

*Inclusión Socio laboral en usuarios del Servicio de
Salud Mental del Hospital El Pino*

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en Sociología
y Título Profesional de Sociólogo

Jorge Armando Cayulef Flores

Profesor Guía:

Jorge Chuaqui K.

Abril, 2018

Agradecimientos

*A Laura, mi amor y compañera de vida, por su compañía, cariño y paciencia inagotable,
por ser mi soporte interior.*

*A mi mis padres, hermana y sobrina, por su apoyo y comprensión constantes, y ser
motivación para retomar los estudios*

*Al profesor Jorge Chuaqui por su gestión para poder realizar esta investigación y su
disposición constantes*

Resumen

Observando el panorama de la salud mental en Chile, el cual cada vez afecta a una mayor cantidad de la población, centraremos la atención en la enfermedad mental y como ésta imprime la condición de persona en situación de discapacidad mental a quien la padece, en donde el estigma asociado a aquella condición le impide desarrollarse plenamente como individuos.

Ante esta situación analizaremos el programa de inclusión laboral del servicio de salud mental del Hospital El Pino, y como éste impacta en los usuarios de dicho servicio que se encuentren compensados al facilitar y propiciar su inclusión socio laboral.

Intentaremos conocer como el tratamiento entregado por el hospital, facilita su incorporación a un trabajo, veremos qué factores más allá del tratamiento facilitan u obstaculizan dicho proceso de inclusión, y como este proceso amplía la vinculación de los y las usuarias en otros aspectos de la sociedad, se observará como comienzan a recuperar el poder de controlar sus vidas y decidir las acciones, aspiraciones y proyectos que deseen perseguir.

Entenderemos estos elementos favorables a la inclusión socio laboral como Soportes, que son los que mantienen y dan sentido a la existencia de cada individuo, los cuales, al aumentar y mejorar en calidad, impactan provechosamente en el Bienestar Subjetivo individual, lo cual servirá de indicador para constatar la existencia de Realización Personal en los usuarios.

Palabras Claves: Salud mental, Hospital, Tratamiento, Inclusión Socio Laboral, Soportes, Autonomía, Proyectos de vida, Bienestar subjetivo individual, Realización Personal.

Índice de Contenidos

1. Formulación del Problema	8
1.1. Discapacidad en Chile	8
1.2. Programa de rehabilitación	12
1.2.1. Programa de Autonomía	13
1.2.3. Programa de Fortalecimiento	14
1.2.4. Programa de Inclusión	14
1.3. Forma de abordar la investigación	15
1.4. Pregunta de Investigación	16
2. Objetivos Generales y Específicos	17
2.2. Objetivo General	17
2.2. Objetivos Específicos	17
2.3. Relevancias	18
3. Marco Teórico	19
3.1. Perspectiva teórica del estudio y definición conceptual	19
3.2. Discapacidad	21
3.3. Persona en situación de Discapacidad	22
3.4. Personas con Discapacidad Mental	22
3.5. Exclusión	23
3.6. Enfermedad Mental	24
3.7. Inclusión Socio-laboral como dimensión de la Inclusión Social	25
3.8. Soportes	26
3.9. Trabajo e Ingresos	28
3.10. Familia	30
3.11. Bienestar Subjetivo Individual	32
3.12. Realización Personal	34
3.13. Proyecto de Vida	35
3.14. Mujeres y Discapacidad Metal	36
4. Marco Metodológico	37
4.1. Tipo de Estudio	37
4.2. Tipo de Investigación	37
4.3. Tipo de Diseño	38

4.4. Universo y Muestra	39
4.5. Justificación y descripción de la Técnica Seleccionada	39
4.6. Criterios de Selección	40
4.7. Matriz Muestral	40
4.8. Técnica de producción de Datos	41
4.9. Técnica de Análisis	42
4.10. Calidad del Diseño	42
4.11. Plan de Trabajo	43
4.12. Condiciones Éticas	44
4.13. Instrumento de Producción de Datos	45
4.14. Guion de la entrevista	46
4.15. Estructura del Guion de Entrevista	46
4.16. Inicio del trabajo de campo	49
4.17. Procesamiento de la Información y Codificación	49
5. Análisis de Datos	50
5.1. Percepción de los usuarios del tratamiento en el hospital, las diferentes herramientas que han recibido durante el tratamiento al integrarse al trabajo formal	51
5.1.1. El Tratamiento y los medicamentos	51
5.1.2. Dificultades con en tratamiento y los medicamentos	53
5.1.3. Herramientas y capacidades	57
5.1.4. Habilidades blandas y sociales	60
5.1.5. Aspectos positivos y negativos de la experiencia en el hospital	60
5.1.6. Conclusión para Objetivo Especifico N° 1	61
5.2. Factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la integración al trabajo formal	62
5.2.1. La familia, apoyo u obstáculo para el tratamiento e integrarse al trabajo.....	62
5.2.1.1. Relación con los hijos	67
5.2.1.2. Sobreprotección	67
5.2.2. Influencia las amistades durante el tratamiento y el trabajo	68
5.2.3. Otros factores que influyen en la integración al trabajo	70
5.2.3.1. Barrios vulnerables	70
5.2.3.2. Soledad y aislamiento previo al tratamiento y trabajar	71
5.2.3.3. Temor al Espacio Público	72
5.2.3.4. Autoestigma y percepción de los usuarios sobre su enfermedad	72

5.2.4. Relación con instituciones como Hospital, Iglesia y Religión	75
5.2.4.1. Relaciones al interior de Hospital	75
5.2.4.2. Relaciones entre usuarios	78
5.2.4.3. Relación con la Iglesia y Religión	79
5.2.5. Conclusión para Objetivo Especifico N° 2	80
5.3. Esferas de la sociedad o relaciones sociales en las que se han incluido o desarrollado a causa del tratamiento y la inclusión laboral	81
5.3.1. Nuevas relaciones sociales, laborales, afectivas, como pueden ser amistades o pareja	81
5.3.2. Cambios en la forma de relacionarse con las personas	84
5.3.3. Nuevos ámbitos de acción, usos del tiempo	84
5.3.4. Conclusión para Objetivo Especifico N° 3	86
5.4. Impacto de la inclusión laboral en los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, proyectos de vida, autonomía y Realización Personal	86
5.4.1. Efectos en los proyectos de vida personales y cambios en los mismos después del tratamiento y el trabajo	87
5.4.1.1. Proyecto de casa propia	87
5.4.1.2. Proyectos en torno al trabajo	88
5.4.1.3. Proyectos de corto alcance	90
5.4.1.4. Proyecto familiar, pareja e hijos	92
5.4.1.5. Proyectos en torno a los Estudios	93
5.4.2. Autonomía material y relación con el dinero	95
5.4.3. Autonomía en la toma de decisiones	97
5.4.4. Conclusión para Objetivo Especifico N° 4	98
5.5. Diferencia de género en la inclusión socio-laboral de usuarios y usuarias	99
6. Conclusiones	100
Bibliografía	104

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de personas con discapacidad según rango etario	8
Tabla 2. Distribución de personas con discapacidad según Ingresos	9
Tabla 3. Participación laboral por sexo y situación de discapacidad	11
Tabla 4. Representación muestral, edad, diagnostico, estado civil, con o sin hijos, antigüedad laboral, y trabajo que realiza	40
Tabla 5. Plan de Trabajo	43

1. Formulación del Problema

1.1. Discapacidad en Chile

Según el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, aproximadamente un 20% del total de la población nacional, se encuentra en situación de Discapacidad, 2.606.914 personas según su estimación, de los cuales un 64,4% son mujeres y 35,6 % son hombres, se nos muestra así una diferencia significativa en la prevalencia de la discapacidad mayor en las mujeres, más de un millón y medio son mujeres, donde éstas están cerca de duplicar a los hombres en la misma condición.

Por su parte la prevalencia de la discapacidad aumenta a medida que también lo hace la edad de la población nacional, y se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 1: Distribución de personas con discapacidad según rango etario

Años de vida	Porcentaje
18 a 29 años	8,3 %
30 a 44 años	12,7 %
45 a 59 años	31,5 %
60 años y más	47,2 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad 2015.

Como se puede observar en la Tabla 1, las personas con discapacidad aumentan a medida que la población envejece, en donde los adultos mayores, casi la mitad de ellos son personas que presentan algún tipo de discapacidad.

En relación con el nivel Socio-económico de la población, la discapacidad se distribuye concentrándose en los sectores de menores ingresos y disminuyendo progresivamente hacia los sectores de más altos ingresos, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2: Distribución de personas con discapacidad según Ingresos

Quintil de ingresos	Porcentaje
I	25,5 %
II	24,4 %
III	19,7 %
IV	17,6 %
V	12,4 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad 2015.

Lo que nos muestra la Discapacidad está directamente relacionada con el nivel socioeconómico de las personas, los sectores de la población de menores ingresos tienden a presentar en mayor proporción algún tipo de discapacidad.

El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad nos muestra que la discapacidad tiende a afectar mayormente a las personas de mayor edad a medida que la población envejece, a las personas de bajo nivel socio-económico, y a las mujeres, lo que nos muestra como los factores de edad, ingresos y género determinan y/o a su vez están determinados por la presencia y distribución de la discapacidad en la población.

La discapacidad también se distribuye de manera diferenciada en la población en relación a los años de estudio que posean las personas, ya que, para aquellos sin situación de discapacidad, el promedio de años de estudio es de 11,6; mientras que para los que si están en situación de discapacidad el promedio es de 8,6 años de estudio.

En relación con la inclusión laboral de las personas con discapacidad, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad al medir la tasa de ocupación¹ señala que un 39,3% del total de personas con discapacidad se encuentran trabajando, un 3,6 % se encuentra desocupado, es decir desempleado, en contraste, un 57,2 % que se encuentra inactivo, esto es que no integran la fuerza de trabajo del país, es decir, no está trabajando y tampoco están

¹ La tasa de ocupación es el porcentaje de personas de 18 años o más que se encuentran ocupadas respecto al total de personas de 18 años o más.

buscando un empleo. Para el caso de las personas con discapacidad mental, Mascayano, Lips y Moreno señalan que esa proporción es menor, ya que “las personas con discapacidad mental tienen menos posibilidades para encontrar empleo en comparación con otras condiciones discapacitantes no mentales” (2013, p. 159), también señalan que los porcentajes que habían para el año 2013 en el nivel de fuerza de trabajo para personas con discapacidad mental y personas con discapacidad física eran de un 29% y un 49% respectivamente, (Ídem) una diferencia significativa que evidencia la condición de desmedro en que se encuentran los primeros en relación al total de personas con discapacidad.

“Algunos de los factores que explican dicha situación provienen tanto de variables individuales como socioculturales. En la dimensión personal, muchos de los usuarios con trastorno mental presentan bajos niveles de formación académica, baja productividad, reducidas habilidades sociales y laborales, síntomas deficitarios tanto afectivos como cognitivos, efectos colaterales adversos de los fármacos y escasa experiencia laboral.” (Mascayano et al. 2013, p. 159).

Todos estos factores, asociados al estigma que se cierne sobre las personas con discapacidad mental impacta negativamente en su capacidad bidireccional de incorporarse al mundo laboral, el interés y motivación para buscar y mantenerse en un trabajo, y las expectativas y prejuicios por parte de los empleadores y el mercado laboral en general, lo que precariza sus condiciones materiales y la percepción que tienen sobre sí mismos, (Chuaqui, 2012), principalmente en pacientes con esquizofrenia.

Por otra parte, en un seminario realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en el año 2011, señalaba que el porcentaje de personas con discapacidad mental era aún menor.

“Más de 600 mil personas en Chile presentan discapacidad mental, ya sea de causa psiquiátrica o intelectual. Sólo el 19% de ellas accede a algún trabajo remunerado, generalmente en condiciones precarias, con bajas remuneraciones, horarios parciales y alta inestabilidad. Su situación laboral es peor que la de quienes sufren discapacidad física, visual o auditiva ..., al tiempo que son víctimas de mayor discriminación y marginalidad.” (Fuente: Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile, 2011)

Volviendo a las cifras de discapacidad en general, las personas en esta situación, que si están trabajando, se distribuyen siguiendo la tendencia nacional con un mayor porcentaje de hombres ocupados, como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Participación laboral por sexo y situación de discapacidad.

Participación Laboral	Hombres	Mujeres
Sin situación de discapacidad	81,9%	53,1%
En situación de discapacidad	53,3 %	37,2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad 2015.

Los varones en situación de discapacidad que participan en la fuerza laboral, ya sea ocupados o desocupados son un 53,3%, mientras las mujeres de igual condición alcanzan un 37,2% del total. Por su parte los salarios que reciben las personas con discapacidad son más bajo que el resto de la población, el promedio de ingresos para personas sin discapacidad es de \$434.586, mientras que para las personas en situación de discapacidad es de \$295.803, lo que limita su capacidad de adquirir bienes y servicios, mermando así su autonomía económica y la capacidad de proyectarse a nivel material.

El mismo estudio nos señala además que un 5,4% del total de personas con discapacidad, presenta algún tipo de discapacidad mental o intelectual entre los que se incluyen:

- Ansiedad
- Autismo
- Bipolaridad
- Demencia
- Dependencia de Drogas
- Dependencia de Alcohol
- Depresión
- Esquizofrenia
- Problemas de Sueño

(Fuente: Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad 2015)

Las personas con discapacidad en su mayoría están adscritas al sistema de salud público, a través de Fonasa, con un 85,9 %, un poco más de diez puntos porcentuales que las personas sin discapacidad adscritas a Fonasa, que llegan al 74,3 %, lo que convierte al sistema de salud pública en el cual mayoritariamente debe afrontar el desafío de proveer atención y rehabilitación a las personas en situación de discapacidad.

La Salud Mental Pública en Chile se encuentra atravesada por una paradoja, por una parte, un aumento de las enfermedades mentales en la población según la diferencia entre los datos del Primer y Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, que nos muestra un aumento de un 2,18% a un 5,4% para las mediciones de los años 2004 y 2015 respectivamente, dónde aquella de mayor prevalencia es la Depresión, y un aumento. Esto se condice con el escaso presupuesto destinado a esta área en relación con el presupuesto total en salud, siendo para el año 2012 menor al 3% como lo señalan Errázuriz y Valdés (2012, p. 2).

Esta limitación de recursos impacta en las metas propuestas por el Plan Nacional de Salud Mental, el cual pone énfasis en un Modelo Socio-comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales (Errázuriz y Valdés, 2012, p. 2), en donde se trata al paciente en relación con su entorno psicosocial, centrándose en potenciar sus capacidades psicológicas, cognitivas, afectivas y su relación con las personas. (Ídem).

1.2. Programa de Rehabilitación

En este escenario, y con esas metas trazadas por el Ministerio de Salud, aunado a la reciente publicación el 15 de junio de 2017 en el Diario Oficial de la Ley N° 21.015 que incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral, es que los esfuerzos que llevan a cabo los distintos servicios de salud mental y sus funcionarios a lo largo del país adquieren mayor relevancia, como lo es el caso del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino, el cual cuenta con un *Programa de Rehabilitación* como parte del tratamiento dirigido a usuarios ambulatorios de salud mental, con un trastorno psiquiátrico severo y que pertenezcan a las comunas de El Bosque y San Bernardo.

El tratamiento recibido por los usuarios del servicio de salud mental se compone por una parte de la terapia farmacológica la cual se encarga de contrarrestar y controlar los síntomas que la enfermedad mental produce, y por otra parte el Programa de Rehabilitación y sus subdivisiones.

Este programa busca otorgar la mayor autonomía posible de los usuarios, a través del aumento de la funcionalidad según el quehacer u ocupación de cada persona.

Esto es llevado a cabo con talleres de participación social y/o simulación de situaciones laborales, propiciando de esta manera la rehabilitación desde la inclusión. Favoreciendo así, la participación social dentro y fuera del programa, y fortaleciendo hábitos y rutinas que faciliten la inclusión.

Además, en este programa, se busca incluir a la familia, personas significativas y a la comunidad en el proceso de rehabilitación.

El programa se divide en tres etapas: *Autonomía, Fortalecimiento, Inclusión.*

1.2.1. Programa de Autonomía

El Programa busca aumentar la autonomía del usuario y disminuir la carga del cuidador, desarrollando habilidades, capacidades y competencias individuales que permitan propiciar su inclusión social y mejoramiento de la calidad de vida, ya sea a nivel personal o familiar. Para ello se trabaja con un Terapeuta Ocupacional y un Psicólogo familiar e individual que facilitan dichos cambios.

Principalmente se basan en actividades de vida diaria básicas (actividades de autocuidado, como bañarse) e instrumental (transporte, manejo de dinero), y la formación de hábitos y rutinas, a través de los intereses de la persona.

Se realizan terapias individuales en el servicio de salud mental del hospital, terapias a domicilios con usuarios y cuidadores, terapias con familias y cuidadores de los usuarios y talleres grupales.

Ocasionalmente los familiares y cuidadores de los usuarios pueden ser convocados para realizar actividades de psicoeducación.

1.2.3. Programa de Fortalecimiento

Este programa fortalece las habilidades sociales (capacidad de formar relaciones con otras personas), rutinas y habilidades blandas (puntualidad, trabajo en equipo), a través de talleres laborales. Destaca aquí el taller Newen, en donde los usuarios realizan labores de reciclaje al interior del hospital guiados por los funcionarios del servicio de salud, el cual comenzará a acostumar a los usuarios a desempeñarse en un trabajo formal, donde se busca que puedan cumplir con las condiciones básicas para permanecer en un entorno laboral, como la puntualidad, el seguimiento de funciones, trabajo en equipo y asistencia.

El trabajo logra en la persona identidad, validación y efectividad en el ambiente, por lo que los usuarios alcanzan a través de los talleres la confianza y el empoderamiento para la inclusión.

Las actividades se basan en talleres grupales, terapias individuales y terapias con el cuidador del usuario.

1.2.4. Programa de Inclusión

El programa de inclusión lleva a cabo los intereses de los usuarios, ya sean laborales, educacionales o sociales.

Se postula a través de las municipalidades de El Bosque y San Bernardo, según corresponda, a actividades laborales que permiten la inclusión de personas con trastornos psiquiátricos severos, que se encuentren compensados y dentro del programa.

El programa se basa en entrevistas individuales, evaluación de puestos de trabajo y seguimientos.

Los trabajos a los cuales se postulan se encuentran informados de la situación de salud de los usuarios, por lo que los permisos para los controles médicos son otorgados.

La pensión asistencial no se pierde, a menos que el sueldo sea igual o mayor a dos sueldos mínimos.

Para esta investigación nos centraremos en el programa de Inclusión, el cual tiene como uno de sus objetivos facilitar a los usuarios que así lo requieran y lo puedan hacer, integrarse a Trabajos Formales, lo cual es un factor que favorece su Inclusión Social, ya que como señala Mascayano y otros, "...la actividad laboral juega un rol importante en la recuperación de personas que padecen alguna alteración mental discapacitante" (2013, p. 159), lo que favorece directamente su realización personal y bienestar.

“Las personas con trastorno mental pueden trabajar y esto además es beneficioso para su salud mental. Su inserción laboral se basa en el valor del trabajo, como ocupación productiva, dentro del conjunto de intercambios sociales, económicos y políticos posibles, pero además ofrece empoderamiento a las personas, devolviendo el protagonismo a sus vidas a través de la construcción del propio proyecto vital.” (Obra Social “La Caixa”, 2012, p.18)

Esta experiencia única en su tipo a nivel nacional, que lleva a cabo este programa del servicio de Salud Mental del Hospital El Pino, en donde los usuarios que se encuentren compensados y dentro del programa, y que así lo deseen se le integre a un Trabajo Formal, con contrato, cumplimiento de un horario, ya sea en jornada completa o media y con sueldos acordes a mercado, requiere de atención y estudio constante desde los más variados puntos de vista posible y atendiendo a las diferentes realidades que dicho programa genera, tanto a nivel individual como colectivo.

1.3. Forma de abordar la investigación

En este estudio de caso que analizaremos en la presente investigación, el centro de la atención estará en entender como el tratamiento rehabilitatorio entregado a los usuarios y como el programa de inclusión laboral, que los ayuda a encontrar y mantenerse en un trabajo formal a impactado en ellos, en sus relaciones personales, en la relación con su entorno, en su autonomía y proyectos de vida, observando además que factores facilitan o dificultan su proceso de inclusión.

1.4. Pregunta de Investigación

¿Cómo el tratamiento y los factores sociales externos a éste afectan la inclusión laboral a un trabajo formal junto con la inclusión social en otras esferas de la vida y como el tratamiento y la inclusión laboral impactan en la inclusión en otras esferas sociales, relaciones sociales y la realización personal de los usuarios del Programa de Inclusión del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino?

2. Objetivos Generales y Específicos

A partir de la pregunta de investigación anterior, se señalan a continuación tanto el objetivo general de la investigación, así como los específicos que se desprenden de éste:

2.2 Objetivo General:

Conocer como el tratamiento y los factores sociales externos a éste afectan la inclusión laboral a un trabajo formal junto con la inclusión social en otras esferas de la vida, y como el tratamiento y la inclusión laboral impactan en la inclusión en otras esferas sociales, relaciones sociales y la realización personal de los usuarios del Programa de Inclusión del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino

2.3 Objetivos Específicos:

- Determinar, como los usuarios perciben el tratamiento en el hospital, las diferentes herramientas que han recibido durante el mismo al integrarse al trabajo formal, cuáles han sido más eficaces, incompletas o innecesarias.
- Identificar, cuáles son los factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la inclusión al trabajo formal.
- Indicar a que otras esferas de la sociedad o relaciones sociales se han incluido o desarrollado gracias al tratamiento y la inclusión laboral.
- Identificar hasta qué punto la inclusión laboral impacta a los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, autonomía y proyectos de vida, es decir su Realización Personal.

2.3. Relevancias

Una de las principales relevancias de este problema de estudio se da por la contingencia y la utilidad práctica que podría tener tanto para el propio Hospital El Pino y su Servicio de Salud Mental, como para otros elementos del sistema de salud.

Otros de los aportes posibles es entregar información de cuáles son las mejores y peores estrategias que los servicios de salud mental pueden potenciar y corregir respectivamente al momento de rehabilitar a los usuarios que padezcan una enfermedad mental y su preparación para la inclusión laboral, lo que contribuirá más adelante idealmente a ofrecer un tratamiento más eficaz junto con mejorar las expectativas que los usuarios y sus familias traen en relación a los tratamientos y posibilidades de mejoría, contribuyendo a disminuir de esta manera el estigma asociado a las personas con alguna enfermedad mental.

Otra de los aportes que podría realizar esta investigación como relevancia teórica es venir a tratar un tema poco abordado desde las ciencias sociales en Chile de manera específica, como es estudiar los efectos de un tratamiento efectivo y la inclusión laboral, en personas que padecen alguna discapacidad mental, en sus relaciones personales, su autoestima, proyectos de vida y como esto impacta en su realización personal. Además, esta investigación puede ser para dar pie a otras investigaciones que relacionan otras discapacidades, y como la inclusión laboral efectiva mejora su bienestar subjetivo y potencia los soportes principales en que cada persona se sostiene en el mundo desde los cuales crea proyecta su biografía personal.

El mejoramiento de las condiciones tanto objetivas como subjetivas de las personas con discapacidad mental incorporadas al programa de inclusión del servicio de salud mental del Hospital El Pino, es lo que buscan los profesionales que allí trabajan, y esta investigación se plantea como los usuarios experimentan aquel proceso.

3. Marco Teórico

3.1. Perspectiva teórica del estudio y definición conceptual

Para este estudio se pretende la utilización de teorías y estudios nacionales principalmente, ya que estos se originan desde y para la realidad local haciéndolas más pertinentes y útiles a la hora de intentar comprender y estudiar nuestra sociedad y los fenómenos o hechos que en ella se desarrollan, pero manteniéndose abiertos a incorporar teorías y aportes extranjeros siempre que sean pertinentes a los objetivos de esta investigación, y para la construcción teórica que será utilizada para abordar esta investigación.

El principal referente teórico para este trabajo investigativo se ha extraído de la teoría de "Individuación" o "Individualización y Soportes" expuesta por Danilo Martuccelli, el cual da cuenta de un problema que produce la modernización en los individuos, con una gran carga de incertidumbre asociada a la contingencia que estos deben experimentar para construir sus biografías personales sin los apoyos con que se contaba en el modelo de sociedad anterior, (Martuccelli, 2012).

Otro referente teórico de importancia serán los aportes realizados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el cual, en su *Informe de Desarrollo Humano en Chile* del año 2012, titulado, *Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*, nos invita a pensar la relación entre subjetividad y desarrollo, y la orientación que debiese tener el modelo de desarrollo hacia la facilitación de los proyectos de vida de los ciudadanos.

Otra fuente importante como referente teórico son los trabajos realizados o dirigidos y/o coordinados por el profesor Jorge Chuaqui, con una vasta experiencia de trabajo tanto teórico como empírico que nos sirven para tener una aproximación más acertada a las temáticas en torno a la Salud Mental.

Dentro de la categorización de Soportes, concepto clave dentro de la teoría de Danilo Martuccelli, se analizarán principalmente como la inclusión socio-laboral, y el ámbito del

trabajo se constituyen en un poderoso soporte para los usuarios pertenecientes al programa de inclusión, el trabajo como soporte es el elemento central de este proyecto. Se analizarán también la relación con el hospital, con el tratamiento y la imagen que ha quedado de estos elementos en los usuarios, se observaran factores externos e internos que favorezcan o dificulten la inclusión socio-laboral, se estudiarán otros ámbitos o esferas de acción donde los usuarios eventualmente se pueden haber incluido, y finalmente conocer como la inclusión socio laboral impacta en las aspiraciones, autonomía y principalmente en los proyectos de vida, lo cual termina por afectar el Bienestar Subjetivo y la realización personal de los usuarios.

De esta manera, el concepto de Soporte es el hilo conductor del cuerpo teórico que sustenta esta investigación, y como estos se ven afectados, deteriorados, reforzados o reconstruidos por el proceso de inclusión laboral de los usuarios del servicio de salud mental del Hospital El Pino.

Otro referente importante son los aportes teóricos y empíricos realizados por Kathya Araujo y Danilo Martelucci, los cuales, en sus trabajos, *Desafíos comunes, Retrato de la sociedad chilena y sus individuos, Tomos I y II*, intentan mostrar los desafíos que la sociedad contemporánea le impone a sus individuos, y las formas y estrategias que estos tienen para enfrentarlos.

Otros aportes que se hacen necesario destacar son los que realiza el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el cual en sus informes de Desarrollo Humano y otros estudios realizan un análisis necesario de la sociedad chilena y sus cambios, observando diversos temas tales como el trabajo, educación, familia, y específicamente para este estudio el *Informe de Desarrollo Humano en Chile 2012. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*.

Para la presente investigación analizaremos algunos conceptos y unidades de análisis que en su mayoría se desprenden de los objetivos general y específicos, y otros que nos ayudarán en el posterior análisis de la información, entre ellos se encuentran: Discapacidad,

Inclusión, Trabajo, Soportes, Bienestar Subjetivo, Familia y Relaciones Sociales, Proyectos de vida.

3.2. Discapacidad

La Organización de las Naciones Unidas en su Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce a la discapacidad como:

“Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008, p. 1)

Su concepto pone énfasis en las deficiencias de las personas, las cuales chocan con barreras tanto materiales como subjetivas que limitan el acceso y participación en la vida social de tales personas, por lo que estas barreras merman su capacidad de desarrollarse plenamente, a nivel individual y en su relación con el colectivo.

El concepto de discapacidad se ha ido adaptando con los años por el avance del concepto de Inclusión, el cual es entendido como un valor y señal de una sociedad más desarrollada, es así como a nivel local, en el concepto de discapacidad de la OMS del año 2001 se advierte un enfoque negativo sobre la discapacidad, por el organismo estatal encargado de la discapacidad, el Servicio Nacional de la Discapacidad, que en su Segundo Estudio Nacional señala que la discapacidad es:

“Construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación. (OMS, 2001). Este concepto indica los aspectos negativos de la interacción, entre un individuo y sus factores contextuales, considerando los ambientales y personales.”

(II Estudio Nacional de la Discapacidad, Resultados Generales para la Población Adulta, 2015, p. 3)

Como una superación a la conceptualización de carácter negativo sobre la discapacidad, el nuevo enfoque está puesto en las limitaciones y deficiencias por parte del

entorno y la sociedad, que no permitirían o dificultarían el acceso y plena inclusión de las personas por poseer características.

3.3. Persona en situación de Discapacidad

El mismo estudio, respecto de las personas en situación de discapacidad nos indica que éstas:

“Son aquellas personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad.” (II Estudio Nacional de la Discapacidad, Resultados Generales para la Población Adulta, 2015, p. 4).

También en este concepto de personas en situación de discapacidad se da un cambio de enfoque en la misma dirección, ya que anteriormente en el informe de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ponía énfasis en las “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales ..., al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones.” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008, p. 4), el nuevo énfasis está puesto en las personas y en las barreras que encuentran ellos en la sociedad que dificultan su participación e inclusión.

3.4. Personas con Discapacidad Mental

Como se ha mencionado con anterioridad, para la presente investigación nos centraremos en la inclusión socio-laboral de personas con discapacidad mental, este concepto tiene sus especificidades como las que señala el Informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental, que define a la discapacidad mental como:

“La resultante de la interacción entre algunas condiciones psíquicas y/o intelectuales de largo plazo que pueden presentar las personas, y las barreras del entorno, tales como formas de exclusión social, carencias de apoyo y actitudes estigmatizadoras, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental, 2014, p. 14)

Vemos aquí como a las barreras y limitaciones que la sociedad y el entorno le imponen a las personas en situación de discapacidad, para las personas con discapacidad mental, se suma el estigma asociado a las enfermedades mentales que opera acentuando la exclusión de la que son víctimas.

3.5. Exclusión

La exclusión social se presenta cuando “se margina voluntaria o involuntariamente a personas o grupos, por considerar que no se ajustan con los estándares de normalidad preestablecidos en la sociedad.” (Zondek A., 2015, p. 28).

Según Chuaqui, Mally y Parraguez, los tres sectores de la sociedad que generalmente suelen ser víctimas de la exclusión son:

1. La discriminación hacia la mujer.
2. La discriminación hacia la tercera edad (considerándolos como parcialmente incapacitados).
3. La discriminación hacia los discapacitados (no considerando sus potencialidades) y como punto remarcable, la discriminación hacia el discapacitado psíquico o enfermo mental (que además de la negación de sus capacidades, se lo considera como desviado).

(Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., 2015, p. 176)

Para esta investigación como ya es evidente nos centraremos en el tercer caso, específicamente cuando se presenta una discapacidad mental, pero también **no** interesa observar como este fenómeno se cruza con el primer y más amplio grupo de la sociedad que es objeto de exclusión, como lo son las mujeres, nos interesara observar y analizar las diferencias por género que no se contemplaron en primera instancia al momento de

desarrollar los objetivos investigativos, pero que se hicieron evidentes al momento de aplicar el instrumento de producción de datos.

Por su parte y desde una perspectiva más sociológica, los autores: Chuaqui, Mally y Parraguez realizan una mirada más profunda y compleja al concepto de exclusión, entendiendo a ésta como:

“...la situación social de un conjunto definido de individuos que ven notoriamente dificultada su realización personal por barreras sociales estructurales (precariedad de poder), que se manifiesta como una diferenciación física, material y social concreta así como un desvínculo social y mala calidad de relaciones sociales.” (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., 2015, p. 182)

Para ellos la carencia de poder por parte de los grupos excluidos (de poder) de la sociedad es lo que determina su condición de discriminados, que se ve reflejado en la dificultad o completa imposibilidad para poder establecer sus intereses, ideas, opiniones y modos de vida como válidos, aceptados y normales dentro de la sociedad. (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., 2015)

“Exclusión ... significa que existen barreras para la realización de los involucrados como seres humanos, es decir de realizar sus intereses manifiestos. Pero como los seres humanos son, en cuanto a sus valores, aspiraciones e ideologías, muy distintos unos de otros, es impreciso hablar de realización humana en general y debemos introducir un adjetivo que dé cuenta de tales diferencias. El concepto de persona no considera a los individuos sólo como organismos biológicos, sino que supone que han sido socializados en una cultura en sentido antropológico, sin obviar, sino incorporando las diferencias individuales, y por tanto, pensamos que debe ser incorporado a la caracterización. Desde este punto de vista, y avanzando en la caracterización, podemos afirmar de que habrá exclusión o segregación cuando existan barreras que impidan la realización personal de los involucrados.” (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., 2015, p. 181)

3.6. Enfermedad Mental

Entenderemos a la enfermedad mental como el problema de salud mental que afecta a la persona, y a la discapacidad mental, a las dificultades que se presentan en la interacción entre aquella persona que padece una enfermedad mental, con su entorno, para la persona con discapacidad mental, cuando su enfermedad se manifiesta,

“no sólo afecta a la persona, sino que significa un verdadero descalabro para su familia: desorientación e indefensión respecto a diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, dificultad para controlar al involucrado, graves problemas sociales y económicos y ruptura

de los lazos sociales, de la persona y muchas veces de la familia nuclear respecto al resto de los parientes.” (Chuaqui, 2015, p. 68)

Chuaqui señala que las personas que desarrollan enfermedades mentales, en donde manifiestan crisis psicóticas y una alta probabilidad de ser internados en una institución psiquiátrica contra su voluntad, sufren un proceso de Exclusión Social (Chuaqui, 2015, p. 69), lo cual disminuye o definitivamente rompe sus redes de interacción, entre las que se cuentan:

“Cumplir con una **tarea u obligación social** (trabajo, estudio o quehaceres domésticos y/o crianza de los niños).

- Tener relaciones sociales aceptables al interior de la familia.
- Tener relaciones primarias de amistad fuera de la familia.
- Puede tener relaciones establecidas en torno a las motivaciones sociales o religiosas (política, religión, solidaridad, gremiales y sindicales).
- Puede disfrutar de recreación y deporte.”

(Chuaqui, 2015, p. 68)

Estas redes de interacción serán entendidas como Soportes, (concepto que explicaremos más adelante), los cuales al cortarse o debilitarse impactan profundamente en la persona con discapacidad mental limitando sus posibilidades de acción y el sentido y significado que otorga a su vida.

Chuaqui agrega específicamente con relación a la esquizofrenia, que como veremos afecta a la mayoría de los usuarios de la presente investigación, las personas tienen un escaso conocimiento de estas enfermedades, sus síntomas, como se desarrollan y posibles tratamientos.

“...hay un bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad y sus tratamientos, (Chuaqui, 2015, p. 61,) tanto en las familias como en los propios pacientes previo a la aparición de la enfermedad, cuestión que con el tiempo y los tratamientos se revierte.” (Ídem)

3.7. Inclusión Socio-laboral como dimensión de la Inclusión Social

Entenderemos a la Inclusión Socio-laboral como una de las dimensiones de la inclusión social, la que siguiendo a Chuaqui, Mally y Parraguez creemos que “debe considerar un concepto que reivindique el bienestar y capacidad de tener un rol activo y protagónico para ello

de los individuos dentro de los sistemas sociales donde participan como sujetos y actores”. (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., 2015, p. 181)

A su vez, la inclusión Socio-laboral cuando se dan conjuntamente inclusión en el ámbito laboral y algunos aspectos de la vida social derivados de la inclusión laboral, el primero entendido como una parte importante para la inclusión social plena, tal como nos señala Zondek, que entiende que la “*inclusión laboral* es parte de un proceso más amplio que es la *inclusión social*. Este proceso se sustenta en la igualdad, la equiparación de oportunidades y la plena participación social” (Zondek A.,2015, p. 27), para la autora este proceso solo se concreta con la incorporación de la persona a un trabajo y participa de todas las actividades laborales y sociales de la empresa, (Ídem).

La autora señala que la inclusión social es el proceso por el cual “la sociedad se adapta para atender las necesidades de las personas con discapacidad, se defienden los derechos de todas las personas, lo cual permite y promueve la participación de grupos excluidos. (Ídem), vemos aquí como confluyen y se complementan los conceptos de discapacidad e inclusión social, en donde las limitaciones y obstáculos que la sociedad imponía a algunas personas por sus características, determinando así que dichas personas sean categorizadas como: “con discapacidad o en situación de discapacidad”, en un esfuerzo e interés de la sociedad toda, aquellas barreras y brechas sean disminuidas o eliminadas durante el proceso de inclusión.

“Se busca transformar los sistemas para que sean de calidad y permitan el acceso a todos... Como se puede ver, la inclusión laboral es parte de la inclusión social en la medida que la persona con discapacidad cuente con una red de apoyo necesaria para el acceso al trabajo. (Zondek A.,2015, p. 27)

3.8. Soportes

Para Martuccelli, un *Soporte*, constituye los medios por los cuáles el individuo llega a tenerse frente al mundo; el conjunto de elementos, materiales e inmateriales, que lo vinculan

a su contexto, (Camarotti, et al., p.3), en la sociedad chilena la Familia, sería el Soporte conscientemente más valorado, así queda expresado en los estudios que el autor cita, o que el mismo ha desarrollado.

Para Martuccelli, algunos soportes, especialmente los simbólicos, “se presentan en la intersección entre los mundos interior —funcionando como autosostén individual— y externo —objetivándose como un apoyo exterior al sujeto” (Martuccelli, 2007, p. 81).

Utilizando la categoría expuesta por Martuccelli, la cual el mismo señala que se encuentra inconclusa, podemos mencionar que la Familia se circunscribe a los *Soportes Confesables*, dentro de los cuales se enmarcan los soportes de carácter *Relacional*, en donde el Afecto, es el elemento fundente de este tipo de soporte para los individuos.

Si nos atrevemos un poco a repensar la teoría de Martuccelli sobre los soportes, fusionándola con los aportes teóricos de Chuaqui, veremos cómo una persona con discapacidad mental al debilitarse o desaparición de sus redes de interacción, pierde sus principales Soportes, como lo son el trabajo u estudio, relaciones sociales dentro y fuera de la familia, relaciones con distintas dimensiones de la vida social en relación a sus intereses, como religión², política, etc.; y poder disponer de tiempo para la recreación y pasatiempos, a las que se le agregan, la autonomía, tanto en lo económico como en cuanto a la toma de decisiones, y uno de los de mayor importancia la elaboración de proyectos de vida.

Para Araujo y Martuccelli, la relación con los hijos es el principal soporte para los individuos adultos en el Chile actual (Araujo y Martuccelli, 2012), el principal soporte, dentro de otro soporte que es la familia, se puede complementar así que existen soportes que se intersecan, o unos dentro de otros, que hacen que los individuos den más valor a aquella dimensión donde se encuentran los diversos soportes que los sostienen en la vida social, se puede entender así, como al perder un soporte o verse afectado, aún se mantiene el soporte más externo o en este caso un poco más hacia afuera que el anterior, (la familia).

² En esta investigación incluiremos solo la dimensión en torno a la religión.

Entre los Soportes existen diferencias dadas por la valoración que las personas tienen de ellos, generándose una jerarquía entre ellos, donde los más importantes para las personas son las principales fuentes de sentido para sus vidas, por lo tanto, existen otros, de los cuales se podría prescindir, haciendo que los soportes sean un elemento fluido, que puede variar en el tiempo y según las experiencias de las personas, donde algunos se intensifican, otros se reemplazan o se pierden, etc.

Desde esta perspectiva analizaremos como la inclusión socio-laboral afecta a algunos de los principales Soportes, probablemente recomponiéndolos, reforzándolos o reemplazarlos por otros nuevos.

3.9. Trabajo e Ingresos

Los cambios económicos, en el trabajo, la producción y el consumo, han cambiado el panorama de los y las trabajadoras, hecho que no solo se observa a nivel nacional, se ha transformado la relación y el sentido que las personas establecen y le dan al trabajo

Por su parte Araujo y Martuccelli opinan que, en el Chile actual, "el sentido del trabajo está asociado a los ingresos económico" (2012, p. 42), una parte importante de la realización personal no se logra necesariamente a través de la ejecución de una actividad laboral, si no en el momento del pago, "con el fin de disponer de recursos para solventar gastos familiares y realizar actividades de consumo y ocio." (Araujo y Martuccelli, 2012, p. 42)

Para Araujo y Martuccelli, resulta central el reconocimiento del valor instrumental del trabajo lo cual en el Chile actual "posee una indudable significación subjetiva", lo que constituye el cambio de sentido que se le da al trabajo, aunque mantiene relativamente el valor que en momentos se le ha asociado, relativo a la autorrealización, "...el trabajo es -y ha sido- una fuente indudable de autorrealización personal... El trabajo recibe significaciones positivas que aparecen, no sin ambivalencia, es cierto, incluso en trabajos repetitivos." (Araujo y Martuccelli, 2012, p. 46).

También se observa una creciente percepción de inseguridad en relación al trabajo, su búsqueda y permanencia, lo que afecta directamente los ingresos y recursos con los que disponen las personas y las familias que integran, los mismos autores señalan que "la capacidad de producción de ingresos para la satisfacción de necesidades básicas y/o expectativas de consumo, en un medio percibido como extremadamente inseguro, móvil y demandante aparece ya como un logro." (Araujo y Martuccelli, 2012, p. 46), por lo tanto, el solo hecho de tener un trabajo es percibido como un logro.

Volviendo al tema de la realización asociada al trabajo, se da con mayor presencia en los sectores con mayores años de estudio, donde se ha alcanzado cierto nivel de profesionalismo, "el trabajo es el ámbito en el cual se obtiene, y se afirma, una autopercepción positiva particular de sí mismo: la de ser un buen profesional o un buen trabajador" (Araujo y Martuccelli, 2012, p. 47), lo cual se puede asociar al bienestar subjetivo individual, ya que se percibe como un logro personal que es compartido al interior de la familia, y que eventualmente podría mejorar las condiciones materiales de ésta, y la calidad de vida de todos sus miembros.

El informe de Desarrollo Humano del año 2012 nos señala respecto al trabajo que es visto por los chilenos como una fuente de realización personal y como "actividad privilegiada en que la mayoría deposita tiempo, energía y expectativas de desarrollo personal" (Desarrollo Humano en Chile, 2012, p. 187).

Para el informe del PNUD, el trabajo está íntimamente ligado a la posesión y planificación de un proyecto de vida definido, cuya presencia es más común en las personas que "trabajan remuneradamente y estudian, que en aquellas que están cesantes o trabajan de manera ocasional, lo que demuestra que el trabajo sigue siendo el espacio por excelencia de despliegue de los proyectos de vida." (Idem), a lo cual agrega.

"Se observa una alta asociación entre poseer un proyecto de vida y estar satisfecho con la actividad principal que se realiza... esto se explica porque las personas que dedican su tiempo a una actividad que tiene sentido –en función de sus proyectos o metas personales– se sienten más satisfechas con ella." (Desarrollo Humano en Chile, 2012, p. 188)

El trabajo cobra importancia ya no como un fin en sí mismo, sino como un medio para la realización de los proyectos de vida, en donde el sentido del trabajo para las personas es asignado subjetivamente por cada individuo. (Araujo y Martuccelli, 2012).

Como mencionamos anteriormente el trabajo para las personas con discapacidad mental cobra aún más importancia, ya que éste se constituye en un puente y *Soporte* con el cual se puede disminuir o eliminar completamente la exclusión de las que son objeto, el trabajo para las personas con alguna enfermedad mental es:

“beneficioso para su salud mental. Su inserción laboral se basa en el valor del trabajo, como ocupación productiva, dentro del conjunto de intercambios sociales, económicos y políticos posibles, ... además ofrece empoderamiento a las personas, devolviendo el protagonismo a sus vidas a través de la construcción del propio proyecto vital. (Obra Social “La Caixa”, 2012, p.18)

Las personas son alguna enfermedad mental que han vuelto a trabajar después de estar inactivos por un tiempo, o se hayan incorporado a al mercado laboral por primera vez “han manifestado sentirse mejor consigo mismos, tienen menos síntomas y han tenido menos recaídas.” (Obra Social “La Caixa”, 2012, p.254)

3.10. Familia

Son reconocidos por las ciencias sociales entre las que se cuenta la sociología, los cambios que ha tenido la sociedad chilena, marcada por una tendencia hacia la modernidad siguiendo las pautas de los países desarrollados, esta tendencia tiene efectos directos en las familias y en los individuos que la componen, ya que es la familia la "unidad básica de la sociedad", como lo entiende el Estado chileno en el concepto de familia expresado en su constitución, pero esta unidad ha mutado con los años no solo en nuestro país, se han desplazado desde las formas tradicionales a otras formas más, con mayor diversidad que amplían los límites de la definición de familia, las cuales se presentan "ampliadas o nucleares, monoparentales, recompuestas u homosexuales, y constituidas por matrimonio o concubinato declarado o no..." (Touraine, 1997, p. 46).

Este cambio se ve reflejado en las cifras, por ejemplo, se advierte que las familias chilenas en la actualidad son más reducidas, y que la fecundidad ha disminuido, según el INE un 44% de las familias solo tiene un hijo, la fecundidad en mujeres en edad fértil ha bajado, en la actualidad según el Censo 2012 es de 1. También las personas por hogar han disminuido, para el año 2002 eran 3.57, mientras que, para el censo del 2012, estas llegaban al 3.28, haciendo que las familias se reduzcan, lo cual es un elemento característico de las sociedades modernizadas; también se observa una tendencia al alza de jefaturas de hogar femenina, pasando de un 31.52% a un 36.38% (Censo 2012).

Al cambio en la configuración de la familia y sus tamaños se suma el hecho de que estas familias en la modernidad deben enfrentar nuevos desafíos, inherentes a ésta, los cuales como plantea Pedro Güell, algunos de estos problemas o momentos de crisis son propios al modelo de sociedad que se ha venido desarrollando en Chile en las últimas décadas, y son justamente problemáticos porque las familias deben adaptarse sin saberes previos a estas situaciones, lo que genera un desequilibrio en su interior, plantea que es en la vida familiar es donde primero se experimentan las inseguridades sociales y es también allí donde se elaboran las estrategias más básicas para su enfrentamiento, (Güell, P. 1999).

Se suma además el hecho que se observa según Güell, una retracción de la sociabilidad, es decir un debilitamiento y disminución de las redes y vínculos que la familia y cada uno de sus miembros tiene con el resto de la sociedad, haciendo que los problemas circulen mayormente sobre la familia, haciéndolos más notorios, maximizando sus efectos. Se advierte además la importancia que ha mantenido y aumentado la familia en la sociedad chilena, al respecto los investigadores Kathya Araujo y Danilo Martuccelli señalan que "La familia es percibida como particularmente importante por los chilenos, con más importancia que los amigos, el trabajo y la religión." (Araujo y Martuccelli, 2012, p 172).

Es ante este nuevo escenario que las personas y las familias a las que pertenecen deben ajustar sus acciones, estrategias y proyectos de vida, ante estos momentos de crisis o eventos

relativamente apremiantes o difíciles de manejar como lo son los problemas de salud, laborales, educacionales, de integración, etc., Son estos problemas, algunos ya viejos revestidos con formas nuevas y otros inéditos en la historia los que el hombre, la familia y la sociedad deben mantener bajo control para alcanzar tranquilidad y bienestar.

Para el caso de personas con discapacidad mental, Chuaqui señala que se da un deterioro en su interior al presentarse alguna enfermedad mental, su estudio se centra específicamente en pacientes con Esquizofrenia, (los cuales son la mayoría para nuestra investigación) “la imagen que se forma la familia del paciente no coincide con las potencialidades de este último” para poder incorporarse al mundo laboral, (Chuaqui, 2015, p. 53).

Esta percepción está condicionada según Chuaqui para estos casos por los efectos que tienen las crisis en los pacientes, “La percepción durante las crisis condiciona la percepción de las capacidades sociales o de los rasgos positivos o negativos cuando los pacientes están estables y compensados.” (Chuaqui, 2015, p. 53)

Las familias presentan un trato excesivamente paternalista y sobreprotectora (Chuaqui, 2015, p. 48), el autor señala que las familias no ven a su familiar afectado por una enfermedad mental, preparado o capacitado para un trabajo regular.

3.11. Bienestar Subjetivo Individual

Justamente es sobre el Bienestar que en el año 2012 el PNUD en su informe de Desarrollo Humano en Chile centra su análisis de nuestra sociedad. En él se habla del Bienestar Subjetivo, el cual trata de incorporar el elemento subjetivo en el desarrollo de la sociedad, respecto al bienestar subjetivo individual, las capacidades que más inciden en este tipo de bienestar son: ““tener buena salud”, “tener las necesidades físicas y materiales básicas cubiertas”, “contar con vínculos significativos con los demás”, “ser reconocido y respetado en dignidad y derechos” y “poseer y desarrollar un proyecto de vida propio”.” (PNUD, 2012, p.7), en tanto las que se relacionan con el bienestar subjetivo con la sociedad, las capacidades

más relacionadas son “sentirse seguro y libre de amenazas” en ámbitos como la salud, el trabajo, la previsión y la delincuencia.

En el Informe de Desarrollo Humano, que en su versión del año 2012, titulada, Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo, como ya mencionamos centra su análisis en el desarrollo y el bienestar, a este último lo analiza en la articulación que realiza entre dos dimensiones, en la satisfacción que se tenga con la vida personal, el Bienestar Subjetivo Individual, y la percepción que se tiene de la sociedad o bienestar subjetivo con la sociedad, el estudio indica que en general hay un mayor bienestar individual pero una actitud crítica a la sociedad.

Uno de los factores determinantes en la satisfacción que se tiene de la vida y el bienestar expresado es la relación con la Familia, a este respecto el estudio señala:

"...en el bienestar subjetivo la familia ocupa un lugar primordial. De forma transversal y categórica, el espacio de los vínculos familiares es reconocido por la mayoría de los entrevistados como un ámbito que concentra las satisfacciones cotidianas. En los relatos, la familia surge como el referente indiscutido de lo bueno de la vida; algo así como un espacio omnipotente, capaz de proveer bienestar subjetivo y reducir el malestar de múltiples maneras. Asimismo, los vínculos familiares constituyen, de acuerdo con los entrevistados, una fuente incondicional de apoyo a la hora de satisfacer necesidades y enfrentar dificultades de índole diversa." (Desarrollo Humano en Chile, 2012, p. 223-224)

Además, en el estudio del PNUD como ya indicamos otros aspectos relevantes en el bienestar, como lo son: "“tener buena salud”, “tener las necesidades físicas y materiales básicas cubiertas”, “contar con vínculos significativos con los demás”, entre otros, vemos así como la buena salud, la familia, las condiciones materiales y las relaciones interpersonales parecen ser los elementos de mayor peso en el bienestar.

Observamos como para ambos casos, el bienestar individual, se ve reflejado en el bienestar que las personas identifican como condiciones de una sociedad que facilite dicho bienestar, el cual parte desde la familia y se extiende a la sociedad, en ellos la salud, es lo primero, junto con la seguridad laboral y el poder tener y construir un proyecto de vida, individual y familiar, vemos aquí nuevamente como estos elementos son entendidos como Soportes por los individuos en el Chile de hoy, y que su presencia determina el Bienestar

Subjetivo el cual nos puede operar como indicador del nivel de realización personal que las personas manifiesten en sus vidas, ya que al haber Bienestar Subjetivo Individual facilita la existencia de Realización Personal, pero siempre como condición necesaria pero no suficiente por si sola para una Realización Personal plena.

3.12. Realización Personal

La realización personal como superación de la mera Adaptación social, ésta última basada solamente en las expectativas que la sociedad impone en los individuos, propone que las expectativas y fines de las personas deben ser entendidos y valorados al emanar de los propios individuos, y sus valoraciones, procurando siempre que sean dignos para al menos un sector de la población, pudiendo estos fines ser para beneficio tanto individual como colectivo, que se den en un marco de autonomía, tanto en las decisiones como en lo económico. En el concepto de realización personal “se busca estimular la creatividad y empoderamiento personal, ayudando a la persona en su búsqueda personal e individualizada de sus metas.” (Chuaqui, 2015, p. 38), como vimos anteriormente según Chuaqui, Mally y Parraguez, la realización personal está determinada por la ausencia o presencia de poder.

“La realización personal es sinónimo de lograr los intereses manifiestos, y la capacidad de lograr los intereses es sinónimo de tener poder, desde este punto de vista, como hemos definido, *el concepto de exclusión es sinónimo de ausencia o carencia de poder*, y por tanto depende de las relaciones de poder que se den dentro de la sociedad y dentro de los sistemas de interacción en que participan las personas.” (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., ,2015, p. 183)

Como se mencionó con anterioridad, este concepto está estrechamente ligado al Bienestar Subjetivo, el cual nos puede dar luces de la existencia o no de realización personal en los usuarios, facilitando u otorgando condiciones para su surgimiento.

3.13. Proyecto de Vida

En el antes citado los Informes de Desarrollo Humano del PNUD del año 2012, se menciona a los proyectos de vida como uno de los principales elementos que determinara el Bienestar Subjetivo que las personas pueden experimentar,

"Las capacidades que más impactan el bienestar subjetivo individual pueden agruparse en tres niveles... Algunas aluden al ámbito práctico y material, como la salud y las necesidades básicas, otras se asocian al ámbito relacional, como los vínculos y el respeto, y otras se asocian con el sentido individual, como la capacidad para formular un proyecto de vida. El bienestar subjetivo individual se construye en su interrelación." (PNUD, 2012, p.178)

Vemos aquí como de la interrelación de la mayoría de los elementos que se han seleccionado para esta investigación, surge como resultado niveles de Bienestar Subjetivo diferentes, cuyas diferencias no solo se dan entre familias, sino también al interior de esta con diferencias, acentuadas o tenues entre sus miembros.

Los autores del PNUD, remarcan la importancia que tiene la construcción del proyecto de vida, como fuente de sentido, que provee a las personas un sentido y significado para sus vidas, llenando los posibles vacíos existenciales, por la pérdida de referentes de sentido en la sociedad actual.

"En una época marcada por la individuación, donde los referentes tradicionales de sentido tienden a perder importancia y las personas se ven forzadas a innovar en su construcción biográfica, los proyectos personales cobran especial importancia para el bienestar subjetivo. No basta con los soportes materiales y afectivos ..., se requiere además de un sentido que oriente la biografía individual." (PNUD, 2012, p.185)

El informe menciona que la existencia de un proyecto mejora el bienestar subjetivo de las personas que poseen uno, pero que su ausencia, no genera, como es de suponer un detrimento de dicho bienestar, "...carecer de un proyecto no genera necesariamente emociones negativas." (PNUD, 2012, p.186).

Se señala también que, en nuestra sociedad, el crear y seguir un proyecto de vida, toma cada vez mayor importancia y alcanza a cada vez una mayor proporción de la población,

"...la importancia del proyecto de vida resulta relevante para el bienestar subjetivo individual y es de esperar que con el tiempo vaya cobrando cada vez más relevancia." (PNUD, 2012, p.194).

Pero que, en la actualidad, éste se muestra principalmente en los quintiles más acomodados, variable que en este estudio quedará excluida por desviarse del foco de atención y ampliando innecesariamente la investigación.

3.14. Mujeres y Discapacidad Metal

Durante la realización del trabajo de campo se constató la notoria diferencia en cantidad de mujeres pertenecientes al programa de Inclusión y la profundidad del impacto en la inclusión socio-laboral que alcanzaba en ellas con relación a sus compañeros varones. Es por esto por lo que se hará una observación atendiendo esta realidad, la de una diferencia notoria en el acceso al mundo laboral por parte de las mujeres.

En Chile existen más de 2 millones 600 mil personas en situación de discapacidad, de las cuales más de un millón y medio son mujeres. Las mujeres en situación de discapacidad en Chile duplican a los hombres en la misma condición. "Del total de personas en situación de discapacidad, un 35,6% son hombres y un 64,4% son mujeres." (Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015).

La discapacidad no se distribuye de manera homogénea en la sociedad, ya que la "situación de discapacidad está estrechamente relacionada con el envejecimiento de las personas y sus ingresos, y afecta en mayor proporción a las mujeres." (Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015)

Vemos aquí otro nicho de dominación masculina, en donde las mujeres con discapacidad mental son doblemente excluidas, por su condición de mujeres y por su discapacidad mental, lo cual dificultaría aún más su inclusión socio-laboral. Ya que "La violencia contra la mujer con discapacidad tiene la particularidad de tomar ventaja de la desigualdad de género que aún perdura en la sociedad patriarcal, y le añade una diferencia

que genera una doble identidad o “doble opresión”.” (Estudio Exploratorio sobre Violencia contra las mujeres con discapacidad, p. 42).

4. Marco Metodológico

4.1. Tipo de Estudio

En la presente investigación se ha utilizado la Metodología Cualitativa, la cual según Manuel Canales, tiene por principio la comprensión, la cual se realiza para intentar conocer la estructura de observación del "otro", de los individuos o grupos que serán objeto de estudio, se busca así con esta metodología reproducir y observar el "orden interno, en el espacio intersubjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes (de dichos individuos), (Canales, 2006, p. 19), con el cual las personas y grupos dan significado a sus experiencias. Para Canales estos son los "códigos que regulan la significación, (los cuales) circulan o se comparten en redes intersubjetivas” (Canales, 2006, p. 19). Por lo tanto, la información que se obtiene de la metodología cualitativa es una que describe "el orden de significación, la perspectiva y la visión del investigado. Reconstruye el esquema observador, que da cuenta de sus observaciones. (Canales, 2006, p. 20). Es por esta característica de la metodología cualitativa que nos parece pertinente su uso para esta investigación, la cual busca conocer como el tratamiento y la inclusión laboral impactaría en la inclusión social del usuario del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino, y como este proceso es vivenciado por ellos.

4.2. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Exploratorio/Descriptivo, ya que el tema y la relación entre: Salud Mental e Inclusión Laboral ya ha sido estudiado por diferentes disciplinas, tanto a nivel nacional como fuera del país, no lo es tanto para el tema específico le compete a este estudio y las dimensiones que el mismo pretende abordar y conocer, es por

esto que esta investigación se encuentra en el límite entre lo Exploratorio y lo Descriptivo, esperando que sea un aporte y venga a llenar un vacío de conocimiento particular específico de las relaciones entre Salud Mental e Inclusión Socio-laboral para sus usuarios en la actualidad en nuestro país.

4.3. Tipo de Diseño

El diseño de esta investigación como ya hemos hecho mención es de carácter cualitativo, ya que para este estudio se busca comprender como en la atención en Salud Mental, el tratamiento y la inclusión Laboral impactan en aquellos usuarios en distintos aspectos de su vida.

Para este estudio se ha planteado un Diseño que tiene como punto de partida la característica de ser Proyectado, es decir que se dispone de antemano el cómo se realizará el estudio en cuanto a forma y tiempo, pero que en consideración al carácter medianamente exploratorio del mismo, se mantuvo abierto y flexible, orientándose hacia un Diseño Emergente, el cual permitió que fuese modificado durante el proceso de ejecución, recogida de datos o análisis de los mismos, con el fin de obtener los mejores resultados posibles ajustados a los objetivos que la propia investigación se ha planteado cumplir desde un comienzo.

Este estudio es de carácter No Experimental, ya que no se pretende manipular o controlar las variables que influyen en los hechos que se pretenden estudiar, es decir se estudiarán las situaciones tal como se dan en la realidad, sin intervención por parte del investigador, es decir sin controlar las variables que en este fenómeno intervienen, ya que creemos que el investigador por el solo hecho de investigar, introduce cambio en la realidad que él mismo pretende observar.

Cabe indicar que esta investigación ha sido de carácter Transversal, es decir que se realizó en un momento acotado de tiempo (tiempo suficiente para realizar la recogida de datos) y no ha pretendido un seguimiento de los usuarios y su posterior evolución en el

tiempo, lo que haría que esta investigación sea de carácter Longitudinal, lo cual consideramos le daría más riqueza en cuanto a la información recogida, pero que escapa a la pretensión de conocimiento que se expresa en los objetivos que esta investigación plantea y excede los límites temporales y recursos con que se contó para la realización de esta investigación.

4.4. Universo y Muestra

En esta investigación se consideró como *Universo* la totalidad de las personas adultas, con alguna enfermedad mental, que se atiendan en algún servicio de salud mental, que estén tratados y compensados, y que sean parte de algún programa de inclusión laboral.

Por su parte la *Muestra* fue un Muestreo Intencionado no probabilístico de los usuarios del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino, que sean parte del programa de Rehabilitación y se encuentren incorporados al programa de Inclusión, y que se encuentren trabajando. Para el momento en que esta investigación realizó su trabajo de campo, se encontraban 8 usuarios incorporados a algún trabajo, de los cuales se pudo acceder a 7 de ellos.

Durante el proceso de trabajo de campo, uno de los usuarios que se encontraba trabajando originalmente, dejó de hacerlo, pero la información obtenida de este usuario se incorporó al total de la información obtenida.

4.5. Justificación y descripción de la Técnica Seleccionada

Se ha optado por una *Muestra Intencionada no probabilística*, por ser un estudio de caso y debido primeramente a lo acotado del universo empírico, es decir todos los usuarios del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino dentro del programa de inclusión incorporados a un trabajo, y por el carácter cualitativo de la investigación.

4.6. Criterios de Selección

Los criterios de selección son los criterios que mantiene dicho Servicio de Salud Mental, pacientes ambulatorios mayores de 20 años con un trastorno psiquiátrico severo y pertenecientes a las comunas de El Bosque y San Bernardo, que estén compensados e incorporados a un trabajo formal, a los cuales se les solicitara, su participación en una entrevista.

4.7. Matriz Muestral

Se ha intentado alcanzar a la totalidad de los usuarios que al momento de la realización de esta investigación se encontraban en un trabajo, pero como mencionamos, solo se ha logrado la realización de 7 entrevistas, con distintas enfermedades mentales, entre las que se cuentan, 4 usuarios con esquizofrenia, uno con esquizofrenia catatónica, uno con esquizofrenia paranoide y uno con retraso mental leve. De los siete usuarios, hay 4 hombres y tres mujeres, con edades que fluctúan entre 30 y 52 años, 6 solteros y uno casado, aunque un soltero se encuentra con pareja en relación informal, dos usuarios con hijos y los restantes 5 sin hijos. En cuanto a su actividad laboral, 3 se dedican a al aseo y ornato de calles, 2 trabajan en Aseo en el hospital, (uno había dejado de trabajar), 1 trabajando en aseo domiciliario, y 1 trabajando en Asistente de ventas.

Tabla 4. Representación muestral, edad, diagnóstico, estado civil, con o sin hijos, antigüedad laboral, y trabajo que realiza.

N° de Caso	Usuario	Diagnóstico	Estado Civil	Hijos	Antigüedad Trabajando	Trabajo
N° 1	Hombre 52 años	Esquizofrenia	Casado	Sin Hijos	4 meses trabajo media jornada	Aseo y ornato de calles
N° 2	Hombre 34 años	Esquizofrenia	Soltero	Una Hija	4 meses trabajo media jornada	Aseo y ornato de calles
N° 3	Hombre 42 años	Esquizofrenia	Soltero	Sin Hijos	10 meses trabajo media jornada	Aseo y ornato de calles

N° 4	Mujer 43 años	Esquizofrenia Paranoide	Soltera	Sin Hijos	1 mes trabajando	Aseo en hospital
N° 5	Mujer 45 años	Esquizofrenia Catatónica	Soltera	Sin Hijos	5 meses trabajando	Aseo domiciliario
N° 6	Mujer 50 años	Retraso mental leve	Soltera	Una Hija	2 meses trabajando (Luego deja de trabajar)	Cesante (Aseo en hospital)
N° 7	Hombre 30 años	Esquizofrenia	Soltero, con pareja.	Soltero	2 años trabajando	Asistente de ventas

Fuente: Elaboración propia

4.8. Técnica de producción de Datos

Como aclaración queremos mencionar que antes y durante la recogida de datos, se realizaron entrevistas informales con Informantes Claves, que fueron principalmente funcionarios del servicio de salud mental que estén en constante contacto con los usuarios, se plantó originalmente que sean psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales, los cuales pudieron entregar información relevante y que sirvió de contacto para propiciar los encuentros con los usuarios y establecer lineamientos para la elaboración del instrumento de recolección de datos, y luego correcciones a éste en conversaciones sostenidas con dichos profesionales.

En esta investigación se utilizó como técnica de producción de datos, la Entrevista en Profundidad, que como señala Manuel Canales es una "técnica social que pone en relación de comunicación directa cara a cara a un investigador/entrevistador y a un individuo entrevistado" (Canales, 2006, p. 219), y que por la naturaleza de dicha técnica ofrece información de carácter cualitativo ya que expresa las maneras de sentir de los sujetos investigados.

"...incluyendo todos los aspectos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias, y esquemas de interpretación, (...) así como las coordenadas psíquicas, culturales y de clase de los sujetos investigados." (Canales, 2006, p. 221).

Esta técnica busca acceder a la mayor riqueza y densidad en la información como sea posible mediante su aplicación.

A este respecto Valles señala como principales ventajas de esta técnica la posibilidad de obtener una gran riqueza informativa debido a su apertura y flexibilidad, ya que le proporciona al investigador la posibilidad de ahondar en temas específicos que ofrezcan información relevante para la investigación; y como desventaja, la principal y mayormente señalada es el tiempo que requiere para realizarse.

A modo de síntesis podemos indicar que en las entrevistas se buscó acceder a la información desde la perspectiva del que habla, la cual estará contextualizada en el lenguaje tanto verbal como no verbal del entrevistado.

4.9. Técnica de Análisis

Para el análisis de la información se utilizó la técnica Análisis de Contenidos, ya que debido a las características de la información que se esperaba obtener mediante las entrevistas en profundidad, y las dimensiones que se logró estudiar, resulta más pertinente, debido a que esta técnica se utiliza para el análisis de la información cualitativa.

4.10. Calidad del Diseño

Para intentar asegurar la Confiabilidad de esta investigación se intentó incluir los Criterios de Credibilidad en el momento de la recolección de datos, ya que se realizó no solo entrevistas a los usuarios pertenecientes a la muestra, sino también, a informantes claves como ya mencionamos, y revisión de investigaciones relacionadas. También se ha buscado incluir el criterio de Dependibilidad, lo cual se ha logrado por el constante asesoramiento y revisión de los avances por parte del profesor guía de la presente investigación.

4.11. Plan de Trabajo

A modo de cronograma para la presente investigación, se estableció que el proceso de producción de datos tomaría aproximadamente 6 a 8 semanas, tiempo que además contemplaba su transcripción, lo cual al momento de la aplicación del instrumento se excedió el tiempo por las complicaciones en acceder a los entrevistados, con lo que se debió adaptar los tiempos a la disponibilidad de los usuarios, ya que se debía concretar una entrevista, en el hospital, como fue recomendado por el grupo de profesionales tratantes, lo que debía coincidir con las visitas a terapia y seguimientos que los usuarios hacían en el hospital, con lo cual el trabajo de campo se extendió por aproximadamente 6 meses, principalmente para los que llevaban más tiempo trabajando y asistían cada vez menos al hospital, al cual ya solo asistían para monitorear el efecto de sus medicamentos y para citas con su profesional tratante. Posteriormente el análisis de la información requirió de a lo menos 14 semanas, y para la elaboración del informe final, fue necesario un tiempo de 18 semanas, tiempos los cuales fueron mayores a los programados originalmente, debido a las complicaciones propias de una investigación de esta envergadura y a complicaciones externas a ella, y que tienen que ver con el investigador, específicamente a conciliar los tiempos de desarrollo de la investigación con los de una vida laboral activa.

Tabla 5. Plan de Trabajo

	Actividades	May/Jun 2015	Julio/Ago 2015	Sept/Oct 2015	Nov/Dic 2015	Ene/Feb 2016	Mar/Nov 2016/2017
Correcciones e incorporaciones al proyecto	- Ajustes a Marco Teórico	X					
	- Corrección a Marco Metodológico	X	X				
Preparación Trabajo de campo	- Pre Test	X	X				
	- Definición del Instrumento	X	X				
Trabajo de Campo	- Ejecución de Entrevistas		X	X	X	X	

Análisis de los resultados y finalización de proyecto	- Análisis de resultados				X	X	X
	- Redacción de Conclusiones						X

Fuente: Elaboración Propia

4.12. Condiciones Éticas

Como mencionamos anteriormente de manera somera, este estudio por las dimensiones que pretende estudiar, específicamente por el hecho de estudiar personas con una enfermedad mental, creemos muy necesario establecer las condiciones éticas para su realización, por ejemplo, a los familiares se les informara claramente de las características de esta investigación, para que puedan acceder a dar una entrevista, es decir con Consentimiento informado, se plantea además el resguardo de la identidad de usuarios, y de la información que entreguen, asegurando así la Privacidad y Confidencialidad, por otra parte durante las entrevistas estas podrán ser interrumpidas en cualquier momento por los usuarios si éstas generan algún tipo de incomodidad o escozor por el tipo de preguntas. Se contemplo siguiendo las recomendaciones de los profesionales tratantes que una de las entrevistas fuera en compañía del terapeuta ocupacional, ya que los temas tratados en la entrevista podrían ocasionar incomodidad y complicaciones en uno de los usuarios, que podrían generar alguna descompensación al tratar temas con relación a su historia personal, afortunadamente no fue el caso y la entrevista se desarrolló sin complicaciones.

4.13. Instrumento de Producción de Datos / Operacionalización e Instrumento

Objetivo General			
<i>Conocer como el tratamiento y los factores sociales externos a éste afectan la inclusión laboral a un trabajo formal junto con la inclusión social en otras esferas de la vida, y como el tratamiento y la inclusión laboral impactan en la inclusión en otras esferas sociales, relaciones sociales y la realización personal de los usuarios del Programa de Inclusión del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino</i>			
Objetivos Específicos	Dimensión	Tópicos	Guion de entrevista
Determinar, como los usuarios perciben el tratamiento en el hospital, las diferentes herramientas que han recibido durante el mismo al integrarse al trabajo formal, cuáles han sido más eficaces, incompletas o innecesarias.	- Tratamiento - Herramientas - Habilidades	- Tratamiento - Capacidades - Habilidades Blandas - Habilidades Sociales	- Evaluación del Tratamiento - Evaluación de fortalezas y debilidades de capacidades reforzadas. - (Ídem) para Habilidades Blandas y Sociales - ¿Cuáles han sido más eficaces, incompletas o innecesarias?
Identificar, cuáles son los factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la integración al trabajo formal	- Redes Sociales Primarias Secundarias Terciarias	- Familia - Círculo de Amistades - Vínculos con Instituciones	- Apoyo u obstaculización por parte de la familia para el tratamiento e integrarse al trabajo - ¿Cómo influyen las amistades durante el tratamiento y el trabajo? - Relación con Instituciones (Hospital, Iglesia, etc.)
Indicar a que otras esferas de la sociedad o relaciones sociales se han incluido o desarrollado gracias al tratamiento y la inclusión laboral.	- Nuevas redes sociales establecidas - Nuevas actividades	- Nuevas Amistades o pareja - Nuevas actividades realizadas	- Si ha generado nuevas relaciones: ¿Como ha sido el proceso, Que ha significado para el usuario, Que cambios ha habido en la forma de relacionarse con las personas?? - De existir nuevas actividades: ¿Cuáles son, Que significan para Ud.?
Identificar hasta qué punto la inclusión laboral impacta a los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, autonomía y proyectos de vida, es decir su Realización Personal.	- Proyectos de Vida individual - Autonomía	- Proyección Individual - Toma de Decisiones	- Efectos en los proyectos personales y cambios en los mismos después del tratamiento y el trabajo - Cambios en quien ejerce la toma de decisiones, Familia o Usuario.

4.14. Guion de la entrevista

Tal como señala Valles, el guion de la entrevista en profundidad, "...contiene los temas y subtemas que deben cubrirse , de acuerdo a los objetivos de la investigación, pero no proporciona las formulaciones textuales de las preguntas " (Valles, 2003, p. 204), por lo tanto, el guion ofrece tan solo una delimitación de lo que se debe hablar durante la entrevista, y al no preestablecer las preguntas, éstas se adaptaran con mayor fluidez según transcurra la entrevista, y como se esté dando la relación entrevistador-entrevistado, y en el caso de esta investigación en particular, intentando en todo momento que la preguntas sean lo menos invasivas posibles para los y las entrevistadas.

A continuación, se presenta el guion de preguntas que se les realizaron a los usuarios, con preguntas tentativas sobre los temas que se requería indagar, las cuales podían variar en su redacción y vocabulario, para adaptarlas al entrevistado durante la entrevista. El guion tuvo que ser redactado a modo de cuestionario con preguntas más dirigidas o semi cerradas por petición del cuerpo de profesionales a cargo de los usuarios para su revisión y aprobación previa, pero se le explicó al grupo de profesionales, que su aplicación era de carácter abierto, y adaptable a cada usuario y entrevista.

4.15. Estructura del Guion de Entrevista:

Preguntas introductorias:

- Edad, Ocupación, Tiempo que lleva en el Hospital, Tiempo trabajando

O.E. 1 *Determinar, como los usuarios perciben el tratamiento en el hospital, las diferentes herramientas que han recibido durante el mismo al integrarse al trabajo formal, cuáles han sido más eficaces, incompletas o innecesarias.*

- Evaluación de fortalezas y debilidades de capacidades reforzadas.

- Evaluación de fortalezas y debilidades de Habilidades Blandas y Sociales

- 1 - ¿Qué le pareció el tratamiento?
- 2 - ¿Cuáles han sido más eficaces o mejores?
- 3 - ¿Cuáles han sido más incompletas o innecesarias?
- 4 - ¿Le han servido las cosas aprendidas durante el tratamiento para el trabajo?
- 5 - ¿Le han servido las cosas aprendidas durante el tratamiento relacionarse con los demás?
- 6 - ¿Siente que algo le falto mejorar?
- 7 - ¿Piensa que algo del tratamiento hoy no le sirve o no lo necesita?, etc.)

O.E. 2 *Identificar, cuáles son los factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la integración al trabajo formal.*

- Apoyo u obstaculización por parte de la familia para el tratamiento e integrarse al trabajo.

- 1 - ¿Cómo influyó las personas importantes para Ud. (Familia), antes del tratamiento?
- 2 - ¿Cómo influyó las personas importantes para Ud. (Familia) al integrarse al trabajo el trabajo?
- 3 - ¿Cómo son las relaciones ahora con esas personas?
- 4 - ¿Cómo influyen las amistades durante el tratamiento?
- 5- ¿Cómo influyen las amistades en relación al trabajo?
- 5 - ¿Cómo influyen las instituciones (Hospital), durante el tratamiento y el trabajo?

O.E.3 *Indicar a que otras esferas de la sociedad o relaciones sociales se han incluido o desarrollado gracias al tratamiento y la inclusión laboral.*

- Si ha generado nuevas relaciones interpersonales:

- 1 - ¿Cómo ha sido tener nuevas amistades o relacionarse con otras personas?
- 2- ¿Qué ha significado para Ud.?
- 3- ¿Se relaciona de manera diferente ahora con las personas?

- De existir nuevas actividades:

- 1- ¿Cuáles son estas nuevas actividades?
- 2- ¿Qué significan para Ud.?

O.E.4 Identificar *hasta qué punto la inclusión laboral impacta a los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, autonomía y proyectos de vida, es decir su Realización Personal.*

- Efectos en los proyectos personales y cambios en los mismos después del tratamiento y el trabajo.

1- ¿Qué ideas tiene sobre el futuro?

2- ¿Cómo ha cambiado esa idea del futuro después del tratamiento y el trabajo?

3 - ¿Qué significa esto para Ud.?

4- ¿En qué áreas se proyecta?, (Personal, Laboral)

(Opcional: Si el usuario no tiene problemas para hablar de estos temas)

5- ¿Le gustaría tener pareja y formar una nueva familia?

5.1 - ¿Lo ve cerca o lejano?

5.2 - ¿Qué obstáculos ve para ello?

5.3 - ¿Cuánto lo desea?

5.4 - ¿Le gustaría a futuro tener hijos?

- Cambios en quien ejerce la toma de decisiones, Familia o Usuario.

1- ¿Antes del tratamiento quien tomaba las decisiones, Ud., u otras personas?

2- ¿Ha habido cambios en quien toma las decisiones después del tratamiento y el trabajo?

Nota: Este guion en detalle en donde se esbozan las preguntas y el objetivo específico que pretendían responder, fue requerido por los profesionales a cargo de los usuarios del Servicio de Salud mental del Hospital El Pino previo a la realización de las entrevistas para ser revisado y aprobado.

4.16. Inicio del trabajo de campo

Desde el mes de junio del año 2015 se inicia el trabajo de campo, primero se contacta y visita el Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino, gracias a las gestiones del profesor Jorge Chuaqui y al Psiquiatra Alberto Minoletti, se sostienen reuniones con el grupo de profesionales a cargo del servicio, en donde se contacta y solicita permiso para realizar las entrevistas al director del servicio, el Psiquiatra Guillermo Vergara y reuniones con los profesionales a cargo del programa de inclusión, en donde se realizaron las entrevistas informales a esos informantes claves, de esas entrevistas surgen los lineamientos de los objetivos de la investigación como del instrumento de investigación, los cuales fueron sometidos a análisis y revisión por parte de los profesionales del servicio de salud mental como por el profesor guía.

4.17. Procesamiento de la Información y Codificación

Después de ser realizadas las siete entrevistas, éstas fueron transcrita, y codificada, en donde se identifican los temas y patrones claves, teniendo en relación las dimensiones y tópicos en los cuales se desagregan los objetivos específicos, en donde se observa que la mayoría de estos estuvieron presentes durante la entrevista, donde algunos se muestran o son referidos por parte de los usuarios en mayor medida que otros, también se agregó otros que no se relacionan directamente con la investigación, pero que pueden ser utilizados en el análisis, que podrían estar contenidos dentro de los objetivos, y otros temas que no serán útiles a esta investigación, pero que eventualmente, podrían dar pie a la realización de otro estudio.

5. Análisis de Datos

El análisis expuesto a continuación se basa principalmente en los contenidos recogidos de las entrevistas realizadas a los usuarios del programa de inclusión del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino pertenecientes a las comunas de El Bosque y San Bernardo. Es necesario indicar, como se observa en la *Tabla 4.*, que estos en su mayoría se encontraban trabajando, 6 de 7 casos entrevistados lo estaban haciendo, una persona al momento de realizársele la entrevista había dejado de trabajar hace aproximadamente un mes, pero tenía intenciones de volver a trabajar, con lo que consideramos que no afecta mayormente la confiabilidad de la muestra, la cual como mencionamos anteriormente intento abarcar a la totalidad de usuarios que se encontraban en el programa de inclusión al momento de realizar el levantamiento de datos, que correspondían a 8 en total.

El proceso de análisis sigue la estructura presente en el instrumento de producción de datos, en donde los objetivos específicos se desagregan en *Dimensiones*, estos a su vez en *Tópicos*, los que se expresan en los lineamientos del Guion de la Entrevista, los que al momento de recoger la información se traducen en *Códigos*, los que al momento de analizar los datos de agrupan combinándose para responder las interrogantes que esta investigación plantea, cabe destacar que la mayoría de los códigos se relacionan directamente con el marco teórico y los elementos que en él se explican, y que de manera direccionada fueron recogidos, y que además surgieron algunos en el proceso investigativo que no estaban contemplados, y que de manera directa o indirecta también son un aporte relevante en el análisis.



En base a los códigos, se seleccionan y agrupan citas que hacen referencia a cada uno de los códigos, o grupos de códigos, que sean más pertinentes para analizar e ilustrar cada uno de los objetivos.

Se analizarán los cuatro objetivos específicos por separado, y un tema surgido en la aplicación del instrumento como lo es la notoriedad de las diferencias de género en los usuarios y usuarias entrevistados, al menos en la muestra de esta investigación, con todos estos elementos analizados se intentará responder finalmente el objetivo general y la pregunta de investigación de la cual se infiere.

La exposición de los análisis será siguiendo los lineamientos trazados en los tópicos y el guion del instrumento de producción de datos, pero no de manera estricta, sino adecuada a los resultados obtenidos, ya que algunos temas del guion tuvieron un tratamiento más profundo por parte de los entrevistados, referían constantemente a esos temas que les eran más interesantes (familia, trabajo, hospital, por ejemplo), en detrimento de otros a los que no se referían con la profundidad esperada, (amigos, religión) a pesar de insistir en ellos para obtener información durante la entrevista. De esta manera se intenta responder a los objetivos de investigación.

5.1. Percepción de los usuarios del tratamiento en el hospital, las diferentes herramientas que han recibido durante el tratamiento al integrarse al trabajo formal

5.1.1. El Tratamiento y los medicamentos

Los usuarios al ser consultados por su experiencia en el hospital y su percepción del tratamiento recibido señalan tener buenas experiencias, indican que el tratamiento ha sido favorable para ellos, que no han tenido grandes problemas o complicaciones y que los ha ayudado a estar compensados, sentirse mejor, este les ha sido útil para controlar los síntomas de sus enfermedades y así retomar las actividades que han dejado de lado, o algunas de ellas. Señalan además que han entablado buenas relaciones con el cuerpo médico que los atiende, llegando a desarrollar vínculos de confianza con algunos de ellos con los cuales tienen un trato constante y más directo.

“El tratamiento ha sido bueno, los medicamentos, y harto apoyo de los psicólogos, terapeutas, el Esteban (Terapeuta ocupacional), todos, y cualquier cosa que me pase puedo conversar con ellos también, y don Esteban me va a

evaluar de repente a la oficina, o a hablar con mi vecina para ver como estoy.”
(Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando)

La mayoría de los usuarios señala también la efectividad del tratamiento en su dimensión farmacológica que se les han suministrado para controlar los síntomas y mantenerlos compensados.

“... los medicamentos que me están dando “¡acertaron medio a medio!” , no tengo nada que ver... no tengo nada que decir de los medicamentos que me hacen... duermo bien con los medicamentos, ..., y me han hecho bien, no tengo “ni un, ni un” problema...” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando)

“...he aprendido más de la enfermedad, si, los medicamentos, he probado muchas pastillas, hasta que encontraron la que me... la que me..., la mía, mi pastilla, esa mi pastilla con la que estoy bien, si he aprendido harto sobre la enfermedad.”
(Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando)

Se observa que los usuarios del servicio de Salud Mental del Hospital El Pino que demuestran mayores avances y mejorías en cuanto a la estabilización de los síntomas de su enfermedad y que han logrado acceder a trabajos regulares, demuestran mayor satisfacción con el tratamiento recibido, incluso en el caso 7, del usuario con mayor tiempo trabajando y bien compensado, al considerar que ha mejorado considerablemente y ya no experimentar los síntomas de su enfermedad que en algún momento manifestó, piensa que se encuentra mal diagnosticado.

“...he estado bien estable, y de repente pienso que tal vez esté mal diagnosticado, “sabís”, aunque he cambiado bastante, por ejemplo, mí, mi postura, cierto, yo antes caminaba así (adopta una posición encorvada), como, como varios de los pacientes de acá, pero, ehh como que ya me siento como bien, como que ya no, ... pero igual me da miedo por ejemplo dejar las pastillas, “cachai”, no, no puedo, porque imagínate después me, me viene una recaída y, entonces digo, si yo estoy bien así, mejor me quedo así poh’.”

(Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando)

No obstante en este caso, a pesar de la confianza que siente gracias a su notoria mejoría, no se atreve a abandonar el tratamiento, temiendo una recaída, que sus síntomas vuelvan a aparecer y le dificulte en el trabajo y resto de la vida que lleva y que ha desarrollado gracias a estos dos elementos, un tratamiento adecuado y el incorporarse a un trabajo formal con una remuneración acorde al mercado laboral que le permita acceder al consumo, y a una serie de oportunidades que anteriormente no tenía.

Vemos, así como un tratamiento adecuado y medicamentos que compensen a los usuarios, y en la medida de lo posible con menos reacciones adversas a los medicamentos, se constituye en un primer e importante *Soporte* para estos usuarios, ya que, al controlar los síntomas de sus enfermedades, ellos pueden retomar algunas actividades, ganan confianza y así eventualmente si lo desean intentar incorporarse a un trabajo.

Así mismo, al mejorar su salud, están teniendo una directa e inmediata mejoría e incremento en su *Bienestar Subjetivo Individual*, ya que como señaló el informe del PNUD del año 2012, es la “buena salud”, la primera necesidad y uno de los elementos que más repercuten en su incidencia, lo que como señalamos anteriormente está estrechamente ligado a la *Realización Personal* que experimentan los usuarios.

5.1.2. Dificultades con en tratamiento y los medicamentos

A medida que se avanzaba en las entrevistas, los usuarios se sentían con más confianza para señalar algunas dificultades y aspectos del que no fueron de su agrado, las principales dificultades que los usuarios señalan en relación al tratamiento y los medicamentos suelen ser, con relación al primero, que en algunos casos se ha producido una contradicción entre el tratamiento que se les suministra para contener y aminorar los síntomas de la enfermedad, con las expectativas que los propios usuarios tienen de qué tipo de tratamiento deseaban haber tenido.

“...mire, me han tratado bien, eh, lo que pasa es que a mí me hubiera gustado tener tratamiento de sueño, ...me gustaría tener un tratamiento que me emparejara el ánimo, porque yo por ejemplo..., tengo que ser actor de cine, la vida es puro teatro ... porque a veces "andái" mal y "tení" que andar con la sonrisa...” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“... el tratamiento, ..., mire, aquí no me han tratado, me han tratado con pastillas, nada más porque, terapia yo no he tenido en sí, terapia... esta psicología tampoco, porque no he hablado con psicólogos, me han tratado, he mire, me han tratado bien, ... eh, lo que pasa es que a mí me hubiera gustado tener tratamiento de sueño.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Algunos usuarios llegan con una idea preconcebida del tratamiento que quisieran recibir, lo que por lo general choca con el tratamiento real que pueden recibir, ya que los tratamientos y los medicamentos se adaptan a cada usuario y su enfermedad. Estas

expectativas pueden originarse en los usuarios al observar los tratamientos de otros usuarios, o por las ideas preconcebidas que traen de cómo supuestamente deben ser tratadas sus enfermedades, ya que estas enfermedades y sus efectos suelen ser poco conocidos como señala Chuaqui (2015).

“... a mí me faltó, ¿qué me faltó?, una terapia de sueño. Si habrían hecho, ahora se ha hecho,..., si me habrían dado una terapia de sueño, terapia de sueño, tu sibís poh’, que dormís, dormís, dormís, dormís, entonces, la mente descansa viejo, y ahí te “recuperai” al tiro, eso es lo mal que no hicieron, eso es lo que falta, me habría faltado, porque ahora que, que ya estoy, ya estoy, tengo eso en la sangre ahora, la, la medicante (sic), las pastillas todo eso en la sangre ya se acostumbró, si yo por “n” motivo terminara con las pastillas, me enfermaría,..., la otra vez hace ... meses atrás más o menos, antes que empezara a trabajar, me dio la “chiripiolca” firme porque no tenía ... una pastilla que te quita los espasmos y todo eso, ...” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Otra complicación importante que señalan buena parte de los usuarios es la rotación y recambio que se da en el cuerpo de profesionales y técnicos que los atienden, en donde los usuarios son atendidos por distintos psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales, a lo largo de su tratamiento, este recambio constante de personal genera en algunos usuarios un malestar, ya que deben adaptarse al nuevo personal constantemente, lo que dificulta entablar relaciones de confianza que faciliten el tratamiento.

“...y cada vez que tengo hora con la psiquiatra, me ven, me ven bien, entonces me dan hora con ella como para cuatro meses más... y eso es como... por último que fuera la misma psiquiatra, pero siempre me la cambian, entonces eso como que me, como que es lo único que no me gusta, (...) me cambian la psiquiatra a cada rato, entonces, he tenido como, he tenido como seis psiquiatras, entonces... entonces llego donde la psiquiatra y yo tengo que contarle todo de nuevo, y después se va y después ¡todo de nuevo!”. (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“...porque te evalúan mejor los mismos terapeutas que tú tienes, ellos te van evaluando, y a mí me han cambiado de terapeuta varias veces, y yo no sé cómo voy, si voy bien o mal, porque el terapeuta es otro terapeuta que me... eh, apenas lo conozco, y me empieza a preguntar cosas de nuevo, y yo... ahí me choca eso.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Este malestar se ve agravado en el momento en que al cambiar de persona tratante, estos deben indagar en el historial médico de la persona, para lo cual en algunos casos se les

consulta directamente a los usuarios, en donde no todos recuerdan los comienzos de su enfermedad, y este proceso puede incomodar a los usuarios.

“...Uno de siempre, porque te evalúa, ... él ya te conoce, no otro terapeuta que tú no conoces, recién te viene conociendo, te empieza a preguntar y tú, no te acuerdas de nada, yo no sé, yo no sé, como, como llegue, al Peral, como si, no sé si de El Pino o del Barros Luco me mandaron al... ah... ah... no tengo idea, porque todo eso, mi hermana, mi hermana, mi hermana, ... en ambulancia me llevaron allá a El Peral, ella me cuenta que me llevaron en ambulancia, porque yo iba mal poh’...” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Se señala también que se manifiesta una diferencia de criterios en la atención de los distintos profesionales tratantes producto de la misma rotación de personal, lo cual genera confusión por parte de los usuarios y una percepción de que no están recibiendo la mejor atención de parte de algunos de los profesionales que los atienden.

“... hubo un psiquiatra que, que me dio unas pastillas, bueno siempre sigo con las mismas pastillas, bueno, y yo le contaba a el que, que, antes, yo antes de empezar a trabajar le dije que tenía una junta de cuarto medio, “cachai”, pero que yo no quería, no quería ir, porque me daba como, como vergüenza, no sé, como con la autoestima baja porque yo ya, imagínate poh’, cuarto medio y todo, compañeros, y yo, no, ¡yo estoy estudiando!, ¡yo estoy trabajando!, y yo no era nada poh’ “cachai”, y me dijo; ah eso es depresión y ¡pah’!, pastillas (ríe), parece que era, clonazepam, parece que era, y sertralina, y... y después me toco con la otra doctora, otra psiquiatra, él se fue después, y le comente eso, y me dijo, ¡no!, pero como te da eso porque no “querís” ir a una junta, no, te la elimino.” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Se observa aquí que la sobremedicación puede estar presente en algunos momentos de la práctica médica, en donde se intenta atacar todos los síntomas y expresiones de la enfermedad con medicamentos, siendo que en algunos casos no son necesarios, lo cual también es un problema en la búsqueda de un tratamiento adecuado, ya que, por la especificidad de los medicamentos, los usuarios pueden estar sometidos a algunos que no aminoran sus síntomas y por el contrario con efectos secundarios que pueden ser adversos y dificulten algunos aspectos de su vida.

“...yo con mis medicamentos yo no puedo llegar y tener hijos, no puedo, ... tendría que dejar mis medicamentos y, ... y, mi salud está primero.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Como vemos, algunos medicamentos pueden afectar la capacidad reproductiva de los usuarios, lo que afecta directamente las proyecciones de tener una hijos y familia, esto se suma a otras reacciones adversas a los medicamentos, como pueden ser algunos síntomas, como los repentinos cambios en el estado de ánimo.

“...me gustaría tener otro tipo de tratamiento, con casos, pastillas que yo me acostumbrara más, que en el día a día no me dé la "chiripiolca", la cuestión de los nervios, que fuera parejo, cosa que yo fuera tan normal como el entorno.”
(Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando)

Estas enfermedades al ser de carácter crónico, es decir de larga duración, generan también un agotamiento o hastio por la dependencia hacia los medicamentos por parte de los usuarios, lo que se puede expresar en pasajes o momentos en que los usuarios quisieran dejar de tomarlos.

“...estoy cabreada de tomar medicamentos todos los días, tengo que preparar yo los medicamentos, porque si no los preparo yo nadie me los prepara, nadie se mete en los medicamentos míos.”

(Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando)

Otro factor de molestia por parte de los usuarios (de una en específico), es con algunos protocolos de los servicios de salud, como lo es el caso de una usuaria que, debido a su enfermedad, no se le había comunicado su diagnóstico, que para su caso era Retraso Mental Leve.

“...la enfermedad que tengo yo, y no me lo quieren dar, a mí me gustaría que me lo dieran (el diagnostico), como se lo dieron a otro niño a mí me gustaría que me lo dieran, pero no me los dan, y eso que me llevan puro cambiando de doctores es lata.” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

También se ve como algunas prácticas de la salud mental son enormemente invasivas y en algunos casos traumáticas para algunos usuarios, que se han sometido por ejemplo a terapia de electroshock en otros recintos donde se atienden a pacientes de salud mental.

“Estuve en El Peral, me hicieron electroshock, para hacerme reaccionar, no sé cuántos "electros" me he hecho porque... eh, mi hermana se encargaba de eso, mi hermana me llevo no sé si, de aquí o del Barros Luco me llevaron allá, no tengo idea... Ahí yo iba mal, no sabía del mundo,... a mí me dio catatonía

Esquizofrenia... yo estoy con remedios todavía, y tengo que seguir de por vida yo creo con los remedios” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

5.1.3. Herramientas y capacidades

Las herramientas y capacidades adquiridas por los usuarios son en general bien recibidas y valoradas por estos, ya que incorporan habilidades que habían perdido o que no tenían, generan y practican hábitos que les servirán para la vida doméstica y su vida laboral, como lo es seguir una rutina y cumplir horarios, mantener una correcta higiene y presentación personal, factores que algunos señalan habían descuidado durante el desarrollo de su enfermedad previo al tratamiento y la atención por parte del hospital.

“...estar activo, levantarme en la mañana, llegar a la hora aquí, llegar a la casa a tomar té, ver una rato tele y después a dormir, y al otro día a trabajar, ese era el sueño mío... antes era flojo, flojo, flojo, aquí (Servicio de Salud Mental) me enseñaron a moverme. Si "querís" buscar pega, muévete, te "levantái" temprano, te "bañái", la higiene, te "afeitái", es importante la higiene, hoy día me bañe, todos los días me bañaba en el trabajo...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

La mayoría de los usuarios coincide en señalar la importancia de estos elementos a la hora de retomar confianza para volver a las actividades de su vida social, y principalmente el trabajado, el cual que se convierte en el primer objetivo a desarrollar por parte de los usuarios, al verse a sí mismos compensados de los síntomas de su enfermedad y desarrollando las capacidades básicas necesarias para integrarse a un trabajo formal, ya que se entrenan habilidades necesarias para desenvolverse en actividades laborales, como seguir rutinas y tareas simples que los ayudan a interiorizar las formas de realizar actividades laborales.

“Yo retome confianza acá ... y volví a El Pino, retome eh, me tuvieron eh, haciendo pulseritas como le digo, cadenitas, todo eso, eh, hacíamos reciclaje de botellas, eh... reciclábamos botellas, las vendíamos y hacíamos una platita, para nosotras mismas (...) a mí me han entregado todas las herramientas como para, para poder aprender, y de aquí mismo me buscaron la pega, yo no tengo nada que decir de acá porque acá me dieron todas las herramientas para aprender” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“... yo tenía ganas de trabajar, en ese tiempo yo no trabajaba, y ellos (funcionarios del Hospital El Pino) me incorporaron a su equipo, que me iban a

buscar un trabajo, fue como que me prepararon para, para trabajar, entonces yo tenía que, que llegar acá temprano, cumplir un horario, reciclábamos botellas, papeles, y ahí yo fui como agarrando el ritmo, hasta que llegó el momento en que yo dije, ya estoy listo, necesito buscar trabajo, y empezamos a buscar, varias alternativas.” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

La preocupación y trabajo eficaz del equipo de profesionales y técnicos del servicio de salud mental por sus pacientes fue clave a la hora de transmitirles confianza y generar en ellos las capacidades necesarias para que estos se pudieran preparar e integrar a un trabajo formal.

“yo venía a taller todas las semanas, tres días a la semana, y yo les dije que quería trabajar y nos hacían trabajar, estuve como dos o tres meses ahí en el taller y después me dieron una posibilidad de trabajo y ahí ingrese poh’.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando)

Vemos como los talleres en donde se practicaban rutinas laborales básicas fueron útiles al momento de acostumbrarse a dichas rutinas y recuperar la confianza en sus capacidades y en lo que habían aprendido.

“Me sirvió mucho, me sirvió mucho porque hacíamos alfajores, eh... hacíamos pulseritas, los alfajores los vendíamos aquí en el recinto (desarrolle) más confianza, si, y hacíamos la feria de las pulgas, con las doctoras, con el Felipe (...) me gusto, y vieron que yo era capaz de valerme por mí misma, y me buscaron pega acá mismo” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Los usuarios comienzan a hacer comparaciones entre su condición anterior al tratamiento de su enfermedad en el hospital y de intentar incorporarse a un trabajo, coinciden además en señalar las diferencias que había entre ese pasado en sus vidas, y como se encuentran en el presente gracias a estos dos factores

“...me siento bien así porque... ando con pantalones limpiecitos, todo eso, eso, porque hubo un tiempo, cuando estuve en el sur no tenía trabajo yo, de repente no iba muy bien vestido a la pega, ... no andaba..., no andaba bien vestido.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

...yo en la casa, pasaba, del hospital a la casa, del hospital a la casa, no en la casa yo ahora, veo un poco de noticias, tomo desayuno, me acuesto y al otro día a trabajar, y eso es todos los días lo mismo...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

En algunos casos al ver las mejoras que produce en ellos un tratamiento adecuado y un acompañamiento por parte del servicio de salud, los usuarios, comienzan a desarrollar interés por integrarse a un trabajo y/o desarrollar otras actividades, lo que los impulsa a superarse, a dejar atrás la inacción en que se habían sumido por la enfermedad y por el estigma que se cierne sobre estas enfermedades.

“...yo empecé a buscar por mí mismo, eh.... Claro, y empecé a trabajar en una construcción, empecé a trabajar ahí, ahí duré como casi un año. Yo antes, antes de trabajar, yo me levantaba a las 1:30 de la tarde, entonces acá en el hospital yo empecé a agarrar el ritmo de levantarme temprano.” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

A pesar de los obstáculos propios del mercado laboral, como lo es la necesidad de experiencia por parte de los empleadores y la incorporación de tecnologías y procesos productivos que demandan preparación y conocimientos previos por parte de los trabajadores, de los cuales suelen carecer los usuarios, ya que la mayoría solo cuenta con la enseñanza media completa, y en algunos casos incompleta, aun así con acompañamiento y perseverancia por parte del servicio de salud para generar convenios laborales con empresas, o de parte de los propios usuarios cuando es por iniciativa propia, se pueden encontrar oportunidades laborales para los usuarios, que signifiquen un salto cualitativo en sus condiciones de vida.

“...te vamos a poner a prueba, empecé, pero yo no sabía nada, nada, nada, yo le tenía miedo al computador, porque yo no sabía nada, nada, de hecho mi currículo era ¡malísimo “poh”!, (Ríe) nada, si no tenía ninguna experiencia, nada, pero tuve la suerte de que me aceptaron, y di la entrevista y quede, y empecé a estar a prueba, me enseñaron harto, me hice buenos amigos , y ahora ... yo cumplo un año ..., imagínate que ahora me levanto a las 6:00 de la mañana (Ríe).” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

5.1.4. Habilidades blandas y sociales

La incorporación de habilidades blandas, las que se expresan en las formas de interactuar con otras personas, como son las normas de cortesía, respeto mutuo, etc., también son reforzadas y practicadas en los talleres que el servicio de salud mental desarrolla con los usuarios que atienden, estas habilidades juegan un rol importante a la hora de permitirles a los usuarios desenvolverse de mejor manera en otros espacios y facilita el proceso, como en el trabajo, en sus relaciones con personas en el hospital, y de mejorar las interacciones que ya tenían, como lo puede ser con la familia .

“...hacemos bromas, algunas veces yo me enojo, pero ellos saben de dónde vengo, y me comprenden, me aceptaron como soy...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“yo antes era muy tímido, pero empecé a hacer talleres de teatro (...) hice ahí, y ahí saque personalidad, ... entonces yo no tengo problemas de... (relacionarme con las personas)” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“... estuve aquí en el taller, en Newen, y en el taller, me hacían levantarme temprano, andaba por el hospital, a ser amable con los doctores, con la gente de afuera, entonces ellos me dieron..., me dieron la oportunidad de trabajar... y me fue bien, buena jefa, buenos jefes y buenos compañeros.” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

5.1.5. Aspectos positivos y negativos de la experiencia en el hospital

Como un aspecto positivo relevante, es la imagen del hospital como espacio donde se sienten cómodos, acogidos y en confianza, como segundo hogar, según las propias palabras de algunos, en donde se vive una experiencia familiar y amistosa, lo que se constituye en un Soporte que le da sustento a la experiencia de los usuarios en el hospital, los hace sentirse acogidos y genera en ellos un sentimiento de pertenencia hacia el hospital, al señalar que lo sienten como un segundo hogar, o el primero, cuando hay fragilidad o vulnerabilidad en la conformación del primero o cuando se viene de hogares protegidos.

“...me gusto el hospital ¡poh!, es como una segunda casa, después el trabajo es la tercera casa, claro, tercera casa.” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses

trabajando).

“...Bien, me conocen todos aquí, soy más conocida que, doy las gracias, me vengo para acá...” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

5.1.6. Conclusión para Objetivo Específico N° 1

Gracias al primer objetivo específico se pudo determinar, como los usuarios perciben el tratamiento en el hospital, este último se percibe como lugar donde se sienten respetados, no discriminados y tratados con dignidad, lo que se traduce en ser percibido como un “segundo hogar” incluso. Las diferentes herramientas y habilidades que han recibido durante el mismo al integrarse al trabajo formal, en donde el tratamiento se percibe como beneficioso para los usuarios, a pesar de algunas complicaciones, como lo son la escases de conocimiento previo que genera expectativas poco ajustadas a la realidad y a las posibilidades de tratamiento, junto con la constante rotación de profesionales y técnicos tratantes que dificultan y puede generar un malestar en los usuarios al estar constantemente adaptándose al nuevo personal del servicio de salud y a sus criterios para atender a los usuarios, en algunos casos, y también a las complicaciones que traen las reacciones adversas que los medicamentos producen en los pacientes.

Pero a pesar de estas complicaciones mencionadas, los usuarios ven al tratamiento y al hospital como un factor positivo, y como mencionamos anteriormente, como un *Soporte* que les ha dado sustento, no solo para estar mejor para estar mejor, compensar y controlar sus síntomas, sino también para aprender habilidades y competencias que les servirán de herramientas para desarrollarse de mejor manera en su vida personal y en la inclusión a un trabajo formal, así estos aspectos impactan positivamente en el bienestar subjetivo individual y por consecuencia facilitando o aproximando su realización personal.

5.2. Factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la integración al trabajo formal

5.2.1. La familia, apoyo u obstáculo para el tratamiento e integrarse al trabajo

La importancia de la familia para los chilenos, por sobre la importancia que se le da a que “los amigos, el trabajo y la religión”³, (Araujo y Martucelli, 2012, p 172), como uno de los principales Soportes que sostienen al individuo ante la vida, en esta investigación esa importancia de la familia se expresa en la mayoría de los usuarios a modo de impulso y apoyo que lleva a abandonar la inercia en la que en la mayoría de los casos entrevistados se encontraban antes de buscar ayuda médica y, posteriormente ese soporte los ayuda también a superar sus temores u obstáculos y adentrarse en el mundo laboral, ya sea por medios propios, o por los trabajos que les proporciona el servicio de salud mental del Hospital El Pino en su programa de inclusión.

“...ellos (Hermana y cuñado) me apoyan siempre, me han apoyado, en cuanto a plata y en cuanto a tiempo, ..., tu sabís' que la familia es lo mejor poh', siempre te ayudan, no tengo nada que decir con ellos, lo que pasa es que ellos igual tratan de tratarte como normal, eso es lo que tiene mi familia está bien, porque no me tratan como enfermo, yo te digo que mi tía (...) no me trata como enfermo, mi hermana me dice que yo me hago el loco, entonces, .. que no estoy enfermo, que me hago el loco, entendí”. (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“...me tratan con respeto, tamos en la calle y digo, ¡Ohh!, eh, me dicen, ¿Mauri cómo te fue en el trabajo?, antes no me decían eso, me decían, ¡Oye flojo tal por cual, anda a buscar trabajo!, ahora todo es diferente, todos me dicen, ¿Cómo te fue en el trabajo? (...), hay gente que tiene sus 5 sentidos y trabajan un día y se fueron, se fueron pah' sus casas, no trabajan más, uno que no tiene sus 5 sentidos trabaja” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

Los usuarios en su mayoría señalan la importancia de la familia como apoyo inicial para buscar ayuda médica cuando se presentaron los problemas de salud, y que a pesar de las crisis y problemas que la enfermedad pudiese haber traído al interior de la familia, esta tuvo una importancia radical como apoyo para enfrentar la enfermedad, en donde en la mayoría

³ Estos elementos también son analizados por la presente investigación

de los usuarios, es un familiar o persona significativa la que toma el liderazgo en la tarea de buscar ayuda médica y tratamiento, siendo por lo general la persona con el vínculo afectivo más importante.

“...mi mamá siempre me decía, ¡Vamos al hospital, vamos al hospital!, porque cuando estábamos en la casa, no, yo no quería ir, pero mi mamá me llevó, ..., fue un bien mío...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“No hace mucho tiempo porque cuando yo caí enferma, mi hermana corrió con todo conmigo, no mi memoria estaba como... se bloqueó, mi mente estaba en blanco (...) que no tengo la menor idea, si ellos saben que no era yo, era como otra persona que estaba metida en mi cuerpo, porque no pensaba, no... no razonaba bien” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Hay una coincidencia en señalar por parte de los usuarios el cambio que ha habido en el trato y la relación con sus familias o personas significativas desde que están compensados y se han integrado a un trabajo, el cual ellos sienten como un cambio positivo, esto les sirve para tener ánimo y entusiasmo mantenerse trabajando, haciendo que valoren su nueva condición, y les ayude a reafirmarse a sí mismos mejorando su autoimagen y a perseverar en mantener el tratamiento para no recaer y mantenerse en el trabajo.

“(Mi familia) están sorprendidos, están sorprendidos por el cambio, por lo que he logrado, están super sorprendidos, yo también” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“Mi hermana me tenía que decir las cosas, me decía muévete, actíivate, no te quedes quieta parada, hace algo que se te ocurra (...) Ella me dice que me he superado bastante, me he superado bastante, "hay" podido salir adelante, y... gracias a dios me ha ido bien, "hay" tenido vacaciones (...), ella ya sabe cómo estoy ya, ella sabe que estoy bien ya, que tengo... me dijo, me ha dicho varias veces que me he superado mucho, que he salido adelante y tengo mi plata ahora.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

La percepción de este cambio positivo en las relaciones al interior de su familia o con personas significativas para ellos, comienza a constituirse creemos, en otro Soporte que le dará sustento y nuevo sentido a la persona con una enfermedad mental, que lo hace valorar aún más su nueva condición, de persona compensada con su enfermedad y que se puede mantener en un trabajo formal, lo que no solo mejora sus condiciones materiales, como la mayoría señala, sino también la percepción que tienes de sí mismos, y mejora los lazos

afectivos con sus familias, el cual era un soporte que se había visto debilitado por la presencia de la enfermedad al interior de la familia, que como mencionamos anteriormente, al ser familias reducidas en tamaño, los problemas o crisis que esta enfrenta impacta de mayor manera en los miembros de esta y los vínculos que en ella existen (Güell, 1999).

Como en la mayoría de las familias estos vínculos significativos con miembros de la familia son fuente de información y conocimiento para el desarrollo de la vida tanto en la sociedad como en la esfera de lo privado, aquí se señala por parte de los usuarios que sus parientes o familiares de importancia suelen aconsejarlos guiarlos y ayudarles a tomar decisiones, lo cual está atravesado también por el hecho de que algunos pacientes ven disminuida su capacidad de decisión durante la enfermedad como veremos más adelante

“mi hermana me entiende en todas las cosas, ella conversa conmigo, sobre la plata todo eso, ella me ayuda, sobre la plata, ella me ayuda” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“mi cuñado dijo que me hacía bien trabajar, porque si estoy en la casa apenas salgo (...) una tía en el sur me dijo, un consejo me dijo, Manuel no, no, no dejes... vive, no dejes vivir a otras personas por ti” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“primo hermano, él es mi ayuda mental, me da consejos, siempre me ha apoyado, consejos, el único primo que tengo, que me apoya, porque los otros primos no los he visto, son muy distantes, estuvo viviendo junto, estuvimos viviendo juntos allá, en Estocolmo, y él sabía cómo, él me conocía mi historia, cachay, cuando estuve enfermo, muchas veces me apoyo” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

También indican los usuarios que el apoyo que reciben por parte de familia no está condicionado a que ellos sigan en tratamiento o que estén trabajando, ya que estarán presentes también y serán un apoyo si estas condiciones no se dan, pero que esos factores de todas maneras son un beneficio para las relaciones al interior de la familia.

“estaba contenta mi hermana, estaba contenta, pero cuando me salí se puso triste, porque iba a estar en la casa encerrada, no hacer nada, Fabiola, que “preferís” me dijo, estar en la casa o trabajar, yo le dije: anda el despelote aquí en la casa

por eso me salgo, y no quería que me saliera, pero don Cristian me dijo, me dijo: “tenis” que trabajar.” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“Si me acompañaban, pero ahora estoy, ... mira, ellos con trabajo o sin trabajo me van a apoyar siempre, igual me apoyan ahora que estoy con trabajo, me apoyan igual, cachay, porque ellos me dieron cosas, por eso estoy tan feliz yo” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Estas familias no escapan a las formas y sucesos que acontecen a la mayoría de las familias, en donde se dan conflictos y choques de interés en su interior que pueden afectar en ocasiones los vínculos que en ella se generan.

“a veces tenemos algunos... encontrones que a mí no me gustan, pero como es la casa de mi hermana tengo que respetarla, porque es la casa de ella” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Se observa que se da la situación, que producto de la enfermedad y sus síntomas, y como las experimenta el paciente y su familia, puede generar roces y fricciones entre las personas de la familia y el paciente, lo cual en algunos casos puede operar como catalizador para que el usuario busque mejorar su condición, con el tratamiento adecuado y con la inclusión laboral.

“yo le dije al Alejandro (Psicólogo), le dije; sabes quiero entrar a trabajar, porque me... en la casa, como que me asfixiaba, no me desenvolvía muy bien y peleaba mucho con mi hermana, mi hermana me retaba mucho, por mi enfermedad yo creo que me retaba, porque yo me quedaba quieta, me quedaba inmóvil, entonces eso a mi hermana le molestaba, y ahora yo encuentro que... estoy, me siento mejor, y estoy agradecida de la pega que me buscaron.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

También se observa en algunos casos un distanciamiento con miembros de la familia no directos, como puede ser con los tíos, primos, etc., que no conforman el grupo familiar que convive en el mismo hogar, haciendo que la familia y el usuario cuenten con menos vínculos y relaciones interpersonales significativas y que puedan constituir una red de apoyo tanto para el como para su familia.

“...tenía una tía, un tío y una prima, pero ellos se portaron mira así (realiza gesto con las manos aludiendo a que era una mala relación), hablaban pestes mías, que yo era esquizofrénico, que estaba loco, ah ya, no querían saber nada conmigo.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

En algunos casos los usuarios expresan no tener relaciones sociales significativas con la familia, y generan vínculos con otras personas, las cuales pasan a desarrollar algunos de los roles que la familia no cumple, como lo es el vínculo afectivo, el cual, en ocasiones en un vínculo frágil, no lo suficientemente fortalecido como para constituirse en un Soporte para la persona.

“...cuando vivía en hogares protegidos bailaba, la monitora nos hacía bailar, hacíamos ejercicios, me llevaba bien con la señora Leo, era como mi madre y mi padre, me llevaba mal, allá me castigaban, porque tenía muchos problemas allá con mi carácter.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

También se observa en el mismo caso como la compleja situación que enfrenta debilita y dificulta aún más el proceso de inclusión, en este caso la situación familiar no opera como soporte, y al contrario impacta negativamente en el usuario deteriorando su estado anímico y su capacidad de enfrentar el proceso de inclusión laboral.

“de repente me pongo a llorar, los sentimientos, falleció mi cuñada, mi mami es crónica ahora, y fallecieron todos mis tíos por parte de mi madre, y queda una pura hermana de ella, los otros primos están casados, otros solteros, otros con hijos, ¡ahh!, no sé, no los veo mucho, están todos, por los Jara otro lado, los Miranda por otro lado” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando)

Se observa también como esa relación está determinada por el factor material y la dependencia económica del usuario hacia el familiar o tutor, como en el caso a continuación, donde la usuaria entrega la totalidad de su pensión para que sea el tutor quien la administre a criterio personal.

“...no tengo amigos donde ir, en mi familia no voy, pero igual en otros lados, a donde mi hermano, él es mi apoderado, y voy para allá a dejar la plata de mi pensión.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

5.2.1.1. Relación con los hijos

Relación con los hijos suele ser un catalizador y motivo importante y de peso para los usuarios para mejorar su condición de salud mediante un tratamiento y buscar un trabajo, esto se explica por ser la relación con los hijos es el principal soporte para los individuos adultos en el Chile actual (Araujo y Martuccelli, 2012).

“...antes que naciera mi hija, le prometí a mi mamá que iba a buscar trabajo, pero así por las mías, por mis métodos, y buscaba, y buscaba, ... me cerraban las puertas...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“tengo una hija poh’, antes no quería trabajar poh’, porque no tenía hija, ahora..., ahora que esta grande mi hija, tiene 16 años, ¡Me pide de todo!, ..., como gente joven que son, ahora que tengo trabajo, ¡Buu!, va para la casa todos los días, antes no iba” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

Se muestra como la presencia de un hijo hace que el usuario se preocupe por mantener un trabajo y así mantenerlos económicamente y mejorar sus relaciones con ellos.

5.2.1.2. Sobreprotección

La sobreprotección que ejerce la familia o alguno de sus miembros hacia la persona con discapacidad mental limita las capacidades y habilidades que esta persona pueda aprender y desarrollar, como señalaba Chuaqui (2015), convirtiéndose esto en un obstáculo que la propia familia le impone al paciente que pretende integrarse a un trabajo formal.

“Mire, hace tiempo, ya cuando estaba mi mami viva, mi mami no me dejaba hacer nada, me dijo mi hermana, eso lo hizo mal mi mami, que no, yo no me movilizara, eso lo hizo, pero mi mami, porque ella hacía todas sus cosas, ... (por hacerme un bien), me hizo mal, si, y eso no quiero que pase con la Carolina, porque la Carolina se sabe mover en las micros, se sabe mover en el metro, todo eso.”

(Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando)

Se muestra como la familia en su búsqueda del bienestar de la persona con una enfermedad mental puede ser un obstáculo para ella, ya que limita sus posibilidades al no

confiar en las capacidades de esa persona y no considerarlo suficientemente apto y preparado para el trabajo.

No obstante, la familia opera como un importante apoyo, consideramos que es un soporte de los de mayor relevancia para el usuario y su proceso de inclusión socio laboral, en donde sus miembros y los vínculos que en ella se producen motivan al usuario a mantenerse en el trabajo.

5.2.2. Influencia las amistades durante el tratamiento y el trabajo.

Los usuarios señalan tener escasos vínculos con personas externas a sus familias, indican que no tienen o tienen muy pocas amistades antes del tratamiento y del trabajo, y pocas relaciones con su entorno, y que luego de haberse tratado y compensado e integrarse al trabajo han llegado a desarrollar algunas relaciones de amistad, pero aun así reducidas en número y con vínculos con una significación acotada en muchos casos estrictamente al ámbito laboral.

“No es que yo no tengo... no tengo amigos, no tengo amigos, ehh... yo... de mi casa llego a almorzar, (...), a las 8 yo me voy pah' mi pieza, que me queda a dos cuadras de la casa de mi hermana, pero son largas la cuadras sí” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

A pesar de tener pocas relaciones sociales que les permitan un buen desenvolvimiento al momento de entablar relaciones de amistad o laborales, los usuarios señalan que se han adaptado correctamente a sus entornos laborales y que se han incluido en las interacciones que en el ámbito laboral se pueden dar, lo cual puede haber sido favorecido con el entrenamiento que han recibido en habilidades sociales.

“Con las personas de mi trabajo yo me llevo bien, eh si tienen algo lo compartimos... las mismas personas los pacientes llevan queques, van las chiquillas, lo reparten, o cualquiera lleva pan, son bien amigables y amistosos, no hacen diferencia” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“Yo me siento, con lo de mi trabajo, me siento bien, siempre el Osvaldo me echa la talla, y bueno, me hace reír, y... lo paso bien” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Algunos usuarios señalan sentirse aceptados, y valoran el hecho de que estas personas con que se relacionan no hagan diferencias en el trato hacia ellos, lo que favorece la disminución del estigma asociado a la discapacidad mental producto de la enfermedad, en ambos sentidos, por parte de los compañeros, y el estigma asumido por los usuarios, que los hace entenderse como diferente al resto, en una diferencia que por lo general tiene una carga de significado negativo.

“me amolde a la compañía que tenía en el trabajo acá, ahí, porque nosotros teníamos varios compañeros, el José Luis, el ... Rubén, la, eh varios compañeros que teníamos, y... me amolde a tener un grupito, y como ya lo tengo allá en el trabajo que estoy, me llevo bien poh’, me llevo bien” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Los que señalan haber tenido amigos o relaciones fuera de la familia antes del tratamiento y el trabajo, señalan que también en ellos se ha producido un cambio en su percepción hacia la persona con una enfermedad mental, en donde la experiencia con el usuario descompensado por su enfermedad ya no afecta o está presente en las relaciones del actuales de esos usuarios.

“tengo poquitos amigos, pero son bien, ... claro, no yo, también poh’ están todos, ... de repente no creen que yo estoy ahí poh’, trabajando, ... bueno ahora los veo menos, como yo ahora vivo en otro lado, en el centro, entonces, ... y la familia de mi polola vive en Viña, son de Viña, entonces viajamos harto para allá, en las vacaciones es totalmente..., me gusta, es como agradable, como que ya se olvidaron de mí, de mi tiempo hacia atrás.” Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

En algunos casos, el cambio que han experimentado los usuarios por el tratamiento y el trabajo en sus vidas es tan significativo que las personas que no son de su entorno directo no lo advierten, y mantienen la imagen que de ellos tenían anterior a estos dos factores.

“los vecinos no me reconocen, piensan que soy mi hermano, me dicen el nombre de mi hermano, que somos super parecidos, entonces con eso yo como que cambie la postura, porque yo antes caminaba como un poquito como zombi, de verdad” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando)

Consideramos importante que estos cambios en los usuarios compensados se hagan notar en el resto de la comunidad y sociedad, lo cual ayudaría considerablemente a disminuir el estigma afectan a estas enfermedades y a quienes las padecen.

5.2.3. Otros factores que influyen en la integración al trabajo.

5.2.3.1. Barrios vulnerables

La mayoría de los usuarios del servicio de salud mental del Hospital El Pino son de estratos socioeconómicos bajos y suelen vivir en barrios que presentan problemáticas propias de barrios vulnerables, como lo es la presencia de: deserción escolar, delincuencia, narcotráfico, consumo y adicción a drogas y alcohol, lo que dificulta la vida de todos quienes residen en esos barrios.

“...en mi casa los únicos que tengo yo son de la droga, pura droga, eso..., llevo a la casa, ¿tení una gamba?, llevo a la esquina, ¿tení una gamba?, entonces esos no son amigos.” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“...yo vivo en la San Esteban, "donde pica la jaiba", cachay, ahí, puros delincuentes no, te saludan y te machetean, de quinientos para arriba, entonces no, eso no me gusta, a mi señora tampoco le gusta, mucho robo, mucha delincuencia, mucha droga, mucha pasta, entonces no congeniamos, cachay, no, entra y sale, no nos involucramos con los vecinos, por lo mismo, porque ellos tienen mal vivir.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“en la población no me meto con la población, mi hija tampoco se mete con la población, nada, yo tampoco, nos encerramos adentro no más, porque, ¿sabe por qué?, porque hay de esos pitos, todo eso, droga, y mi hermana y a mi hija no le gusta eso, no le gusta.” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

Como vemos, estas condiciones afectan la vida de los usuarios del servicio de salud mental y de sus familias, limitando las posibilidades de generar relaciones al interior de sus barrios, y de generar así redes de apoyo fuera de su familia puedan eventualmente operar como un nuevo soporte.

“... no me junto con los vecinos, todo lo contrario, los ignoro no más, pero voy donde yo quiera.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

5.2.3.2. Soledad y aislamiento previo al tratamiento y trabajar

Es recurrente que algunos usuarios describen su vida anterior a la incorporación al trabajo y la atención en el servicio de salud mental, como una vida marcada por la soledad, y el aislamiento, lo cual permanece en aquellos usuarios, con poco tiempo de vida laboral o cuando esta es de carácter irregular

“... yo me aislaba..., entonces yo tengo mi mundo, ... me basta y me sobra con mi mismo...” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“...mira es que yo llevo como 30 años en el hospital, del año ochentaicinco en el hospital poh´ viejo...de esa fecha ... que estoy tratándome en psiquiatría, ... mira, la vida normal, es diferente allá en Suecia, “cachai”, la vida allá es dura... además, la soledad viejo, te come la soledad, porque la soledad allá es cruda, porque nadie te entiende, mira y en ese tiempo yo hablaba solo conmigo no más.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando)

Esto se constituye en un obstáculo para la inclusión de la persona con discapacidad mental, ya que produce un distanciamiento entre la persona y el resto de la sociedad y las redes de apoyo o factores que podrían favorecer su inclusión, en algunos casos este distanciamiento no ha sido un obstáculo insoslayable para aquellos que si han podido acceder a un tratamiento y posteriormente a un trabajo, lamentablemente en otros casos esta soledad y aislamiento puede estar aun distanciando a personas de estos factores de cambio.

5.2.3.3. Temor al Espacio Público

En algunos usuarios, principalmente en aquellos con menor tiempo integrados a un trabajo formal, situación en la cual se encuentran la mayoría de las mujeres entrevistadas, se da un cierto temor al espacio público.

“...las micros no me gusta, no me gusta porque me da miedo oiga, porque será esa cosa que me da miedo a mí las micros, porque me late el corazón, verdad... me gustaría que no tuviera miedo a las micros, yo trato de hacerlo, que me da miedo, de cuando era chiquitita me daba miedo, y mi hija no es lo mismo, porque

no le da miedo a ella, le da gusto cuando va fuerte la micro, verdad.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando)

Esto también se presenta como un obstáculo que dificultaría el acceso a estos elementos (tratamiento y trabajo) por parte de las personas con discapacidad mental, ya que, al no hacer uso del espacio público y del transporte, quedan fuera de buena parte de la vida en sociedad, lo cual no les permitiría incluirse en la sociedad.

5.2.3.4. Autoestigma y percepción de los usuarios sobre su enfermedad

Se observa que algunos usuarios perciben su enfermedad como un obstáculo muchas veces que dificulta vida diaria, asumiendo e interiorizando el estigma que sobre ellas pesa, haciendo que tengan la noción de que tienen menos capacidades que el resto, o que son diferentes y que no encajan en la categoría de normalidad.

“Bueno, de repente, me he sentido medio cabría’, pero la pega es así poh, de repente hay que hacer esfuerzo, uno se cansa, pero hay que seguir adelante no más. Me dijeron que el caso mío, a lo mejor no podría apurarme a hacer, ..., hago la pega bien, pero sin apurarme mucho como no estoy bien como una persona que esta normal, que tienen, ... son más motivados, tiene más energía, entonces me dijo que no me preocupara de eso, que los jefes sabían eso, y que igual saben, si” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando)

Para este caso, si bien es cierto que la sintomatología de su enfermedad le produzca aletargamiento, esto también se debe en parte a los efectos secundarios de sus medicamentos. En conversaciones con algunos de los profesionales tratantes, señala que esta actitud de parte de algunos usuarios opera más bien como una excusa que han interiorizado para no exceder los límites de su vida cotidiana, y las posibilidades que se pueden plantear, lo que limita las cosas y acciones que pueden seguir.

“Es que a mí lo que pasa es que, si yo me sanara, porque así enfermo, no me daría mucho la mente a lo mejor, me gustaría meterme a la música para cantar” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando)

Algunos de los usuarios se encuentran en trabajos de media jornada, ya que han tenido dificultades para adaptarse a jornadas completas, en donde han debido salir de esos trabajos

u optar por la modalidad antes mencionada.

“estoy bien, ... me canso no más, pero como cualquier persona. Oiga sabe que yo sufro de la tiroides, y me dijeron que eso, que esa enfermedad hace que uno ande cansado, ande como con flojera, con poco animo por que la enfermedad esa es así.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“yo dije no me la voy a poder en el otro, porque era limpiarla arriba y abajo, era doble trabajo, doble casa, entonces dije; ¡no me la voy a poder! y no me la pude (...) “me gustaría trabajar en una sola, en una sola parte, porque varias casas son distintas, no es la misma... y... yo pienso, yo pienso que me estresaría mucho” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando)

Los usuarios señalan tener noción de los límites hasta donde pueden llegar en sus trabajos, y tratan de no excederlos ya que temen que al hacerlos podrían estar propiciando una recaída o un rebrote de sus síntomas, lo que afectaría todo su proceso de inclusión socio laboral.

“...en estos momentos estoy bien como estoy, porque, No, no, porque esforzarme más, al máximo, yo sé que colapsaría. Y yo no quiero... no quiero volver a pasar lo mismo que pase, por eso, de aquí mismo de El Pino me dijeron que no trabajara con jornada completa, medio día, porque ellas no querían que a mí me volviera a pasar lo mismo, porque si no, yo, ... yo, con los mismos nervios me puede dar la misma enfermedad (crisis descompensatoria)” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

En algunos casos la fragilidad y vulnerabilidad de los hogares y familias de donde vienen los usuarios se convierte en un peso más que deben cargar, lo que acrecienta la vulnerabilidad en la que se encuentran aquellos que tienen descompensaciones frecuentes, y con síntomas que en algunos casos no han sido controlados en su totalidad, lo que pone en riesgo no solo el proceso de inclusión socio laboral, sino al tratamiento y la vida de los propios usuarios, como se ve a continuación.

“podría hacer cosas, superarme no más, a veces pienso tonteras, no tomar, no tomar más medicamentos, matarme, cuestiones, porque no puedo ver el cuchillo cartonero porque me da miedo, porque siento que escucho voces, y hago como que me mandan y trato de no hacerlo, digo las cosas, pero, cosas malas digo, pero no las hago, no las intento hacer (...) porque mi papi antes era depresivo y alcohólico y se cortó con un cuchillo cartonero en el cuello, más encima se enoja porque el cuchillo estaba sin filo” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

En muchos casos el efecto de la enfermedad mentales y sus efectos afecta en todos los aspectos de la vida de quienes la padecen, impactan en sus relaciones sociales, en sus vínculos afectivos, en las actividades que realizan, etc., estos mismos efectos son en muchas ocasiones el principal obstáculo que deben superar los usuarios que deseen retomar sus vidas, mantenerse estables e ingresar al mundo laboral.

“mi mamá siempre como atenta, claro esto fue a los 17 que me diagnosticaron, eh, yo me acuerdo que salí del liceo, busque un trabajo, y yo tenía un síntoma que dice el doctor que era que yo les contaba a todos que tenía esquizofrenia, (Ríe) de hecho en esa pega le conté a mi jefe, ¡me echaron al tiro!, (Ríe), me echaron, entonces ... es que yo, tenía algo... como decía el doctor, que te hacia contar cosas que son verdad pero que no tienes que contar, de hecho yo le dije a mi mamá que estaba consumiendo drogas cachai’, cosas que no debería decir (ríe).” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“bueno empecé a buscar trabajo cachai’, y ahí empezaron las crisis no sé si de pánico, pero, me estresaba, me estresaba al tiro, me estresaba y, ... y llegaba a la casa y me ponía a llorar, y lloraba y lloraba, y mi mamá al tiro, ¡ya vamos al doctor!, y me dijeron, tú no puedes trabajar, entonces ahí yo me quede con esa idea, tú no puedes trabajar porque te estresas y te pasa eso, te descompensas, cachai’, ya pasaba el tiempo y yo, ¡ya, ahora sí!, me voy a poner a trabajar, y de nuevo lo mismo, y me ponía a llorar y empezaba a sentir cosas raras, y después de nuevo, ¡ya ahora sí!, y siempre todo, y ya, después dije, ya, no puedo, no puedo, entonces yo mismo me tiraba pa’ abajo, no puedo, no puedo, cachai’” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Los efectos de la enfermedad limitan la percepción de lo que las personas pueden hacer, se autoconvencen de que en variados aspectos no serán capaces de cumplir con lo que esos aspectos demandan, como lo es la actividad laboral o como veremos más adelante los estudios.

Los elementos anteriormente analizados, barrios vulnerables, soledad y aislamiento, temor al espacio público, autoestigma y percepción de los usuarios sobre su enfermedad, son algunos de los obstáculos más grandes para la inclusión socio laboral que la presente investigación pudo pesquisar, ya que afectan el bienestar subjetivo individual de los usuarios, por lo que su superación o anulación de sus efectos adversos, debe ser necesaria para la realización personal de estas personas.

5.2.4. Relación con instituciones como Hospital, Iglesia y Religión

5.2.4.1. Relaciones al interior de Hospital

La experiencia de los usuarios al interior del hospital como ya se ha visto, se caracteriza por establecer relaciones de confianza y camaradería en general, ya sea con el personal tratante como con los otros usuarios del servicio, lo que facilita la experiencia de los usuarios al interior del hospital.

“...con el personal me he llevado bien, sí. Con el Farfán (Terapeuta Ocupacional) me he llevado bien, él no me discrimina, y eso es lo bueno.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Nuevamente surge como un valor apreciado por parte de los usuarios, un trato hacia ellos sin cargas estigmatizadoras por parte del personal tratante, con una disposición u actitudes que faciliten la relación entre ellos, que va más allá de lo estrictamente médico, en donde la camaradería que se genera facilita la confianza mutua que favorece el proceso rehabilitatorio del tratamiento.

“...a él Álvaro (Terapeuta ocupacional) yo lo conocí hace poco y me ha atendido bien, y al psicólogo lo conozco también hace poco, al otro psicólogo lo conocía harto, el psicólogo que está aquí el Francisco es buena persona, don Esteban, todos ellos son buenas personas conmigo, me trataron como debe, como un paciente, pero aparte de un paciente, como un amigo, tenemos confianza, yo le puedo decir Álvaro a él, ni un paciente le puede decir Álvaro, don Álvaro, pero no Álvaro, y a don Esteban, antes le decía yo el “pelaito”, no me sabía el nombre” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“(La relación es) Super buena, sí, yo diría, una relación de amistad, porque tengo teléfono de los chiquillos, de repente hablamos, por WhatsApp, de repente cosas “nah” que ver” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Algunos usuarios señalan como mencionamos anteriormente que el hospital se convierte en un lugar significativo para ellos, “un segundo hogar”, que en algunos casos supera al hogar en percepción de bienestar y en valoración, especialmente cuando son hogares vulnerables que no ofrecen un soporte real para el usuario.

“Yo me siento más bien aquí que en mi casa, porque mi hermano el menor, el de 23 ha cambiado mucho, con su juventud” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

“Soy antigua, antes que existiera esto aquí, esta parte del hospital (...) me llevo bien con los chiquillos, (...) pero de repente cuando hay una persona que es media pesá’, se lo digo al tiro, ... y no me quedo callá’ (...) me conocen todos aquí, soy más conocida que, doy las gracias, me vengo para acá” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Los usuarios valoran también el trabajo realizado por el equipo del servicio de salud mental que les ha permitido estabilizarse, que los ha preparado y apoyado para ingresar a un trabajo y mantenerse en él.

“Y ellos nos... nos hicieron como ... retomar, retomar el trabajo, que, que, que siguiéramos, nos dieron más... fuerza para seguir adelante, el impulso que nosotros podíamos, que nosotros éramos capaces de salir adelante (...) Me sirvió el apoyo, el apoyo de los médicos, de Esteban, de Felipe, del Alejandro, (terapeutas ocupacionales y psicólogos) ese es el apoyo que nos impulsó a seguir adelante, porque los doctores, son muy son muy buenos los médicos de acá, son muy buenos, te apoya, te apoyan, en ese sentido moralmente te apoyan” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Se destaca el rol del hospital y sus funcionarios por el carácter holístico de la atención recibida por parte de los usuarios, la cual los ha rehabilitado en todos los aspectos y dimensiones en que la enfermedad los había afectado, ayudándoles a recuperar la confianza y motivación para desarrollar su vida y tomar control sobre ella, y devolverle la confianza en sus capacidades.

“Si mejor, me he encontrado mejor, desempeño bien mi pega porque los médicos me han felicitado, me dicen; la felicitamos porque ha hecho bien su "pega" (...) (lo cual es) importante, ehh... te hace sentir bien porque te puedes... de una caída te puedes parar... y de una, de una caída a otra te puedes seguir parando” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“...el hospital me ha tratado muy bien, me busco pega, trabajo, no tengo nada que decir del hospital, fui como mi casa, ... me siento como si estuviera en mi casa, igual que en el trabajo, me siento como si estuviera en la casa” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Se destaca la cercanía a nivel personal por parte de los miembros del servicio de salud

mental que los tratan directamente, generando relaciones interpersonales significativas.

“bien don Esteban es super bien, me... anda pendiente de mi don Esteba, anda pendiente de mí, va a la casa, yo paso con él, se pasa pa’ la casa, la haya linda la casa, limpiecita todo eso.” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“no los veo mucho tampoco, porque como vengo los sábados no más, el otro día estuve haciendo unos trámites, ehm, con respecto al viaje, vine a pedir un documento que diga que yo tomo tal pastilla, para no tener problema, para que no piensen que estoy vendiendo droga (ríe), entonces vi al Esteban, que no lo veía hace tiempo, cuando yo estaba en el grupo de ellos también, tenía buena onda con los pacientes, con la Verito, con Rubén, de hecho cuando este de vacaciones yo pretendo comprar unas cositas y venir a ver a los chiquillos, cachai’, compartir con ellos, hay pocos de los que yo conocí, hay gente nueva, pero quiero” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

El hospital ha sido un soporte fundamental en el proceso de inclusión socio laboral, que les ha ayudado a recuperar gradualmente a los usuarios el control y poder sobre sus vidas, y así buscar la realización personal a través de la concreción de sus intereses (Chuaqui J., Mally D., Parraguez R., ,2015, p. 183).

5.2.4.2. Relaciones entre usuarios

La relación entre usuarios, señalan ellos mismos también suele darse en un ambiente de camaradería y compañerismo ya que, al compartir la experiencia de una enfermedad mental y sus complejidades, se generan vínculos de apoyo recíproco, en donde los usuarios comparten sus vivencias con los demás, y esto sirve de guía y conocimiento de cómo se desarrollan las diferentes enfermedades, y cuáles serían las estrategias más eficaces para poder llevar la vida que se quieran plantear.

“...cuando esté de vacaciones, me voy a venir para el hospital El Pino, y meterme a los talleres de nuevo, por una semana voy a estar ahí (...) es que lo paso bien, la paso bien aquí,..., yo digo como me fue, como me fue en el trabajo y como me trataron los compañeros en el trabajo, quiero explicarle a la gente de aquí, del hospital, a los que son pacientes, que tenga, como es que se llama esta palabra,... con calma por las piedras, pero siempre lleva el destino...” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

También se da algunos casos, que algunos usuarios se aíslan del resto, lo cual, por su experiencia con la enfermedad y con otros usuarios, prefieren sobrellevarla de esa manera, sin la pretensión de formar vínculos de amistad con los usuarios del hospital.

“creo que yo me he aislado de los esquizofrénicos, de la gente de acá, eso sabe por qué, porque yo he tenido mala fama con ellos, porque, porque se van a meter a tu casa, por ejemplo si yo, si yo tuviera compañeros, eh...eh, de pieza, nunca estuve en una clínica en Chile, en un hospital tampoco “cachay”, porque yo me enferme allá en Suecia, y acá en Chile nunca he estado hospitalizado, entonces yo no tengo compañeros esquizofrénicos, o amigos esquizofrénicos cachay, ... entendí, entonces yo tengo,..., que lo que pasa es que ellos son más hostigosos.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

La relación entre los mismos usuarios también sirve a los que se encuentran compensados y trabajando como recordatorio de los avances que han tenido, para así mantenerse en el trabajo y seguir con sus tratamientos para en lo posible no tener recaídas ni descompensaciones.

“los compañeros, algunos han recaído de nuevo. Porque yo me encontrado con varias personas que han recaído de nuevo, que han estado aquí en Corta estadía, y a mi gracias a dios no me ha pasado eso.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

5.2.4.3. Relación con la Iglesia y Religión

La fe, en algunos casos de usuarios opera como un soporte, ya que en su religión o en su iglesia confían algunos de sus intereses más profundos, la religión les ayuda a dar sentido a sus vidas, les da consuelo y les ayuda a sobrellevar las adversidades. Ven además en la religión y su fe, parte importante de la razón de su mejora con el tratamiento y el trabajo. Por lo general esta relación con la fe toma características individuales y no precisa de la estructura de una iglesia como intermediadora entre la persona y su religión.

“yo soy bautizada por la iglesia católica, católica, pero yo creo, yo creo en todas las religiones realmente porque no voy a ni una iglesia, realmente no... es que por, por, nosotros no vamos a la iglesia, pero nosotros creemos en Dios, y en la virgen también (...) Pero gracias a Dios me he sentido bien y he podido hacer todo” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“orando en el sur, me vio el pastor cuando me vine para acá pá´ Santiago, oró allá, yo también oré, que me conseguían un trabajo, y justo se dio la mano y ahí me consiguieron un trabajo (...) siempre ando contento porque algún día no va a faltar el momento que me sane de un milagro.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

La forma en que expresan su fe por lo general suele ser una adaptación libre sin seguir las normas con que se rige cada iglesia con su religión, pudiendo tomar elementos de diversas religiones, para formar un sistema de creencia en algunos casos sui generis, lo que no excluye que algún usuario prefiera las formas más tradicionales de expresiones de la fe.

“Mira yo oro, cuando me acuerdo oro a Dios, Jesús, porque yo creo en él...” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“Mi religión es respetarnos unos a otros, los católicos, los mormones, todos ellos hay que respetarlos” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

La importancia, compromiso y práctica de la religión varía de persona a persona, habiendo a algunos, encontrándose para esta investigación, quienes la practican regularmente y aquellos para quienes ha perdido importancia.

“cuando yo estaba enferma llegue a la casa de una patrona y le pedí que orara por mí, llegue enferma y todo, llegue enferma...a la casa de una patrona y le pedí

que orara para, que orara por mí para que me sanara, (...) yo rezo en la noche, antes de acostarme rezo, rezo por todos, por toda mi familia, por todos los que están sufriendo, por los más necesitados, por todos, por ellos, eh, ... pido por todos, por todas las almas que se van también pido... y, pero no voy a la iglesia eso sí, yo soy católica.”(Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“Antes iba a la iglesia, pero ahora no voy, me aburrí ir para allá.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

5.2.5. Conclusión para Objetivo Específico N° 2

Se logró identificar, cuáles son los factores externos al tratamiento que faciliten o dificultan la integración al trabajo formal, en donde la familia es el principal soporte y apoyo con que cuentan los usuarios para poder buscar una mejoría a su enfermedad y así acceder a un tratamiento que los recupere y estabilice, y que los apoya también para la búsqueda de un trabajo y para mantenerse en él, experiencia que potencia y fortalece los vínculos afectivos y redes al interior de la familia al constatarse los cambios positivos que estos dos factores generan en el usuario primero, y cuyos efectos benefician también a la familia, la cual en algunos casos debe superar la sobreprotección que ejercen sobre el usuario para que éste pueda acceder a un trabajo, ya que suelen subvalorar las capacidades que este tiene para desarrollarse laboralmente.

Existen también obstáculos como los son los barrios donde se habita, cuando estos presentan problemas de delincuencia, narcotráfico y consumo de drogas. Otro obstáculo que se observo es el temor de algunos usuarios al espacio público, lo que limita su desenvolvimiento en sociedad. El aislamiento es un obstáculo en la misma línea que el anterior y que limita el acceso a redes de apoyo. Uno de los principales obstáculos es el estigma asumido por los propios usuarios, autoestigma, que los hace creer que no serán capaces de realizar acciones fuera de su cotidianidad, como lo es trabajar, y los lleva a excusarse en ella para no salir de la inercia en que se estancan algunos al presentarse una enfermedad mental.

Un soporte importante es la relación que tienen los usuarios con el hospital, sus funcionarios y usuarios, generándose las relaciones interpersonales de amistad que sirven como red de apoyo al interior del servicio de salud, lo que le a una percepción más amigable y confortable del hospital a los usuarios.

La religión y la iglesia también se constituyen en un soporte autoconstruido con características y formas de expresión propias y autodeterminadas por cada individuo, donde poseer y profesar una religión adquiere mayor importancia y presencia en los usuarios que pertenecer a una determinada iglesia.

Estos soportes, operando en conjunto mejoran el bienestar subjetivo individual, y ayudan a devolverles el control de sus vidas a los usuarios y así ellos puedan perseguir sus propios intereses, avanzando de esa manera hacia su realización personal.

5.3. Esferas de la sociedad o relaciones sociales en las que se han incluido o desarrollado a causa del tratamiento y la inclusión laboral

En esta sección se analizarán las nuevas relaciones sociales interpersonales establecidas desde que se está en tratamiento y trabajando por parte de los usuarios y el posible significado que puedan representar para ellos en el caso de existir.

5.3.1. Nuevas relaciones sociales, laborales, afectivas, como pueden ser amistades o pareja.

En el objetivo anterior ya se estudió las relaciones de amistad anteriores al tratamiento y el trabajo, la que se demostró que eran pocas, o inexistentes en algunos casos, también se observó como algunas relaciones interpersonales al interior del hospital con el personal u otros usuarios o al interior del trabajo podrían representar un vínculo de amistad por la importancia que tiene estos vínculos para los chilenos, según Araujo y Martuccelli (2012),

aquí veremos si es que se han establecido nuevas relaciones sociales interpersonales posterior al tratamiento y el trabajo.

Se observo que las relaciones sociales de amistad a los que se refieren los usuarios durante las entrevistas suelen circunscribirse aun en las esferas de lo labora, principalmente en aquellos que llevan más tiempo trabajando.

“Buenísima, de hecho, soy, soy bien amigo de, de mi jefe (...), hicimos como una amistad, de repente salimos a tomarnos algo, (...) pero la relación super buena, no, mis compañeros también, no tengo mala onda con nadie, (...) (compañeros) y me han enseñado harto, super buena.” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Se señala también que las relaciones de amistad que se puedan entablar al interior del trabajo quedan circunscritas a ese ámbito, por lo que esas relaciones no alcanzan la profundidad necesaria para ser lo suficientemente significativas como para convertirse en un soporte más para el usuario.

“yo trato de aprender de las personas, más que ser amigo y todo, con la relación de mis compañeros de trabajo, somos amigos, pero solamente en el trabajo, “cachai”, me enseñan cosas, conversamos y todo, pero dentro (del trabajo) solamente, de repente me junto con amigos que, son mis amigos de verdad, pero, no, no tengo más relación con otras personas tampoco, “cachai”” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Se observa con relación a las relaciones de amistad que éstas se mantienen como una posibilidad abierta de que acontezcan, como un anhelo en algunos casos, para ampliar el abanico de relaciones sociales, ya que los usuarios como se señaló anteriormente suelen tener pocas relaciones sociales antes de tratarse e incorporarse a un trabajo.

“mira me gustaría escuchar, interactuar con gente de allá de Suecia, poder conversar, tener un grupo de amistad sueca, pero lo que pasa es que aislaría a mi señora, cachay, entonces eso no quiero yo tampoco” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

“me gustaría tener algunas amistades, pero que no sean... de malas juntas”.
(Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Un par de usuarios varones señalan tener pareja, las cuales han sido muy significativas para ellos, aunque con diferencias en la forma en que esas parejas se han relacionado con la enfermedad que ellos poseen.

“después (su pareja) se enteró que yo era esquizofrénico, ahí pego el grito en el cielo, ¡Con que hombre me case!, ¡Ayyy!, y después cuando me dio la crisis de los nervios, cuando me dio la "chiripiolca" firme, ahí tuvo que lidiar con todo, ya estaba casada, entonces, y todavía está con una tensional, con una tensión” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

En el caso en que la pareja se relaciona de mejor manera con la enfermedad del usuario, esta relación se constituirá en un importante y sólido soporte para el usuario, y en algunos casos su principal apoyo, ya que, al estar dentro de una relación afectiva de pareja, y sentirse valorado, respetado y aceptado en todas sus dimensiones como persona, esto lo ayuda a mantenerse motivado en la continuación de su tratamiento y en el trabajo.

“mi polola, que esta allá afuera, ella me, ella me, yo digo como que ella me rehabilito, ella, dijo, no, tu, de hecho ella tiene la idea de que yo estoy mal diagnosticado, ella me dice, no, tu no “tení” eso, pero, ... ella, de hecho ella me tiro para arriba, ella es mi apoyo pero totalmente, ella,... si, ahora estamos viviendo juntos hace un año, vivimos los dos solos, la familia de ella todos saben y me aceptan, super bien, tengo buenas relación con todos (...) tenemos una buena relación, pero mi apoyo ahora fundamental es ella” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

La relación de pareja cobra vital importancia en el proceso de inclusión social de las personas con una enfermedad mental, ya que sirve de apoyo, ayudándolos a recuperar la confianza en sí mismos, mejorar su autoimagen, valorarse y aceptarse a sí mismos.

“hasta que llego ella y (ríe), ¡sí, tú puedes!, sí, yo digo ahora sí, y “sabís” ahora estoy super bien, entonces estoy como totalmente normal” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

5.3.2. Cambios en la forma de relacionarse con las personas

Los usuarios señalan que gracias al tratamiento y el trabajo ha mejorado su forma de relacionarse con otras personas, más allá de aquellas con las que se relacionan cotidianamente (familia, trabajo, hospital), especialmente en aquellos que llevan más tiempo trabajando y se sienten más compensados y con menos efectos secundarios de sus medicamentos.

“Me siento bien, super bien, no..., de verdad que me siento totalmente rehabilitado, no tengo “niun” problema, totalmente normal”. (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

La práctica en los talleres y en el trabajo por un tiempo suficiente ha permitido a los usuarios mejorar sus habilidades sociales como quedó demostrado con anterioridad, las que se van perfeccionando y refinando a medida que los usuarios se afianzan en sus trabajos, esta capacidad de devolverse a gusto y con confianza en antiguas y nuevas relaciones sociales también pasa a convertirse en un soporte.

“no tengo ningún problema al relacionarme con las personas, cuando necesito algo, se cómo pedirlo “cachai”, y como que les caigo bien a todos, eso igual como que me ayuda a tener buena onda con la gente” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

5.3.3. Nuevos ámbitos de acción, usos del tiempo

Para aquellos usuarios que llevan más tiempo trabajando, desde aproximadamente un año o más, comienzan a desarrollar otras actividades, o al menos indican que tienen la intención de que así suceda, comienzan a desarrollar otros hábitos y pasatiempos, comienzan a administrar su tiempo según sus intereses, y ya no ceñirse a rutinas que traían con anterioridad, las cuales dejaban escaso o nulo tiempo para la recreación y el desarrollo de sus aspiraciones.

“me gustaba como te decía la magia, tengo una caja de, donde aprendí varios trucos “cachai”, por el lado artístico, porque también me gusta el teatro, he hecho varias obras de teatro, he participado en, en compañías de teatro, en

cuantacientos “cahai”, cosas así, de hecho, yo tenía pensado, así como animar cumpleaños, y juegos inflables, “cachai”, ese tipo de cosas... igual me gusta eso como el lado artístico” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“Me gustaría comprarme una guitarra pah’ aprender a tocar, (...) mi música favorita es la música romántica, pero me gustan las rancheras igual (...), (le gustaría) cantar en la iglesia, cuando se me dé la oportunidad.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

El incluirse en nuevos ámbitos de la sociedad que les permitan desarrollar y cultivar sus intereses, también se constituye en un soporte que mejora el bienestar subjetivo individual de los usuarios, ya que es un indicador que comienzan a construir y modelar su vida según sus propios intereses, lo que a su vez nos indican que están trabajando en desarrollar su realización personal, lo cual es un trabajo continuo que se reconstruye y reorienta a lo largo de toda la vida.

Se observa como para el caso de los que llevan poco tiempo trabajando, donde también se encuentran las mujeres, un escaso desarrollo de nuevas actividades y un uso del tiempo diferente a lo que ya traían, aún no han ampliado sus rangos de acción en la sociedad, pero comienzan a desarrollar pequeños actos fuera de la rutina o pasatiempos, los cuales comienzan a mejorar su bienestar subjetivo individual, los cuales aún están muy apegados a la vida hogareña.

“tengo un cachorro que se llama cachorrito, lo adopte, me lo regalaron (...) ¡me salió tan juguetón! (...) lo paso bien con él, grito con él, como que me desahogo todo lo que tengo, y le compro alimento para mascotas.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

“Si yo a veces los sábados, en la casa de mi hermana, yo le ayudo a hacer aseo, a pasar la escobilla a la alfombra, a barrer el patio a veces (...) lo pasamos bien, tranquilamente en familia.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando)

5.3.4. Conclusión para Objetivo Específico N° 3

Se logro indicar a que otras esferas de la sociedad o relaciones sociales se han incluido los usuarios, o desarrollado gracias al tratamiento y la inclusión laboral.

En cuanto a sus relaciones sociales de amistad suelen ser muy pocas o estar aún circunscritas al ámbito laboral, en donde se señala que no alcanzan a desarrollar la profundidad y significación necesarias para ser un soporte para los usuarios y usuarias.

En contraste se observa que la existencia de una pareja afectiva puede llegar a ser un importante soporte que proveerá sentido, motivación, confianza y autovaloración a los usuarios que se encuentren en una relación de este tipo.

Se muestra además como se comienzan a ampliar los aspectos de la vida social en que los usuarios se comienzan a incorporar, por medio del uso del tiempo libre, el cultivar pasatiempos y actividades según sus aspiraciones, especialmente para aquellos que han cumplido más tiempo trabajando, en contraste con los que llevan menos tiempo, que comienzan a desarrollar este tipo de actividades, pero de menor alcance y apegados aun a la vida del hogar y familiar.

5.4. Impacto de la inclusión laboral en los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, proyectos de vida, autonomía y Realización Personal.

Ya se ha visto como comienzan a desarrollarse y expresarse las aspiraciones de los usuarios y usuarias en las nuevas actividades y pasatiempos que comienzan a desarrollar tímidamente en los primeros meses, y a medida que pasa el tiempo y comienzan a afirmarse en sus trabajos estos nuevos aspectos de sus vidas cobran también más fuerza e importancia, suficiente como para tornarse en soportes.

En esta sección analizaremos los proyectos de vida que los usuarios comienzan a desarrollar y elaborar al mantenerse en un trabajo formal y estable, junto con el estar compensados en los síntomas de su enfermedad, ya que como señala el PNUD (2012, p),

“poseer y desarrollar un proyecto de vida propio” incide directamente en el bienestar subjetivo individual.

5.4.1. Efectos en los proyectos de vida personales y cambios en los mismos después del tratamiento y el trabajo

5.4.1.1. Proyecto de casa propia

Uno de los proyectos más recurrentemente referido, es el aspirar a una casa propia por parte de los usuarios y usuarias, en donde surge como una posibilidad más cercana y accesible gracias al trabajo, el cual aparece en primera instancia como un sueño, el cual pueden haber tenido con anterioridad a estar trabajando, pero que, gracias a esto, ese sueño se vuelve en un proyecto de vida realizable, para el cual algunos usuarios señalan ya se encuentran trabajando para ello.

“buscarme un terreno o una casa, o encontrarme un terreno y armarme una casa, ese es mi, ese sería mi sueño, ese es mi sueño” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“Ir a pasear pal’ sur, en las vacaciones, eso. Y quiero, bueno ya abrí la libreta, tengo 30 mil pesos y quiero poner plata para una casa, para tener mi casa” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

En algunos casos este proyecto se ve obstaculizado por el hecho de que algunos usuarios no están interiorizados de los pasos que deben seguir para la realización de dicho objetivo, por lo que precisan de un acompañamiento, lo que en algunos casos no siempre han podido acceder.

“A mí me gustaría, yo cuando tenía 65 mil pesos, postule para una casa propia, pero como se llama, saqué toda esa plata, porque al final nadie me ayudo a,..., nadie me ayudaba a ir a hacer los trámites para ir a postular a una casa, al final la saque porque si no el Estado me la iba a quitar, la plata, y más adelante no sé porque, yo no confío mucho en el Estado, porque dicen tantas cosas que, ..., al final uno queda con la duda y no sabe qué hacer” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Este proyecto de una casa propia, está relacionado con la preocupación que se tiene por el futuro en la eventualidad de perder los vínculos y apoyos familiares con los que la mayoría de los usuarios y usuarias comparten un hogar, previendo así el quedar en un contexto vulnerable que los puede según sus propios temores, llegar a dejar incluso en situación de calle.

“...me imaginaba tener mi casa igual, si, de juntar para tener mi casa, (...), así que yo tengo que tener mis cosas para ser sincero, casa propia, porque uno de allegado puede ser bueno, pero de repente igual hay problemas, y aunque uno se porte bien, no falta el detalle de repente se, le caiga mal a alguien, en la casa, sobre todo, porque en el trabajo no.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“Eso estoy pensando, en tener mi propia casa, pero como mi hermana, yo vivo con mi hermana, me tiene en carga mi hermana, estoy ... todavía no (...) en lo único que pienso, tener más adelante mi casa, porque esa casa no es mía, algún día, ni dios lo quiera falta mi hermana, me echan, ... y en lo único que pienso es en mi... en una casa, pero mi hermana me dice que no va a pasar, pero yo estoy viendo más a futuro, cuando se muera si ni dios lo quiera un, dos, tres(golpeteando la mesa), que nunca le pase nada, pero ni dios lo quiera le pasa algo y yo quedo de brazos cruzados en la calle” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Este proyecto cobra mayor importancia y proximidad de ser realizado al tener por parte de los usuarios el soporte de una relación afectiva, en donde una casa surge como un proyecto mutuo, en que los dos individuos trazan una estrategia en conjunto para la realización de dicho objetivo.

“tenemos conversado el asunto y nos gustaría una casita, si, si poh’, me proyecto bastante con ella, todo lo que pensamos, como que lo hacemos de a dos, “cachai”, así que una casita, por último, un terreno y construir, “cachai”, pero si lo hemos conversado, si, que además que el departamento es chico, es de un ambiente, entonces siempre pensamos en los hijos, así como que vamos a necesitar más espacio” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

5.4.1.2. Proyectos en torno al trabajo

Los proyectos asociados al trabajo suelen estar relacionados a mantenerse en éste, para el caso de los que llevan poco tiempo y les ha costado afirmarse en él, para los que llevan más tiempo y comienzan a desarrollar otros aspectos de la vida, el proyecto de vida laboral

se suele ampliar, ya que en el Chile actual como señalan Araujo y Martuccelli "el sentido del trabajo está asociado a los ingresos económico", (2012, p. 42), por lo que al ampliar las dimensiones en que se desarrolla su vida, necesitan ampliar sus ingresos económicos para solventar aquellos proyectos que así lo requieran.

"Ir subiendo en la empresa, porque me dan la posibilidad, de hecho tengo una compañera que ahora es jefa, uno puede ir escalando y eso, sabes que me atrae bastante, y yo creo que aquí me quedé, pero no quedarme ahí, ir subiendo, porque he aprendido bastante, por ejemplo el otro día tuve que hacer inventario, (...) yo no tenía idea de nada, entonces me pasaron a una máquina y contando, "cachai" (...) entonces pretendo aprender esas cosas, estoy aprendiendo SAP," cachai", que bueno yo como te contaba le tenía miedo al computador, pero ellos me han ayudado hartito, mi jefa, mi jefe, y a mí me sorprendía, (...) cuando empecé a buscar pega (...) no tenía ninguna experiencia laboral nada. Entonces, me aceptaron, y eso me sorprendió, me aceptaron poh', (ríe), pase la prueba y voy subiendo "cachai", voy aprendiendo hartito y pretendo quedarme ahí"(Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

El trabajo como señalan Araujo y Martuccelli se reviste de una "indudable significación subjetiva" (2012, p. 46), que según ellos ha perdido parte de su significación para los chilenos, sigue siendo una "fuente indudable de autorrealización personal" (Ídem), lo que se da incluso en trabajos repetitivos, como lo son la mayoría de los trabajos a los que se han incorporado los usuarios y usuarias, pero el trabajo aquí recupera su importancia y significado, ya que gran parte de ellos no habían trabajado, y han comenzado a disfrutar de los beneficios de una vida laboral activa, y pretenden mantenerse en ella.

"Durar hartito en el trabajo, durar, hasta el final, hasta que yo me muera, ese es mi sueño" (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

"...seguir trabajando no más, como pueda, (...) y tratar de estar tranquila no más poh', como dijo don Esteban; seguir mirando para arriba no más y listo, Dios me escucha." (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Los usuarios que llevan más tiempo trabajando señalan que ha habido un cambio radical en la manera de percibir el trabajo, y la capacidad de ellos para trabajar, anteriormente se sentían prácticamente inhabilitados e incapaces para trabajar, lo que coartaba su esfuerzo por incorporarse a un trabajo, pero con el acompañamiento eficaz, por parte del hospital, sus

familias y demás redes de apoyo, y en lo posible una relación de pareja, facilitan el acceso y permanencia en un trabajo.

“Totalmente, si antes yo, antes yo, no, ... me sentía enfermo, me dijeron: tú no puede trabajar y yo dije: ¡ah, no puedo trabajar!, me cerraba totalmente a otras posibilidades, me encerraba y ya, ¡no puedo!, venía, venía aquí a los talleres acá del hospital y veía a mis compañeros y me sentía unos más de ellos “cachai”, y me quedaba acá, de repente, me ponía a fumar como ellos, “cachai”, y ahora... ¡soy otro!, ya, y ahora, ahora sé que puedo y pienso totalmente distinto, totalmente soy otra persona”(Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“Siempre como que fue el tema laboral, “cachai”, querer trabajar, querer salir adelante, y como yo decía: ya, ¡no puedo!, o lo intentaba y realmente no podía, “cachai”, pero ahora como que estaba mi motivación, quien me apoya y me motiva es mi pareja “cachai”, porque si yo no la hubiese conocido a ella yo creo que todavía estaría así como que, como mentalmente... diciendo: ¡no puedo!, ella como que me decía: ¡sí, si tú puedes!, si yo creo que fue una cuestión tan, no se poh’, como que estoy tan agradecido también, que lo más probable es que sin ella yo también hubiese podido “cachai”, pero ella me tiro para arriba” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

En la cita anterior se observa como a veces la falta de información o conocimiento por una parte de los procedimientos y pasos a seguir como se señaló anteriormente, y la falta de una red de apoyo eficaz que los acompañe en esos momentos, limita las posibilidades que los usuarios tienen de concretar sus proyectos y aspiraciones.

5.4.1.3. Proyectos de corto alcance

En algunos usuarios, principalmente los que llevan menos tiempo trabajando, y mayoritariamente mujeres, cuando se les pregunta por sus proyectos o sueños, plantean proyectos que no requieren mucho tiempo ni tampoco requieran de elaboradas estrategias y planes para alcanzarlos, son proyectos o acciones en un futuro inmediato, de corta duración, y que por lo general no implica o implicará un cambio en la vida que los usuarios llevan.

“Me gustaría viajar a Viña del Mar, a la playa, en el verano, que me lleven en el verano de vacaciones, aunque sea un día por lo menos, pasar un día allá, irnos temprano de Santiago, y tomar el Bus temprano, y llegar a la noche o antes de la noche” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Algunos de estos proyectos de corto alcance se relacionan con el desenvolverse mejor en la vida cotidiana y desarrollar algunas habilidades para la vida en sociedad, como: realizar compras, el manejo del dinero, uso de tarjetas de crédito, uso del transporte público, etc.

“me gustaría cambiar, ser otra, si eso, ser otra, ir al supermercado yo misma, con mi plata, ir al supermercado, pero no, no sé hacerlo, no sé cuánto dinero, cuanto esto, cuanto esto otro, no nada (...) eso me gustaría aprender ... a mí me gustaría des... desem...desenvolverme sola, sola, eso me gustaría, pero no andar con nadie” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“me pasaron como una tarjeta, para los cajeros, y don Álvaro me va a enseñarme a ocuparla, porque yo no sé muy bien ocuparla” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

Estos proyectos y habilidades que aún no han podido desarrollar cobran vital importancia para la autonomía de los usuarios y usuarias, y así no depender para estas labores de terceros, lo cual es una preocupación constante para ellos.

“me gustaría, eh movilizarme sola (...) me gustaría moverme, hacer cosas, ya se hacer aseo, se limpiar, se hacer almuerzo, me gustaría hacer (ir al) supermercado (...) Mas delante me gustaría... ehh, ser otra, tener otra, otro tipo de, ya si se hacer del dinero (administrar), si se ir al supermercado, después me enseñarían otras cosas, aprendería otras cosas (...) me gustaría aprenderlo pronto, antes de morirme “poh”, si “poh”, cierto, claro, porque tengo cincuenta años y ya voy para los sesenta ya “poh”, y no se movilizarme, ¡nada poh!, eso le digo mi hermana, si me deja, me deja sola mi hija, ... no importa que estuviera sola” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

5.4.1.4. Proyecto familiar, pareja e hijos

Al consultárseles a los usuarios y usuarias por las proyecciones para tener una pareja, conformar una familia y tener hijos, hay opiniones divididas, algunos de ellos no lo ven como una posibilidad y no se lo plantean como una aspiración a conseguir, y cierran las opciones de que pueden tener pareja e hijos, justificándose en la edad, o por las complicaciones que tienen algunos medicamentos en la capacidad reproductiva de los usuarios y usuarias.

“A mí no me gusta, no me gusta, porque mucho problema, mucho problema tener una pareja, mucho problema, igual que tendría que sacarlo a pasear, conversar, yo me... he estado con pareja, pero he durado hartito, pero eso sí que no, dejo de hacer las cosas, dejo de hacer mi hija.” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“Pareja, es que ya no, ya no... para mí ya no es mi tiempo ya poh’, (...) es que no, no pienso en eso porque ya no, ya no, uno no puede, ... yo con mis medicamentos yo no puedo llegar y tener hijos, no puedo, ... tendría que dejar mis medicamentos y, ... y, mi salud está primero (...) yo me quedo con lo que... poco, con lo poco que tengo, pero seguro.” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“...hijos no tengo, ..., desgraciadamente no, porque yo me case muy viejo con mi señora, entonces, yo llevo un año de casado no más con mi señora.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Como vemos aquí, esta negación a la posibilidad de tener pareja e hijos tiene mayor presencia en las mujeres, lo que no constituye constatación estadística, ya que es una muestra acotada y no representativa, pero nos da un indicio más de que se registran diferencias entre hombres y mujeres.

La posibilidad de encontrar pareja se muestra atravesada por las aprensiones que tiene los usuarios con relación a su enfermedad y como esta podría afectar este tipo de relaciones, ya que temen algunos de que pueda afectar el desarrollo de la relación y en el caso de tener hijos, ser de carácter hereditario.

“Si, pololear. Pero no sé si me aceptarían por mi enfermedad (...) tener una polola (...) si, pero me gustaría estar sano si tuviera hijos, estar bien de mi salud, o sea estar recuperado, sanado” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“lo que, si me da miedo, en el caso de tener hijos, que... no se poh’, que sea hereditario o no, cachai’, que tenga algún problema, eso como que me da un poco de miedo, que puede ser poh’, está, está en los genes, (ríe), de hecho tengo, a ver mira, tengo un primo, mi hermano que tiene depresión, tengo una prima también con... algo raro hay en la familia (ríe), tiene como problemas digamos un poquito de salud mental” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Como mencionábamos anteriormente, la presencia de una pareja facilita la elaboración de proyectos de vida, ya que al ser estos elaborados en común, como lo es la idea de una casa propia, vemos aquí como el proyecto de una familia se torna en una directriz desde donde emana otros, como el da una casa, viajes estudios, etc.

“con ella ya vamos a cumplir un año ocho meses ya, y, bueno como todavía no tenemos hijos, porque pretendemos tener hijos en un par de años más, ehh, estamos disfrutando poh’, por el viaje que te contaba, “cachai”, pero si pretendemos formalizar y tener hijos, “cahcai”, si” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

5.4.1.5 Proyectos en torno a los Estudios

Algunos usuarios se plantean la posibilidad de retomar sus estudios para los cuales tienen la enseñanza media incompleta o continuar con sus estudios, y así ampliar sus posibilidades laborales eventualmente, esta idea surge como una posibilidad no desprovista de obstáculos, ya que señalan que algunas áreas de estudio les resultan particularmente difíciles.

“me gustaría estudiar algo que sea relacionado con mí, con el trabajo en que estoy ahora, si, logística, o algo que me sirva ahí mismo, porque como te contaba, pretendo quedarme ahí, algo relacionado con eso” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando)

“...yo me gustaría sacar mi 4° Medio, pero como esquizofrénico no puedo... porque hay mucha materia, entonces no te da el mate, es mucha materia, no me entra la algebra (...), me gustaría lo verbal, (...) tipo así, los idiomas, idiomas, porque me gustan los idiomas (...), me gustaría ser interprete, y aprender también el lenguaje de las señas.” (Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

En los usuarios que tenían hijos, los estudios son un aspecto que ellos proyectan en sus hijos, más que ellos mismos retomar estudios, lo que se explica según Araujo y Martuccelli, por ser la relación con los hijos el principal soporte para los individuos adultos en el Chile actual (Araujo y Martuccelli, 2012), es por esto que el principal proyecto para ellos es proveerles la mejor vida posible a sus hijos.

“trabajar no más, no, es que, para el estudio, me cuesta (...), que se eduque (mi hija), que termine su educación, ... eso.” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando).

“que le vaya bien (a su hija), que ahora quiere ser parvularia, quiere estudiar, eso quiere, asique yo le digo: ¡hácele empeño!” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

Los que se cierran a la oportunidad de continuar sus estudios se excusan en las complicaciones que tendría retomarlos, por ejemplo, para los que llevan décadas sin estudiar, también el costo económico, y lo difícil que les podría resultar, estas excusas las esgrimen tanto hombres como mujeres, pero son estas últimas las que menos señalan la posibilidad de estudiar.

“No quiero estudiar, no me da la cabeza, soy mala para las matemáticas, porque gasto mucha plata, ..., compro, compro, y pago y pago no más.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

“...ya no pienso en los estudios yo ya, ... me quedo con lo que tengo, porque estoy tranquila, (...) yo me quedo con lo que... poco, con lo poco que tengo, pero seguro” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando)

5.4.2. Autonomía material y relación con el dinero

Al incorporarse a un trabajo formal con sueldos que parten desde el sueldo mínimo al menos, hacia arriba, les permite mejorar sus condiciones materiales y poder acceder al consumo y disponer de su propio dinero según sus necesidades e intereses, y ya no depender monetariamente de familiares o depender exclusivamente de sus pensiones, las cuales suelen ser administradas por el tutor o un miembro de la familia.

“...ahí sacaba mi pensión de, no sé si eran 70 y 80 (miles de pesos) en ese tiempo, pero..., 80 eran, 85, y mi tía me pasaba 10 mil pesos a mí no más, me decía siempre, acaso usted me decía, me decía; ¿Cuánto te paso?, le decía pásame 10 no más...” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“Si bien mi tía a lo mejor no lo hacía con mala intención tampoco en el sur porque, a lo mejor ella, pero igual a lo lejitos igual me compraban ropa, yo igual me compraba ropa, solamente que, es que una vez fue la visitadora y le dijo, la asistente social o visitadora, le dijo, Manuel tiene que hacer tal y tal cosa con su plata (...) aquí igual a mi hermana le doy de mi pensión, le doy 50, y fuera de eso le ayudo con mi trabajo igual.” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“En lo económico, porque recibo una pensión (...) y cuando hay aguinaldo, recibo un poco más, las fiestas patrias y navidad... también eso me lo dejo para mí, lo de Nehuen también, dijo mi hermano que me lo dejara para mí (...) ...mi hermano, él es mi apoderado, y voy para allá a dejar la plata de mi pensión” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

Esta incipiente independencia económica los ayuda a mejorar sus condiciones de vida, no solo material, sino también mejorar su autoimagen, lo que a su vez los ayuda a valorar su condición de estar compensados y trabajando, haciendo así que se mantengan trabajando y vean como un retroceso dejar de trabajar.

“sí quiero comprarme una bebida me la compro, o alguna pieza de ropa, o ayudar para la casa, cualquier cosita, comprar cualquier cosa para la casa, (...) porque si quiero comprarme algo y tengo platita me lo compro. Cuando andai' bien vestido uno se siente bien” (Caso 3, Hombre, 42 años, 10 meses trabajando).

“no gano mucho, pero igual me sirven las monedas, porque me compre un celular nuevo, cacha, me quiero comprar zapatos, unos buenos zapatos, un buen vestir, cachay, llevar otra vida (...) independencia, económicamente estoy mejor, ya tení,

podí, ayudar a los sacrificios, el de mi señora, especialmente el de mi señora”
(Caso 1, Hombre, 52 años, 5 meses trabajando).

Los usuarios también señalan destinar buena parte de su dinero para colaborar con las necesidades económicas de su hogar (a pesar de que algunos no saben o no han aprendido aún a administrar y hacer uso del dinero), lo que los hace sentirse un miembro pleno de la familia y no en un rol subalterno como lo era antes de integrarse al tratamiento y al trabajo formal, esto también se constituye en un importante soporte que los ayuda a sostenerse de mejor manera en el mundo.

“Yo cuando voy al supermercado voy con mi mamá, yo no me sé el valor de la plata, pero yo le digo, mamá compremos esto, yo pago, compro un té, no sé cuánto, una luca, dos lucas vale un té, yo no voy por el precio, yo voy a comprar no más, pa’, pa’ que tengamos en la casa.” (Caso 2, Hombre, 34 años, 4 meses trabajando)

“...yo le sirvo de apoyo, ahí en su casa, yo la ayudo lo más posible, pago las cosas a media, yo... vamos al supermercado, compramos las cosas a medias.”
(Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

“mis cosas, mi plata la mando yo, y si yo quiero poner, pongo, si no, no. Pero a veces yo veo que mi hermana esta media corta de plata yo digo, le digo; si te falta plata ahí hay, saca, saca y..., yo no soy egoísta sí, no me gusta ser la egoísta, si a ella le falta plata o le falta “pal” gas voy y le paso (...) salimos las dos juntas, pero yo elijo mi ropa, no mi hermana” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

Los que señalan no poder hacer uso de su dinero ya sea porque se lo entregan a un tutor o porque han dejado de trabajar indican el dinero al que acceden por la pensión es solo para cubrir sus necesidades básicas como artículos de aseo personal, lo que afecta fuertemente su autonomía económica.

“No, no me compro nada de ropa, no, no me compro nada de ropa, me compro solamente lo de adentro, para andar limpia, eso” (Caso 6, Mujer, 50 años, 2 meses trabajando).

“...mi hermano me administra mi pensión, yo antes vivía en un hogar protegido y me comparaba mis cosas en Preunic, gastaba como 22 mil pesos casi, en mis cosas, todas cosas personales, en ropa, calzado, en, ... como que se llama esto, alfombras, y tenía una bonita pieza para mí.” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

5.4.3. Autonomía en la toma de decisiones

Junto con mejorar su autonomía económica los usuarios comienzan a desarrollar autonomía en cuanto a la toma de decisiones en variados ámbitos, ya sea en aspectos cotidianos como en decisiones más importantes las que pueden definir el rumbo que desean para sus vidas, ya que algunos señalan que antes dejaban que todas las decisiones eran tomadas por otros, sus tutores o familiares.

“yo ahora tomo decisiones, antes no, antes no lo hacía, yo antes preguntaba, preguntaba, todo lo preguntaba, ahora no poh’, ahora yo digo, no se poh’, vamos pa’ allá, ya vamos pah’ allá, “cachai”, antes como que tenía que esperar una respuesta de alguien, “cachai”.” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

“no sé porque habré cambiado eso, como, no sé cómo que maduré, de verdad no sé, como, como que crecí, no sé” (Caso 7, Hombre, 30 años, 2 años trabajando).

Aunque existen algunos que señalan que aún existen algunos aspectos de la vida en donde su tutor o familiar toma decisiones por ellos, esto se da al parecer más en las mujeres especialmente pero no exclusivamente en las que tienen un familiar o tutor hombre lo que muestra la diferencia de géneros que existe en la sociedad.

“Me cuesta tomar decisiones porque me siento controlada... Por mi hermano, siento que me va a retar (...) porque me antojo algo y compro en la feria, compro shampoo, desodorante, aunque mi hermano lleva, pero igual escondo las cosas” (Caso 4, Mujer, 43 años, 1 mes trabajando).

“después mi hermana me manda a dormir una siesta, ..., me manda a dormir siesta, para no estresarme..., no andar irritable después yo llego (...) a comprar el pan, y después ... a las 8 yo me voy pah’ mi pieza, que me queda a dos cuerdas de la casa de mi hermana, pero son largas la cuerdas sí” (Caso 5, Mujer, 45 años, 5 meses trabajando).

5.4.4. Conclusión para Objetivo Específico N° 4

Se logro identificar hasta qué punto la inclusión laboral impacta a los usuarios en cuanto a sus aspiraciones, autonomía y proyectos de vida, y en definitiva en su Realización Personal.

Como se señaló anteriormente, la Autonomía y la elaboración de Proyectos de Vida son dimensiones que determinan y están en directa relación con el nivel de Realización Personal que los individuos pueden experimentar en sus vidas, a su vez estos están en una correlación directa, pues vemos que, a mayor capacidad de autonomía tanto económica, como en la capacidad de tomar sus decisiones, y una mayor ampliación de los proyectos de vida, ya sean materiales (casa) o inmateriales, (estudios, familia, hijos) mayor será el bienestar subjetivo individual que experimenten y en definitiva, estarán generando su realización personal.

Esta nueva condición de mejor autonomía en relación con la vida antes de tratarse en el hospital e integrarse a un trabajo formal, junto con la ampliación en las aspiraciones y proyectos de vida, y que dichos proyectos traspasen la frontera de lo posible dentro de las vidas de las personas, se constituye en unos de los principales Soporte con el que comienzan a contar los usuarios y usuarias.

La Realización Personal de los usuarios del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino se puede ver favorecida y encaminada en el hecho que éstos han comprobado que pueden idear y alcanzar nuevos proyectos de vida asociados generalmente con el concepto de “sueños”, los cuales como Soporte de importancia superlativa, representan los anhelos y más profundos e íntimos, de lo que cada individuo quiere ser, la manera en que cada individuo se crea y se sostiene en el mundo, de “tenerse frente al mundo” en palabras de Martuccelli (2007), en definitiva los lineamientos que los se trazan desde cada individuo para orientarse y trabajar por su realización personal.

5.5. Diferencia de género en la inclusión socio-laboral de usuarios y usuarias

Como se mencionó anteriormente, a lo largo de las entrevistas se pudo constatar una diferencia de género evidente, en donde las mujeres parecen ser víctimas de una “doble exclusión”, o “doble opresión” en palabras del Estudio Exploratorio sobre Violencia contra las mujeres con discapacidad, primero por ser mujeres y segundo por tener una enfermedad mental que pone a la persona en una situación de discapacidad.

Esto se ve reflejado en que los obstáculos que las personas encuentran para lograr una inclusión socio laboral bien encaminada afectan, en mayor proporción a las mujeres, tienen menos redes de apoyo, tienen un rol subalterno más marcado, y tienen mayores dificultades para mantenerse en el trabajo.

Por otra parte, los beneficios de la inclusión socio laboral también ven reducidos sus impactos en ellas, esto se ve en que tienen logran menos autonomía y sus proyectos de vida son de menor alcance, más próximos en el tiempo, que no requieren estrategias elaboradas a seguir y que no implican un cambio significativo en sus vidas ni en el significado que esos proyectos puedan tener para ellas.

Se hace entonces necesario elaborar una estrategia diferenciada que ponga énfasis en las mujeres, para igualar las condiciones en cuanto al acceso a estos programas de inclusión y que puedan tener un impacto en la misma manera que lo tienen en la vida se sus compañeros hombres.

6. Conclusiones

Se logro Conocer como el tratamiento y los factores sociales externos a éste afectan la inclusión laboral a un trabajo formal junto con la inclusión social en otras esferas de la vida y como el tratamiento y la inclusión laboral impactan en la inclusión en otras esferas sociales, relaciones sociales y la realización personal de los usuarios del Programa de Inclusión del Servicio de Salud Mental del Hospital El Pino.

Los usuarios y usuarias que demuestran mayores avances y mejorías en cuanto a la estabilización de los síntomas de su enfermedad y que han logrado acceder a trabajos regulares, ya sean en jornadas completas o medias jornadas laborales demuestran mayor satisfacción con el tratamiento recibido a mayor tiempo transcurrido, ya que como mencionamos, en buena parte de los casos de estudio, en un comienzo este tratamiento no se ajusta o entra en conflicto con las expectativas que estos usuarios tenían de como querían ser tratados, con el paso del tiempo, y al constatar los resultados del mismo, en los casos que de mejor manera se han estabilizado y controlado los síntomas de las enfermedades, se da una aceptación mayor del tratamiento que recibieron.

A pesar de esto, al ser tratamientos complejos y en variadas dimensiones, es el tratamiento farmacológico el que presenta mayores aprensiones, ya que muchos de estos fármacos producen en los usuarios efectos secundarios que no son del agrado de ellos y que dificultan el desarrollo sus vidas, como lo es el adormecimiento, la disminución en la vitalidad, la baja en la libido o la infertilidad en algunos casos. En contraparte los aspectos más valorados del tratamiento recibido en el hospital son las intervenciones con la familia y otros usuarios del servicio, y en donde se realizan actividades, como paseos, talleres laborales, como el taller de reciclaje de desechos, los cuales les sirven para entrenar habilidades sociales y hábitos que les servirán al momento de integrarse a un trabajo y relacionarse con otras personas más allá de sus círculos sociales habituales, la familia y el hospital.

Los usuarios describen al hospital como un “segundo hogar”, y al tratamiento y habilidades y herramientas ahí recibidas, como el primer paso para la mejoría en las condiciones de su vida gracias a la inclusión socio laboral, lo que se constituye en un primer soporte que a la larga traerán bienestar subjetivo individual, el cual vemos como un indicador o facilitador de realización personal.

Además, se identificaron los factores externos al tratamiento y el hospital que dificultan o favorecen el proceso de inclusión socio laboral.

Los principales obstáculos descritos son la vulnerabilidad de los barrios en que la mayoría de los usuarios y usuarias habitan, que dificulta la formación de redes de apoyo con su entorno y vecinos, la dificultad en el acceso y uso del espacio público y medios de transporte lo que para algunas personas se traduce en un temor al espacio público. Otro obstáculo es el asilamiento que algunos usuarios mantienen que limita sus redes de apoyo y capacidad para establecer nuevas relaciones sociales. El principal obstáculo es el estigma y autoestigma asumido por los usuarios que los lleva a pensarse como menos capaces que el resto de la población y por lo tanto incapaces de desarrollar una actividad laboral, estigma que se desvanece con la practica laboral, acompañamiento y establecimiento de nuevas relaciones sociales significativas, ya sean amistades o parejas.

La relación que establece el usuario con el hospital, sus funcionarios y otros usuarios que derivan en relaciones de amistad se convierte en un Soporte para el usuario, lo es también la forma especificadas por ellos mismos en que viven su religiosidad, estos soportes comienzan a generar efectos favorables en sus vidas, los que se traducen en mejorar su bienestar subjetivo individual.

El proceso de inclusión socio laboral también impacta en oreos aspectos de la vida de los usuarios, como lo es en las relaciones sociales interpersonales, como de amistad, las cuales siguen estando referidas casi exclusivamente al ámbito laboral, en donde por lo general carecen de profundidad como para ser un soporte más.

Lo que sí se puede constituir en un soporte y en uno de gran importancia es la existencia de una relación afectiva de pareja que proveerá de sentido y autovaloración, al sentirse aceptados en su totalidad (con su enfermedad), los que los ayuda a aceptarse a sí mismos y reconocerse como un individuo con las mismas oportunidades y potencialidades para vivir su vida de la manera que ellos definan.

Comienza a notarse como los límites en que los usuarios desarrollaban su vida comienzan a ampliarse en las direcciones que ellos pretenden dar a sus vidas, lo que se ve reflejado en el nuevo uso del tiempo libre que comienzan a dedicar, (o al menos así lo quieren), a sus propios intereses y aspiraciones, los que tienen mayor alcance y complejidad a mayor tiempo trabajando, ya que una primera instancia estos suelen desarrollarse vinculados a actividades en el hogar y la familia.

A su vez se conservó como se amplían los proyectos de vida, pasan de estar en la esfera de los sueños y fantasías, a objetivos posibles y realizables gracias al trabajo y el tratamiento.

Como mencionamos anteriormente la autonomía tanto material como en la toma de decisiones se constituyen en uno de los principales soportes que nos indican la mejoría en el bienestar subjetivo individual, y este como indicador de que se comienza a desarrollar realización personal.

Esta realización también se puede comenzar a constatar por el aumento en el poder de los usuarios, poder y autonomía para controlar y decidir el rumbo que quieren para su vida, que relaciones sociales quieran establecer, que proyectos desean perseguir, en definitiva, para que puedan construir sus propias biografías personales según sus intereses, aspiraciones y metas.

Otro soporte importante que se observó, es la percepción de un cambio positivo, desde un pasado difícil, marcado por la enfermedad sin control, sin relaciones sociales, sin actividades fuera de la familia, con relaciones familiares debilitadas, hasta un presente más activo, con su enfermedad controlada por el medicamento, con el fortalecimiento de sus

relaciones familiares, donde el concepto “orgullo” es lo que indican que los familiares sienten por los usuarios en su nueva condición, donde comienzan a disfrutar de autonomía , y hacia un futuro deseado que ven posible y realizable en sus proyectos gracias a mantenerse en el trabajo y mejorar de ser posible, todo este cambio es uno de los mayores soportes, y principal causa de su actual bienestar subjetivo individual.

Se constato además lamentablemente una diferencia de género significativa que vale la pena eventualmente estudiar, ya que los cambios que los usuarios señalan haber experimentado en sus vidas después de estabilizar su enfermedad con el tratamiento y luego incorporarse a un trabajo formal se distribuyen de manera desigual, en donde los efectos más marcados son absorbidos por las mujeres, debido a la “doble exclusión”, por tener una enfermedad mental y ser mujeres, y los efectos positivos no tienen o aún no han tenido tanto impacto.

No obstante a pesar de lo anterior, se pudo constatar en definitiva el aporte sustancial que produce a los usuarios, a su inclusión socio laboral, al incremento y mejoría en sus soportes, al aumento de su bienestar subjetivo individual y a la larga en su realización personal, el programa de rehabilitación, y sus sub programas de autonomía, fortalecimiento e inclusión, en donde este último propicia un trabajo para ellos, cuya experiencia resulta en un cambio radical mientras más tiempo se permanezca en el trabajo, y se genera el círculo virtuoso de aumento y fortalecimiento de soportes, donde las redes afectivas como la familia y especialmente la pareja juegan un rol fundamental. Este cambio positivo sustancial no lo logran otras terapias de salud mental que no incluyen un programa de inclusión social, sin este programa los impactos en la vida de los usuarios serían menores y menos profundos.

Por otra parte, continuar con la profundización de la investigación, esta vez no solo en la unidad de Salud Mental del Hospital El Pino de la comuna de San Bernardo, que fue nuestro caso de estudio para esta investigación, sino también hacer un estudio similar o más avanzado en otras instituciones en donde se trate y se fomente la inclusión laboral de personas con alguna enfermedad mental, o con algún tipo de discapacidad en general.

Bibliografía

Araujo, A y Martuccelli, D., (2012), *Desafíos Comunes. Retratos de la sociedad chilena y sus individuos*, Tomo II, Santiago, LOM Ediciones.

Biblioteca Nacional del Congreso, (2013), *Concepto de Familia*
<http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>

Di Leo, P., Camarotti, A., Güelman, M.; Touris, M., *Mirando la sociedad a escala del individuo: el análisis de procesos de individuación en jóvenes utilizando relatos biográficos*. (Recuperado el 15/07/2014)
dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4654803.pdf

Calvo, E., Errázuriz P., Valdés C., Vöhringer P., (2015), *Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente*, recuperado el 12 de diciembre de 2016 del sitio web: Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>

Canales, M. (Ed.). (2006). *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios*. Santiago, LOM Ediciones.

CESOP, Universidad Central de Chile, *Estudio exploratorio de violencia contra mujeres con discapacidad en tres países de América Latina y el Caribe: Chile, Costa Rica y Uruguay – 2016.*, recuperado el 08 de marzo de 2017 del sitio web: www.sigachile.cl,
http://www.sigachile.cl/wp-content/uploads/2016/05/Resumen-Ejecutivo-Estudio-Exploratorio-sobre-Violencia-contra-las-mujeres-con-discapacidad-2016_vf-1.pdf

Chuaqui, J. (2012), *Primer Capítulo Libro: Inclusión en la Diversidad o Exclusión*. Berlín: Editorial Académica Española, 2012.

Chuaqui, J. (Ed.). (2015). *Sociología de la Salud: Chile 2008 - 2015*. Santiago, RIL Editores.

Chuaqui, J. Mally, D., Parraguez, R., (2016). *El concepto de inclusión social*. *Revista de Ciencias Sociales*, N° 69, 157-188

Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile (2011). *Integración laboral de las personas con discapacidad mental: una deuda pendiente*. Recuperado el 29 de septiembre de 2017 del sitio web: Universidad de Chile
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

Errázuriz P., Valdés C., (2012), *Salud Mental en Chile El Pariente Pobre del Sistema de Salud*, recuperado el 26 de mayo de 2015 del sitio web: Instituto de Políticas Públicas de la Universidad Diego Portales.
http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf

Güell, P. (1999), *Familia y Modernización en Chile*, Exposición ante la Comisión de Expertos en Temas de Familia, SERNAM.
www.desarrollohumano.cl/pdf/pdf2/familia.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas, Estadísticas Vitales
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php

Instituto Nacional de Estadísticas, Síntesis de Resultados, Censo 2012.
www.censo.cl

Martuccelli, D., (2007), *Cambio de rumbo La sociedad a escala del individuo*, Santiago, LOM Ediciones.

Mascayano F., Lips W., Moreno J., (2013), *Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión*. Salud Mental, Vol. 36, No 2, 159-165, recuperado el 26 de mayo de 2015 del sitio web: Scientific Electronic Library Online:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n2/v36n2a9.pdf>

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile. www.observatoriodiscapacidadmental.cl

Organización de las Naciones Unidas, (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. recuperado el 03 de agosto de 2016 del sitio web: Naciones Unidas
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, (2012), Desarrollo Humano en Chile 2012 Sinopsis. http://www.desarrollohumano.cl/informe-2012/solo_sinopsis.pdf

Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, (2009), *Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*.
http://www.pnud.cl/areas/GobernabilidadDemocratica/2010/Informe%20trabajo%20y%20familia/informecompleto_esp.pdf

II Estudio Nacional de la Discapacidad, Resultados Generales para la Población Adulta, (2015), recuperado el 17 de marzo de 2017 del sitio web: Servicio Nacional de la Discapacidad.
http://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

Sistema de Salud Mental en Chile, (2014), recuperado el 28 de mayo de 2015 del sitio web: World Health Organization:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf

Touraine, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos?* Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

Valles, M. (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Social*. Madrid, Editorial Síntesis.

Zondek A. (2015) Manual para una Inclusión Laboral Efectiva de Personas con Discapacidad, recuperado el 03 de agosto de 2016 del sitio web: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
http://www.sence.cl/601/articles-5284_recurso_01.pdf