

# **Redes Sociales y Esquizofrenia: Las redes sociales y sus efectos en la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso**

Resultado de investigación finalizada.

GT 19- Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Gabriel Antonio Rodríguez Castro  
Sociólogo Universidad de Valparaíso.

## **RESUMEN**

Desde el punto de vista de la vulneración de derechos, la situación de aislamiento y ruptura de redes que sufren los sujetos con Esquizofrenia es una barrera compleja para lograr sus metas de realización personal.

La siguiente investigación busca identificar los elementos facilitadores o inhibidores que proveen las redes sociales (Familias, amigos centro de inserción secundarios) de los sujetos con esquizofrenia en la búsqueda de un empleo, los elementos positivos y negativos que se manifiesten en estas redes son relevantes para evaluar la inserción laboral de los sujetos con esquizofrenia. Se busca analizar cualitativamente las interacciones dadas entre el sujeto y su red social, centrándose en la calidad de los vínculos, adoptando de esta manera, la perspectiva relacional de redes.

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

## **INTRODUCCIÓN**

### **Esquizofrenia: Los aspectos sociales de la enfermedad.**

La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja, su nombre fue acuñado por primera vez por Eugen Bleuler en 1908, Bleuler sugirió la palabra “esquizofrenia” para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos. Pese que se han hecho grandes avances en materia clínica, actualmente no está claro su origen y es un campo médico en continua investigación.

El estigma como condición asociada a la enfermedad ha sido ampliamente estudiado como un aspecto social de la enfermedad que genera barreras educativas y laborales complejas al sujeto en su proceso de reinserción, es tal la influencia negativa de este concepto que organismos de importancia planetaria tales como la Organización Mundial de la salud le dan una importancia central en la caracterización de la enfermedad.

### **La problemática de la integración sociolaboral en personas con Esquizofrenia.**

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

La situación en Chile, está en sintonía con la precaria situación laboral de los pacientes con esquizofrenia alrededor del mundo, en el estudio de Chuaqui “*El estigma en la esquizofrenia*” de una

muestra de 150 personas solo el 13,3% trabaja en empleos competitivos (Chuaqui 2001). En otro estudio del mismo autor llamado “*Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral*” concluye que quienes trabajan en empleos protegidos o semiprotegidos reciben ingresos monetarios muy bajos: el 70% recibe la mitad del sueldo mínimo legal (Chuaqui & Prieto 2002).

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

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

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

En síntesis, cuando se hacen latentes los síntomas positivos de la enfermedad, las personas con esquizofrenia sufren la ruptura de sus redes sociales y familiares.(Chuaqui 2001) (Ruiz Jiménez & Partido & Anchía & Peón,2008), lo que reduce la posibilidad de insertarse sociolaboralmente e imposibilita a los sujetos que padecen esta enfermedad la posibilidad de continuar sus estudios o de volver al empleo anterior a la aparición de la enfermedad.

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

Uno de los elementos analizables para entender de mejor forma la problemática a la que nos vemos enfrentados son las redes sociales en las que se inserta el individuo con esquizofrenia, es decir, si este posee vínculos sociales que faciliten su integración sociolaboral.

Dentro del campo de la sociología de la salud y específicamente con respecto al tratamiento de la esquizofrenia existen múltiples análisis de redes sociales acerca de los pacientes con Esquizofrenia.(Toldorsf & Martínez 2000), esta relación ha sido tratado ampliamente desde la psicología social, poniendo énfasis al papel de las redes sociales como apoyo social en caso de crisis sintomática.(Bravo Ortiz,1999) (Toldorsf 1982), despojándola de contenido social, sin tomar en cuenta las cualidades recursivas que permitirían a los sujetos con esquizofrenia sentar las bases de su reinscripción sociolaboral.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

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

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general.**

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

### **Objetivos específicos.**

- 1) Describir las interacciones dadas entre la red social y el sujeto con esquizofrenia y el tipo de apoyo que la red provee al sujeto en su proceso de integración sociolaboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.
- 2) Describir las actitudes positivas o negativas de las redes de apoyo con respecto a las capacidades del sujeto con esquizofrenia en relación a su ingreso al mundo laboral para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.
- 3) Relacionar la percepción del sujeto respecto a su participación en dichas redes y los efectos de dichas percepciones en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral del sujeto para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.
- 4) Explicar la capacidad de generar fuentes de empleabilidad laboral o inserción educacional de la red en términos concretos y como esta se traduce en prácticas conducentes al proceso de integración sociolaboral o educacional del sujeto con esquizofrenia para personas de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

## **MARCO TEORICO**

### **Redes sociales. orígenes del concepto y primeros estudios.**

El primer intento de sistematización del concepto proviene desde el campo de la antropología social de principios de la década de 1950, Barnes, en un estudio pionero analizó las relaciones y la interacción de un pequeño pueblo de pescadores y campesinos noruegos llamado Brennes, donde logró un mapeo completo de las relaciones entre estos sujetos para detectar formas de subsistencia, conflictos, actitudes frente a la producción, el trabajo etc. (Barnes en Lozares, 2000) . No sería hasta 1970 cuando la sociología norteamericana como disciplina inicia el debate de las redes sociales como enfoque analítico.

### **Antecedentes del Análisis de Redes Sociales en el Campo de la Sociología de la Salud.**

La emergencia de estudios con respecto a la relación entre redes sociales y la esquizofrenia surge a mediados de los años 80, con la diversificación de los estudios de redes sociales a otros campos de las ciencias sociales, gracias al influjo de autores como Solokovsky y Toldorsf en la sociología de la salud, la mayoría de las investigaciones sobre redes sociales realizadas con personas que padecen esquizofrenia son análisis de redes estructuradas de relaciones a partir del individuo estudiado.

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

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

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

Toldorsf Cohen y Solokovsky coinciden en que la forma en que se establecía la relaciones entre personas con esquizofrenia y su red social era a partir de relaciones uniplex (es decir relaciones monodirigidas desde la red hacia el sujeto), en contraste con las personas que no tenían esta condición que tendían a desarrollar relaciones multiplex (Toldorsf,1978) (Solokovsky 1978), (Cohen,1981) Con respecto a la función de la red social Solokovsky estudió a sujetos con esquizofrenia luego de haber salido de una internación psiquiátrica relativamente prolongada ,concluyendo que individuos con redes sociales más densas y abiertas, tenían una recuperación más rápida, salían de mejor forma de las crisis, sus tiempos de internación eran menores y con el paso de los años, sus redes sociales tendían a crecer (Solokovsky en Bravo Ortiz, 2000).

### **Los Aspectos sociales de la salud: Un debate incompleto.**

Los análisis de redes y los estudios de relaciones sociales en personas con esquizofrenia, analizan fuertemente los aspectos sociales de la enfermedad, ofrecen perspectivas sumamente interesantes de la red a nivel estructural y de la función de la red social como soporte, Sin embargo, estudios como los de Cohen o Solokovsky, según Martínez tienen la tendencia a mitificar el carácter terapéutico o positivo en perspectiva de recursos y de apoyo social que pueden brindar las redes sociales (Martínez, 2000). Debido a este enfoque terapéutico de las redes sociales, el análisis se debilita por tres razones:

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

Estudios recientes demuestran que la red social como soporte social no solo provee apoyo, sino que también provoca conflictos y efectos negativos en la persona con esquizofrenia y los miembros de la red desmitificando su papel puramente terapéutico en la relación sujeto-red

### **MARCO METODOLOGICO**

El tipo de diseño de esta investigación es **cualitativo**, ya que nos interesa analizar, las percepciones del sujeto con esquizofrenia con respecto a su red, y también las tensiones, los mensajes, los conflictos y los estímulos positivos y negativos transmitidos a través de la red. La muestra se compuso por personas con esquizofrenia paranoide de 20 a 45 años, medicamente compensados que participen en redes secundarias tales como centros culturales o de rehabilitación diurnas, se usaron dos técnicas de

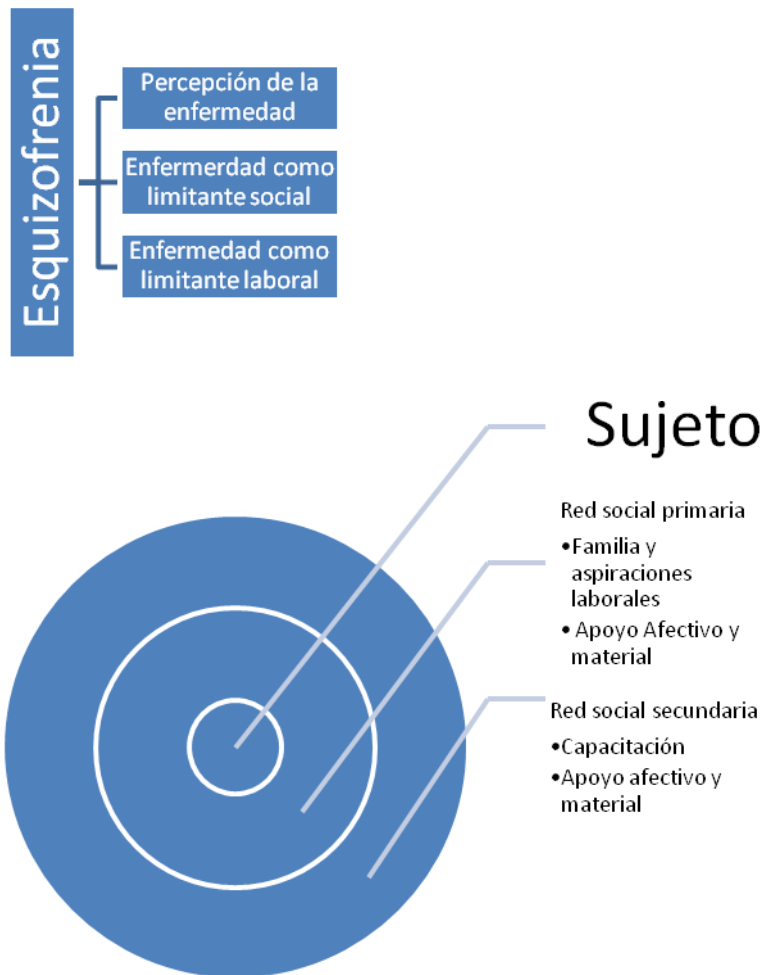
producción de datos: entrevista semiestructuradas con las personas con esquizofrenia y un grupo de discusión con familiares y miembros de su red social secundaria.

### Técnica de análisis de datos.

La técnica para el análisis de los datos cualitativos a utilizar es el análisis de contenido, consideramos este tipo de análisis como el más conveniente para entender de ya que se preocupa de analizar “el carácter expresivo de la acción humana a través del lenguaje”, En este sentido, pensamos que la interacción entre las redes sociales y el sujeto con esquizofrenia puede analizarse de mejor forma a través de las expresiones que reflejen los aspectos más importantes de las relaciones intersubjetivas que establezcan los individuos.

### ANÁLISIS Y RESULTADOS

El análisis de esta investigación se divide en dos grandes fases: debido a que nos interesa rescatar la visión del sujeto en torno al tema de la influencia de su red social en el proceso de inserción laboral tomaremos en cuenta como eje principal del análisis la visión del sujeto en los siguientes aspectos Esquizofrenia, Red social primaria (Compuesta por familiares) y Red social secundaria (Instituciones de ayuda terapéutica, centros de rehabilitación entre otros). De esta manera la primera parte del análisis queda distribuida de esta forma :



## **ESQUIZOFRENIA**

### **Percepción de la enfermedad**

Dentro de la investigación encontramos 3 grandes formas de definir la esquizofrenia a través del sujeto:

#### **Patológica, descriptiva y metafórica.**

##### **Patológica:**

Es cuando el sujeto define la enfermedad a partir de sus rasgos más característicos, se trata de una descripción sumamente fiel a la forma en que la enfermedad es definida desde la psiquiatría.

##### **Descriptiva:**

La enfermedad se construye a partir de los efectos que causa y la forma en las que el sujeto percibe dichos efectos.

##### **Metafórica:**

El sujeto no describe de manera fiel la patología o centra su definición en los síntomas de manera descriptiva, sino que a partir de la utilización de metáforas define la enfermedad.

#### **La Enfermedad como un Virus:**

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

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

P.A entrevista nro 1, párrafo 13

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

#### **Enfermedad como limitante social.**

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

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

M.C Entrevista Nro 9, párrafo 130

## **Enfermedad como limitante laboral**

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

### **Dificultades a causa de los efectos de la enfermedad**

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

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

P.A Entrevista nro 1, párrafo 33

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

### **Dificultades a Causa de la Labor**

Existen ciertas dinámicas laborales, o situaciones de stress que puede llevar al sujeto que padece la enfermedad a abandonar su trabajo por las presiones que este le genera. En el caso que veremos a continuación sujeto trabajaba en un taller mecánico, el cuál abandonó debido al stress que este le generaba, lo que a largo plazo llevó a M.C a volver a un trabajo protegido dentro de una corporación y a elegir cargos y empleos de menor responsabilidad, los cuales demandaron menos presión para el individuo.

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

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

### **Motivación a trabajar**

La motivación a trabajar la definimos como la percepción positiva o negativa del sujeto con respecto de generar acciones concretas de inserción laboral.

## **Alta Motivación a Trabajar**

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

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

C.A Entrevista Nro 4, párrafo 194

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

## **Baja motivación a trabajar**

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

“es que la verdad no me vienen muchas aspiraciones laborales, tengo que hacer clases de matemáticas, pero

me corro, todavía no me empiezo, mi esposa es muy perseverante en las cosas que hace”.

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 77

La poca motivación tiene una directa relación con la trayectoria de vida laboral del individuo, de cómo este percibe la enfermedad de manera subjetiva, y de cuán fuerte haya sido la exposición de los efectos negativos de la enfermedad a nivel social.

## **Red social Primaria. Familia y aspiraciones laborales**

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

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

J.M Entrevista Nro 10. Párrafo 100

Sin embargo, existen ciertos casos donde las presiones no son tan explícitas con respecto al mismo hecho de trabajar, sino que a como se desarrolla ese trabajo, estas actitudes negativas puede ser subestimación del sujeto frente a cierta tarea a realizar, o aprehensiones y temores frente a una virtual descompensación relacionada con la presión y el stress laboral.

“cuando estuve trabajando en la fábrica Costa yo tenía turnos de noche, y llegaba cansado, entonces decidieron decirme a mí en buena onda, que si tomaba algún trabajo no fuera de noche, turnos de día y de tarde nada más, eso me lo dijeron sobretodo por mi salud, porque ellos me veían que yo llegaba al otro día con así unos ojos y lo único que quería era descansar y si descansaba todo el día, me estaba complicando más la salud así que decidieron que no trabajara más en la noche.”

JM Entrevista nro 10, párrafo 112



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

### **Apoyo Afectivo y Material**

Este punto es uno de los más críticos en términos concretos, ya que la familia le entrega un apoyo afectivo sumamente potente al sujeto, pero con poca vinculación material a la red lo que sin duda alguna genera dificultades para que esté genere vínculos con el mercado laboral.

“Mi otro hermano también, él estaba estudiando también, vivía con nosotros y como se había titulado generaba recursos y me compraba ropa, y me ayudaba con los artículos de aseo, mi hermano también me solventaba con los cigarrillos, con comida”  
(JM Entrevista Nro 10, párrafo 92)

Existe una ausencia de capital estructural que es patente y sobre el cuál se debe atacar como uno de los puntos a resolver en la problemática, por último veremos un elemento emergente el cuál se había dejado de lado en las investigaciones anteriores

### **Conflictos y tensiones entre el sujeto y la red**

A medida de que el sujeto desarrolla un tratamiento, y empieza a estabilizar su condición, genera una autonomía mayor en su plan de vida con respecto a su familia, es más independiente y autónomo. Paradójicamente pese a que la situación mejora, también genera conflictos entre este y su red social primaria.

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

JCT Entrevista Nro 3, párrafo 109

Como vimos anteriormente el de JCT es un ejemplo paradigmático, debido a que su decisión de casarse tomada de forma autónoma, provocó el distanciamiento y posterior quiebre con su familia, esta sobreprotección adquiere niveles negativos cuando el sujeto entra en conflicto al expresar su propia autonomía.

En síntesis al contrario a lo que se planteaba en estudios anteriores respecto a la relación sujeto-familia:

- 1) En primer lugar el sujeto no es un actor pasivo totalmente influenciado por su medio, sino que tiene una opinión respecto a su propia vida y convicciones fuertemente arraigadas acerca de la manera de manejar aspectos importantes a nivel social tales como la búsqueda de un trabajo, el matrimonio, los hijos etc.
- 2) Las redes sociales del sujeto no siempre generan interacciones positivas ni poseen un contenido totalmente terapéutico, sino que entran en conflicto con el sujeto cuando sus perspectivas subjetivas chocan en relación a sus expectativas de vida.

## **Red social Secundaria. Una relación compleja y ambivalente.**

Desde el enfoque sociocomunitario en salud la red social secundaria cumple un papel fundamental como facilitador de las interacciones entre el sujeto y la sociedad en aspectos como la integración laboral y académica entre otros.

Sin embargo existe un papel ambivalente y poco investigado acerca de las relaciones entre las redes sociales y el sujeto:

En primer lugar, cumplen un papel de apoyo afectivo sumamente relevante para el sujeto, ayudándolo a llevar de mejor manera fenómenos de stress y destensionando la relación entre el sujeto y su familia en momentos críticos:

Bueno acá en la corporación lo más importante es el apoyo psicológico, yo he llegado a conversar con Antonio de un punto de vista más personal, que ellos son los más conocidos, el apoyo es psicológico, soluciones, soluciones a mis problemas, por ejemplo que hacer cuando estoy frente a una crisis, y un caso potente es cuando quiero renunciar a una empresa o una pega, el Antonio me ayuda a recapacitar, me dice que no lo haga.

(M.C Entrevista nro 9, párrafo 244)

Sin embargo, en todos los casos se repite una ausencia de capital estructural preocupante, y nulos vínculos con el mercado laboral, lo que genera un escenario complejo para aquellos sujetos que opten por insertarse laboralmente.

Otro de los puntos complejos se da en la relación entre el sujeto y la institución encargada de llevar a cabo la reinserción, al ser este un ambiente protegido, el sujeto con esquizofrenia, desarrolla una dinámica de dependencia afectiva al espacio protegido, sin tener motivación suficiente para querer abandonar este sitio, lo cuál genera una relación de dependencia perjudicial para el individuo en su reinserción.

## **CONCLUSIONES: HACIA UNA NUEVA INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL**

Luego de revisar el análisis podemos dividir las conclusiones en 4 grandes elementos.

- |    |   |
|----|---|
| 1) | Las interacciones entre el sujeto y la red son dinámicas activas y reciprocas.  |
| 2) | El sujeto con esquizofrenia no es un actor pasivo e influencia de manera negativa o positiva a su red, así mismo la red posee actitudes negativas y positivas frente al sujeto. |
| 3) | Las actitudes positivas de la red son: Acompañamiento, apoyo anímico, tolerancia a la frustración   |
| 4) | Las actitudes negativas de la red son: Falta de autonomía, sobreprotección, subestimación   |

En síntesis, existe una relación proactiva entre la percepción que el sujeto tenga de las redes en las que participa y la forma en que este concibe su proceso de inserción laboral.

Sin embargo, en todos los casos estudiados la ausencia de contactos con el mercado laboral competitivo es notoria, la red no cumple su función vinculante con el mundo del trabajo.

¿Existe alguna posibilidad concreta de complementar la inserción social de mejor manera, para mejorar las condiciones de empleabilidad para sujetos con esquizofrenia?

## **El empleo con Apoyo: Un nuevo enfoque.**

Existe evidencia empírica que nos permite realzar la importancia de una instancia entre el sujeto y el mercado laboral, diversas experiencias exitosas de centros de empleo con apoyo para personas con trastornos psiquiátricos a nivel nacional e internacional así lo corroboran.

El centro comunitario de salud mental de Coronel funciona desde el 2002, y surge como una necesidad de la población de contar con un centro especializado de diversos trastornos psiquiátricos severos.

Este centro lleva a cabo en el periodo comprendido entre el año 2004 y el año 2006 un programa piloto de empleo con apoyo, en un contexto social complejo, ya que la comuna de Coronel se destaca por un alto porcentaje de cesantía 11,3% y pobreza 34,8%, debido esencialmente al cambio de restructuración productiva del país durante las últimas décadas, recordemos que Coronel es una zona esencialmente carbonífera y minera, debido al cierre de estas minas, la mayoría de su población ha tenido graves problemas para insertarse laboralmente en otras actividades económicas, complejizando aún más la inserción de personas con trastornos psiquiátricos severos.

### **Población beneficiaria plan de inserción laboral Cesfam coronel.**

55 mujeres mayores de 18 años dueñas de casa sin actividad laboral que han sufrido casos de enfermedad mental y han sido dadas de alta pertenecientes a la comuna de Coronel Octava región Chile. El programa contó con enfoque transversal y multidisciplinario que permitió no solo el apoyo en términos laborales, sino que también en beneficios múltiples a nivel de salud mental para las participantes:

### **Descripción de actividades del programa de empleo con apoyo:**

- A) Educación en temas de salud mental.
- B) Educación en temas de género.
- C) Refuerzo de habilidades sociales
- D) Talleres de capacitación sociolaborales.
- E) Jornadas de autocuidado.

### **Resultados.**

Los resultados de este programa tomando en cuenta las condiciones estructurales de vulnerabilidad laboral que presenta la comuna son sumamente exitosos:

- A) Entre el 2002 y 2004 el flujo de las usuarias no presentó recaídas.
- B) El indicador más importante ha sido la reinserción laboral el cuál el año 2002 correspondió a 40% el año 2003 al 46% y el año 2004 al 5,5%
- C) En relación a las derivaciones de la usuarias que presentaron patologías diferente al diagnóstico de ingreso a Cosam durante su participación en la experiencia el año 2002 fue del 20% el 2003 del 6% y el 2004 de un 5%
- D) La causa de egreso de las mujeres del programa ha sido un 63% por inserción laboral y el 18,5% abandonó o fue reingresada al servicio de salud mental por otra patología.

### **En síntesis, para iniciar el camino hacía una inserción laboral plena proponemos:**

- 1) Instancias sociocomunitarias que generen redes proactivas con el mercado laboral, preservando los elementos positivos que la red social provee al sujeto y eliminando paulatinamente los negativos.
- 2) Respeto hacía la autonomía del sujeto.

- 3) Generar condiciones de empleabilidad que puedan darle al sujeto una mejor calidad de vida a corto mediano y largo plazo.

## **Bibliografía**

- 1) Alexander, J. (2000), las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Barcelona: Editorial Gedisa.
- 2) Bravo Ortiz, M. (1999), Redes Sociales y Evolución de la Esquizofrenia. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid: [s.n]
- 3) Burgos, Nira (2005) ¿Y después del alta que?: Integración Sociolaboral de personas que han sufrido enfermedad mental. COSAM Coronel, Aparecido en Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- 4) Berger, P & Luckmann, T. (2001), La Construcción Social de la Realidad, (17° Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 5) Bourdieu, P. (1997). Razones Practicas: Sobre la Teoría de la Acción. Barcelona: Anagrama
- 6) Bourdieu, P. (1999). Poder, Derecho y Clases Sociales. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- 7) Canales, M. (2006). Metodologías de Investigación social. Santiago: Ediciones LOM
- 8) Chuaqui J & Prieto F. (2006).”Esquizofrenia, talleres protegidos, empresas sociales y desempeño laboral”. Proyecto de investigación FONDECYT N° 1040186, Patrocinado por la Universidad de Viña del Mar. Viña del Mar.
- 9) Flick, U. (2004). Introducción a la Investigación Cualitativa. Madrid: Morata Versión Electrónica en [<http://books.google.cl/books?id=o0iLN8Ag8ewC&printsec=frontcover>]
- 10) Goffman, E.(1986). Estigma: La Identidad Deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu
- 11) Goffman, E. (1992). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales (6 Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 12) Goffman, E. (1997). La presentación de la persona en la vida cotidiana. (5 Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- 13) Goyette, M. (2005). Redes Sociales e Inserción Social: El Interés de un Enfoque relacional para la Investigación en Trabajo Social. Revista Tabula Rasa, número, 03, pp. 223-251
- 14) Hanemann, R. (2000), Introducción a los métodos del análisis de redes sociales, Universidad de California, Recuperado 12 de Mayo 2009 [versión electrónica en <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Introduc.pdf>.]
- 15) Joseph, I. (1999). Erving Goffman y la Microsociología. Barcelona: Gedisa

- 16). Lozares, C. (2000). La Teoría de Redes Sociales, Papers. Revista de Sociología, 48, pp. 103-126,[ versión electrónica [http://:seneca.uab.es/antropologia/ars/paperscarlos.rtf](http://seneca.uab.es/antropologia/ars/paperscarlos.rtf)]
- 17) Lemos, G. (1990). Redes de Soporte Social y Salud, Revista Psicothema, 1990, vol2, nro 2, pp. 113-135
- 18) Martínez, F. (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia, Cuadernos de Trabajo Social, 13, pp. 299-322.
- 19) Navarro, P. (1999). Cap. 7 Análisis de Contenido en Delgado, J. METODOS Y TECNICAS CUALITATIVAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES, pp. 178-223, Madrid: Rustica
- 20) Organización Mundial de la Salud. (2003). “Fomento de la Salud Mental”. Madrid, España
- 21) Organización Panamericana de la Salud. (2008). Jóvenes Opciones y Cambios. Promoción de conductas Saludables en la Adolescencia. Washington.
- 22) Rivoir, A. (1999). “Redes Sociales: ¿Instrumento Metodológico o Categoría Sociológica?. Universidad de la República, Nro 1: Montevideo.
- 23) Rizo, M. (2005). La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad, Razón y Palabra, Nro 45, capturado 16 de Junio del 2009 en <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>].
- 24) Ruiz Jiménez M.T, Partido, Anchía, Peón. (2008).”Calidad de vida y esquizofrenia”. Madrid: AMAFE.
- 25) Schütz, Alfred. (1932). La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva, Ediciones Paidós, Barcelona, 1ª reimpresión en España, 1993.
- 26) Schütz, A. (1974). Estudios Sobre Teoría Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- 27) Stotz-Ingenlath G (2000) «Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. Medicine, Health Care and Philosophy “, [sn]
- 28) Valles, M. (1999), Técnicas Cualitativas de Investigación Social, (1 Ed). Madrid: Síntesis.

#### Referencias Electrónicas.

[http://www.empleoconapoyo.org/aese/IMG/pdf/ONCE-EMPLEA\\_CONSELL\\_MALLORCA\\_.pdf](http://www.empleoconapoyo.org/aese/IMG/pdf/ONCE-EMPLEA_CONSELL_MALLORCA_.pdf),  
revisado 20 de Mayo 2011

#### Estudios Consultados.

1era Encuesta Nacional de la Discapacidad Fonadis, Gobierno de Chile, Santiago 2004.

Encuesta Nacional de Pobreza Casen 2006, Gobierno de Chile.

