
Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo¹

Occupational Insertion process of People with Schizophrenia: Analysis from Support Institution

Daniel Díaz²
Sergio Chacón³

Resumen

Este artículo presenta los resultados de un estudio exploratorio que describe, desde la perspectiva de los participantes en un centro de rehabilitación laboral, las condiciones facilitadoras y obstaculizadoras para la inserción laboral de personas con esquizofrenia. Para el muestreo y análisis de datos se utilizó metodología cualitativa (el enfoque llamado Grounded Theory). Los resultados se presentan distinguiendo tres ámbitos de análisis: el social, el institucional y el personal. En el plano social, la información disponible y su calidad apareció como facilitador, mientras que el obstaculizador resultó ser un cierto grado de prejuicio. En lo institucional, la existencia de una estructura de trabajo integral y estable es percibida como facilitador, mientras que ciertas visiones asistencialistas pueden obstaculizar el resultado del proceso de inserción. Finalmente, a nivel individual, la presencia de motivación es fundamental para facilitar la inserción, mientras que carencias educacionales o de habilidades interpersonales se convierten en obstaculizadores de este proceso.

Se aporta evidencia empírica que puede ser referencia para el diseño de dispositivos de apoyo al proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia. Se analizan las variables involucradas y se entregan elementos que informan sobre criterios de evaluación para este tipo de programas. Se incluyen orientaciones para futuros estudios.

Palabras clave: discapacidad psíquica, rehabilitación laboral, esquizofrenia, instituciones de ayuda social.

¹ Parte de estos análisis fueron presentados en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología, Santiago de Chile, Julio 2004.

² Centro de Estudios de Emprendimientos Solidarios de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Programa de Magíster en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Fundación (PARÉNTESIS) y Programa de Magíster en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Abstract

This article presents the results of an exploratory study that describes, from the perspective of the participants in a occupational rehabilitation center, both the facilitating and hindering conditions for the occupational insertion of persons with schizophrenia. For the sampling and data analysis, qualitative methodology, from Grounded Theory approach was used.

Results are presented distinguishing 3 areas of analysis: Social, Institutional and Personal. In the social area, the information available and its quality, appeared as a facilitator, while a certain degree of prejudice appeared as a hindrance. With regard to the institutional area, the accessibility to a stable and integral work structure, is perceived as a facilitator, while certain paternalistic views can limit the outcome of the insertion process. Finally, in the individual level, the presence of motivation is essential to facilitate the insertion, while the lack of education in social skills can hinder the process.

Empirical evidence is provided that can be useful as reference for the design of occupational insertion programs for people with schizophrenia. Different variables are analyzed and information is given that can be useful as evaluation criteria for this type of program. Further research orientations are included.

Key words: psychiatric disability, occupational rehabilitation, schizophrenia, social support institutions.

Introducción

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

En Chile, desde el año 1994, en el marco de la Ley n° 19.284, se crea la política Nacional para la Integración Social de las personas con Discapacidad (República de Chile, 1994), en cuyas bases conceptuales se plantea que “la discapacidad deja de ser abordada sólo desde un punto de vista asistencial y humanitario o como un tema exclusivo del sector salud y educación, para ser considerado como un problema social de carácter global, que puede afectar a todas las personas por igual, sin distinción de sexo, edad o condición socioeconómica” (MIDEPLAN, 1999, p.4).

Según el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (2005), el total de personas con discapacidad en Chile es de 2.068.072, lo que corresponde al 12,9% de la población del país. De este total, el 7,83% (N=262.151) presenta discapacidad asociada a deficiencia de tipo psiquiátrica y el 9% (N=301.591) discapacidad asociada a deficiencia intelectual.

Con respecto a la situación de ingresos de la población con discapacidad, la encuesta CASEN (2000) indica que “las personas con discapacidad resultan relativamente más pobres que las personas sin discapacidad” (p. 2). Según esta encuesta, un 22,7% de población con discapacidad psíquica y un 22,5% de la población con discapacidad mental se encuentran bajo la línea de pobreza. Información complementaria entregada por el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (2005), muestra que el 39,51% (N=817.158) de las personas con discapacidad se encuentra en una condición socioeconómica baja. Además, se indica que en la población nacional en condiciones socioeconómicas bajas, la discapacidad es el doble de frecuente que en aquella población en condiciones socioeconómicas media, media alta y alta.

Considerando que las condiciones de los lugares de trabajo no son siempre adecuadas para recibir a individuos con discapacidad, cobra relevancia la aplicación del “principio de normalización”, establecido en 1983 por la ONU en el marco del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Éste señala que es deber de los países hacer que los servicios existentes, públicos y privados, sean accesibles a las personas con discapacidad, así como su involucramiento activo en la creación de agencias de colocación selectivas tanto en el sector público como en el privado (Zondek, Aroca, Pallero & Zepeda, 2002).

En esta perspectiva, la inserción laboral en tanto acciones para conseguir y mantener un empleo o, como según el Grupo Gureak (2000), “colocación remunerada, sea en centro especial de empleo o empresa ordinaria (...) para la realización de una actividad productiva o servicio en puestos de trabajo cultural y socialmente valorados” (p.4), se constituye en uno de los aspectos fundamentales de la Política Nacional vigente en favor de la gente con discapacidad, toda vez que “las personas con discapacidad que no realizan trabajo remunerado, alcanzan el 70,8% de la población con discapacidad mayor de 15 años, es decir 1.380.874 personas” (Fondo Nacional de la Discapacidad [FONADIS], 2005, p.50).

Según FONADIS (2005), existirían más de 20 puntos porcentuales de diferencia entre las personas mayores de 15 años con y sin discapacidad en relación a la realización de trabajo remunerado. Este dato es consistente con el entregado por la encuesta CASEN del año 2000, la que encontró que las personas con discapacidad ocupadas eran menos de la mitad que la población ocupada sin discapacidad: 25,1% y 51,6% respectivamente.

Cuando se observa el tema de la ocupación en relación al tipo de discapacidad, encontramos que en el caso de las personas con deficiencia de tipo psiquiátrica, el 73% (N=192.272) no tiene empleo remunerado, y en el caso de las personas con deficiencia de tipo intelectual este porcentaje aumenta al 87% (N=263.286) (FONADIS, 2005). A su vez, la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (Mideplan, 1999) indica en sus bases conceptuales que las políticas públicas dirigidas a la población con discapacidad deberán ser planteadas de modo que “promuevan la

capacitación individual y la capacidad de emprendimiento (...) [para que] las personas, sin exclusión, se inserten en el desarrollo nacional” (p. 2). Al tiempo, entre sus objetivos está el que las personas “puedan tener la mayor autonomía e independencia posible” (p.5).

Existen en Chile diversas instituciones que trabajan en capacitación e inserción laboral de personas con discapacidad. Sólo en la región metropolitana existen al menos 13 talleres laborales que se dedican a tareas de este tipo (FONADIS, 2002). El Gobierno de Chile, a través del FONADIS, desde el año 2002 desarrolla un programa de intermediación laboral para personas con discapacidad, articulado a partir de la creación de las Oficinas de Intermediación Laboral (OIL). A través de este esfuerzo, se ha logrado incorporar al mercado laboral formal a 413 personas, de las cuales un 15% corresponde a discapacidad mental y un 8.2% a discapacidad psíquica (FONADIS, 2006).

Al momento de planear estrategias de abordaje para la rehabilitación de personas con los dos tipos de discapacidad ya mencionados, el área del trabajo ha sido considerada fundamental para promover el desarrollo de sus potencialidades y capacidades. En este sentido, se han conducido diversas investigaciones dirigidas a validar modelos, evaluar estrategias o proponer tipos de estructuras laborales (Honey, 2003; Yip, 2003; Nagle, Cook & Polatajko, 2002; Prevencher, Gregg, Mead & Mueser, 2002).

La revisión de la literatura nacional arroja escasa información que permita visualizar los aspectos que pueden facilitar o dificultar la inserción laboral de estas personas en nuestro país. Sin embargo, es posible encontrar algunas aproximaciones. Es así como la encuesta CASEN (2000) informa que las personas con discapacidad que han asistido a cursos de capacitación y que estarían ocupadas, es sólo 4,3% menos numerosa que las personas que no tienen discapacidad y que también se han capacitado. A partir de ahí cabría constatar que la capacitación es un facilitador relevante de la inserción laboral en la gente con discapacidad. Sin embargo, no es posible profundizar estos análisis, pues el porcentaje de personas ocupadas que tienen esquizofrenia sigue siendo un número menor.

Adicionalmente, los datos más actualizados que dan cuenta de aprendizajes en el proceso de intermediación laboral se encuentran en el Informe de Sistematización de Buenas Prácticas de FONADIS (2006), el cual identifica diversas actividades que facilitarían tanto el proceso de intermediación como el de inserción. Entre estos factores se cuentan la valoración y evaluación del potencial laboral, realizar procesos de selección laboral a partir de competencias y motivaciones, realizar capacitación, vincularse con agentes claves en las empresas, realizar apresto laboral, contar con descripciones de cargo detalladas y la realización de seguimiento a la inserción.

Asimismo, Galílea y Colis (2000) mencionan que el prejuicio social supone un obstáculo importante para la integración sociolaboral de los enfermos mentales crónico.

En este marco, el presente estudio buscó aportar a los diseños de los programas de inserción laboral para personas con esquizofrenia, variables referidas a las diversas

experiencias de los participantes del programa (usuarios y equipo). Esto retroalimenta tanto los diseños como las estrategias más específicas, permitiendo fortalecerlas y aportar elementos para las evaluaciones que se deben efectuar. La pregunta central de este estudio fue: ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores del proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia?

Antecedentes teóricos y empíricos

1. Trabajo y desarrollo humano

El trabajo aporta elementos relevantes para el desarrollo de las personas promoviendo en el sujeto un sentido de bienestar, en tanto ofrece una oportunidad para tener el control, permitir el uso de habilidades y cumplir metas generadas externamente. Se efectúa en un clima de claridad acerca de las demandas y acerca de la obtención de recompensas. Genera disponibilidad de dinero, seguridad y ejercicio físico, supervisión apoyadora, oportunidades de contactos interpersonales y, por último, facilita la obtención de una posición social valorada. En resumen, las cualidades del trabajo aportan elementos intra e interpersonales de bienestar y calidad de vida (Kravetz, Dellario, Granger & Salzer, 2003).

Sentido del trabajo

El trabajo desempeña un rol central en la vida de las personas dado su potencial para satisfacer otros roles y necesidades tales como la autoestima, la identidad, la interacción social y el estatus (Harpaz & Fu, 2002; Harpaz, Honig & Coetsier, 2002; Krau, 1989; Snir & Harpaz, 2002). Es un factor que se vuelve axial al momento de analizar la estructura de la vida de las personas adultas (Florenzano, 1992; Borges, 1999; Gill, 1999).

Al mismo tiempo, ha cobrado relevancia el tema del *sentido del trabajo*, que en las investigaciones iniciales no había sido considerado. En 1978, el Meaning of Work (MOW) International Research Team inició un estudio comparativo internacional sobre el sentido del trabajo para los individuos y grupos relevantes de la sociedad (MOW-International Team, 1987).

El MOW Research Team (1987) ha elaborado un modelo para comprender el modo en que se desarrolla el sentido del trabajo. Para ellos, el "sentido" está basado en definiciones sociológicas y psicológicas relativas a la significancia, creencias, definiciones y al valor que los individuos y los grupos asocian al trabajo como elemento mayor de la actividad humana. Este modelo incluye cinco áreas que confluyen en el desarrollo del sentido del trabajo: (a) Centralidad del trabajo como rol (Harding & Hiksipoors, 1995; Harpaz, 1999); (b) Normas sociales relativas al trabajo - derechos y deberes

(Triandis, 1972); (c) Evaluación de los resultados del trabajo (Kaplan & Tausky, 1974); (d) Importancia de las metas laborales; (e) Identificación con el rol del trabajo (Turner, 1956; Kelley, 1967). El sentido del trabajo para los individuos se elaboraría mediante la evaluación conjunta y combinada de estos cinco dominios.

Este modelo hace un aporte en la comprensión del sentido del trabajo por cuanto resalta los factores experienciales que median en su construcción. Sin embargo, no existe evidencia sobre su adecuación en personas con discapacidad psíquica o mental.

2. Esquizofrenia y Discapacidad psíquica

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

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV (1995) -, señala que “el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social” (p. 280).

Desde una perspectiva más general, la esquizofrenia constituye, sin lugar a dudas, “una de las enfermedades mentales más impactantes tanto por su costo social, como por el estigma social asociado a ella y el sufrimiento de quienes la padecen y sus familiares” (MINSAL, 2003, p.6). Esto ha llevado al Ministerio de Salud a incluir a la esquizofrenia como tema prioritario dentro de los programas orientados a la salud mental, representando un desafío importante respecto al desarrollo de abordajes integrales (MINSAL, 2003).

En la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, se define la discapacidad como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen considerado normal para un ser humano” (MIDEPLAN, 1999, p.4). Alternativamente, la World Health Organization (WHO, 2002) conceptualiza la discapacidad como una denominación más genérica que incluye deficiencias en las estructuras y/o funciones corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando

que la discapacidad es siempre una interacción entre las características de la persona (condiciones de salud) y las características del contexto en el que se desenvuelve (factores contextuales).

A partir de esta amplia definición, es necesario hacer una distinción entre discapacidad psíquica y discapacidad mental, lo que, sin estar presente en la normativa legal nacional, es recogido en términos operativos por los programas que trabajan en este ámbito. La diferencia se establece en función de la(s) deficiencia(s) que la origina(n), entendiéndose por deficiencia “la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica o fisiológica o anatómica de la persona” (MIDEPLAN, 1999, p. 4), o como “problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación significativa o pérdida” (WHO, 2002, p. 10). Evidentemente, esta clasificación incluye las funciones mentales. Así, la discapacidad psíquica sería aquella originada por una deficiencia determinada por una condición de salud de tipo mental o psíquico como la esquizofrenia, el trastorno del estado ánimo, o algún síndrome orgánico, entre otros. Por su parte, la discapacidad mental sería aquella determinada por alguna condición de salud que produce retraso mental. Por ejemplo: síndrome de Down, fenilcetonuria, síndrome de Wernicke, entre otros. En relación a esta última discapacidad, la Ley 19.284 establece que el retraso mental o funcionamiento intelectual debe “ser igual o inferior a 70 puntos de coeficiente intelectual, medidos por un test validado por la Organización Mundial de la Salud y administrado individualmente” (República de Chile, 1995).

3. Esquizofrenia, trabajo y rehabilitación

Una de las áreas de desarrollo en la integración social de personas con discapacidad se refiere a la relación de este proceso con la realización de tareas productivas en un trabajo determinado. Esta relación ha sido tema de diversos estudios (Honey, 2003; Yip, 2003; Nagle, Cook & Polatajko, 2002; Prevencher, Gregg, Mead & Mueser, 2002), los que coinciden en la relevancia del trabajo como elemento estructurador de la vida para personas con discapacidad. En la medida que colabora con su proceso de integración al sistema social, le permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas (Arostegui y Martínez, s/f; Fundación Andaluza para la integración Social del Enfermo Mental, 2000).

El individuo con problemas psiquiátricos puede aprender y mejorar su funcionamiento. Los abordajes que tiendan hacia su normalización deben predominar por sobre los específicos y las intervenciones propician una mayor autonomía e independencia. Se ha mostrado esencial evitar la inactividad, pues el aislamiento familiar o institucional, así como el embotamiento personal, conservan y agravan los síntomas patológicos (Galilea & Colis, 2000).

El trabajo también supone un factor de integración y normalización que pue-

de convertir al enfermo en un individuo perteneciente a un grupo, en tanto el desempeño de un trabajo permite que el enfermo mental crónico adquiera un *rol* normalizado, de trabajador por sobre el *rol* de enfermo psiquiátrico.

Como indican Galilea y Colis (2000), el trabajo se convierte en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios; por otra, el valor de elemento terapéutico, ya que el trabajo va a incidir directamente sobre su estado defectivo, mejora su funcionamiento, aumenta la valoración de sí mismo, normaliza sus conductas, lo hace sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas.

Si bien la mayoría de la gente que padece esquizofrenia puede tener logros en el área laboral, los estudios muestran que éstos aumentan cuando el sujeto vive inserto en la comunidad y tiene una historia breve de hospitalizaciones psiquiátricas (MINSAL, 2000). Las personas “con un mejor pronóstico de rehabilitación laboral son aquellos para quienes la competencia laboral es percibida como un logro personal, que tienen una historia previa de competencia laboral o que poseen buenos hábitos pre ocupacionales” (MINSAL, 2000, p.24).

Respecto de las condiciones que facilitan u obstaculizan la inserción laboral de personas con esquizofrenia, Cunningham, Wolbert y Brockmeier (2000) señalan que al comparar distintos grupos de individuos con enfermedades mentales persistentes en relación a los factores asociados con su habilidad para conseguir y mantener un trabajo, los distintos grupos diferían en tres puntos fundamentales: (1) La forma como las personas hablaban de su enfermedad; (2) como se referían a sus empleos o trabajos y (3) las maneras que usaban para hacerle frente a aquellos días en que no se sentían bien. Aquellos más exitosos tendían a ver su enfermedad sólo como una parte de ellos mismos y no se autodefinían totalmente desde la enfermedad. Se referían al trabajo en forma mucho más positiva y enfrentaban los días complicados considerándolos como pasajes, manteniendo un pensamiento positivo.

Por otro lado, en relación a las barreras para integrarse laboralmente, se plantea que en personas con discapacidad psíquica operan como barreras para la mantención del empleo el acoso (Roberts et al., 1995 citado en Stromwall, 2002) y la estigmatización (Fisher, 1994 citado en Stromwall, 2002).

En el marco antes descrito, el objetivo general del presente estudio es:

- Describir y comprender los factores facilitadores y obstaculizadores del proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia, tanto desde la perspectiva del equipo encargado como de los usuarios de un centro de rehabilitación laboral.

Los objetivos específicos se plantean como sigue:

- Identificar y describir los factores que facilitan el proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia, tanto desde la perspectiva del equipo encargado como de los usuarios de un centro de rehabilitación laboral.
- Identificar y describir los factores que obstaculizan el proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia, tanto desde la perspectiva del equipo encargado como de los usuarios de un centro de rehabilitación laboral.
- Describir y comprender la relación entre los factores que facilitan y obstaculizan el proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia que participen en un centro de rehabilitación laboral.

Método

El presente estudio de tipo exploratorio, intentó recoger, a través de una metodología cualitativa, las percepciones asociadas a la inserción laboral de personas con esquizofrenia, buscando describir los factores que se constituyen en facilitadores y obstaculizadores desde la perspectiva tanto de los propios participantes como del equipo encargado.

Este propósito se enmarca dentro de la metodología de la Grounded Theory, la “que usa un conjunto sistemático de procedimientos para desarrollar y derivar en forma inductiva una teoría acerca de un fenómeno” (Strauss & Corbin, 1990, p. 24), constituyendo así “una formulación teórica de la realidad en investigación” (Strauss & Corbin, 1990, p.24), la cual es continuamente sistematizada y testeada (Strauss & Corbin, 1990). Además, consideramos muy importante que, por el hecho de ser un ámbito poco explorado, la forma más adecuada de acercarse a su estudio no es desde una teoría previamente elaborada sino, como plantean Strauss & Corbin (1990), aproximarse al área de estudio y permitir que en el proceso de investigación surjan aquellos elementos que son verdaderamente relevantes.

Participantes

El marco muestral del presente estudio estuvo constituido por las personas con esquizofrenia que asisten al programa del Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), -en total 24 personas (45,8% mujeres y 54,2% hombres)- y el equipo de rehabilitación que trabaja con ellos, en total 8 personas. El equipo está compuesto por dos terapeutas ocupacionales, cuatro monitores de rehabilitación, un jefe de programa y una manipuladora de alimentos. Este programa es parte de una fundación asociada a la Iglesia Católica.

El acceso a la muestra se hizo a través del contacto con el jefe del programa, con quien se diseñó una estrategia adecuada para realizar el primer acercamiento a los participantes. El muestreo desarrollado fue de tipo teórico, según el cual “la muestra se selecciona mediante la utilización de una estrategia sucesiva (Krause, 1995).

La elección de los primeros participantes se hizo considerando su condición de usuario del programa o miembro del equipo, el tipo de trabajo en que se inserta y el rol dentro del equipo del programa. Así, el arranque muestral se realizó a partir de entrevistas a dos personas, una usuaria del programa y un funcionario (ver Tabla 1).

Descripción arranque muestral

	Miembro del equipo	Usuario del programa
Sexo	Masculino	Femenino
Edad	46	42
Rol	Monitor de rehabilitación	
Tipo de Inserción		Taller protegido

Finalmente, los participantes fueron doce, dos miembros del equipo y diez usuarios (ver Tabla N°2).

Descripción muestra con variaciones

Participantes	Hombres	Mujeres	Diagnóstico	Edad X
Beneficiarios	5	5	Esquizofrenia	37,2
Funcionarios	1 (monitor de rehabilitación)	1(Terapeuta ocupacional)	-	42

Recolección de datos

Los datos que se recogieron en este estudio son de tipo verbales. Éstos fueron levantados a través de la técnica de entrevista semiestructurada individual que, como plantean Krause y otros (1999), sirvió para que los participantes pudieran referirse a los distintos tópicos de interés establecidos en una pauta de temas-eje, además de profundizar en la información cuando fue necesario. Se utilizaron dos guiones, uno elaborado para las entrevistas con participantes del programa y el otro para ser usado con los miembros del equipo.

Luego de contactar a cada persona que participó en el estudio, se le explicó en qué consistía éste, el carácter anónimo del tratamiento de la información y la posibilidad de negarse a participar o de retirarse aún después de haber decidido participar.

Análisis de datos

El análisis de los datos se desarrolló buscando presentar resultados de tipo descriptivo que den cuenta de las condiciones que facilitan y obstaculizan la inserción laboral de personas con esquizofrenia. El proceso consistió en la codificación abierta, axial y selectiva de las entrevistas.

Resultados

Los resultados serán presentados en virtud de las categorías establecidas previamente para la organización de la recolección de los datos. Los facilitadores y obstaculizadores están ordenados en tres secciones cada uno. En primer lugar, se encuentran los antecedentes referidos al contexto social, posteriormente los que aluden al contexto institucional y, en tercer lugar, los datos referidos al contexto individual.

Facilitadores

Contexto social

Los facilitadores del contexto social están presentes en términos de redes activas disponibles para la inserción laboral, siendo cuatro los componentes de esta red: (a) familia, (b) institución, (c) empresarios y (d) otros.

(a) La red familiar es un facilitador cuando, en su búsqueda por hacerse cargo de la persona con esquizofrenia y una vez constatado que les resulta imposible hacerlo por sus propios medios, buscan vincularse con una institución que realice esta labor. Tal vinculación se mantiene activa en términos de información respecto de las actividades que efectúa su familiar y eventualmente de la creación de redes de familiares que apoyan a la institución, pasando en algunos casos a convertirse en estamento de ésta. A este escenario cabe sumar la participación de otras personas que, sin ser familiares cercanos o miembros del equipo del programa, constituyen redes de apoyo personal a las personas con esquizofrenia: *“(Mi familia) quería que estuviera aquí, porque no me podían tener, sí claro, por el asunto económico, pero a mi hermana le gusta, porque también encuentra que yo no estoy en la casa pensando tonteras, imaginándome cosas que sé yo, escuchando voces, en cambio aquí me olvido de eso”* (IU, 83).

(b) La red institucional responde a las demandas de acogida y sostén de la persona con esquizofrenia hecha por la familia, brindando el apoyo económico, de seguridad y fomento de la inserción laboral: “*Primero llegué cuando esto era un hogar, cuando esto era construido para un hogar, llegué acá porque, por intermedio de unos padrinos, padrinos le llamo yo, ellos eran voluntarios (...) y ellos me contactaron con este hogar, yo estaba con mi hermana en Viña, estábamos viviendo y mi hermana se le empeoró la situación económica y entonces tuve que venirme para acá*” (IU, 23).

La institución, junto con acoger, establece intervenciones que buscan la inserción laboral de estas personas, por lo que resulta importante identificar las características que se espera encontrar en aquellos (c) empresarios que contraten a individuos con esquizofrenia. Los datos muestran que se espera de los empresarios actitudes como la sensibilidad hacia la contratación de personas con esta enfermedad, lo que se manifiesta en la disposición para trabajar con ellos. Se espera que exista confianza y comprensión, lo que facilitaría la autonomía del empleado para el desarrollo de su trabajo. Además, se espera que estos empresarios adecuen las características de las demandas laborales a las condiciones particulares de las personas con esquizofrenia, lo que se puede reflejar, por ejemplo, en el permiso que les den para que concurran a las citas médicas: “*En realidad al final en este minuto como están las cosas, (...) los empresarios que contratan personas con discapacidad, (...) son personas con un grado de sensibilización, o sea ya saben de qué estamos hablando, entonces obviamente la honestidad y la lealtad son importantísimos en ese contexto*” (IIIF, 37).

Contexto Institucional

Los facilitadores del contexto institucional se determinan a través de: (A) la estructura de la intervención, (B) la estructura de la institución, (C) las normas, (D) las actitudes y (E) las relaciones.

(A) La estructura de la intervención, es decir, la forma como se organiza el programa de inserción laboral, facilita dicho proceso gracias a diferentes componentes tales como la organización del trabajo y del equipo, los contenidos del aprendizaje que orientan el proceso de inserción y las condiciones de trabajo asociadas a la enfermedad. La organización del trabajo obedece a pautas que orientan la forma como se deben realizar las tareas que se asignan a los usuarios facilitando su comprensión y ejecución. Por ejemplo, la secuencia en el desarrollo de tareas que están conectadas con el trabajo en equipo implica la asignación de responsabilidades para cada usuario dependiendo de sus habilidades: “*Son diferentes etapas, primero lo que tiene es como un cartón, ya?, entonces ese cartoncito hay que, eh, pegarlo pa' formar la caja, entonces se pega después pasa a... se pega el*

cartón, después se le pega otro cartón, un cartoncito, se pega la caja, se pega un cartoncito para que quede más o menos contrapesado porque van chocolates, ya? entonces para que le dé el contrapeso y después pasa a mí, a mi persona y yo le pongo el papel (IU, 5, 6, 7).

La ejecución de las tareas implica organización en el equipo de terapeutas y monitores que están a cargo de los usuarios y del proceso de inserción laboral. Esta organización parte con la definición de responsabilidades que facilitan en los usuarios la identificación y la claridad del rol de cada miembro del equipo. Paralelo a ello, los monitores realizan reuniones periódicas de evaluación con los usuarios. Esto tiene como objetivo recibir retroalimentación y evaluar el trabajo de los terapeutas, posibilitando la participación de los usuarios en la evaluación del proceso: *“Nosotros tenemos a los monitores, tenemos reunión con ellos una o dos veces al mes, cada monitor tiene asignado un grupo y nos juntamos con ellos y de ahí dialogamos, y de ahí vemos los problemas del grupo, acá somos cuatro monitores, (...) entonces son como 80 usuarios y nos juntamos cada uno con 20, los hacemos que nos hagan llegar sus inquietudes, nosotros somos el puente para llegar a los terapeutas. Los terapeutas son dos de CRI. y les hacemos llegar las inquietudes de los chiquillos a través nuestro” (IIF, 48, 49).*

El equipo tiene como objetivo la enseñanza de hábitos laborales básicos que orienten el desempeño de los usuarios. Por esta razón se les exige su aprendizaje, lo que es visto por ellos de manera positiva, ya que cumple con la función de capacitarlos para asumir cualquier trabajo. Esta enseñanza está acompañada de aprendizajes complementarios que emergen de la relación cotidiana entre monitores y usuarios, relación en la cual también ha de reconocerse el aporte de las iniciativas de estos últimos en la ejecución de una tarea.: *“En esos ratos, en esos tiempos que nosotros logramos crear un momento.... nosotros hacemos lectoescritura y conversamos de tópicos en general. Qué noticias vieron anoche en la televisión? entonces, eso le vamos enriqueciendo de alguna forma, honestamente lo digo, su acervo cultural, de alguna forma lo vamos cubriendo, yo sé que no es todo, pero tenemos que aportar un granito de arena, le corregimos, le hacemos ver que están errados, le hacemos conversar a ellos, le aclaramos, en cierto modo ellos nos miran como profesores” (IIF, 42).*

Como facilitadores de la institución, los entrevistados indican que su intervención debe tener en cuenta aspectos derivados de la condición mórbida de los usuarios. Se mencionan elementos como las facilidades para que los usuarios asistan al médico, la consideración de las diferencias entre ellos en la comprensión y ejecución de la tarea, así como las diferencias iniciales de sus habilidades al momento de llegar a la institución y la evolución diferenciada que se observa durante su permanencia en ella: *“Les da una explicación, les da una instrucción y tal vez tendrá que repetírsela dos veces más y él ya (...) y aquel que tiene una esquizofrenia*

más alta, más complicada le puedes estar dando quince o veinte explicaciones y él no va a entender, tal vez un 30% de lo que entendió el otro” (IIF, 23, 24).

(B) En los datos, la estructura de la institución también aparece como un componente de los facilitadores, por cuanto algunas de sus características son relevantes para el proceso de inserción: el contacto que mantiene con empresas, la presencia de voluntarios que apoyan el proceso de inserción, el trabajo coordinado de los programas de la institución. Igualmente relevante aparece el hecho que los usuarios cuenten con un hogar protegido que los acoja fuera del horario laboral, espacio en el cual también reciben el apoyo interpersonal de quienes viven en estos hogares: *“La inserción laboral la hacen el total de la fundación, usted tiene que considerar una cosa, que nosotros nos llamamos CRL (...), se van para su hogar, en el hogar entra a funcionar el PAC que es el Programa de Apoyo Comunitario, y ellos desde su fuente, desde su origen son los que preparan a los chiquillos para que vengán a trabajar, llámese bañarse, afeitarse, tomar sus fármacos, enseñarles buenos modales, entonces es todo un compendio, se fija? (...) y aparte de eso hay un equipo multidisciplinario, de psicólogos, psiquiatra, terapeuta, asistente social, que tienen mucho que ver con el CRL (...)” (IIF, 86, 90, 91, 92).*

(C) Las normas de la institución, según los entrevistados, deberían ser claras y adaptativas en función de posibilitar el desarrollo de distintas áreas de habilidades que faciliten su integración: *“Cuando entra un usuario a trabajar se le hace firmar un contrato terapéutico y se le pone a prueba durante un mes, si dentro de ese mes él resulta como trabajador (...) se le hace un contrato indefinido, pero a su vez cuando él entra a trabajar se le dictan las normas a seguir, puntualidad, presentación, de acuerdo al trabajo que se desarrolla, buen vocabulario, ser respetuoso con sus compañeros, sus monitores, sus terapeutas y el jefe de la unidad, seguir los postulados” (IIF, 78).*

(D) En la búsqueda de la inserción laboral de los usuarios, la institución deberá promover en sus funcionarios actitudes tales como una visión éste como un trabajador adulto y con responsabilidades. Debe primar un reconocimiento del usuario como persona a la que se le consideran sus partes sanas. Debe también la institución reconocer que hay un proceso de aprendizaje de los monitores en el cual sus propios prejuicios irán cediendo en la medida en que se haga más cercano el contacto con los usuarios.

(E) Respecto de las relaciones interpersonales como elemento facilitador del proceso de inserción, debe haber un vínculo de cooperación y un trabajo profesional coordinado entre los miembros del equipo, donde el responsable principal cuente con la credibilidad de los demás. Respecto de la relación entre

el equipo y los usuarios, los contenidos de las entrevistas indican que ésta debe tener límites claros y explícitos, estableciéndose vínculos de carácter autoritativo. Es relevante apunrar que las descripciones efectuadas por los usuarios prescriben tanto aspectos que el equipo debe monitorear, como formas de relación que debe establecer en sus vínculos con los usuarios: *“Es una buena relación, es una relación que también ha sufrido cambios digamos es una relación de verdad bastante adecuada, con mucho respeto siento yo, para los dos lados, es que pa’ nosotras es súper divertido, porque para otras personas puede ser, oye qué pasa con este usuario? que se está revelando y nos está desordenando el hogar y que no sé qué, pero pa’ nosotras es uy! cachai que está pidiendo no sé po’, que quiere formar un sindicato. (...) entonces es bueno ver una relación si bastante respetuosa, bastante marcada en un contexto laboral, la idea de nosotras es que esto sea lo más parecido a un lugar de trabajo externo”* (IIIF, 66).

Contexto Individual

De las entrevistas se desprenden cuatro áreas que definen los facilitadores en el contexto individual: (A) características personales, (B) motivaciones, (C) significados que para ellos tiene el trabajo y (D) aspectos derivados de su enfermedad.

(A) Las características personales del usuario como factor facilitador, aparecen también en las entrevistas. Indican que características como la honestidad, lealtad, transparencia y solidaridad son elementos que propician su inserción. Así también, el que el usuario manifieste una percepción de autoeficacia respecto de sus posibilidades de adquirir nuevas habilidades y de tomar decisiones sería un facilitador. Finalmente, se indica que la juventud es un componente facilitador por cuanto permite recibir de modo más flexible las sugerencias hechas por los monitores: *“Las personas que han adquirido habilidades y que están aptas para insertarse, incluso hay algunos que están insertos en tipos de trabajo semi protegidos o competitivos, eh, son personas que pucha, que les ha costado lograr lo que tienen, entonces lo cuidan po’, me entendí, o sea es un bien muy preciado el obtener trabajo, entonces obviamente lo que me han dicho son responsables y además (...) yo creo que hay una cosa así como de honestidad, que no se da en las personas sin discapacidad, que hay una cosa súper honesta, así súper transparente y la lealtad, o sea cómo no vas a tener lealtad tú frente a una persona que te da la oportunidad, que de alguna manera se transforma en parte importantísima de tu red y que te apoya, entonces pues obviamente hay, hay... eso (...)”* (IIIF, 35).

(B) Entre las motivaciones citadas como facilitador para la inserción está la satisfacción por el trabajo, junto con la dignificación a través de éste, lo cual se

relaciona con aspiraciones de desarrollo personal. Por otra parte, el dinero aparece también como una motivación vinculada con la posibilidad de desarrollo de un proyecto independiente, por cuanto permite autonomía en virtud del mejoramiento de la condición económica: *“(La plata) no es todo, o sea hay personas acá que yo te aseguro que si tú no les pagaras nada vendrían igual, porque, por la importancia del trabajo en sí digamos, porque el trabajo tiene un valor intrínseco increíble y uno no sabe, o sea, si tú has estado cesante lo sabes, las personas que han estado sin trabajar saben lo importante que es el trabajo y ellos igual... (...) pero esta sensación de sentirse útil, de que él es capaz de hacer algo igual es fuerte, yo soy bueno pa’ algo, tú los has visto, te dicen no yo hago fittings y te explican bueno yo hago esto, yo soy bueno pa’ algo. No si, si hay una cosa de dignidad, que el trabajo dignifica y se sienten dignificados”* (IIIF, 50).

(C) Otro de los campos en los cuales es posible encontrar facilitadores de la inserción laboral es la significación que los usuarios le dan al trabajo. Éste es significado como un vehículo de rehabilitación y fuente de mejoría, porque se constituye en un organizador de las rutinas de una “enfermedad desorganizada”, a la vez que actúa como estabilizador anímico. Junto a lo anterior, el trabajo surge como un factor central en la inserción social. El trabajo es parte del proyecto vital: *“(El trabajo) tiene un sentido, te organizan las rutinas po’, o sea imagínate tú que el problema mayor de ellos es como la desorganización, entonces tú les das la oportunidad o ellos se dan a sí mismos la oportunidad de integrarse a un lugar que tiene un horario estructurado y eso te organizó la vida, te organizó el día, te organiza la vida po’, sí, así se hace, así se organizan las cosas desde lo más chiquitito, de lo más cotidiano”* (IIIF, 51).

(D) Respecto de los facilitadores en relación con la enfermedad, cabe mencionar que en las entrevistas se indica que en la esquizofrenia está mantenida la capacidad de aprendizaje de labores complejas. A la vez, se indica que en la medida que esté compensada, es posible que la persona establezca relaciones adecuadas con sus compañeros: *“Es que hay personas, o sea, lo que más hay son personas con esquizofrenia y con retardo mental, eso es lo que más hay. Voy a compararlos a los dos, las personas con esquizofrenia pueden aprender trabajos más complejos porque no tienen problemas intelectuales, me entiendí?, sin embargo las personas con retardo mental pueden realizar trabajos más repetitivos sin requerir más desafíos, en las personas con esquizofrenia no, se aburren, quieren otras cosas, o sea, uno tiene que mantenerlos más activos, más atentos, yo creo que las personas con esquizofrenia pueden desempeñarse por lo tanto, pueden acceder a capacitación y por lo tanto a trabajos más calificados, no así las personas con retardo mental que pueden acceder hasta un cierto nivel de trabajo poco, poco calificados”* (IIIF, 43).

Obstaculizadores

Contexto Social

Respecto de los obstaculizadores en el contexto social, aparecen cuatro áreas: (A) el sistema legal, (B) las redes sociales, (C) actitudes y (D) conductas tanto en empresarios como en compañeros de trabajo.

(A) En lo referido al sistema legal como obstaculizador, junto con la inexistencia de subsidios para los empresarios que contratan personas con discapacidad, aparece como elemento central aspectos contradictorios respecto de la protección legal por la pérdida del trabajo: se pierde la pensión asistencial al obtener un trabajo. Estos elementos configuran una contradicción entre esfuerzos tendientes a la inserción laboral y un sistema de protección que no integra el trabajo como una posibilidad para estas personas: *“Está la dificultad de la, la clásica dificultad de la pensión asistencial, porque ellos... es una cosa muy loca, porque, por un lado le están entregando una pensión que dice usted no puede trabajar, está jubilado, está incapacitado para trabajar, por eso les dan esa pensión, (...) pero por otro lado uno lo está rehabilitando para que... uno no, sino que ellos se están rehabilitando para insertarse laboralmente, entonces es extraño”* (IIIF, 4,5).

(B) Las redes sociales se configuran como obstaculizadores en la medida en que se constata la ausencia de la familia o malas relaciones con ésta: *“Ellos andan cabizbajos, cuando andan decaídos, cuando andan... mal humorados, qué le pasa? No cuentan. Cuéntame? pero por qué si este trabajo ayer lo hiciste muy bien y ahora me lo estás haciendo mal? Entonces ahí dicen déjeme tranquilo, en la casa me tienen así, no, que mi mamá, no, que mi papá, no, que mi hermano, no, que mi puesto, no, que no me dejan salir”* (IIF, 106).

(C) Respecto de las actitudes como obstaculizadores, tanto en empresarios como en compañeros de trabajo, la consideración del usuario como una persona loca y peligrosa aparece claramente como un elemento que dificulta su inserción. A esto, en el caso de los empresarios, se agrega la actitud de discriminación: *“Tienen el estigma de la persona loca que puede ser peligroso si me entiende, no, si la ignorancia es feroz, entonces no quieren emplear a alguien que pueda ser peligroso para ellos o para otros trabajadores y eso no es poco común y... (...) hay gente que este tiempo que todavía dice que hay personas que son tan diferentes que pueden ser tan peligrosas o tal vez piensan que hay que cuidarlos a sí mismos, qué sé yo, pero que tienen que estar todavía reclusos, ellos no piensan que deberían estar viviendo al lado de ellos, o trabajando con ellos, no, no, hay una cosa así como de temor, de*

temor porque yo creo, o pienso tal vez un poco, un poco ilusa de mi parte, pero pienso que es por desconocimiento, falta de interés no más, digamos” (IIF, 11).

(D) La conducta como un obstaculizador aparece mencionada de modo diferenciado entre empresarios y compañeros de trabajo. En el caso de estos últimos, el aprovecharse de la condición de estas personas sería un claro obstaculizador. En el caso de los empresarios, serían obstaculizadores conductas de rechazo y discriminación, como también el establecimiento de límites de edad para la inserción laboral.

Contexto Institucional

Respecto de los obstaculizadores en el contexto institucional, en las entrevistas se menciona que la estructura de la institución podría dificultar este proceso en la medida en que no exista preparación previa en los monitores para trabajar con personas con esquizofrenia. Asimismo, en lo referido a los talleres laborales, las demandas de producción dificultarían los aprendizajes de algunos usuarios. Por otra parte, respecto de la intervención, serían obstaculizadores la monotonía de algunas de las tareas realizadas, como también el que no se consideren ciertos pre requisitos para la integración de estas personas al trabajo de los talleres.

Acerca de la relación como un obstaculizador, en el caso del vínculo entre los usuarios, la inserción laboral se vería dificultada al existir problemas interpersonales que resultan difíciles de resolver dados los problemas que tienen a menudo para resolver conflictos. Acerca de la relación entre los usuarios y miembros del equipo, habría un obstaculizador cuando aparecen diferencias en la concepción de los componentes de la intervención, como por ejemplo, qué son los hábitos. Finalmente, la presencia de actitudes de carácter asistencialista en la institución se configuraría como un obstaculizador del proceso de inserción laboral: *“Mira, hay una cosa que... tenemos que empezar acá yo creo también, tení que educar a la gente que está trabajando principalmente con personas con discapacidad, yo creo que hay una visión un poco..., sí, lo voy a decir, porque yo considero que es así, falta un poco de respeto, falta un poco de respeto frente a las personas con discapacidad, porque hay una cosa así como de..., ya po’, nosotros les resolvemos el problema, nosotros les damos casita y en la medida en que están ahí tranquilitos, eso, no po’, o sea, tú tienes que ver al otro como una persona igual y capaz de desarrollarse, capaz de desenvolverse y esa visión yo siento que falta pa’ eso, nos falta todo ahí, a todos” (IIF, 31).*

Contexto Individual

En el contexto individual, el primero de los obstaculizadores se configura en torno a las carencias de educación y de cultura, a las necesidades básicas insatisfechas y a carencias de habilidades sociales: *“Eso pues, es la ausencia de la red no sólo familiar sino que también, no sé, lo que pasa es que es cierto que hay una dificultad, hay una dificultad social de las personas con esquizofrenia, entonces si no hay herramientas, digamos o sea, si no hay cierta experiencia, oportunidades para desarrollar esta, este talento digamos de relacionarse con otras personas, es bien difícil, es bien difícil adquirirlo”* (IIF, 20).

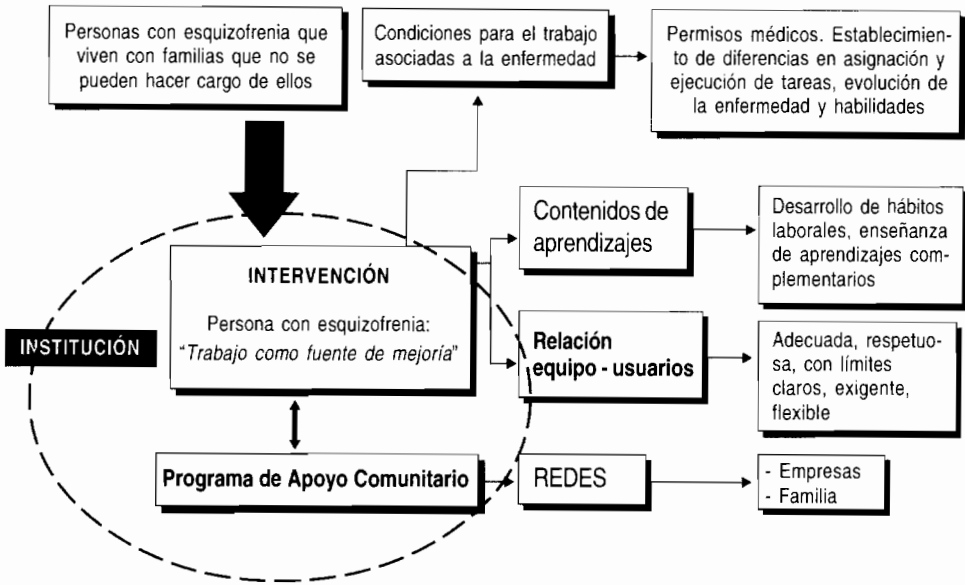
Respecto a la enfermedad como un obstaculizador, los datos expresan aspectos de índole práctico tales como la somnolencia producto de los fármacos, como también que el desempeño laboral dependerá del grado de severidad de la enfermedad. Estos elementos se vinculan con una cierta fragilidad en el puesto de trabajo. Junto con lo anterior, la enfermedad genera reacciones adversas en los compañeros y los empleadores, lo cual se relaciona con dificultades en el autocontrol y la notoriedad de las descompensaciones.

Las expectativas como obstaculizadores, tienen que ver con ansiedades y temores respecto de su inserción, como por ejemplo, la reacción de los compañeros, la posibilidad del ridículo, el fracaso en la tarea o la percepción de la edad como un obstaculizador para encontrar nuevo trabajo: *No sé, me gustaría (volver a trabajar), pero tengo ya 42 años y es difícil que lo acepten a uno, hasta en el mismo Mercurio, en el diario, cuando piden los requisitos dicen no más de 40, parece que mi futuro laboral está aquí* (IU, 69). *“Lo más difícil (de volver a trabajar), el nerviosismo (risas) porque cada etapa que se enfrenta en la vida nueva, a mí por lo menos, me pone nerviosa, lo desconocido (...) los compañeros tal vez porque cuando uno es nuevo como que llegan todos y te miran”* (IU, 74, 76).

Dentro de los obstaculizadores del contexto individual, se menciona la actitud de resistencia frente a normas institucionales como la puntualidad y la edad, así como cierta dificultad para adquirir nuevos hábitos laborales: *“Yo lo veo difícil porque una persona de 28 ó 30 años que sea esquizofrénico yo veo que hay dos procesos que se puede seguir y se podría cambiar algunas conductas de mal humor, generalmente estas dos personas que tengo es de mal humor con garabato incluido, eso de mal humor no demuestra un control, entonces es difícil, porque.... a ver... uno tiene 55 años y el otro tiene 60, entonces es muy difícil cambiar una persona de esa edad, no imposible, pero reitero que es todo un desafío y yo por ahí lo veo difícil”* (IIF, 114).

Análisis relacional

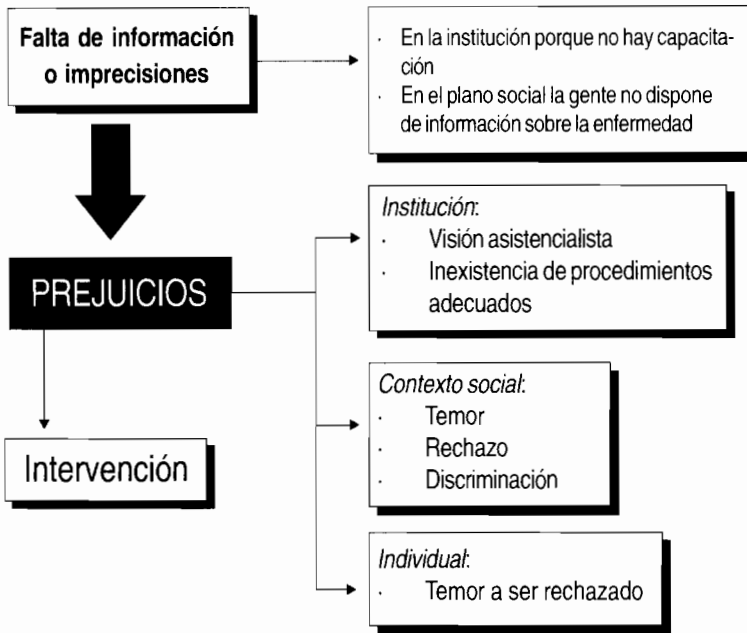
Facilitadores del proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia.



Existen personas con esquizofrenia cuyas familias, por diversas circunstancias (principalmente económicas), buscan instituciones para que las apoyen en el cuidado y atención de sus familiares. A tal demanda responden instituciones como la presente, con programas de apoyo comunitario y de inserción laboral. Este programa incluye condiciones que consideran factores particulares de las personas con esquizofrenia y que no se encuentran en otros trabajos, como el dar permiso a los empleados para asistir al médico, asignación a los usuarios de tareas y evaluación de su ejecución dependiendo de sus habilidades y del grado de la enfermedad. Además, la intervención está dirigida al desarrollo de habilidades laborales de los usuarios, lo que es posible gracias a una enseñanza formal de ellas, amén de otros aprendizajes complementarios tendientes a la adaptación del usuario al mundo laboral. Tales aprendizajes son posibles en una relación entre el equipo y los usuarios caracterizada por el respeto, la comprensión, la flexibilidad y el establecimiento de límites claros. El proceso de intervención es también apoyado por el establecimiento de redes tanto entre la institución y empresas, como con aquellos familiares que se mantienen atentos al proceso de inserción.

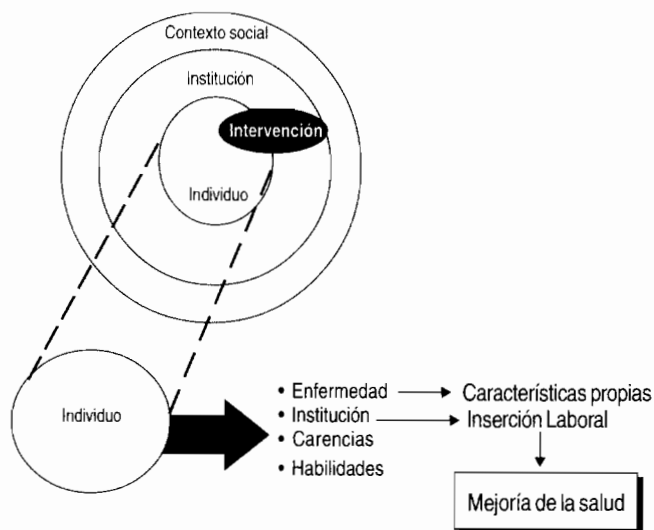
Todos los elementos anteriores repercuten en la forma como los usuarios significan su trabajo: éste pasa a ser una "fuente de mejoría".

Obstaculizadores de la inserción laboral de personas con esquizofrenia



La falta de información o imprecisiones respecto a la esquizofrenia que se presenta tanto en la institución que ejecuta programas de inserción laboral como en los contextos sociales, contribuye al surgimiento de prejuicios que se hacen presentes en tres contextos. Primero, en la visión asistencialista de las instituciones que los acoge y en la inexistencia de procesos adaptados al curso de la enfermedad. Segundo, en el temor, el rechazo y la discriminación que se da en el contexto social cuyos protagonistas principales son los empresarios y compañeros de trabajo. Por último, en las mismas personas con esquizofrenia, quienes sienten temor al rechazo dada su condición. La dinámica de los prejuicios que involucra al contexto social, institucional e individual, repercute negativamente en el proceso de intervención del programa de inserción laboral.

Institución y rehabilitación laboral



El modelo que se presenta arriba busca ilustrar el modo en que se da el funcionamiento actual de la institución. El aspecto que aparece como central es la intervención, trabajo que está dirigido al logro de la inserción laboral de las personas con esquizofrenia. En esta labor están principalmente involucrados los mismos usuarios, como también la institución y el contexto social. Este último aspecto aparece como relevante por cuanto es el campo al cual se busca permitir acceder a los usuarios. Por ello, debe ser monitoreado permanentemente, a fin de ir registrando las demandas que de éste espacio surjan para así orientar la mejor formación de los usuarios.

Si observamos con mayor detenimiento al usuario, podemos ver que éste es una persona que, junto con ser parte de la institución, tiene una enfermedad con características particulares, arrastra una serie de carencias y que también tiene ciertas habilidades. Es en este escenario que la institución busca esencialmente la inserción laboral, pues en ella se sitúan las esperanzas de un aporte a la mejoría de la salud mental de los usuarios.

Conclusiones y discusión

Al revisar los resultados desde los antecedentes teóricos y empíricos presentados en las primeras secciones de este artículo, se constata el hecho que el trabajo ocupa un lugar muy significativo en el proceso de rehabilitación de las personas con esquizofrenia, en tanto provee un espacio en el que la sintomatología cede lugar a una auto-percepción de mayor estabilidad. Asimismo, se puede establecer que las personas con

esquizofrenia mantienen la posibilidad de adquirir habilidades que eventualmente podrían llevarlos a ocupar un puesto de trabajo específico, el que necesariamente deberá contar con características que hayan sido diseñadas en virtud de la enfermedad.

Respecto a las barreras que las personas con esquizofrenia enfrentan para integrarse laboralmente, nuestros antecedentes coinciden con la literatura en términos de la presencia de ciertos conflictos interpersonales relativos a dinámicas de abuso (acoso). De igual manera, es posible constatar la relevancia que tiene la estigmatización en el lugar de trabajo como una barrera para la obtención y mantención del empleo.

Si planteásemos una discusión del sentido del trabajo para estas personas, se mantienen los postulados del MOW Research Team (1987). Sin embargo, en relación a la importancia de las metas del trabajo hay algunas precisiones que hacer. Se indica que cada persona, basada en la familiaridad y conocimiento de cada meta individual, hace un ordenamiento de ellas de acuerdo con el nivel de importancia que le atribuyen. El contenido, en el caso de las personas entrevistadas, gira en torno a la relevancia de la meta de la intervención (la inserción laboral), por cuanto es una vía para la salud mental. De tal modo, la jerarquización está claramente liderada por esta meta, y cualquier otro objetivo es leído, significado y evaluado en virtud de cuánto se acerca o aleja de este objetivo central.

En la investigación de Cunningham, K., Wolbert, R. & Brockmeier, M. (2000), se plantean tres aspectos fundamentales alrededor de los cuales giran los obstaculizadores y facilitadores en el proceso de inserción laboral: 1) la forma como las personas hablaban de su enfermedad, 2) la manera como se referían a sus empleos o trabajos y 3) las formas que usaban para hacerle frente a aquellos días en que no se sentían bien. A partir esto, se considera que las personas más exitosas se referían al trabajo en forma mucho más positiva y además enfrentaban los días complicados considerándolos como pasajeros, manteniendo un pensamiento positivo. En comparación con estos resultados, las verbalizaciones de los participantes del presente estudio, muestran que en ellos lo central está en la enfermedad y en la manera en que ésta interviene sobre la estabilidad laboral. Como se ve, la discrepancia con el estudio recién citado está en la línea de que sus datos muestran que las personas insertas en puestos de trabajo competitivos referían la enfermedad y los problemas derivados de ésta como una circunstancia más, sin ocupar un lugar central.

Lo que sigue corresponde a una discusión de los resultados obtenidos

Al observar el modo de funcionamiento existente en esta institución, es posible constatar que se invierte gran cantidad de energía en monitorear el medio social, en una búsqueda por generar respuestas a demandas que se plantean desde éste, junto con invertir en talleres que habiliten a los usuarios social y técnicamente para abordar el

desafíos de trabajar en espacios distintos y ajenos a los talleres protegidos.

Si observamos de modo crítico los resultados obtenidos, es posible adelantar algunos aspectos que pueden aportar al análisis del funcionamiento de este tipo de instituciones.

La inserción laboral como objetivo

Sostener la “inserción laboral” efectiva como objetivo, aparece como algo obvio y natural en una institución de esta naturaleza, pues responde precisamente a las necesidades derivadas de las carencias directas o relacionadas con la enfermedad (por ejemplo, problemas económicos, institucionalización, dinámicas patológicas de la internación psiquiátrica, imposibilidad de algunas familias de mantener en sus hogares a sus familiares afectados por esquizofrenia, entre otros). Ante estos elementos, una institución con inspiración religiosa como ésta, responde brindando las condiciones para que las personas logren insertarse en trabajos que les permitan responder a sus necesidades actuales. Sin embargo, esta visión puede hacer invisible algunos elementos que aparecen como relevantes al momento de analizar el proceso de inserción. Cabe, en ese sentido, preguntarse por el modo en que los contenidos valóricos “totales” intervienen en los procesos de toma de decisiones dentro de la institución, es decir, cómo conviven el optimismo teológico y el realismo técnico.

La “intervención” y “la enfermedad”

Cuando los modelos emanados de la investigación sitúan a la “intervención” como central, debemos concluir que tanto los obstaculizadores como los facilitadores de la inserción laboral se organizan en torno al modo en que influyen sobre el desarrollo y el logro de los objetivos de la intervención. Es así como resulta comprensible que las relaciones entre los compañeros o el acatamiento de las indicaciones dadas por los jefes sean aspectos fundamentales.

Sin embargo, debe también analizarse los contenidos que subyacen al concepto de “intervención”. Podemos constatar que obviamente éste implica aspectos prácticos tales como el modo de vincularse con los usuarios o los parámetros con los que se evaluará su desempeño; de igual manera, supone elementos respecto de la relación entre el tutor (facilitador) y el usuario.

Por otro lado, si se habla de intervención, debe también haber claridad acerca de quiénes serán los “intervenidos”. Siendo solamente descriptivos, debiéramos indicar que son “personas con esquizofrenia”, aunque, evidentemente esta descripción no es suficiente.

Hablar de esquizofrenia implica referirse a un trastorno psiquiátrico complejo, que puede incluir sintomatología tan diversa como ideas delirantes, alucinaciones,

lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o aplanamiento afectivo; todos los cuales revisten consecuencias sobre la totalidad de los planos del quehacer del individuo (las relaciones interpersonales, el cuidado de sí mismo, el rendimiento académico, el desempeño laboral, etc.). Por otra parte, cabe indicar que la manifestación de la esquizofrenia resulta muy diversa entre cada persona que recibe el diagnóstico.

El escenario antes trazado hace indiscutible que cualquier abordaje tendiente a la estabilización y mejoría de la salud mental de las personas con esquizofrenia, necesariamente deberá ser planificado, llevado a cabo y evaluado, en virtud de parámetros contruidos específicamente para cada persona en particular. Esto implica que cualquier método estandarizado carente de sensibilidad a los múltiples modos que adquiere la enfermedad, tenderá a la ineficacia.

En virtud de lo anterior, cabe volver a mirar el modelo planteado inicialmente, el cual buscaba reflejar el funcionamiento actual de la institución. En él, el eje estaba puesto en la intervención, de modo de buscar estrategias para asegurar el logro de su objetivo -la inserción laboral-, en el entendido que este trabajo operará favoreciendo la salud mental del usuario. Ahora, considerando la discusión anteriormente planteada, corresponde hacer algunas observaciones a este modelo.

La institución invierte gran parte de su energía en crear condiciones que se ajusten a los parámetros externos necesarios para una inserción laboral tradicional. Por ejemplo, la adquisición de hábitos laborales básicos, corresponde a una comprensión de los contextos laborales habituales, en los cuales no suelen hallarse personas con esquizofrenia. Como se indicó, las características psicopatológicas de esta enfermedad exigen un abordaje “caso a caso”. Si pensamos que los contextos laborales externos acostumbra a ser estáticos, es natural imaginar que una persona con esquizofrenia manifestará enormes dificultades para adaptarse a él. Ahora bien, ¿qué debe hacer una institución que promueve la inserción laboral como una esperanza de salud mental ante esta disyuntiva? Una opción es la que está desarrollando esta institución, sin embargo, existen algunos elementos cuya consideración podría ser valiosa para el fortalecimiento de su labor.

Lo que concretamente se propone es que la institución desplace su mirada. Este desplazamiento implica una refocalización desde la “intervención” hacia la “enfermedad”, entendida ésta como una constelación psicopatológica de enorme complejidad, para cuya comprensión necesariamente debe desarrollarse un enfoque individual en el diseño y planteamiento de la intervención. Esto supone también que la institución dejará de invertir buena parte de sus energías en ajustar a sus usuarios a las demandas del medio, sino que, más bien, dedicará sus esfuerzos a crear las condiciones laborales óptimas para cada usuario, de modo que podría resultar igualmente válida la inserción laboral en un puesto competitivo como la permanencia estable en un taller protegido de una institución especializada.

Orientaciones para futuros estudios

Al ser éste un estudio exploratorio, las orientaciones que daremos son generales, lo que a su vez también responde al estado del conocimiento en las materias de las que trata este artículo.

En primer lugar, este estudio busca ser una provocación para que en otras instituciones de características similares, o que actúan sobre temáticas concordantes, realicen investigaciones que discutan, enfrenten o complementen estos resultados, de modo de abrir un espacio de intercambio que aporte elementos técnicamente fundados para fortalecer el trabajo de las instituciones que apoyen la inserción laboral de personas con discapacidad psíquica.

Uno de los temas que aparece muy fuertemente entre los obstaculizadores, e incluso entre los facilitadores, es la actitud de los empleadores y trabajadores hacia las personas con esquizofrenia. Aún con esta evidencia, carecemos de elementos que profundicen en las raíces de estos prejuicios, de modo que se cuente con elementos útiles para diseñar intervenciones que aminoren los múltiples modos en que estas actitudes operan, provocando dinámicas de estigmatización y marginalización de las personas con esquizofrenia que pretenden ser parte de la fuerza laboral del país.

Se indicó que la institución en la que tuvo lugar el estudio adscribe a la religión católica. En el apartado de la discusión, se menciona que una de las posibles dificultades está en situar la “inserción laboral” como el gran objetivo que busca la institución, por cuanto cancela absolutamente la relevancia que pueden tener otras metas intermedias, tales como la ubicación de la persona en espacios protegidos que obedezcan a las capacidades disponibles dada la enfermedad que les somete. Ciertamente, en la esfera profesional existe la noción que muchas veces estas metas de proceso son muy relevantes, pero queda pendiente el que la institución toda se haga cargo de ello, reconociendo que esta “gran” meta de la inserción sólo es posible en casos muy particulares. La pregunta que cabe hacerse es qué puede estar operando para que este realismo técnico no se imponga como guía de las acciones. Un campo posible de explicaciones es la membresía epistemológica a la iglesia católica, de la cual se heredan componentes valóricos de gran poder, los cuales llaman a la entrega total por el bien de toda la humanidad, planteamientos ante los cuales cualquier otra meta es una renuncia, casi una traición a los valores que la organización encarna. En este sentido, el rol de los profesionales se torna central, pues serían ellos los llamados a situar en la cultura de la organización estos contenidos de índole profesional. Nuevamente, debemos preguntarnos si estos profesionales gozan de total autonomía técnica, o si deben dialogar con estos enormes principios éticos.

Una de las dificultades que enfrenta quien pretenda abordar el tema de las personas con discapacidad psíquica, es la baja disponibilidad de instrumentos valida-

dos referentes a diversas temáticas. En este estudio se habla de sentido del trabajo, tema en el cual se han desarrollado diversos modelos e instrumentos. Sin embargo, para ellos no existe validación en personas con este tipo de discapacidad. La mayor parte de las veces se opera con adaptaciones superficiales de los instrumentos, pero queda pendiente la creación del arsenal metodológico de medición para conocer más en profundidad las condiciones de vida de estas personas y también los modos en que se les puede apoyar en su proceso de vinculación con la sociedad.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- AROSTEGUI, I. & Martínez, N. (s/f). *Guía de buenas prácticas para profesionales con funciones de atención directa a personas con deficiencia mental*. España: Grupo Gureak – Universidad de Deusto.
- BORGES, L. (1999). A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: Um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 107 – 139.
- CONSEJO COMUNAL DE LA DISCAPACIDAD DE ÑUÑO A (2003). *Guía de la Discapacidad. Análisis de la Información contenida en la base de datos*. Documento recuperado el 07 de septiembre de 2003 desde <http://www.guiadiscapacidad.cl/analisis.htm#c>.
- CUNNINGHAM, K., Wolbert, R. & Brockmeier, M. (2000). Moving Beyond the Illness: factors contributing to gaining and maintaining employment. *American Journal of Psychology*, 28(4), 481 - 494.
- FLORENZANO, R. (1992). *En el camino de la vida. Estudios sobre el ciclo vital entre la adolescencia y la muerte*. Santiago: Editorial Universitaria.
- FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD - FONADIS (2002). *Cuenta Pública 2000-2003: más oportunidades, más derechos, más dignidad*. Documento recuperado el 07 de septiembre de 2003 desde <http://www.fonadis.cl>.
- FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD – FONADIS (2005). *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad*. Documento recuperado el 16 de enero de 2007 desde <http://www.fonadis.cl>.
- FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD – FONADIS (2006). *Informe de Sistematización de Buenas Prácticas. Programa de Intermediación Laboral*. Documento recuperado el 16 de enero de 2007 desde <http://www.fonadis.cl>.
- FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL (2000). *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional – Laboral*. España: Fundación Andaluza para la integración Social del Enfermo Mental.
- GALILEA, V. & Colis, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. *Trabajo Social Hoy*, 28, 104 – 112.
- GADAMER, G. (1993). *Espíritu, persona y sociedad*. México: Paidós.
- GILL, F. (1999). The meaning of work: Lessons from sociology, psychology and political theory. *Journal of Socio Economics*, 26(6), 725 – 743.
- GLASER, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- GRUPO GUREAK (2000). *Estudio de la respuesta laboral y de la satisfacción en el trabajo de los trabajadores con discapacidad en razón a un trastorno mental*. España: Grupo Gureak.
- HARPAZ, J. & Fu, X. (2002). The structure of the meaning of work: A relative stability amidst change. *Human Relations*, 55(6), 639 – 667.
- HARPAZ, J., Honig, B. & Coetsier, P. (2002). A cross-cultural longitudinal analysis of the meaning of work and the socialization process of career starters. *Journal of World Business*, 37, 230 – 244.
- HONEY, A. (2003). The impact of mental illness on employment: Consumers' perspectives. *Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 20(3), 267 – 276.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS - INE (2002). CENSO 2002 [Software multimedia]. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas.
- KAPLAN, H. & Tausky, C. (1974). The meaning of work among the hard-core unemployed. *Pacific Sociological Review*, 17, 185 – 198.
- KELLY, H. (1967). Attribution theory in social psychology. En D. Levine (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- KRAU, E. (1989). The transition in life domain salience and the modifications of work values between high school and adult employment. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 100 – 116.

- KRAUSE, M., Cornejo, M., Castillo, J., Soto, A., Calderón, R., Guerrero, P. & Mackenzie, M. (1999). Representaciones Sociales del Consumo de Drogas en Jóvenes. *Psyche*, 8(1), 93-99.
- KRAUSE, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educación*, 7, 19-39.
- KRAVEITZ, S., Dellario, D., Granger, B. & Salzer, M. (2003). A two-faceted work participation approach to employment and career development as applied to person with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (3), 278 – 288.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN - MIDEPLAN, División Social (2000). *Resultados de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica nacional (CASEN): Situación de las Personas con Discapacidad en Chile*. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN - MIDEPLAN (1999). *Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad*. Extraído el 14 de septiembre de 2003, desde <http://www.inclusioneducativa.cl>.
- MINISTERIO DE SALUD (2000). Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Unidad de Salud Menral. Santiago.
- MINISTERIO DE SALUD (2003). Informe final: Estructura, Procesos, Flujos, Clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud - 2002. Departamento Programa de las Personas, Unidad de Salud Mental. Santiago.
- MOW – INTERNATIONAL RESEARCH TEAM (1987). *The meaning of work*. London: Harcourt Brace Jovanovich.
- NAGLE, S., Cook, J. & Polatajko, H. (2002). I'm doing as much as I can: Occupational choices of persons with a severe and persistent mental illness. *Journal of Occupational Science*, 9(2), 72 – 81.
- PREVENCHER, H., Gregg, R., Mead, S. & Mueser, K. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132 – 144.
- REPÚBLICA DE CHILE (1994). *Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad*. Ley n° 19.284. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación.
- REPÚBLICA DE CHILE (1995). *Aprueba reglamento para la evaluación y calificación de la discapacidad*. Decreto Supremo n° 2505. Ley n° 19.284. Santiago: Ministerio de Salud.
- SNIR, R. & Harpaz, I. (2002). Work-leisure relations: Leisure orientation and the meaning of work. *Journal of Leisure Research*, 34(2), 178 – 204.
- STRAUSS, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Estados Unidos de América: Sage Publications.
- STROMWALL, L. (2002). Is social work's open to people recovering from psychiatric disabilities? *Social Work* 47(1) 75 – 83.
- TRIANDIS, H. (1972). *The analysis of subjective culture*. New York: Wiley.
- TURNER, R. (1956). Role taking, role standpoint, and reference group behavior. *American Journal of Sociology*, 61, 316 – 328.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Recuperado el 16 de enero de 2007 de <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=beginners.html&mytitle=Beginner%27s%20Guide>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2006*. Recuperado el 16 de enero de 2007 de <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- YIP, K. (2003). A strengths perspective in working with an adolescent with dual diagnosis. *Clinical Social Work Journal*, 31(2), 189 – 203.
- ZONDEK, A., Aroca, D., Pallero, P. & Zepeda, M. (2002). Programa de intermediación laboral para personas con discapacidad: "Listos para el trabajo". *Revista de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, 2.