociales, lo que tiene implicancias económicas y terapéuticas, y como resultado de esto, una mejora en la calidad de vida. En esta línea, los entornos sociales directos que favorecen este desarrollo de

competencias permiten que la persona adopte una posición más favorable en su proceso de inserción social y laboral, a través de la internalización de un *self* favorable a éste, mientras que las personas que poseen entornos que desfavorecen este proceso, limitan la acción y el desarrollo de la persona diagnosticada con esquizofrenia, siendo un ejemplo de esto, la incapacidad del Caso 4 de realizar un trabajo, pues no posee el conocimiento requerido para ejercer tareas, producto de entornos que desfavorecen el proceso.

8.3.7 Factores biomédicos del individuo externos a la investigación

La presente investigación se centró principalmente en los factores sociológicos en el proceso de inserción sociolaboral de las personas con esquizofrenia, pero no se deben dejar de lado los factores biomédicos, como los aspectos neurológicos tales como la recaptación de neurotransmisores; farmacológicos, como los efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos (respiridona, olanzapina y clozapina); terapias conductuales; y las características evolutivas propias de la enfermedad. Los síntomas negativos y positivos implican al igual que los mencionados anteriormente, un punto de importancia a considerar dentro de los factores biomédicos en la inserción laboral de las personas con esquizofrenia.

Síntomas de la Esquizofrenia:

Como se explicó anteriormente, la esquizofrenia posee síntomas positivos y negativos, a los cuales hay que añadir los síntomas cognitivos, como la pérdida de memoria, la imposibilidad de realizar tareas rutinarias, y el déficit atencional. Estos síntomas pueden afectar el proceso de inserción sociolaboral, e incluso, afectar el desempeño laboral. Los tratamientos farmacológicos pueden reducir estos síntomas, pero las investigaciones sobre el vínculo entre los síntomas negativos de la esquizofrenia y los tratamientos farmacológicos no han sido concluyentes con respecto a esto último. Autores señalan que las personas que sufren de

síntomas negativos responden bien a los tratamientos con antipsicóticos, mientras que otros investigadores niegan lo anterior, e incluso sugieren que los síntomas son exacerbados por los antipsicóticos (King, 1998, p. 53). Los tratamientos de última generación reducen los *efectos extrapiramidales*, pero como se señaló anteriormente, no existe una vinculación entre la mejoría con respecto a los síntomas de la enfermedad y los nuevos tratamientos farmacológicos. Para efectos de la presente investigación, todas las personas participantes se encontraban farmacológicamente compensadas y con un tratamiento médico al día.

Tratamiento Farmacológico:

Continuando con lo anterior, los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, como la respiridona, olanzapina y clozapina, pueden producir aletargamiento, insomnio, mareos, náuseas, endurecimiento muscular, e incluso, discinesia tardía, la cual involucra movimientos incontrolables de cara, lengua, u otras partes del cuerpo, (JanssenPharmaceutical, s.f.); los cuales son factores de importancia en la ejecución de un trabajo, puesto que pueden afectar el rendimiento laboral o limitarlo. Los casos expuestos en esta investigación están bajo tratamiento farmacológico, los cuales exponen los efectos secundarios como limitantes al proceso. Las siguientes citas pueden relacionarse a lo último.

“Tiene el problema que es no poder levantarse solo, porque las pastillas le dan mucho sueño.”

“el remedio que más imposibilita, que te castra, físicamente y psicológicamente es la respiridona. Te aletarga.”

“Necesitas que te den la dosis justa para estar equilibrado.”

“Cuesta para levantarlo, con las pastillas le cuesta quedarse dormido, entonces se queda dormido muy tarde, y en la mañana le cuesta mucho levantarse. Va al (centro de salud) aunque se levante tarde.”

La compensación farmacológica no implica una capacidad plena de ejecución o de una inserción sociolaboral exitosa, por lo tanto, los efectos de los tratamientos farmacológicos son

una variable que puede incidir en el proceso de inserción social y laboral, tanto positiva como negativamente. En algunos casos de esta investigación, las alucinaciones son frecuentes hasta bajo el tratamiento farmacológico, lo que es un factor de importancia en el desempeño laboral, puesto que pueden impedir la normal ejecución de un trabajo, e incluso ser una excusa para evadir el proceso de inserción, lo que se traduce en el *yo* del individuo, o incluso desde la perspectiva parsoniana, la persona continúa bajo la enfermedad, lo que implica que debe asumir un rol más pasivo.

Por otra parte, como esta investigación es del tipo exploratoria, de manera de ser un punto de partida para diversos estudios relacionados con la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia, el análisis de estas variables biomédicas debe ser realizado en profundidad en subsiguientes estudios de inserción social en los cuales lo farmacológico sea esencial al proceso, a través del seguimiento médico, neurológico y psicosocial del individuo, en el tratamiento y posterior reinserción.

Tratamientos psicológicos:

Los tratamientos psicológicos también pueden ser una ayuda o un gran impedimento para el desarrollo del individuo, si las terapias cognitivo-conductuales han fallado con respecto a este tópico. En este sentido, las intervenciones psicoterapéuticas deben apuntar hacia un desarrollo de las habilidades sociales e individuales de la persona diagnosticada con esquizofrenia, manipulando los factores internos y/o externos que contribuyen a disparar o mantener los síntomas. Estos modelos “fomentan las percepciones de control y dominio y genera esperanza” (Vallina y Oviedo, 2001, p. 353).

En este sentido, es necesario investigar si las terapias de las personas que se encuentran en un estado *intermedio* entre la inserción social y laboral, apuntan a un desarrollo integral y averiguar la causa, si es que esta fuera, de las limitantes del individuo frente a su desarrollo.

Por ejemplo, los casos 2 y 3, manifiestan una limitación individual, expresada en las siguientes citas:

“Y es allí donde me cuenta que tiene pánico, es porque es mucho el pánico que le da.”
Caso 2.

“El tiene muchas ganas de hacer muchas cosas, no se pone limitaciones, el intenta hacer muchas cosas y yo creo que él piensa en hacer muchas cosas, pero el pánico lo invade, el tema donde más hay que estarlo picando.”

Caso 2.

“Es un miedo, tal vez ignorancia, o también ser corto de genio, tengo miedo, a veces, de expresar sentimientos, inquietudes, en eso radica, de poder expresarte en una manera clara y que no se burlen.”

Caso 3.

“Porque como persona, hay cosas que me limitan en lo afectivo y en lo laboral, tanto como afectivo en tanto familia, o pareja o lo laboral, siempre va a haber un tope.”

Caso 3.

De esta forma, es necesario averiguar las causas de las limitaciones de los individuos de una manera completa, de tal manera de establecer cuáles son realmente las variables que inciden en su proceso de inserción, que hasta el momento de la investigación se encuentran en un estado intermedio.

8.4 Limitantes externas en el proceso de inserción social y laboral en la persona diagnosticada con esquizofrenia

En primer lugar, la definición de discapacidad posee diversas variables, siendo una de las más importantes, es la limitación del entorno para el desarrollo de la persona diagnosticada con esquizofrenia. El estudio sociológico reveló que en los casos cuya integración social y laboral es baja o nula, el entorno es entonces discapacitante, pues impide el proceso de inserción social y laboral de la persona diagnosticada con la enfermedad, y en este sentido, la persona se limita a sí misma, pues refleja las actitudes en el grupo que se desarrolla.

Como las limitaciones internas son un reflejo de las limitaciones externas, es necesario explicar los resultados de la investigación en relación a estos entornos sociales. *A priori*, se estableció teóricamente, que las características de los entornos sociales se reflejan directamente en el individuo, tanto a través del conocimiento, como de los roles sociales y actitudes de grupo, para luego, *a posteriori* demostrar que los entornos sociales directos son limitantes en el sentido estricto de la definición, pues impiden que la persona se desarrolle, y esto se estableció en el análisis sociológico anterior.

Como resultado de la investigación, se ha revelado que un factor fundamental que impide el proceso de inserción social y laboral, son los entornos sociales no favorables al proceso, tanto familiares como externos a la familia, como es el caso del centro de salud mental.

8.4.1 Entornos no favorables al proceso de inserción social y laboral

En primer lugar, como se ha establecido previamente los entornos no favorables al proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia transfieren hacia el individuo una realidad socialmente construida, expresada a través del acopio social de conocimiento, y por otra parte, de las actitudes y gestos del grupo social en el cual se desarrollan, lo que empíricamente se convierten en roles sociales.

En segundo lugar, los resultados de la investigación en torno a las limitaciones generadas por los entornos sociales se reducen a solamente los familiares y externos al individuo, los cuales son responsables de las características de los procesos de inserción social y laboral.

8.4.1.1 Entorno familiar

El análisis sociológico teórico-práctico reveló que los entornos familiares son protagonistas esenciales en este proceso de inserción social y laboral. En este sentido, los casos en los cuales estén inmersos, teóricamente y empíricamente, definen los roles sociales que se ejecutan al interior de éstos, incluyendo el rol de enfermo, y el rol de esquizofrénico.

La investigación reveló que mientras más favorables sea el entorno familiar hacia el tratamiento y proceso de inserción social, mejores resultados tendrá la persona, y una mejor preparación ante recaídas. En los casos 1, 2 y 3, los entornos que demostraban un mayor conocimiento sobre la enfermedad, y por lo tanto, definiciones subjetivas menos discapacitantes con respecto a ésta, generaban en las personas diagnosticadas roles sociales más activos. El caso 2 señala lo siguiente con respecto al entorno social:

“Exactamente, que haga mis cosas, que trabaje, eso es lo que quieren, que lleve una vida normal.”

“No, no me dicen eso que me quede en la casa. No, no, no. Me dicen anda a trabajar.”

En relación a esto, el referente significativo del caso 2 señala lo siguiente:

“Claro porque en un principio por ejemplo yo acá le pude haber conseguido la pensión, hace unos años atrás, sin embargo le dije que no, porque le dije “vos podés ir a trabajar, podés trabajar como cualquier persona.”

“Hasta que un día llegó y me dijo “voy a atender” y se puso a trabajar.”

En esta línea, el caso 1 señala lo siguiente:

“La familia ha sido importante, porque a veces, las cosas, un día uno no amanece con el mismo ánimo que el otro, uno debe enfrentar de igual manera todos los días, con actitud positiva, levantarse temprano, realizar las rutinas con las que la familia se responsabiliza.”

Caso 1.

En este sentido, el entorno social ha promovido el proceso de internalización de roles sociales que han sido motivacionales para el proceso de inserción social y laboral, al haber una retroalimentación entre el entorno y el individuo.

“Cuando trabajo se sienten motivados, y al ser tan motivados ellos, me motivo yo.”

Caso 2.

Por otra parte, en los casos que tienen un grado de inserción social y laboral nulo o limitado, los entornos sociales limitantes transforman estas limitaciones del entorno en limitaciones del sujeto, puesto que ha internalizado la realidad objetiva de forma subjetiva, y por otra parte, los roles sociales que ejerce, aunque sean pasivos, son productos inherentemente sociales. El caso 4 muestra que las limitaciones del entorno se han convertido en limitaciones del sujeto, en especial en el proceso de ejecución de roles sociales. Como ejemplo, cito al referente significativo entrevistado del caso 4:

“En el caso de (Caso 4) ya no, porque ya se pasó, con 38 años, yo lo veo difícil que empiece una carrera laboral ahora.”

“yo no lo encuentro apto para trabajar.”

En este sentido, la persona diagnosticada con esquizofrenia (Caso 4) afirma lo siguiente:

“Siento que si trabajara me apoyarían.”

“Si, se me hace cómodo el rol pasivo que tengo.”

“Creo que las limitaciones son propias del hecho de que fuera del círculo social familiar no calzo.”

Caso 4.

Estas limitaciones impuestas por el entorno social se profundizan en el ámbito laboral, y en el sentido social, existe una retroalimentación en las limitaciones propuestas por el entorno y el sujeto. Esto se muestra en las siguientes afirmaciones:

“Mi desarrollo social básicamente ha sido bastante limitado, porque yo no he tenido muchos amigos en mi vida.”

Caso 4.

En este sentido, el referente significativo en el caso 4 afirma lo siguiente:

“Pero nunca lo quise limitar, pero como nunca tuvo hermanos, quise que tuviera más amigos, entonces, si tiene 3 amigos, él se puede desenvolver, pero él siempre ha buscado relacionarse con la gente.”

En el caso 4, surge entonces la paradoja del desarrollo social. Por una parte, la persona misma concibe de que debe insertarse en sociedad, lo mismo ocurre en el caso del entorno social, pero finalmente, la limitación al proceso se hace latente, tanto en la persona diagnosticada con esquizofrenia, como en el entorno familiar.

8.4.1.2 Externos

Esta investigación ha revelado que los entornos sociales externos al individuo influyen en la persona diagnosticada con esquizofrenia en la búsqueda de empleo competitivo, puesto que el trabajo de inserción social y laboral debe apuntar hacia el entorno tanto interno de la persona como externo, de manera de lograr una inserción exitosa.

En el transcurso de esta investigación se ha detectado que el centro de salud es un entorno limitante en el desarrollo social y laboral de la persona diagnosticada con esquizofrenia en el sentido de que no existe un proceso de reinserción laboral al interior de los centros de salud mental, por lo tanto, la persona adquiere las actitudes y gestos de este entorno social reducido, lo que se traduce en una limitación hacia su proceso, por ejemplo, en el caso 4 y 5.

Por otra parte, en el caso 5, su participación social en una Iglesia promueve el desarrollo social de la persona, pero enmarcado solamente a través de roles institucionalizados al interior de la comunidad religiosa, pero esto no se traduce directamente en una participación en sociedad plena, sino que simplemente se reduce a la participación en la institución.

“Converso con la gente, gente más o menos buena, converso con ellos, yo voy a la iglesia todos los domingos.”

“He tenido más amigos en la iglesia, más cercanos con mi hermano y hermana. Es que en la iglesia tengo amistades.”

“Yo tengo un amigo en la iglesia, yo converso mucho con él en la iglesia, pero no tengo una relación muy amistosa con la gente, converso, pero yo no sé si harán cosas adecuadas o inadecuadas.”

Como se ha mencionado, las personas adquieren actitudes de grupo, y en este sentido, las actitudes de grupo al interior de la comunidad religiosa pueden influir en la persona a mantener un rol pasivo que dificulte el desempeño de roles activos, siendo una limitante en el proceso de participación social. Esto se muestra en la siguiente cita del caso 5.

“en la iglesia dice un consejo “acostarse a una buena hora y levantarse temprano hace bien a lo físico”. Acostarse temprano hace bien, uno no se deteriora, no se va desgastando.”

Por otra parte, el desarrollo social del Caso 1, quien también participa de una Iglesia, se enmarca dentro de sus actividades sociales, más allá de la participación laboral, siendo una contribuyente directa en las actividades de la Iglesia, probando que la persona está insertada directamente en la sociedad.

8.4.1.3 El centro de salud como entorno limitante en el desarrollo social y laboral de la persona

Como fue mencionado anteriormente, el centro de salud opera como un entorno limitante, puesto que reduce la capacidad de realizar roles activos. En este sentido, el centro puede ser considerado como un perpetuador del *rol de enfermo*, puesto que no existe un trabajo de reinserción laboral dentro del centro que permita que las personas diagnosticadas con esquizofrenia y/u otras discapacidades psíquicas. El caso 1 logró una inserción plena tanto laboralmente como socialmente a través de un programa de inserción en un centro de salud enfocado en este fin, mientras que el caso 5 no desempeña roles activos e incluso, ha adquirido roles pasivos dentro del centro. Los siguientes extractos afirman lo siguiente:

“pero si mejor estoy en la corporación pero no gano mucho, a pesar de que cuando trabajaba no ganaba mucho, porque era ayudante, ganaba menos 200 lucas, no era mucha plata la que manejaba, entonces cuesta... acá en la corporación estoy bien.”

“Trabajar con contrato no creo, porque pierdo la pensión, prefiero estar en (centro de salud) y quedarme aquí y hacer cocadas, lo prefiero, no voy a hacer mucha plata, pero algo es algo.”

“No sé cómo sería volver trabajar después de un año sin trabajar. Estoy cómodo acá. Bien cómodo.” (En relación al centro de salud).

Caso 5.

El caso 4 está en una posición similar al caso 5. Esto se complementa con lo señalado por parte de los referentes significativos del caso 4, en relación a la actitud de las personas al interior del centro de salud.

“Pasivo si, estar en la casa, e ir a la (centro de salud) y estar allá. Pero el me dice que “mira papá, yo voy a la (centro de salud) y veo cabros que están muy enfermos, que no tienen futuro, y yo no, yo quiero estudiar algo, sacar una carrera, tener una familia”, son como tiempos nublados en los que sale el sol a ratos y después vienen las nubes, y vuelve todo a como es.”

Esto se complementa con lo señalado por parte de los referentes significativos del caso 4, en relación a la persona diagnosticada con esquizofrenia frente a la actitud de las personas al interior del centro de salud.

“yo me comparo con los cabros de allá y estoy mejor, y entonces qué futuro tengo allí, como mi destino va a ser una casa de acogida”

El centro de salud se convierte entonces en un factor limitante en el proceso de inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, en especial al no existir una distinción entre los grados de manifestación de las diversas enfermedades, y la falta de una potenciación de los casos que poseen menor daño cognitivo, tratamientos que apunten hacia un desarrollo personal y laboral, y de esta forma, una probabilidad mayor de reinserción, a través de programas de rehabilitación, capacitación, desarrollo de habilidades y competencias.

8.4.2 Limitantes sociales y laborales

Por limitantes sociales se entiende a factores sociales fuera de los entornos sociales, tanto internos como externos a la persona que inciden en la inserción social y laboral de ésta, como el estigma y la imposibilidad de un contrato sin penalizar la pensión de invalidez.

8.4.2.1 Estigma

El estudio ha revelado que el estigma social de la esquizofrenia continúa siendo un factor limitante, y por ende, discapacitante en el proceso de inserción laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. El estigma de la esquizofrenia ha afectado a la mayoría de los casos analizados en esta investigación, tanto al interior de las familias, como la sociedad en su conjunto y en este sentido, los Casos 1, 2 y 3, han tenido que esconder la enfermedad de tal manera de no ser sujetos a discriminación. En este sentido, las personas que se han integrado social y laboralmente en esta investigación han desarrollado estrategias personales para evitar el estigma, esto se plasma en las siguientes citas:

“Todo lo contrario, para evitar el estigma, uno no puede decir eso.” (En relación a señalar que tiene esquizofrenia en el trabajo).

“El estigma, las barreras que hay para conseguir un trabajo es el estigma.”

Caso 1.

“Como discriminación. Primero, yo le conté a un supervisor cuando estuve trabajando y él lo tomó bien, lo tomó bien, de buena manera. Pero después le conté a un maestro, que era el ayudante del en electricidad, y yo le conté sobre mi enfermedad, y resulta que se puso a reír, me dice ‘este está loco el XXXXXXXX.’”

Caso 2.

“Mis propios compañeros me trataban de loco, me decían loco acá, loco acá.”

Caso 3.

En esta misma línea, el caso 4 ahonda más en esta perspectiva del estigma social, ya considerándolo parte de sí mismo, lo que se afirma en las siguiente cita.

“Es algo que como que uno se autoestigmatiza . Si, no salir de la casa.”

Caso 4.

En esta línea, lo señalado por las personas entrevistadas en esta investigación con respecto al estigma confirma lo establecido por otras investigaciones sociológicas en el ámbito del estigma social de la esquizofrenia, puesto que el estigma de la esquizofrenia en esta investigación influye negativamente en la búsqueda de empleo competitivo.

Se debe señalar que a pesar de que esta investigación no se centraba netamente en el estigma de la esquizofrenia como un factor discapacitante de la enfermedad, es necesario señalar que es un elemento a considerar dentro del análisis del proceso de inserción social y laboral, y en este sentido, puesto que el estigma ha afectado a la mayoría de los casos de esta investigación y acorde a lo señalado por los mismos entrevistados, ha sido uno de los elementos externos al individuo que provoca mayor problemática al momento de insertarse social y laboralmente, puesto que limita al individuo a participar socialmente para evitar el estigma.

8.4.2.2 Pensión de invalidez / contrato

La pensión de invalidez y un contrato de trabajo es un tema paradójico en cuanto a la inserción laboral de personas discapacitadas, pues por una parte, permite un ingreso fijo que puede en cierta medida financiar las actividades de éstas, pero por otra parte es insuficiente para elevar la calidad de vida de la misma. Con respecto a este punto, la legislación chilena señala lo siguiente: *“Recibirá el 100% de la pensión si gana un monto menor o igual a un sueldo mínimo (\$172.000). El monto disminuirá conforme suban sus ingresos, hasta cero si gana más de dos veces el sueldo mínimo”* (BCN, 2008, p. 7).

La paradoja surge al momento de que la persona discapacitada requiere trabajar para poder acceder a una mejora en la calidad de vida, la pensión se reduce, lo que incide a que la persona deba trabajar sin contrato, y por lo tanto, sin protección laboral. Esto se revela a través de las siguientes citas:

“la pensión me ha jugado en contra, porque si yo tuviera que empezar a trabajar de nuevo, no tengo que decir nada sobre mi enfermedad y trabajar sin contrato, para que no me descubran mi discapacidad laboral, porque si me imponen, yo no voy a recibir, no voy a poder recibir la pensión, es decir, por un lado me ayuda, y por el otro lado no me ayuda la pensión.”

Caso 2.

“porque con una pensión de 69 lucas no haces nada, entonces uno se pregunta, sería rico trabajar pero como lo hago, que me van a decir, que ponga, si acaso voy a ir con la verdad yo sé que si voy con la verdad me lo van a negar, pero si voy con la mentira yo sé que voy a quedar, pero que pasa si me da una recaída, que va a pasar conmigo, que va a pasar con la persona que confió en mí.”

Caso 3.

“yo una vez busqué trabajo pero cuando hubo contrato de por medio me dijeron que podía perder la pensión.”

Caso 5.

En este sentido, la pensión de discapacidad es un recurso financiero que le permite a la persona percibir un ingreso fijo, pero también es un elemento limitante en la inserción laboral y la adquisición de un trabajo protegido por las leyes laborales enmarcado en un contrato de trabajo, lo que desprotege a la persona en relación a las imposiciones y beneficios laborales, e incluso abre la posibilidad de ser objeto de abusos por parte de los empleadores, como lo fue en el caso 2 y 5.

Finalmente, la pensión de invalidez tiene dos caras, siendo un lado positivo al entregar recursos financieros a las personas con discapacidad, pero por otra parte, impide legalmente la inserción laboral de éstas, a obligar a las personas a trabajar sin la protección legal de un contrato de trabajo de manera de mantener el ingreso fijo.

8.4.3 Médico tratante

Los médicos tratantes en esta investigación no han sido una limitante en el proceso de inserción laboral y social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, puesto que conocen la realidad de la inserción de primera fuente, e incluso, proporcionan tratamientos farmacológicos que se ajusten de mejor forma a los perfiles de actividades de las personas que se han investigado en esta tesis.

Por otra parte, se debe hacer la mención de que basándose en la confidencialidad médico-paciente, no se ha realizado preguntas sobre pacientes, sino el enfoque que poseen los médicos tratantes frente a las problemáticas que se han investigado en esta tesis, de tal manera de proteger el anonimato de los pacientes, y a la vez, destacar los hechos, datos y definiciones que poseen los médicos tratantes sobre el proceso de inserción laboral y social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia; otorgando lineamientos sobre diversas variables que pueden incidir en el proceso de inserción social mencionado.

Las definiciones subjetivas con respecto a la esquizofrenia en el caso de los médicos tratantes en esta investigación se mantienen constantes, en el sentido de que su opinión profesional, y la que otorga a las personas diagnosticadas con esquizofrenia y sus familiares u referentes significativos se mantienen constantes, lo que no representa directamente una limitación por parte de éste hacia el proceso, sino que se motiva a realizar roles sociales más productivos en aras de una inserción plena, esto se aplica a los médicos tratantes actuales de los casos de esta investigación, puesto que en todos los casos, los médicos tratantes que tuvieron al principio del brote de la enfermedad más que estimular y tratar la enfermedad en función de una futura inserción, eran limitantes en gran medida. Los médicos tratantes actuales y entrevistados motivan y estimulan hacia este proceso de inserción y en este sentido, esta motivación surge por parte del médico tratante en todos los casos analizados en esta investigación.

Los resultados planteados responden a los objetivos de la investigación, los cuales son complementados por los resultados exteriores a éstos, estudiando holísticamente los factores que limitan el proceso de inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia. Si bien los resultados empíricos se mostraron en la tercera parte del análisis, los resultados sociológicos son los que mejor representan a la investigación pues son una elaboración e interpretación que permite establecer nuevas guías de análisis sociológico del fenómeno, contemplando futuras estrategias de intervención psicosociales en el proceso de inserción social y laboral de personas con esquizofrenia.

**9 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA INSERCIÓN SOCIAL Y
LABORAL DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ESQUIZOFRENIA**

9.1 Conclusiones sobre la investigación

La inserción social y laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia es un proceso complejo que involucra no solamente a la persona en sí misma, sino que requiere del conjunto completo de la sociedad partiendo desde la familia, además de políticas de inclusión efectivas, financiamiento de capacitaciones y proyectos que apunten a este fin por parte del Estado; políticas económicas que abran el mercado laboral hacia las personas discapacitadas a través de franquicias tributarias, estrategias de competencia laboral y participación activa de empresas; y finalmente, tratamientos farmacológicos de última generación que se ajusten al perfil de actividades de cada persona, mejorando la calidad de vida.

La investigación reveló que elementos discapacitantes como el estigma siguen siendo factores de influencia en la participación social y laboral de las personas con esquizofrenia, e incluso la pobreza asociada a la enfermedad, y más aún, la problemática legal y económica de la *pensión de invalidez*, contribuye a que éstas no logren insertarse plenamente social y laboralmente dentro de la sociedad. En este sentido, todos los casos en esta investigación han tenido problemáticas con respecto a estos dos elementos clave,- estigma y pensión de invalidez -, e incluso, ha sido un factor limitante directo en su proceso de inserción social y laboral. Estas problemáticas que han vivido las personas diagnosticadas con esquizofrenia no sólo son las mencionadas anteriormente, sino que también existen problemáticas afectivas, como las relaciones de pareja, y familiares, como la asistencia perpetua a la persona con esquizofrenia.

En estos elementos discapacitantes surgen los factores del *self*, los cuales son factores biológicos o neurológicos, psiquiátricos y psicológicos que pueden incidir en el individuo en su relación con el medio productivo y su entorno social. Éstos deben ser investigados en conjunto con médicos psiquiatras, neurólogos y psicólogos para lograr un entendimiento completo de esta serie de variables complejas que afectan a la persona diagnosticada con

esquizofrenia, de tal manera de comprender, analizar y proceder con terapias acorde a las necesidades de cada individuo, potenciando el proceso de reinserción.

Sin embargo, esta investigación apuntaba hacia la relación entre el rol de enfermo y la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante en la búsqueda de empleo competitivo de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, desde el punto de vista sociológico. En este sentido, los objetivos de la investigación se han cumplido plenamente, pues se han revisado, analizado y establecido los resultados en torno a éstos, comprobando empíricamente, lo propuesto teóricamente. Por lo tanto, es necesario generar las conclusiones con respecto al objeto de la investigación, de tal manera de no perder el foco con el cual se ha desarrollado este trabajo teórico-empírico.

En primer lugar, debemos señalar que en esta investigación se lograron estudiar más variables que las propuestas como objetivos generales y específicos, lo que significó un mayor trabajo de análisis, pero que abren el camino hacia investigaciones cuantitativas y cualitativas al respecto que permita una adquisición mayor sobre la inserción social y laboral de personas con esquizofrenia de tal manera de diseñar y ejecutar proyectos de inserción sociolaboral que permitan ser más que un primer paso, un puente directo entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia y el mercado laboral, y por ende, la sociedad.

En segundo lugar, la investigación remarcó la importancia de los entornos familiares en relación a una mayor inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia, siendo una plataforma estable en el proceso, al ser el primer escalón dentro de la participación social, y en este sentido, la investigación mostró que los entornos sociales limitantes reducen la capacidad de la persona de ejercer roles productivos, y la persona diagnosticada con esquizofrenia de este modo, queda relegada y en cierto modo, obligada a una participación pasiva, restringida y en conformidad a lo propuesto por Parsons a través del *rol de enfermo*.

En esta línea, el elemento fundamental en esta investigación ha sido el concepto del *rol de enfermo* de Parsons, el cual en esta investigación se ha llevado más allá de su conceptualización original de carácter de rol temporal, y se ha transformado en un concepto de rol perpetuo de la persona diagnosticada con esquizofrenia. Esto se ha denominado en esta investigación como el *rol de persona esquizofrénica*, el cual posee las mismas características del rol de enfermo de Parsons, pero cuya obligación constante es mantener un tratamiento médico y por ende, una reducción total de la participación social a través de roles productivos o activos, y desde la perspectiva parsoniana, *no es funcional al sistema*. Este rol es producto de entornos sociales desfavorables al proceso de inserción social y laboral, y por otra parte, es un beneficio secundario, en cierta medida, a la propia visión de la persona diagnosticada con la enfermedad como discapacitante, lo que se traduce en la ejecución de un rol social único, como lo es en el Caso 4, cuya participación social se reduce a la asistencia al centro de salud mental. El rol de enfermo de Parsons en este sentido sociológico, sigue vigente, pero como se ha revisado en esta investigación, posee dos lecturas: la primera lectura se refiere a la internalización del rol de enfermo producto de la interacción social con el entorno social y de la definición subjetiva de la esquizofrenia, en conformidad a un perpetuo estado de relevo de obligaciones sociales; y por otra parte, de que el rol de enfermo en la persona diagnosticada con esquizofrenia está asociada a la evasión de responsabilidades o presiones sociales asociada a la condición de enfermo.

En tercer lugar, la investigación mostró que la definición subjetiva de la esquizofrenia es, al igual que el rol de enfermo, elementos fundamentales de análisis, puesto que la definición subjetiva en las personas diagnosticadas con la enfermedad, permite el establecimiento de su posición social, en el sentido de que muestra las características de conocimiento socialmente adquirido a través de la interacción social y de los roles insertos en ella. Por lo tanto, a través del conocimiento socialmente estructurado alrededor de la esquizofrenia es posible determinar los roles asociados a la enfermedad en la persona misma, como en su entorno social y cómo se retroalimentan entre sí estos elementos.

El análisis sociológico tanto teórico como empírico ha exhibido claramente la influencia de la definición subjetiva y del rol de enfermo en la búsqueda de empleo competitivo por parte de personas diagnosticadas con esquizofrenia. La definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante del paciente, su entorno familiar y médico se vinculan a través del conocimiento socialmente estructurado de la esquizofrenia, producto de la internalización de una realidad objetiva socialmente construida de manera subjetiva, en la cual el rol de enfermo surge como una conducta socialmente institucionalizada en torno a la enfermedad, y por otra parte, este rol surge desde los entornos sociales, quienes a través de los gestos y actitudes de grupo, definen los roles sociales que debe cumplir la persona diagnosticada con esquizofrenia.

En relación a la investigación propiamente tal, el trabajo de campo y su posterior análisis sociológico teórico ha respondido y comprobado la pregunta de investigación, *¿Cómo se relaciona la definición subjetiva de la esquizofrenia como enfermedad discapacitante del paciente, su entorno familiar y médico, junto a la adopción del rol de enfermo, como factores influyentes en la búsqueda de empleo competitivo de personas esquizofrénicas usuarias de servicios de salud en las regiones Quinta y Metropolitana?*, en la medida de que esta investigación explica teóricamente y empíricamente el surgimiento de la definición subjetiva de la esquizofrenia a partir de la evolución del conocimiento socialmente estructurado sobre esquizofrenia en la persona diagnosticada con la enfermedad, y cómo es el surgimiento de roles sociales en base a esta definición y las actitudes y gestos de grupo que también forjan estos roles, de tal forma de establecer la relación entre las variables nombradas en la búsqueda de empleo competitivo.

La investigación ha mostrado que las personas diagnosticadas con esquizofrenia que poseen un mayor grado de conocimiento sobre la misma, y de connotación más positiva en el ejercicio de roles sociales, poseen un grado de inserción social y laboral mayor que una persona cuyo conocimiento sobre la misma sea reducido, pues como se mostró en esta investigación, la

definición subjetiva surge desde la experiencia de la persona y el conocimiento adquirido en el ejercicio de roles, y por otra parte, de la relación social que posee con el entorno.

Como fue planteado anteriormente, esta investigación abre las puertas hacia otras investigaciones de mayor alcance, como es el estudio del desarrollo de roles sociales de las personas con discapacidades psíquicas al interior de los centros de salud mentales, puesto que según la teoría sociológica de Mead utilizada en esta investigación, las personas adquieren actitudes de grupo, lo que determina los roles sociales que desarrollan, por lo tanto, podemos afirmar, en base a esta investigación, que entornos sociales pasivos generan individuos que ejecutan roles pasivos, y por lo tanto, perpetúan el rol social único propuesto en esta investigación, en este sentido, se manifiesta lo afirmado por Mead con respecto a los gestos generados por el grupo, y de esta forma el gesto como parte del proceso social es “una parte del acto individual frente al que se produce la adaptación por parte de otros individuos en el proceso social de la conducta” (Mead, 1973, p. 88). Una investigación centrada en esta línea es fundamental para estudiar, comprender y generar metodologías de terapias psicosociales que apunten a un desarrollo de roles activos, y de esta manera, mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, cambiando la perspectiva de los centros de salud mental como lugares de estadía durante el día, sino que sean centros de integración social y laboral que respondan a la necesidades propias del individuo, siendo el mismo un partícipe de su proceso de reinserción social y laboral.

Por otra parte, las motivaciones y acciones de las personas diagnosticadas con esquizofrenia con respecto a su proceso de inserción social y laboral manifiestan empíricamente las variables desarrolladas teóricamente, pues a través del análisis sociológico se mostró que el caso 1 posee un grado mayor de inserción laboral y social, teniendo motivaciones y acciones que surgen como producto de entornos sociales cuyas actitudes y gestos de grupo tienden positivamente a la inserción social.

Se debe precisar que los casos 2 y 3, poseen entornos sociales favorables al proceso, pero pueden considerarse como *casos intermedios*, puesto que su propio proceso de inserción se encuentra limitado por factores del *yo*, del tipo biomédico o psicológico. Dentro del ámbito sociológico, los casos 2 y 3 poseen las características de los entornos sociales necesarias para una integración social y laboral plena, pero las variables del *yo* mencionadas pudieron haber limitado el proceso completo. En el otro lado, los casos 4 y 5 poseen grados de inserción laboral y social inferiores producto de entornos sociales cuyas actitudes y gestos de grupo son limitantes. De esta forma, se cumple el postulado teórico con respecto a lo afirmado por Mead en relación a las actitudes de grupo reflejadas en el individuo en el proceso de inserción laboral y social.

Con respecto a la relación cíclica en los casos expuestos en esta investigación poseen diferentes matices. En los casos 1, 4 y 5, la relación cíclica de las variables *self*, roles y definición subjetiva de la esquizofrenia, como fue planteada teóricamente, se refleja empíricamente, mostrando que la realidad subjetiva y objetiva están en una relación simétrica y de esta forma, el caso 1 está plenamente integrado a la sociedad, mientras que los 4 y 5 se encuentran excluidos de los medios productivos. . Por otra parte, los casos 2 y 3, la relación cíclica entre los elementos mencionados contiene variables del *self* que modifican a ésta, lo que se traduce en que las realidades objetivas y subjetivas sean asimétricas. De esta forma, los casos 2 y 3 se encuentran en el estado intermedio en su proceso de inserción laboral y social.

Con respecto a la definición subjetiva de la esquizofrenia, la expresión por parte de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, como de su entorno social de ésta de connotación como una enfermedad discapacitante, se traducen empíricamente como las personas y entornos sociales más limitados y limitantes respectivamente, en los ámbitos sociales, laborales y educacionales; puesto que existe una relación directa entre la experiencia y la interacción social y la definición subjetiva. Estos elementos se vinculan directamente y su variación tanto positiva como negativa es recíproca.

No obstante lo señalado anteriormente, fue necesario el análisis en profundidad de las limitantes sociales y personales frente a la búsqueda de empleo competitivo, vinculando lo teórico y lo empírico para demostrar más allá de la óptica de los objetivos de la investigación, diversos factores que circundan a las variables centrales de esta investigación, y más que orbitar en la investigación, son partes complementarias a éstas, sin negar que su análisis independiente es imprescindible; incluyendo las variables del *yo*.

En este sentido, los resultados de la investigación como las limitantes internas como externas al individuo son resultado de una categorización de elementos que circundan a la definición subjetiva de la esquizofrenia y el rol de enfermo, y en cierta medida, complementan a éstos dos términos. Esta categorización y estudio de los resultados permite el desarrollo de estrategias a seguir en el proceso de inserción social y laboral de personas con esquizofrenia, pues muestran la influencia negativa y positiva de entornos sociales, los cuales se reflejan en las acciones del individuo, en cuanto a la estructuración de conocimiento, como de internalización de roles sociales vinculados en el *self*.

9.2 Resultados de la investigación claves en futuras intervenciones con respecto a procesos de inserción social y laboral para personas con discapacidad psíquica

Esta investigación como se señaló es el primer paso para investigaciones en relación a la propia interpretación de la enfermedad desde la persona diagnosticada con esquizofrenia, cambiando las estadísticas, por el relato personal y único desde la experiencia de la discapacidad psíquica, con sus matices y dinámicas comunes, lo que permite establecer desde la experiencia social, el camino a seguir en el largo proceso de la integración.

La investigación ha reflejado diversos requerimientos de las personas diagnosticadas con esquizofrenia para su proceso de inserción laboral. En este sentido, se puede afirmar que una

estrategia de inserción laboral para las personas con esquizofrenia debe apuntar a sus talentos y competencias, y por un lado terapéutico, a empleos y locaciones laborales que no provoquen estrés en ellas. En este sentido, el proceso de inserción laboral debe ser un trabajo diseñado a medida del usuario, y enmarcada dentro de la Rehabilitación basada en la comunidad, de tal manera de ser el primer escalón dentro de una inserción social plena. Esto no es una tarea fácil, pues cada persona posee diversas características respecto al desarrollo de su enfermedad, como de sus competencias laborales, he allí la necesidad de un proceso personal, orientado psiquiátrica, psicológicamente y sociológicamente, tanto en la persona diagnosticada con esquizofrenia, como en familiares y en posibles empleadores.

En este sentido, la investigación ha revelado que el primer paso hacia la integración social debe partir desde la familia misma, en el sentido del desarrollo de roles sociales dentro de la familia, para luego externalizarlos en sociedad, adquiriendo actitudes y gestos de grupo que inciten a una participación efectiva, reduciendo las posibilidades de un desarrollo de roles pasivos. Se debe realizar una observación aquí, en el sentido de que este tipo de estrategias familiares debe estar acompañado de una terapia familiar, como lo fue en los casos 1, 2 y 3, para reducir el riesgo de estrés y de manifestaciones de los síntomas negativos de la enfermedad. En esta línea, un tratamiento farmacológico adecuado es un componente de importancia dentro del proceso, pues sin ellos, es posible que se manifiesten los síntomas negativos de la enfermedad, dificultando el proceso de inserción. Así mismo, la familia debe considerarse como el entorno social primario en el proceso, pues he allí la fuente afectiva y motivacional en éste, como se mostró en los Casos 1, 2 y 3. Esta motivación se debe extender también al educacional, como se mostró en los casos mencionados.

En esta línea, se debe establecer que la definición subjetiva de la esquizofrenia es un indicador clave de las características de la inserción social y laboral de la persona, pues como se mencionó anteriormente, refleja la posición social de la persona, y en este sentido, como construcción social, es necesario cambiar las estructuras de conocimiento alrededor de la

enfermedad, en los entornos sociales y en la persona, para producir un cambio positivo que apunte hacia la inserción y de esta forma, el desarrollo de roles productivos. En la investigación se mostró que el proceso de socialización exitosa denominada por Berger y Luckmann, se ve desarrollado dentro de esta conceptualización teórica, como lo es la definición subjetiva de la esquizofrenia, por lo tanto, la expresión de este conocimiento socialmente estructurado responde a que las personas diagnosticadas con esquizofrenia de esta investigación tuvieron procesos de socialización, tanto primarios como secundarios, exitosos. En relación a los gestos y actitudes de grupo que conforman el *self*, la investigación da a entender que la conformación del *self* como producto social es posible modificar desde un *self pasivo* a *activo*, reforzando actitudes y gestos positivos con respecto a la integración social. Esto se ha explicado en los casos expuestos en este caso, tanto en aquellos que poseen un alto grado de integración social, como de los que poseen un bajo grado nivel de integración.

La aplicación de lo señalado debe partir desde los entornos familiares directos, hasta los micro entornos sociales que surgen dentro de los centros de salud mental, de tal manera de cambiar los roles sociales pasivos asociados a la participación dentro de centros de salud mental; y de esta forma, la intervención psicosocial debe apuntar a estos elementos señalados. Cambiando las condiciones de los entornos sociales, y a través del apoyo terapéutico y psicoeducación a la persona y su entorno social, es posible la modificación de un futuro incierto, en una posibilidad de inserción real.

El rol del centro de salud debe establecerse entonces como una plataforma entre la sociedad y la persona diagnosticada con esquizofrenia, y no debe ser un elemento perpetuador del rol de enfermo. He allí una de las falencias en el proceso, la inhabilidad de los centros de salud mental para rehabilitar y reinsertar a las personas con discapacidades psíquicas, siendo lugar de estadía durante el día, lo que conlleva que el peso terapéutico del proceso de reinsertación recaiga sobre las familias, que en muchos casos, no están preparadas técnicamente o no poseen el conocimiento necesario para enfrentar una situación así, lo que provoca conflictos y

problemas al interior de las mismas, como ocurrió en algunos casos de esta investigación, lo que finalmente repercute en la rehabilitación y reinserción social y laboral. En este sentido, la aplicación de terapias integradas tipo IPT que reduzcan los síntomas negativos y promuevan una autonomía del paciente son necesarias para evitar los problemas en la inserción social y laboral, como surgen en los casos 2 y 3.

Como fue mencionado anteriormente, el rol del centro de salud no se debe reducir solamente a la persona discapacitada, sino también de realizar el mismo proceso en las familias de éste, pues finalmente, la familia es el entorno principal de la persona, y en esta línea, el rol de las familias en el proceso de terapia y reinserción señalado anteriormente es fundamental, puesto que el entorno familiar es a su vez una plataforma de desarrollo social, en el cual el individuo aprende y desarrolla roles, resuelve conflictos, establece rutinas e interactúa con personas tanto dentro como fuera de la familia. Como fue señalado anteriormente, aunque los entornos sociales promuevan el desarrollo integral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, es necesario contemplar desde el centro de salud las posibles variables biomédicas, psicológicas y psiquiátricas que inciden en este desarrollo, de tal manera de evitar conflictos potenciales en el individuo, como es en los casos 2 y 3.

En relación a la familia, el apoyo de ésta en la inserción ha probado ser de vital importancia, reflejado en las motivaciones y acciones de las personas, como fue exhibido en esta investigación, y en este sentido, he allí la necesidad de vincular directamente a la familia dentro de las terapias psicosociales y ocupacionales de la persona diagnosticada con esquizofrenia, para facilitar el proceso de inserción, promoviendo el desarrollo de la persona, sin la limitante de la sobreprotección, en un proceso de acompañamiento inicial, para luego facilitar una inserción plena.

La investigación reveló que las personas diagnosticadas con esquizofrenia pueden llevar una vida normal e insertarse social y laboralmente, siempre y cuando existan las condiciones

adecuadas para el proceso, como entornos favorables y el desarrollo de competencias laborales, además de un tratamiento farmacológico adecuado. Pero en este proceso, existen resguardos que deben tomar para evitar el estigma y otras limitaciones sociales, por parte de las personas con esquizofrenia, como mantener la enfermedad escondida, de tal manera de que no se enteren los pares o colegas y de esta forma evitar la discriminación y el estigma. Entonces, ¿qué pasaría si se esconde al empleador la condición, y se tiene un accidente laboral u otra complicación? La persona entonces no tendría más opción que revelar su condición, lo que implica que puede ser discriminado o incluso, despedido. Esta es la mayor problemática de las enfermedades psiquiátricas, la necesidad de esconder la condición, en vez de ser aceptada socialmente.

Es en esta línea, que se entiende el dilema de la inserción social y laboral de las personas con esquizofrenia, y también se entiende la participación reducida de ellas en el medio productivo. Pero esto no implica que no se deba realizar y abogar por la inserción, sino más bien se debe encarnar esta lucha y a través de la organización en conjunto tanto de centros de salud mental comunitarios, públicos y privados, asociaciones de amigos y familiares y entidades como ONGs y otras, lograr que el proceso de inserción social y laboral sea un trabajo en sociedad, político y cultural, que debe ir de la mano con el mercado laboral y la economía. El trabajo político necesario para poner sobre la mesa el tema de todas las discapacidades en los ámbitos afectivos, laborales, familiares y sexuales, es un importante paso que se debe lograr para la inserción plena en sociedad, para lograr una participación activa y real, y de esta manera cambiar las condiciones negativas por positivas, reafirmando la condición humana y sus derechos como humanos que son.

La investigación presente apunta a esto, a ser un grano de arena en la búsqueda de soluciones desde la persona y desde lo sociológico frente a la problemática de las personas con enfermedades psiquiátricas. La discapacidad es una limitante netamente social, y en este sentido, la persona diagnosticada con esquizofrenia que participa activamente en la sociedad

no es discapacitada, sino que esta condición desaparece. Las explicaciones respecto a la discapacidad por parte de una persona diagnosticada con esquizofrenia revela y explica en las siguientes frases:

“La sociedad te discapacita, no el discapacitado”

“la esquizofrenia no es discapacitante en sí, sino la pobreza es la discapacitante.”

“la discapacidad la pone uno mismo, uno pone los límites.”

Por lo tanto, más allá de lo netamente social, la discapacidad surge en la persona en el momento en que se plantea los límites en su propio desarrollo y en su propia vida. En este sentido, cualquier persona de cualquier edad, etnia, nacionalidad, género, sexualidad, que se limite a si mismo se discapacita, sin necesariamente tener algún impedimento, ya sea físico, psiquiátrico o mental.

9.3 La inserción laboral: ¿una realidad posible o un síntoma negativo de la esquizofrenia?

Durante el desarrollo de esta investigación, en base a las experiencias recogidas de las personas que han participado dentro de la investigación, y también como producto de mi rol como investigador, ha surgido desde lo profundo de mi conciencia personal y social, una reflexión sobre el tema de la inserción social de las personas con discapacidad psíquica y en especial, las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Entendiendo el hecho de que la inserción laboral de las personas con esquizofrenia está supeditado tanto a la persona como a las características de los entornos sociales con respecto a la aproximación que éstos tienen con respecto a la enfermedad y el significado de lo que es ser esquizofrénico, surge la interrogante: *¿Es la inserción laboral de las personas con esquizofrenia una realidad posible u otro síntoma negativo más de la enfermedad?* Los

entornos sociales requieren que la persona esquizofrénica se inserte en el plano productivo, que generen su autonomía, pero a la vez, no contribuyen a una verdadera autonomía de la persona, a través de las actitudes del grupo social frente a este proceso, expresado a través del miedo a la interacción social y laboral, amparado en la sobreprotección, como lo es en un caso de esta investigación.

Esta autonomía surge entonces como una ilusión por parte de la persona y de su entorno, pero la ilusión de una autonomía plena se oscurece y se cambia por un futuro incierto, el cual es un viaje a través de un túnel cuya luz al final de ésta es una casa de acogida. He allí el verdadero problema y el verdadero síntoma negativo social de la esquizofrenia: el abandono total producto de una vida sin las herramientas adecuadas para lograr esta autonomía.

Entender la realidad de la persona es fundamental para el proceso de inserción social y laboral, cuáles son sus motivaciones, cuáles son sus miedos, a qué le temen, y lo mismo se aplica a las familias, cuáles son sus miedos, inquietudes, esperanzas e ilusiones, de tal manera de enfrentar el escenario social y laboral de una forma más completa, con la asistencia y ayuda de terapeutas ocupacionales, médicos psiquiatras y psicólogos; y de esta forma, elaborar las herramientas para que las personas con esquizofrenia aprendan a utilizarlas en su propio proceso de inserción social y laboral, asegurando una autonomía que represente sus propias esperanzas, ilusiones y motivaciones, enmarcados en un proyecto de vida.

Esto último no puede ser posible sin una educación social en relación a las discapacidades psíquicas. La falta de educación con respecto a las enfermedades mentales tiene diversas consecuencias, tanto como el estigma, como las discapacidades sociales asociadas a éstas, lo que dificulta, limita o destruye, toda intención de la propia persona con discapacidad psíquica de insertarse en la sociedad como un elemento productivo. Solamente a través de la educación en todos los ámbitos de la vida social, que integre el conocimiento sobre la enfermedad sin prejuicios, y la puesta sobre el tapete del tema de la discriminación por discapacidad psíquica

en la agenda política, económica, cultural y social, es posible un verdadero proceso de inserción social y laboral de las personas con discapacidades psíquicas.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatry Association.(2000). *DSM IV TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatry Association.

Andreasen, N., Moussaoui, N., & Nakane, Y. (1994). *Teaching and learning about schizophrenia*. Iowa: World Psychiatric Association.

Berger, P., & Luckmann, T. (1979). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social*. Santiago: LOM.

Chuaqui, J. (2002). *Sociedad, Psiquiatría y Esquizofrenia (Interrelaciones)*. Valparaíso: Alba.

Cockerham, W.C. (2006). *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.

Foucault, M. (1996). *La Vida de los Hombres Infames*. La Plata: Altamira.

Fromm, E. (2005). *Marx y su concepto del hombre*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of Psychiatry*. Somerset: Oxford University Press.

Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.

Jaspers, K. (1993). *Psicopatología General*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Mead, G.H. (1973). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Barcelona: Paidós.

Novack, G. (1987). *Introducción a la lógica. Lógica formal y lógica dialéctica*. México D.F: Fontamara.

Parsons, T. (1988). *El Sistema Social*. Madrid: Alianza.

Roder, V., Brenner, H., Kienzle, N, &Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.

Sampieri, R. H. (2006). *Metodología de la Investigación*. MéxicoD.F: McGraw-Hill.

Schindler, V., &Donohue, M.(2004). *Occupational therapy in forensic psychiatry*. New York: HaworthPress.

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

Material Electrónico

BCN - Biblioteca del Congreso Nacional. (2008). Ley Establece Reforma Previsional N°20.555. Recuperado el 17 de julio de 2009, de http://www.leychile.cl/Consulta/Exportar?radioExportar=Normas&exportar_formato=pdf&nombrearchivo=LEY-20255_17-MAR-2008&exportar_con_notas_bcn=True&exportar_con_notas originales=True&exportar_con_notas_al_pie=True&hddResultadoExportar=269892.2008-03-17.0.0%23

Chuaqui, J. (Marzo, 2005). El Estigma en la Esquizofrenia. *Revista Ciencias Sociales Online, Volumen II, Número 1*, pp. 45-66, Universidad de Viña del Mar. Recuperado el 5 de mayo de 2009, de http://www.uvm.cl/csonline/2005_1/pdf/esquizofrenia.pdf.

Cornell University (s.f.).APA Citation Style.Recuperado el 11 de diciembre de 2011, de <http://www.library.cornell.edu/resrch/citmanage/apa>.

Díaz, D., Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. *Revista de Psicología Universidad de Chile. Volumen XV*, pp. 27-55. Recuperado el 6 de mayo de 2009, de http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/2006_1/articulo_diaz_rev12006.pdf

Egea, C., Sarabia A. (2001). Clasificación de la OMS sobre Discapacidad. Recuperado el 17 de Julio de 2009, de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>

FONADIS. (2005). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, Resultados V Región. Recuperado el 21 de junio de 2009, de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/Vregion.pdf

FND - Fundación Nacional de Discapacitados (1994). Ley de integración de las personas con discapacidad N°19.284. Recuperado el 4 de mayo de 2009, de http://www.fnd.cl/Ley_19.29...pdf

Janssen Pharmaceutical (s.f). Risperdal Important Safety Information.Recuperado el 10 de diciembre de 2011, de <http://www.risperdal.com/safety.html>.

Garay, A. (2002). La identidad social desde el punto de vista del interaccionismo simbólico. Recuperado el 3 de mayo de 2009, de <http://antalaya.yab.es/liniguez/Aula/IdentidadIS.pdf>.

Herranz, R. (2008). La historia de la Ley 19.284. Recuperado el 8 de julio de 2010, de http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/discapacidad-leyes-chile/historia-ley-19284-discapacitados

King, David J. (1998). Atypical antipsychotic and negative symptoms of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment (1998)*, vol.4, pp. 53-61. Recuperado el 10 de diciembre de 2011, de <http://apt.rcpsych.org/content/4/1/53.full.pdf>

Minsal. (2000). Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con esquizofrenia. Recuperado el 10 de agosto de 2010, de <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e42e52709a1a53e04001011f010ab3.pdf>

OIT Empleo competitivo (2005). Recuperado el 5 de mayo de 2009, de <http://www.ilo.org/public/libdoc/ILO-Thesaurus/spanish/tr1988.htm>.

Porta, L., Silva, M. (2003). *La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa*. Universidad Católica de Córdoba. Recuperado el 11 de noviembre de 2009, de <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>.

SENADIS. (2010). Ley que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Recuperado el 21 de febrero de 2011, de http://www.senadis.gob.cl/descargas/centro/legislacion_nacional/Ley_que_Establece_Normas_sobre_Igualdad_de_Oportunidades_e_Inclusion_Social_de_Personas_con_Discapacidad.pdf

SENADIS.(2010).Nueva Ley de Discapacidad. Recuperado el 21 de febrero de 2011, de <http://www.senadis.gob.cl/archivo.publico.php?opcion=2&tipo=1&id=214>

Vallina, O., Lemos S (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia.*Psicothema* (2001). Vol.13, n°13, pp.345-364. Recuperado el 10 de diciembre del 2011, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=459>