

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PSÍQUICA: UNA MIRADA DESDE LAS ORGANIZACIONES DE APOYO A
LAS PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

AUTORES:

Sara García C.I: 25.840.408

Arianna López C.I: 25.773.470

TUTOR:

Dra. Yudi Chaudary

Caracas, Noviembre 2018



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
 ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
 COMISIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



VEREDICTO

Reunidos en: el Salón de Profesores, el día 19/11/2018, los Profesores: JOSÉ IBARRA O., SARA VERA y YUDI CHAUDARY, designados por el Consejo de Escuela en su Sesión de fecha 14/11/2018, para examinar el Trabajo Especial de Grado, titulado:

La inserción laboral de personas con discapacidad psíquica: una mirada desde las organizaciones de apoyo a las personas que padecen de Esquizofrenia.

Presentado por los Bachilleres: GARCIA, SARA y LÓPEZ ARIANNA, titulares de la cédula de identidad números: 25.840.408 y 25.773.470, hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO, Mención Honorífica

Jurado Evaluador

Prof. Yudi CHAUDARY
 Tutor



Prof. José Ibarra
 Jurado 13472756

Prof. SARA VERA ASCANIO
 Jurado 4235618

DEDICATORIA

A Dios que nos da la libertad para vivir cada día en su camino

A la Virgen María como regalo de amparo y compañía

Y muy especialmente, a las personas con esquizofrenia por su esfuerzo y dedicación, no han sido olvidados, son un ejemplo de recuperación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Padre, Hijo y Espíritu Santo que en una sola persona me sigue impulsando, amando día tras día. Y regalarme cada servicio para la construcción de su Reino.

Por mi Madre en el cielo, que de su mano me lleva a su amado hijo

Por mi vocación al servicio de la juventud que me ayuda a tener esperanza y perseverar

Por mis Padres, Raquel Hernández y Miguel Ángel García quienes con su esfuerzo y amor me impulsan a perseverar en mi educación

Por mis familiares, que con cada grano de arena hicieron mi camino más fácil

Por mis amigos de siempre, por Arianna que ha sido fiel en esta travesía

Por la Prof. Yudi Chaudary que ha tenido la disposición de escucharnos y apoyarnos

Por las organizaciones de apoyo y sus integrantes que en su apertura hizo este trabajo una realidad.

¡Gracias Señor Gracias!

Sara Raquel García Hernández

Quiero manifestar mi profundo y sincero agradecimiento a las siguientes personas e instituciones que colaboraron para la realización de esta investigación.

A la memoria de mi abuela, quien me aconsejó e inculcó en mí los hábitos de estudio que, el día de hoy, hacen posible alcanzar esta meta

A mis padres, personas fundamentales en mi vida, quienes con su esfuerzo, apoyo, estímulo y colaboración fueron indispensables para lograr este triunfo

A mis familiares, en quienes encontré la ayuda para poder realizarme como profesional

A mis amigos, en especial a Sara, ya que en ella encontré el apoyo para la pronta satisfacción de esta tesis. A todos ellos les agradezco el hecho de estar en todo momento a mi lado, dándome ánimo y soporte.

A la profesora Yudi Chaudary, persona maravillosa quién confió en nosotras en todo momento, por todas sus enseñanzas, consejos, paciencia y, especialmente, por haber tenido siempre la disposición de ayudarnos y orientarnos en esta investigación.

A las organizaciones de apoyo que, con la mejor disposición, abrieron sus puertas y aportaron valiosa información sin la cual no hubiese sido posible esta investigación.

A todos ustedes

¡Gracias!

Arianna López G.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES	4
1.2 Objetivos de la Investigación.....	10
1.3 Justificación e Importancia de la Investigación	11
1.4 Limitaciones, delimitación y alcance de la Investigación.....	14
1.5 Aspectos Metodológicos	14
CAPITULO II. PRECEDENTES INVESTIGATIVOS	19
CAPITULO III. ESQUIZOFRENIA: DISCAPACIDAD DE ALTO IMPACTO SOCIAL.....	23
3.1 La Esquizofrenia como Discapacidad	27
3.2 Modelo Biopsicosocial.....	33
3.3 Trabajo Social y Salud Mental.....	35
CAPITULO IV. INSERCIÓN LABORAL ACCESO AL MEDIO SOCIAL.....	38
4.1 Inserción Laboral desde la Teoría organizacional para la Gerencia Humana	43
4.2 Legislación venezolana vinculada a la Inserción Laboral.....	46
4.3 Trabajo Social, promotor de la Inserción Laboral.....	48
CAPITULO V. LA EXPRESIÓN DEL APOYO SOCIAL	51
5.1 Programas de Inserción Laboral en Latinoamérica y España	52

Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales (FuDAP)	54
5.2 Organizaciones Colaboradoras en la Investigación	58
5.3 Trabajo Social en la gestión del apoyo social	61
CAPITULO VI. SOY COMO TU, AUNQUE NO LO SEPAS.....	65
6.1 Resultados y Análisis	65
CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
7.1 ¿Qué se encontró?	81
7.2 ¿Hacia dónde se debe ir?	83
ANEXOS.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	114

RESUMEN

El Trabajo Social ha entendido que la discapacidad es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto. Puntualmente la esquizofrenia, es catalogada por la OMS, como la causa de discapacidad número 14 en el mundo con un 16,7% de la población mundial (2011). El Colegio Real de Psiquiatras considera que la esquizofrenia es “un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento” (2009).

La participación de los Trabajadores Sociales es sumamente necesaria para el abordaje de realidades sociales, en un informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela, OMS en el 2011, se estimó que de 3,22 trabajadores de la salud mental por cada 100.000 habitantes, sólo el 0,3 eran Trabajadores Sociales. En el caso de la esquizofrenia, cuanta más información se posea, más probabilidades existen de desarrollar Políticas en apoyo a tratamientos más eficaces y generar programas de trabajo con apoyo a la inserción laboral que faciliten el acceso a las oportunidades de trabajo adaptadas a las diferentes necesidades y habilidades de las personas con este padecimiento.

Para la persona con esquizofrenia, el trabajo forma un elemento organizador de la vida, estructura su jornada laboral, sus vínculos afectivos, su valoración social, la organización de su vida cotidiana está determinada por su trabajo y este se constituye entonces en un dador de identidad.

Esta investigación tiene como objetivo caracterizar la inserción laboral de personas con esquizofrenia en organizaciones de apoyo en Venezuela, con la finalidad de promover su integración social, el estudio es de tipo descriptivo transversal, con un diseño no experimental de campo. Se realizará un muestreo no probabilístico en las organizaciones de apoyo considerando a las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Para la recolección de información, se planea diseñar instrumentos de apoyo para las técnicas de observación y entrevistas semi-estructuradas; como guía de observación y de entrevistas.

Esta investigación busca demostrar que la persona con esquizofrenia, mientras está empleada, puede lograr reprimir una crisis y rescatar que con la persuasión, la disposición y el apoyo propicio la mayoría de las personas con este padecimiento pueden lograr trabajar.

Palabras Clave: Discapacidad, Esquizofrenia, Trabajo Social, Inserción Laboral

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual los prejuicios sociales y el estigma a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales, los colocan en una posición de alta vulnerabilidad, en donde, o son considerados “personas peligrosas” o son tratadas como si fueran víctimas de algo trágico. El propósito fundamental de la presente investigación es contribuir a la reflexión, consideración y visibilidad de las dificultades humanas y sociales causadas por la esquizofrenia, como un trastorno mental severo que conlleva alucinaciones y conductas delirantes que pueden suponer obstáculos en la realización de actividades cotidianas. Dentro de todo lo que transita la persona que padece esquizofrenia en el medio social, para lograr insertarse en el ámbito laboral, las exigencias y circunstancias van desde la necesidad de apoyo psicosocial hasta la elección de un puesto de trabajo acorde con sus destrezas y habilidades.

La esquizofrenia se presenta en las personas siendo adultos jóvenes, esta es la etapa de mayor productividad del ser humano, y en el caso del empleo, requiere tiempo, energía y conocimiento; de este modo la esquizofrenia presenta en las personas que la padecen un impedimento laboral y social.

Esta investigación se estratifica en seis capítulos, siendo el primer capítulo comprendido por el planteamiento del problema y la metodología a utilizar, el segundo capítulo expone los antecedentes que sirvieron como la base de esta investigación, el tercer capítulo despliega una conceptualización de la esquizofrenia como discapacidad desde un enfoque social, el cuarto capítulo implica el análisis de la inserción laboral como un gran soporte que permite la inclusión social de la persona con esquizofrenia,

en el quinto capítulo se describen programas de inserción laboral que se llevan a cabo en organizaciones de apoyo de otras partes del mundo, así como también la información de las organizaciones que colaboraron en la investigación y por último el sexto capítulo con los resultados, conclusiones y recomendaciones que derivan de la investigación.

CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES

1.1 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (pág. 14). Mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009) afirma que:

“la salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica; al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para las personas con discapacidad mental, quienes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos” (pág. 11).

Para el Ministerio de Desarrollo Social de Chile, la salud mental es un factor primordial para mantener la salud y el bienestar social, en una sociedad que cada vez está más estresada, es necesario la apertura de instancias que inviten al diálogo y que, a su vez, estimulen la participación social de personas con discapacidad pues

“se ven aquejados por las diversas dificultades que nuestra sociedad les impone, en el acceso a las prestaciones de salud, el acceso a la educación inclusiva, el acceso al trabajo digno, y todos los ámbitos

de participación social que se ven impactados por leyes retrógradas y que debemos avanzar en la búsqueda de la igualdad y el pleno disfrute de derechos” (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2015, págs. 9-10)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición define que “un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2016, pág. 17). Por su parte, el psicólogo Xavier Molina define trastorno mental como “una alteración en el equilibrio psíquico de una persona. Habitualmente es vivido como un factor limitante y disfuncional para el normal funcionamiento del individuo en su vida diaria” (Molina, 2015).

El autor clasifica los trastornos mentales de la siguiente manera:

Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico...), trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar, ciclotimia...), trastornos de ansiedad (angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica...), trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría...), trastornos disociativos, trastornos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracón), trastornos del sueño (disomnias, parasomnias), trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, narcisista, por evitación...), etcétera. (Molina, 2015)

Es necesario valorar la perspectiva internacional que es presentada por los organismos que abordan la temática de salud. Específicamente la

Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece los siguientes datos generales acerca de los trastornos mentales (2017):

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Se dispone de tratamientos eficaces contra los trastornos mentales y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.

Los pacientes deben tener acceso a la atención médica y los servicios sociales que les puedan ofrecer el tratamiento que necesitan. Además, es fundamental que reciban apoyo social.

A su vez la OMS considera que los sistemas de salud a nivel mundial aún no han dado una respuesta proporcionada a los trastornos mentales, lo que complica aún más la situación por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. “En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.” (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 93).

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Este Plan tiene los siguientes objetivos:

Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;

Proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;

Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;

Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

La OMS reitera que conjuntamente con la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social. “A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social” (2017). Los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad con un tratamiento adecuado y el apoyo social, “la facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan superando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

De esta manera se plantea el estado de desatención que presenta actualmente la salud mental, pues, según la OMS, la atención “no es recibida, pese a que existen tratamientos eficaces, incluso farmacológicos” (2011). Además se debe propiciar, a nivel global, el apoyo necesario para lograr la integración social de las personas que padecen trastornos mentales.

La OMS, en su Informe Mundial de Discapacidad, reseña el análisis de 37 estudios epidemiológicos que abarcaron 32 países desarrollados y en desarrollo, encontraron “una brecha mediana en el tratamiento del 32% al 78% en distintas condiciones de salud mental, como esquizofrenia,

trastornos del humor, trastornos de ansiedad, y abuso o dependencia de alcohol” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011, pág. 69)

En el caso particular venezolano, existe un marco legislativo que protege y vela por los derechos de la ciudadanía en los aspectos de salud e integración social. En el sentido más amplio, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece la salud de todo ciudadano como derecho social fundamental, como parte del derecho a la vida, con un Sistema Público Nacional de Salud regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad que le da prioridad a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y garantiza tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad; además delega al Estado la responsabilidad de promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el acceso a servicios y el bienestar colectivo. En el ámbito laboral, consagra el derecho al trabajo y el deber a trabajar, es fin del Estado fomentar el empleo para lo cual garantizará la adopción de las medidas necesarias para que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho. (1999, Art. 83, 84 y 87)

La Ley de Salud promulgada por el Estado venezolano en el año 1998, establece que salud no es sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental con una atención integral que comprende múltiples actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes en donde los pacientes tendrán derecho a recibir atención médica con la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aún en situación de conflictos laborales. (1998, Art 2, 25, 28 y 69)

Si bien la OMS establece como directriz que “los gobiernos están en el deber de formular e implementar políticas públicas en materia de salud mental”, en Venezuela, “la política es expresada en materia de planes, programas y proyectos de intervención sin asumir un documento normativo de obligatorio cumplimiento” (Henao, y otros, 2016, pág. 190). En el país existe un programa de salud mental y adicciones, en el cual se reconoce que los trastornos mentales “representan condiciones que limitan e incapacitan a la persona y su familia a participar activamente en el devenir cotidiano y el desarrollo social”, sin embargo, dentro de las estrategias y actividades planteadas, la mayoría se encuadran en materia de detección, prevención y educación de los trastornos y enfermedades mentales, sin presentar mayores respuestas a la atención recibida por la población que ya está diagnosticada con ellos en el país, es decir, no queda expresado con claridad de qué manera el Estado promoverá y facilitará que las personas con estos padecimientos participen activamente en el ámbito social.

Según los autores anteriormente mencionados, aunque Venezuela también tiene un Plan de Salud Mental, éste no ha contado con el respaldo suficiente por los agentes gubernamentales, pero prevalece por el interés de la población, quienes a través de asociaciones privadas, desarrollan acciones para promover la salud mental. La falta de respaldo gubernamental en dicho Plan, puede tener múltiples causas, una de ellas sería “que los gobiernos de turno no han contraído un compromiso explícito para invertir en la salud mental como parte integral de una política de fortalecimiento y regeneración del Estado” (Henao, y otros, 2016, pág. 191).

Venezuela presenta un panorama permeado ampliamente por la crisis, que no deja de arropar aspectos que inciden directamente en el bienestar de la población, afectando, entre otros aspectos, la atención en materia de salud, específicamente en salud mental donde el recorrido es complejo pero sumamente necesario en su protección y actuación.

A partir del planteamiento antes señalado, surgen las siguientes interrogantes

- ¿Qué características tiene la inserción laboral de personas con esquizofrenia?

- ¿De qué se concibe la esquizofrenia a modo de discapacidad?

- ¿Cómo son los programas para la inserción laboral de personas con esquizofrenia?

- ¿Cuáles son las organizaciones de apoyo a las que puede acceder la persona que padece esquizofrenia en la Gran Caracas?

- ¿Cuántas de estas personas con esquizofrenia se encuentran en cada etapa el proceso de inserción laboral?

1.2 Objetivos de la Investigación

General

Caracterizar la inserción laboral de personas con esquizofrenia en organizaciones de apoyo en Venezuela, con la finalidad de promover su integración social

Específicos:

- Reconocer la esquizofrenia como discapacidad y la inserción laboral como mecanismo socializador.
- Describir los programas para la inserción laboral de personas con esquizofrenia que se desarrollan en organizaciones de apoyo de América Latina y Europa.

- Identificar las organizaciones de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia, en los municipios Chacao y Baruta de la Gran Caracas, Venezuela.
- Registrar la participación de las personas con esquizofrenia en las etapas del proceso de inserción laboral.

1.3 Justificación e Importancia de la Investigación

A partir de la premisa de que la discapacidad es una construcción social, su estudio es una tarea de investigación que

Supone una implicación práctica en la mejora de las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad. Asimismo, dicha tarea implica explicitar los mecanismos sociales que propician que dichas personas estén sistemáticamente condenadas a la exclusión y a la marginación en las sociedades, lo cual es el resultado de procesos históricos, económicos y culturales. (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2015, pág. 16)

En el Trabajo Social se ha entendido que la discapacidad no es una condición que deba completarse o repararse, por el contrario, “es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo). La discapacidad toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea”. (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), 2015, pág. 16)

Con la siguiente investigación se procura dar a conocer e informar acerca de las necesidades y los deseos del individuo con esquizofrenia que, básicamente quiere lo mismo que la mayoría de los seres humanos del mundo: tener una vida propia en la que pueda desarrollar sus capacidades

de acuerdo a sus intereses, donde pueda tener independencia personal y social.

Según Franco, Soto, García, y Muñoz “El empleo es la mejor protección contra la exclusión social. A fin de desarrollar un empleo de calidad, conviene desarrollar la capacidad de inserción profesional, en particular gracias a la adquisición de competencias y a la formación permanente” (2007, pág. 41), con esta investigación se intenta demostrar que las personas que padecen esquizofrenia también pueden tener acceso al mercado laboral, reforzando el empleo como elemento clave para la participación social.

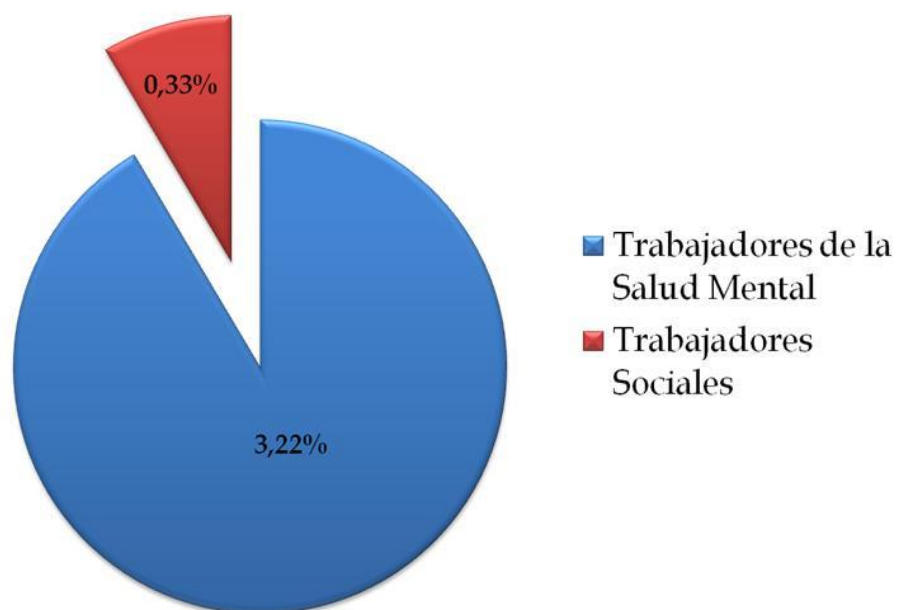
La obtención de empleo por personas con enfermedad mental, y más concretamente con esquizofrenia, parafraseando lo que dicen los autores Franco et all (2013), incide positivamente sobre la autoestima, la disminución de los síntomas y la reducción de la dependencia, así como en el incremento de la autonomía, e incluso en la propia psicopatología, y consecución de objetivos asistenciales, como la reducción de las estancias hospitalarias y de los ingresos

Para Manuel Zuñiga Cisneros, el Trabajo Social busca “levantar el espíritu y las posibilidades del sujeto objeto de la ayuda, a fin de que en adelante él siga valiéndose de sus propios medios; o sea, como suele decirse en el lenguaje de esta técnica: restituir el individuo a su medio social, volver a ponerle en marcha, volver a hacerlo productivo”. (1963).

Miguel Ángel de Lima, vicepresidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, en un reportaje realizado por la periodista Patricia Marcano, advierte que “la crisis no es solamente de psicofármacos, es general de la salud mental porque no hay psiquiatras ni psicólogos clínicos, trabajadores sociales, psicoterapeutas ni enfermeras psiquiátricas” (2016).

La participación de los Trabajadores Sociales es sumamente necesaria para el abordaje de realidades sociales, en un informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela, realizado por la OMS en el 2011, se estimó que de 3,22 trabajadores de la salud mental por cada 100.000 habitantes, sólo el 0,3 eran Trabajadores Sociales.

Grafico n° 1 - Participación de los Trabajadores Sociales



Elaborado por las autoras

Con esta investigación se pretende generar una referencia documental para demostrar que, a través de programas de apoyo a la inserción laboral, las personas que padecen esquizofrenia pueden tener acceso a oportunidades de trabajo que estén adaptadas a sus diferentes necesidades y habilidades. Los procesos que viven las personas con trastornos mentales pueden ser canalizados por Trabajadores Sociales abocados al área, en el caso particular de la esquizofrenia, cuanto más información se posea de

dicho trastorno, más probabilidades existen de desarrollar Políticas en apoyo a tratamientos más eficaces y una mejora en la atención.

1.4 Limitaciones, delimitación y alcance de la Investigación

En tal sentido, la investigación presenta dos ejes de limitaciones, el primero es que no se logren los enlaces requeridos con las organizaciones de apoyo, y el segundo estaría vinculado con el ocultamiento de información por parte de las personas que padecen esquizofrenia.

El trabajo investigativo se enfocará en las personas que padecen esquizofrenia y se encuentran en organizaciones de apoyo ubicadas en los municipios Chacao y Baruta de la Gran Caracas, Venezuela. Será realizada desde Noviembre del año 2017 hasta Noviembre del presente año.

Se plantea la posibilidad de dar a conocer la realidad de las personas que padecen esquizofrenia. Las autoras pretenden colaborar en eliminar la concepción de que son seres estigmatizados extraños a la humanidad, que no pueden ser incorporados en actividades sociales ni ocupacionales, pues esto sin duda representa un obstáculo para su recuperación e integración, y colabora con la exclusión, marginación y la falta de apoyo y recursos, tanto por las creencias negativas, los prejuicios y la discriminación.

1.5 Aspectos Metodológicos

Un paradigma es “un fenómeno cultural, toda vez que detrás de ésta legitimidad se encuentran valoraciones que se estipulan como supuestos que se dan por dados” (Kuhn, 1971). A pesar de que no existe un paradigma que establezca la verdad absoluta a la situación planteada, la presente investigación se aborda desde el paradigma interpretativo o cualitativo ya

que en él “debe existir una relación específica entre el investigador y su "objeto" de estudio. La interacción entre las partes involucradas debe ser dinámica y flexible” (Hernández & Rivera, 2009, pág. 9). Este paradigma permite ver la realidad como objetiva, viva y comprensible por todos los miembros que interactúan en ella, le otorga gran importancia a comprender la situación desde la perspectiva de los participantes de las tres organizaciones (Buena Voluntad Asociación Civil, el Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares y la Fundación para la cooperación del desarrollo integral de sociedades especiales).

La investigación planteada se enmarca en el tipo descriptivo, se pretende especificar las particularidades de la esquizofrenia como padecimiento, de los esquizofrénicos como grupo vulnerable, y de la inserción laboral como aspecto macro y central de la investigación, con el fin de caracterizar dicho proceso y su impacto en la inclusión social de la persona con el padecimiento antes mencionado. Es transversal, ya que se recolectarán datos en un solo momento, en espacios cortos de tiempo.

Tiene un diseño no experimental de campo, pues se observarán y recogerán los datos del proceso de la inserción laboral de personas con esquizofrenia en forma directa de la realidad, pero además se hará tal y como se da en su contexto natural, sin manipular las variables.

Las técnicas de recolección de datos que se emplean en la presente investigación son:

- La observación participante: Bárbara Kawulich valida la concepción que Bernard Russell le otorga, como aquel “proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está

ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello” (Kawulich, 2005), esta técnica le permite a las investigadoras observar y registrar las conductas las personas con esquizofrenia, participando en las actividades que se llevan a cabo en las diferentes instituciones seleccionadas.

- La entrevista no estructurada: las autoras Liduvina Carrera y Mireya Vázquez aclaran que, aunque es una técnica que “no dispone de una guía predeterminada, si se orienta por unos objetivos preestablecidos” (Carrera & Vázquez, 2007, pág. 100), para la oportunidad las investigadoras se plantean indagar en la percepción que tienen los directivos y representantes de las diferentes organizaciones sobre la posibilidad de la inserción laboral de las personas que padecen esquizofrenia.
- La entrevista semi-estructurada que, desde las características que supone para Peláez y otros, implican “determinar la información relevante que se quiere conseguir”, desarrollándose con preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, que permite ir entrelazando temas” (Peláez, y otros, S/F, pág. 4). Este tipo de entrevista focalizada va dirigida al informante directo, que para este proyecto es la persona con esquizofrenia que forma parte de la organización de apoyo.

Para la validez y confiabilidad en la investigación, se tiene apoyo en construcciones documentales y de campo. En el procedimiento metodológico, se realiza, previa selección de los tópicos, una guía de entrevista semiestructurada y una guía de observación. Luego, los tópicos y preguntas serán examinados y valorados por el psicólogo Antonio Moncada y el psiquiatra Luis Colmenares, antes de su aplicación.

La investigación en curso cuenta como población con las personas que se encuentran en las tres organizaciones de apoyo seleccionadas. Para la

muestra, se realizará un muestreo no probabilístico intencional, seleccionando sólo a las personas que padecen esquizofrenia, y estén o hayan estado, empleadas en determinado momento de su vida. El aspecto laboral es la principal característica a considerar por las investigadoras, pues esta investigación busca demostrar que la persona con esquizofrenia, con la persuasión, la disposición y el apoyo propicio, puede lograr trabajar.

En el procesamiento de datos se empleará el diseño narrativo, el cual Sampieri, Collado y Baptista, al citar a Czarniawska, lo presentan como aquel diseño que “pretende entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron” (2014 , pág. 487). Mencionan también que este diseño se centra en “narrativas”, entendidas “como historias de participantes relatadas o proyectadas y registradas en diversos medios que describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente” (2014 , pág. 488)

El investigador en el procesamiento narrativo “contextualiza la época y lugar donde ocurrieron las experiencias y reconstruye historias individuales, los hechos, la secuencia de eventos y los resultados e identifica categorías y temas en los datos narrativos, para finalmente entretejerlos y armar una historia o narrativa general. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014 , pág. 487)

Sampieri Collado y Baptista acotan que para este diseño regularmente se utilizan como herramientas de recolección de los datos “entrevistas, documentos (cartas, diarios, elementos en internet —mensajes o fotos en redes sociales— y electrónicos —comunicados vía teléfono móvil—, etc.), artículos en prensa, imágenes, audios y videos, artefactos, expresiones artísticas y biografías y autobiografías o historias de vida” (2014 , pág. 488).

El procesamiento según, (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), consiste en lo siguiente:

1) recopilar historias o narraciones de experiencias de los participantes en función del planteamiento del problema

2) armar una historia general entretejiendo las narrativas individuales.

Los investigadores ubican “narraciones y experiencias personales en el contexto social de los participantes (su trabajo, sus hogares, sus eventos y comunidad), el geográfico (lugar) y el histórico (tiempo), para luego ensamblarlas en una trama o presentación secuencial (narrativa general)”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

CAPITULO II. PRECEDENTES INVESTIGATIVOS

Sobre el tema que se aborda en la presente investigación, se encontraron los siguientes antecedentes mencionados a nivel nacional e internacional que guardan cierta relación con el tema que se investiga.

Mercedes Servigna realizó en el año 2015 un trabajo especial de grado titulado “**Funcionamiento social e inserción laboral en personal con esquizofrenia**”. Obtuvo entre sus resultados que el 71,2% de los participantes tuvo un empleo remunerado antes de la primera hospitalización o primer episodio, de éstos el 53,8% presentó cambios en su desempeño laboral y 36,59% cambió con frecuencia de trabajo. El 46,6% de los participantes se encontraba laborando, y el 53,8% se encontraba sin trabajo.

Al describir los factores predictores (aquellos que inciden positiva o negativamente) de la inserción laboral de personas con esquizofrenia, Servigna obtiene como resultado, la presencia de factores personales (sexo, raza, edad, autoestima, estilo de vida, hábitos) y el ajuste pre mórbido (características personales, relaciones interpersonales, comportamiento) como facilitadores de la inserción laboral de personas con esquizofrenia que asisten a CATESFAM Zulia, y como principal barrera los factores ambientales (ambiente físico, social y actitudinal donde viven y desarrollan sus vidas, externos a los individuos) fundamentalmente son aquellos relacionados con el estigma y las relaciones sociales significativas. (Servigna, 2015)

Beltrán y Rodríguez (2012) realizaron una investigación descriptiva con diseño de campo titulada **“Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA. Cumaná”**, en el año 2011. Esta investigación arrojó como resultado que durante su adolescencia ambos pacientes habían logrado integrarse en diferentes ámbitos sociales, pues la Sra. María Antonieta trabajó en una zapatería, fue costurera y cocinaba, mientras que el Sr. Carlos Roberto realizó cursos en el Instituto Nacional de Capacitación y Educación (INCE) de latonería y pintura, trabajó pintando casas y en una cauchera. Sin embargo en su adultez, cuando sus síntomas se agudizan, ambos pacientes reciben rechazo social, a pesar de sus deseos de incorporarse en el mundo laboral.

Las autoras también llegan a la conclusión de que los pacientes con esquizofrenia son altamente dependientes de sus familiares para la subsistencia, pues el deterioro de los mismos se capta más en la adultez, en la etapa productiva y es por esta razón que “la familia debe fortalecerlos, para garantizar un ambiente placentero y propicio para todos sus miembros” (Beltrán & Rodríguez, 2012, pág. 14).

José Gutiérrez-Maldonado, Marta Ferrer-García, Alejandra Caqueo-Úrizar y Paula Fernández-Dávila de las Universidades de Barcelona y de Tarapacá (Arica, Chile) respectivamente, en su trabajo titulado **“Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores”**. En el proceso de campo participaron 45 pacientes y 45 familiares atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile, y de los resultados arrojados, los autores concluyen que los pacientes que perciben apoyo de familiares, amigos y otros afines logran obtener aspectos satisfactorios, positivos y agradables en su calidad de vida, mientras que los aspectos insatisfactorios se relacionan con la percepción de recibir poco apoyo social. “Estos resultados hacen

patente la importancia que tiene la red social de la cual son parte los pacientes con esquizofrenia tanto para hacer posible su estado funcional como para su calidad de vida y curso del trastorno” (Gutiérrez Maldonado et al, 2012, pág. 260).

Asimismo, los autores hacen hincapié en que al tener en cuenta los aspectos relacionados con la integración social y económica de los pacientes con esquizofrenia para trabajar, se reduciría el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidadores cuya calidad de vida suele verse mermada cuando a la persona a su cargo se le imposibilita mantener un empleo por falta de apoyo social y la sensación de aislamiento.

La Revista de Psicología de la Universidad de Chile, publicó la investigación de Daniel Díaz y Sergio Chacón titulada “**Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo**”. El marco muestral estuvo conformado por 10 personas con esquizofrenia que asisten al Centro de Rehabilitación Laboral y 2 miembros del equipo de rehabilitación dicho centro, dando como resultado que existen una serie de factores facilitadores de la inserción laboral como contar con un programa en donde se incluyan y consideren factores que no se encuentren en otros trabajos como los permisos para asistir al médico, la evaluación de la ejecución de tareas según las habilidades y el grado de la enfermedad; así como también el establecimiento de redes entre la institución, las empresas y los familiares que están atentos al proceso de inserción, colaboran como fuente de mejoría.

Dentro de los obstaculizadores para la inserción laboral, los autores descubrieron que la falta de información contribuye con la concepción de prejuicios tanto en la empresa, en el contexto social y en las mismas personas con esquizofrenia, que constantemente sienten temor al rechazo y la discriminación, por ende, “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” (Díaz & Chacón, 2006, pág. 47).

Alvaro Cavieres y Mónica Valdebenito (2004) en su investigación **“Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia”**. Se llevó a cabo con 50 personas con esquizofrenia que fueron atendidas de forma ambulatoria en el Policlínico del Hospital del Salvador de Valparaíso en Chile, y obtuvieron como resultado que los rendimientos de las Funciones Ejecutiva, Concentración y Memoria Visual se asociaron en forma inversa con los síntomas negativos y en forma directa con el puntaje de la escala de calidad de vida QLS.

En el ámbito laboral resultó que aquellos que logran trabajar y lo hacen de forma independiente obtienen mejores rendimientos en las pruebas de memoria auditiva, concentración y memoria de trabajo. Los autores consideran que “la relación directa entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño en los distintos dominios del funcionamiento psicosocial de los pacientes, permite entender la importancia que se les ha otorgado a las manifestaciones neuropsicológicas de la esquizofrenia” (Cavieres & Valdebenito, 2004, pág. 107). Además a juicio de los autores, para poder promover una mejor calidad de vida para los pacientes, se debe aumentar la información que se tiene sobre las consecuencias funcionales que trae consigo el déficit cognitivo en la esquizofrenia.

CAPITULO III. ESQUIZOFRENIA: DISCAPACIDAD DE ALTO IMPACTO SOCIAL

Históricamente se han desarrollado diversas conceptualizaciones y normativas que han intentado dar respuesta a la evolución de la Discapacidad, en las últimas décadas “los conceptos de “deficiente”, “lisiado” o “impedido” que se asociaba a la discapacidad, fueron superados debido a su carácter lineal y mono causal, dado que atribuía la discapacidad a la presencia de enfermedad o deficiencia de cualquier tipo” (SENADIS, 2015)

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) que plantea como la discapacidad “engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación”. (2001)

Indican los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). Así comienza la era de “entender a la Persona con Discapacidad como agentes de Derecho, y a la sociedad como un promotor del cumplimiento pleno del ejercicio de Derechos de toda persona, en igualdad de oportunidades, principio de vida fundamental para el desarrollo y evolución del hombre en una sociedad inclusiva”. (SENADIS, 2015)

Entender la discapacidad como un concepto que ha evolucionado, permitió el viraje de un modelo netamente médico a un modelo social, que en realidad no es una dicotomía, es solo equilibrar y darle el peso adecuado a los diferentes aspectos de la discapacidad y asumir que ésta resulta de la

interacción de las personas que tienen alguna deficiencia con el entorno que evita su participación en igualdad de condiciones. El Modelo Social de Discapacidad se convierte en ese avance que intenta derribar las barreras que le impiden a la persona con discapacidad desenvolverse en su vida cotidiana.

El Modelo Social de Discapacidad, para Agustina Palacios, se fundamenta en dos supuestos (Palacios, 2008)

- En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad, no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales.
- En segundo lugar, se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna.

Este modelo sostiene que aquello que “puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia” (Palacios, 2008).

Con el motivo del Seminario Internacional de Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas, Lena Saleh aporta que el Modelo Social de Discapacidad ha “enfaticando formas en que las políticas y legislación existentes fueran modificadas fundamentalmente para asegurar la eliminación de barreras físicas e institucionales que permitieran la plena e igualitaria participación de personas con discapacidad en la vida comunitaria”. (Saleh, 2004)

Es de real importancia mencionar dicho modelo que incluye y despliega la mirada actual de la discapacidad a nivel mundial, aquella con la

que están de acuerdo las personas que la viven; sin rechazar supuestos anteriores, se abrazan a nuevas redefiniciones para evolucionar de forma positiva en el entorno social, que les involucra a sí mismos en sus condiciones y a quienes les rodean.

En Venezuela, los tipos de Discapacidad a los que responde el ente encargado, el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad y los cuales certifican son los siguientes:

Cardiovascular
Genitourinaria
Mental Intelectual.
Mental Psicosocial
Metabólica.
Musculo Esquelética
Neurológico
Respiratoria
Sensitiva
Visual
Auditiva.

Voz y Habla. (Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS), S/f)

La legislación venezolana responde a la realidad de las personas con discapacidad protegiéndoles desde lo estipulado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el artículo 81 otorgando el derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades, integración familiar y comunitaria, además atribuye al Estado, la familia y la sociedad la garantía del respeto a su dignidad humana, equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias y promoción a la formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones. (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999)

Mediante la Ley para las Personas con Discapacidad, se plantean avances en la protección e inclusión de estas personas, orientadas a la formación del recurso humano para la atención integral, políticas laborales,

formación para el trabajo, empleo para las personas con discapacidad, empleo con apoyo integral e inserción y reinserción laboral.

En su artículo 5 esta ley define discapacidad como

“una condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente”
(Ley para las Personas con Discapacidad, 2007)

Además la ley, en lo referente a la formación del recurso humano para la atención, le otorga la responsabilidad del diseño, coordinación y ejecución de programas a ministerios con competencia en áreas como educación, deportes, salud, desarrollo social, economía popular (Ley para las Personas con Discapacidad, 2007). Sin embargo, en la práctica no se han diseñado ni ejecutado programas que permitan la formación y la capacitación del recurso humano para apuntar la mirada a la comprensión de un mundo laboral en el que la persona con discapacidad pueda elevar el nivel de competitividad de las empresas mientras mejora sus propias condiciones de vida.

3.1 La Esquizofrenia como Discapacidad

En el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, se establece que en América Latina y el Caribe “existe una elevada incidencia mundial de discapacidad generada por trastornos mentales y neurológicos, como resultantes de las psicosis funcionales, demencias, epilepsias, discapacidad intelectual, trastornos derivados del abuso de sustancias y depresión” (SENADIS, 2015)

La OMS, por su parte, en su Informe Mundial de Discapacidad sitúa a la esquizofrenia como condición asociada con la discapacidad siendo la causa número 14 en el mundo con un 16,7 % de la población mundial (2011).

El Colegio Real de Psiquiatras considera que la esquizofrenia es:

“un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida” (2009).

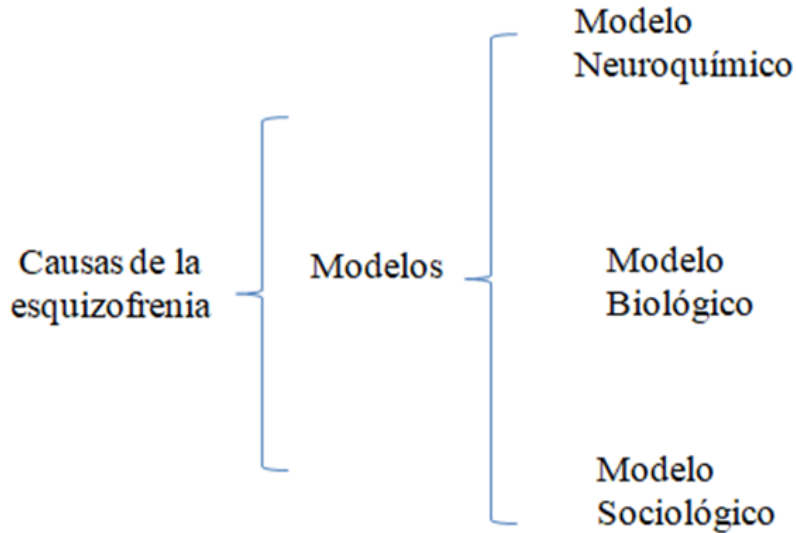
Explica el Colegio Real de Psiquiatras que sus síntomas han sido divididos en positivos y negativos. Los síntomas positivos son los delirios, las alucinaciones y el trastorno del pensamiento; los síntomas negativos son la falta de energía y motivación, los trastornos emocionales y el retraimiento social (2009).

Adrián Triglia (s/f) divide el trastorno en los siguientes tipos:

- Esquizofrenia catatónica: se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente.
- Esquizofrenia simple: los procesos mentales se ven disminuidos, y no tanto los excesos inusuales de actividad mental.
- Esquizofrenia residual: se da cuando en el pasado ha habido un brote de esquizofrenia pero, en el presente, los síntomas positivos son muy moderados y de baja intensidad, mientras que se mantienen "restos" de síntomas negativos.
- Esquizofrenia desorganizada: su característica principal es el modo desordenado en el que van apareciendo las acciones en la persona, su conducta es caótica y carente de coherencia.
- Esquizofrenia indiferenciada: esta categoría se usa para clasificar aquellos casos que no encajan en los criterios diagnósticos.
- Esquizofrenia Paranoide: en este caso los síntomas tienden a ser más psíquicos que motores.

Las causas de la esquizofrenia no son totalmente conocidas. Sigmunda Caribe (2009) explica que la esquizofrenia es la tercera enfermedad más investigada después del SIDA y del cáncer, por lo que aún sigue siendo un misterio para los involucrados en el diagnóstico del trastorno; psiquiatras, psicólogos, neurólogos y demás profesionales relacionados con la salud mental coinciden en que este padecimiento es causado por múltiples factores. Ante esta interrogante muchos se preocupan por dar respuesta a través del modelo neuroquímico, modelo biológico, y/o modelo sociológico, que respectivamente responden a causas antagónicas.

Esquema n° 1 Causas de la esquizofrenia



Elaborado por las autoras

Modelo Neuroquímico

Desde este modelo se sabe que existe una alteración en la transmisión neuroquímica de la dopamina, que produce que el individuo no pueda distinguir entre la realidad y sus percepciones delirantes y alucinatorias; y que el uso de drogas también parece jugar un papel en el desarrollo de esta enfermedad.

Modelo Biológico

Para el modelo biológico, la esquizofrenia tiende a aparecer en familias, según el Colegio Real de Psiquiatras “un niño que tiene un padre con esquizofrenia tiene una probabilidad entre 10 de desarrollar esquizofrenia” (2009). Además de las infecciones virales durante el embarazo y las complicaciones en el parto.

Modelo Sociológico

Responde a implicaciones de agentes externos a la persona, aquello con lo que convivió, su contexto. Menciona el psicólogo Alejandro García Romero que el estrés es “muy importante en la aparición de la esquizofrenia (...) una persona entra en crisis cuando existe una sobrecarga de estrés, si existe una vulnerabilidad” (2016). Entendiendo las situaciones de vulnerabilidad, como aquellas en las que una persona es sometida a un estrés superior al que es capaz de afrontar.

El hecho de “haber pasado en la infancia por una adversidad importante (abuso físico, sexual, emocional, negligencia, acoso escolar, muerte de los padres...) aumentaría las posibilidades de esta persona de sufrir esquizofrenia (2'72 veces más probable)” (García Romero, 2016)

El supuesto que plantea un estudio realizado por el autor responde a que:

“entre los factores que afectan a la esquizofrenia están la vulnerabilidad psicobiológica, la existencia de estresores socioambientales y la presencia de ciertos factores protectores. Cada sujeto tiene un determinado grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, en determinadas circunstancias de estrés, se podría traducir en un episodio esquizofrénico. Así se combinan ciertos factores personales por una parte y ambientales por otra, siendo la combinación de ambos lo que produce el problema” (García Romero, 2016)

En una revisión hecha por McGrath JJ en el año 2005 de 158 estudios realizados entre 1965 y 2001 en 32 países, según el Foro de Salud Mental y la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas, se

“permitió establecer una media con cifras más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000” (2009). Además pudieron constatar que las incidencias son más altas en las zonas urbanas que en las rurales, según el estatus migratorio (mayor en poblaciones emigrantes) y el mes de nacimiento, pues predomina en los meses de invierno.

Los datos de la OMS revelan que la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, y en los varones la probabilidad es significativamente mayor que en las mujeres (2016) . De gran envergadura es ahondar en los conocimientos de este trastorno mental severo, pues apremia a la sociedad en general. Cual sea la respuesta a la causa que lo genera, es un atributo fundamental para mejorar un abordaje más completo y eficaz.

Particularmente en Venezuela, el ex presidente de la Asociación Venezolana de Psiquiatría, Néstor José Macías, en una entrevista hecha por Sol Vargas García en el 2011, reveló que las últimas evaluaciones médicas realizadas arrojaron como conclusión que el 60% de los venezolanos padecen de algún trastorno mental.

Las alteraciones psiquiátricas más frecuentes de los venezolanos son las depresiones, aislamiento social, patologías psicóticas, esquizofrenia, bipolaridad, demencia, déficit de atención, hiperactividad, fobias, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos, intentos suicidas y homicidas. (Vargas García, 2011)

Weffer, L, (2010), según Beltrán & Rodríguez:

En lo que se refiere a nivel nacional, en Venezuela, según el censo casa a casa realizado por el estado venezolano por la Misión José Gregorio Hernández (2008), arrojó que existían a nivel nacional 22.661 personas con discapacidad mental (psicosis, esquizofrenia, etc.), sin embargo, cifras por el Ministerio de Salud señalan que para el año 2008, 216.957 personas sufrían de algún tipo de trastorno mental en Venezuela. Tomando como punto de partida que el Gobierno afirma que la población general del país en ese momento era de 27.934.783 personas, entonces los afectados representarían 0,77%. El Distrito Capital es la entidad con mayor cantidad de casos (Esquizofrenia 2.141 de personas el 1,20%) seguida de Miranda y en tercer lugar, Zulia. Luego están Carabobo, Monagas, Aragua, Táchira, Guárico, Lara y Mérida. Delta Amacuro se encuentra en el último peldaño. Por otra parte en el ministerio se encuentran en la etapa final de elaboración de un nuevo informe, que sentará las bases para diseñar un plan de acción para 2010. (Beltrán & Rodríguez, 2012)

En cuanto a servicios psiquiátricos, en los 11 hospitales psiquiátricos a nivel nacional, se admite un 10% de personas con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes, así reporta la OMS en su informe sobre el sistema de salud mental en la República Bolivariana de Venezuela (Organización Mundial de la Salud, 2013). La atención suministrada en estos centros hospitalarios, está enfocada mayormente en la farmacoterapia, dejando a un lado el aspecto psicológico de los individuos con estos padecimientos; la psiquiatra Florimar Pinto, médico del Hospital Psiquiátrico

Dr. Luís Daniel Beauperthuy, en Maturín, estado Monagas opina que “hay un enfoque que se avoca a la parte farmacológica” (Caribe, 2009) es decir el tratamiento se ha centrado en los elementos físicos del cuerpo y no actúa suficientemente sobre los aspectos psicológicos y sociales, que son partes imprescindibles de todo ser humano.

Lo más efectivo para el individuo con esquizofrenia, son las intervenciones psicosociales pues, como afirma la Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia (AMAFE), éstas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, reducen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar de forma independiente y proveen de soporte a los familiares y/o cuidadores. Mientras que, con la farmacoterapia sólo se disminuyen los síntomas, las intervenciones psicosociales buscan apoyar emocionalmente al individuo y ayudarlo a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia.

3.2 Modelo Biopsicosocial

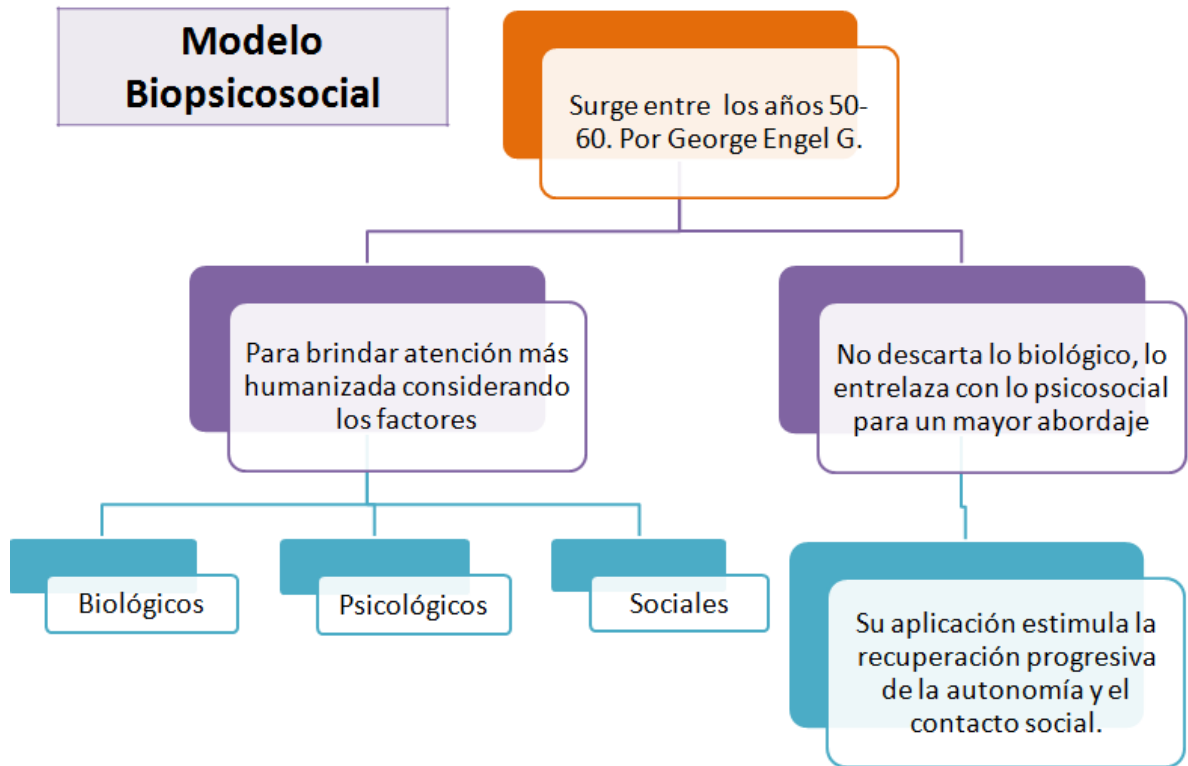
Partiendo de la necesidad de brindar una atención más humanizada que le concediera igual importancia a los factores biológicos, psicológicos y sociales al abordaje de casos clínicos, George Engel G le da vida entre los años 50's y 60's al Modelo Biopsicosocial.

Engel G es consciente de que el modelo predominante de su época es el biomédico, que reduce la enfermedad a parámetros somáticos. Por el contrario, está “a favor de un modelo integral de las dimensiones biopsicosocial. Y que no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psicosociales que se desprenden de la propia actividad médica” (Ramos Pozón, 2004).

El modelo de Engel G. aparece para reivindicar los aspectos psicosociales y probar que el modelo biologicista era insuficiente y reduccionista. Pese a no descartar que las cuestiones biológicas se entrelacen con los datos psicosociales para dar así un mayor abordaje al ámbito clínico, también reivindica su apuesta por lo psicosocial como la aplicación de los principios y prácticas de la misma ciencia. Se trata de que “los profesionales estén más informados y dispongan de más habilidades sobre cuestiones psicosociales”. Todo ello solo puede darse si hay un abordaje multi e interdisciplinar (Ramos Pozón, 2004)

Si el contexto social y ambiental influye sobre la salud mental del individuo, reducir la preponderancia de un sistema asistencial que se apoya en largos, y hasta definitivos, internamientos para en cambio, basados en el modelo biopsicosocial, propiciar espacios que estimulen la recuperación progresiva de la autonomía y el contacto social de los individuos con discapacidad psíquica, es posible involucrar a sus familiares y responsables en su tratamiento, incentivar el desarrollo personal, apoyar la integración social y motivar su dedicación profesional.

Esquema n° 2 Modelo Biopsicosocial



Elaborado por las autoras, basadas en información de (Ramos Pozón, 2004)

3.3 Trabajo Social y Salud Mental

Hablar de la Disciplina del Trabajo Social vinculado a los aspectos ya planteados implica abordar el Trabajo Social en salud mental. Esta área del desempeño profesional, se inicia en los Estados Unidos a principios del siglo XX, cuando se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos “con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios” (Garcés Trullenque, 2010, pág. 334) lo que hizo necesario una completa información sobre las intervenciones sociales para el tratamiento de los pacientes, por lo que los psiquiatras comienzan a darle valor a los datos

sociales y, en consecuencia, al papel del trabajador social, quien se va reconociendo e incorporando como parte de los equipos de salud mental.

Para Garcés Trullenque (2010) el término de salud mental propuesto por la OMS, ya tratado anteriormente, se impone como alternativo al término de psiquiatría, pues busca subrayar en el aspecto de la prevención junto a la exigencia de participación de otros profesionales y sectores implicados, como los legisladores y políticos. En un enfoque amplio de salud mental, el equipo encargado trabaja, no solo en un tratamiento clínico sino en la rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud, además se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral; y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

En la concepción de Liliana Barg, según Gárce Trullenque, “el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...), procurando la integración de las diferentes disciplinas” (2010, pág. 337) pero no sería correcto limitar su participación a la atención de los pacientes, cuando también “brinda la oportunidad de formular estudios psicosociales y trabaja con grupos educativos que apunten a la información y promoción de la salud mental” (Ramírez Ospina, 2012, pág. 11)

Referente a esta práctica dentro de la disciplina Angela María Quintero menciona que “en los procedimientos clínicos y psiquiátricos es donde por excelencia, el profesional de T.S evalúa y atiende a los sistemas familiares” (2001, pág. 11). De dicha presunción deviene lo que la autora plantea al decir que “cualquier intervención en esta área es de por sí terapia familiar”, lo que genera que el profesional se encasille y no sea integrado en otros aspectos de necesaria actuación. Al ofrecer atención en un área que presenta infinidad de detalles, será pertinente su participación en otros

niveles como “recepción, evaluación, prevención, educación y la necesidad de especialización que exigen los procesos terapéuticos” (2001, pág. 11).

Al pensar en la persona con esquizofrenia como un ser relacional que forma parte de un todo, inevitablemente se deben considerar las relaciones interpersonales, la familia, el trabajo, la manera en la que le hace frente a los problemas de su cotidianidad, pues todo le otorgará un significado a su diagnóstico y su tratamiento. La participación del Trabajo Social en este contexto permite incorporar el aspecto social en el análisis del proceso de intervención, presentándose “como el facilitador entre la familia, el paciente y el médico, para la optimización y ajuste de tres áreas fundamentales de intervención profesional: asistencia, gestión y educación”. (Ramírez Ospina, 2012, pág. 25)

El Trabajador Social, según la autora mencionada, actúa “primero como agente de prevención al tratar los aspectos de índole social que son problemáticos para el paciente y segundo al convertirse en un eje fundamental que permite un tratamiento integral el cual se complementa el aspecto Psiquiátrico con el Social” (Ramírez Ospina, 2012, pág. 18)

Se cree pertinente el involucramiento de la profesión en materia de salud mental, aunque aún queda mucho por descubrir en este campo de intervención, no solo en materia preventiva al priorizar el impacto de ciertos factores sociales en la aparición de las enfermedades mentales, sino también en la formulación de estudios psicosociales y actividades con grupos educativos e informativos que faciliten los procesos que viven las personas con estos padecimientos y los familiares responsables de su cuidado.

CAPITULO IV. INSERCIÓN LABORAL ACCESO AL MEDIO SOCIAL

Las personas con esquizofrenia pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad con la atención y tratamiento adecuado junto al apoyo social necesario. “La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan superando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda” (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El trabajo se conceptualiza como “un producto sociocultural dinámico, generado desde el individuo que colabora en la construcción de la realidad social e individual” (Gimeno, 1997) este se convierte en un factor socializador ya que “transforma la naturaleza y evolución del hombre como especie, mientras que psicológicamente es un vínculo de unión entre la persona y la realidad” (Alvaro, 1992). Constituye entonces un factor determinante del individuo en sociedad, que contribuye en su calidad de vida y seguridad.

Para la persona con esquizofrenia, el trabajo “constituye un elemento organizador de la vida del sujeto, en torno a él, estructura no sólo su jornada laboral, sus vínculos afectivos, su valoración social, sino que la organización de su vida cotidiana está determinada por su trabajo... Se constituye entonces en un dador de identidad” (Banatini et al, pág. 67, 1999). Es así como el trabajo, más que una forma de subsistencia, ocupa un lugar clave en

el proceso de recuperación e interrelación social trazando pautas estructuradas, como el horario y las actividades a realizar.

Es importante preguntar acerca de las implicaciones que tiene el trabajo en la vida de una persona que padece esquizofrenia. Frente a esta inquietud el Centro de Atención Terapéutica de Barcelona, España indica que “estar ocupado en una actividad productiva y que tenga sentido resulta básico para conformar la identidad social y personal del individuo y reforzar su autoestima.” (S/F, pág. 86) Además, mientras la persona con esquizofrenia está empleada puede lograr reprimir una crisis; y con la persuasión, la disposición y el apoyo propicio, la mayoría de las personas que padecen esquizofrenia puede lograr trabajar.

Es de relevancia para el paciente, como para todo el mundo, que el tipo de trabajo que realice sea acorde a su estado de salud mental. “Los tipos de empleo más adecuados para quienes padecen esquizofrenia son los que se asocian, en general, con situaciones bien estructuradas que no resultan demasiado estresantes” (Centro de Atención Terapéutico de Barcelona, S/F, pág. 88). Seguir lineamientos pautados y mantener centrada la atención en un solo asunto tranquiliza a quienes padecen esquizofrenia frente a los síntomas como las alucinaciones e ideas delirantes.

Sin embargo, el informe mundial sobre discapacidad que publica la OMS, menciona que el “29% de las personas con esquizofrenia fueron discriminadas a la hora de buscar trabajo o conservarlo” y solo 42% de estas personas se sentía en la necesidad de ocultar su condición cuando se postulaba para un trabajo, intentaba ampliar su educación o capacitación. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Por sus características propias, la esquizofrenia puede fomentar conductas estigmatizantes en el entorno. “Los estereotipos más frecuentes

son: peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad sobre la enfermedad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de sus reacciones y falta de control”. (Foro de Salud Mental y la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas, 2009). Se sostiene una imagen estereotipada de las personas con esquizofrenia en la sociedad en general, y existen innumerables preconceptos en torno al tema. La Asociación Mundial de Psiquiatría ha sintetizado las numerosas creencias erróneas respecto a las personas con esquizofrenia:

- Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas.
- Las personas con esquizofrenia son personas perezosas y poco fiables.
- Las personas con esquizofrenia pueden contagiar su enfermedad a otras personas.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de informar sobre los efectos de la medicación o sobre cualquier cosa que les suceda.
- Las personas con esquizofrenia son incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus vidas.
- Las personas con esquizofrenia son impredecibles.
- Las personas con esquizofrenia presentan un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida.

Las consecuencias más importantes del estigma sobre las personas con esquizofrenia y la salud mental, se reflejan en diversos aspectos: falta de recursos en los servicios de salud mental, problemas en la vivienda, dificultad en la obtención o mantenimiento de puestos de trabajo remunerado o claras muestras de aislamiento social. De por sí, debido a la edad en la que se desarrolla, la esquizofrenia puede representar un papel determinante para la formación educativa o la elección de una carrera profesional, si a eso se le suma el estigma social minado de prejuicio y discriminación, se dificulta el acceso de la persona con este padecimiento al ámbito laboral.

La posibilidad de que la persona con esquizofrenia trabaje es remota, pero no por eso es imposible, a nivel mundial existen algunas empresas concientizadas con esta situación y constantemente se promueven actividades desde el seno de diferentes asociaciones de apoyo que comprueban que, con el apoyo, la orientación, la formación y la experiencia necesaria, estos individuos pueden acceder a un puesto de empleo con las mismas posibilidades que cualquier persona sin este padecimiento.

Panyella según Puerta, Rodríguez y Véliz, define la inserción laboral, como “el proceso o la acción que consiste en ofrecer acompañamiento a individuos que están en situación de exclusión laboral o social, con el objetivo primordial de incorporarse al mercado laboral, dicha acción se desarrolla dentro de un entorno productivo, con funcionamiento de la empresa, para que este individuo permita mantenerse tanto a él como a su familia”. (2008)

Desde la perspectiva de la discapacidad, Jordán Urries define la inserción laboral como “el proceso que debe tener un objetivo finalista, el empleo integrado en empresas normalizadas, es decir, empleo igual y en las mismas condiciones de tareas, sueldos, beneficios y horarios que cualquier otro trabajador sin discapacidad” (Urries, 2003 , pág. 94).

La inserción laboral es un proceso integral en el cual intervienen múltiples factores, “desde las características que presentan las personas y las oportunidades que ofrece el mercado laboral originándose un encuentro efectivo entre la empleabilidad y la ocupabilidad” (Pérez Pelayo, 2012). Para el autor, la empleabilidad representa la probabilidad de inserción laboral según las características que presentan las personas que buscan una vacante, mientras que la ocupabilidad hace referencia a la posibilidad de inserción dependiendo de las oportunidades que existen en el mundo laboral. En este sentido,

“los factores de la empleabilidad son aspectos que se pueden mejorar y adaptar por el demandante, igualmente requieren de esfuerzo, trayectoria y eficiencia, pero los aspectos que integran la ocupabilidad son ajenos al demandante y están mediados por elementos exógenos caracterizándose como impredecibles a causa de su composición, teniendo ventajas y desventajas dependiendo del contexto”. (Pérez Pelayo, 2012)

Dentro de la ocupabilidad, según Rocío Blancas Avilés y Gema Jurado Cobos, se encuentran una serie de factores que se encuentran dentro de esta variable son los siguientes:

- Factores estructurales: cantidad de oferta de empleo, tendencias del mercado, número de empleos disponibles, número de desempleados/as que optan por los empleos disponibles...
- Factores competenciales: Formación académica y complementaria de la persona demandante de empleo, cualificación profesional, experiencia laboral...
- Factores personales: edad, sexo, discapacidad...
- Factores psicosociales: disponibilidad, valor al trabajo, estrategias de búsqueda, necesidad de encontrar un empleo, habilidades y destrezas hacia la búsqueda de empleo... (Blancas Avilés & Jurado Cobos, S/F)

Otro factor importante a considerar para Romero (2004), según Pérez, es la capacidad de saber mantenerse laboralmente para considerar una plena inserción: “la inserción laboral incluye tanto la incorporación de la persona a un puesto de trabajo como el mantenimiento del mismo”. (Pérez Pelayo, 2012)

Con base en lo mencionado, se puede deducir que la inserción laboral es un proceso en el cual interactúan constantemente características individuales como las competencias, las capacidades cognitivas, la formación académica y la experiencia laboral; con el contexto social y los elementos de ocupabilidad como las políticas laborales, la demanda del mercado laboral y la coyuntura económica, hasta generarse una inserción a un empleo disponible en el que la persona debe poder mantenerse, preferiblemente, en un período prolongado de tiempo.

4.1 Inserción Laboral desde la Teoría organizacional para la Gerencia Humana

Plantear la posibilidad de emplear a una persona con esquizofrenia genera la inquietud de cómo gerenciar un equipo integrado por personas con un trastorno mental severo, como la esquizofrenia, y un personal que no lo padezca e incluso no conozca lo que ello trae consigo.

Frente a estas inquietudes, avocarse a dar respuesta conlleva una revisión de lo que implica una teoría organizacional en primera instancia. Aquello que hoy se conoce como gerencia responde a lineamientos contruidos a lo largo de la historia que inicialmente respondían a la eficiencia del trabajo y productividad del hombre para lograr rendimientos que conduzcan a la rentabilidad en las organizaciones. Posteriormente de la mano de pensadores como Weber y Elton Mayo, la organización observa el sentido de lo social, incorpora la visión de humanidad. Básicamente, una teoría organizacional recoge el estudio de las organizaciones y su diseño, como las iniciativas de quienes emprenden procesos productivos que concretan en estructuras funcionales para responder a la rentabilidad y sustentabilidad de una organización.

Con lo anterior, se da pie a la incorporación de la gerencia humana como fin último de plantear una teoría organizacional, donde se promueva un modelo de gestión humana y éste se observe como un componente de la gerencia moderna y su orientación sea la promoción de

“el desarrollo de las competencias de las personas por medio de una labor coordinada y de estrategias de mejoramiento continuo del conocimiento y del talento humano; afirmando, que corresponde a un proceso de gestión dinámica, interactiva e integral, invitan a crecer juntos organización y colaboradores” (Polo, Teoría organizacional para la gerencia humana como factor de desarrollo a escala humana, 2012)

El elemento primordial a considerar responde a una “visión sistemática permanente y dinámica de la organización para atender la demanda de personal en los diferentes frentes de trabajo que afectan la gestión del cual depende en gran medida la respuesta de ésta a sus clientes” (Polo, 2012, pág. 66). Dicha visión sistemática en esta teoría se ve vinculada a la escuela de las relaciones humanas de Elton Mayo, que identifica a las organizaciones como “Organismo Social”, ya que el hombre como ser social y es miembro de una diversidad de grupos (Polo, Teoría organizacional para la gerencia humana como factor de desarrollo a escala humana, 2012). Resulta oportuna la exhortación a una revisión de la actividad interna de la organización y la orientación de la administración, de la respuesta que se pueda generar en una organización que contribuya al desarrollo humano.

Observar la inserción laboral de personas con esquizofrenia desde esta teoría, implica tener suma atención en el desarrollo humano en tanto a las relaciones humanas, las necesidades humanas junto a los bienes económicos que pueda aportar. Involucra protagonizar “un nuevo modo de interpretar la realidad” también a las personas sus procesos de manera más

detallada que signifique originar un orden organizacional que permita conciliar el crecimiento económico y de la persona como tal (Polo, Teoría organizacional para la gerencia humana como factor de desarrollo a escala humana, 2012).

Esta teoría para la actualidad, conserva en su contenido la tendencia por la que se orienta la inserción laboral de las personas con esquizofrenia, considerando en el proceso productivo su potencialidad, la movilización de sus capacidades y su gestión dinámica e interactiva, necesaria en un ambiente de trabajo que facilite y provea aspectos relacionados a lo social.

Se plantea la teoría organizacional para la gerencia humana como fundamentación propicia para orientar el proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia, porque en esta teoría se concentra la tendencia en la que se sitúa la gerencia en la actualidad, considerando a la persona y su participación en la producción, la interacción del conocimiento y las capacidades de los trabajadores con el resultado de productos o servicios. Integra el factor humano que independientemente de las características que posea puede intervenir.

Esquema n° 3 Teoría Organizacional para la Gerencia Humana



Elaborado por las autoras, según la información de (Polo, 2012)

4.2 Legislación venezolana vinculada a la Inserción Laboral

Dentro de la perspectiva legal, en el ámbito laboral venezolano, se cuenta con la Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y las Trabajadoras. Esta otorga el derecho y el deber de trabajar a toda persona, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes, debidamente remunerado proporcionando una existencia digna y decorosa. (Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y las Trabajadoras, 2012)

Persigue la garantía de permanencia del trabajador o trabajadora de no tener causas que justifiquen la terminación de la relación laboral, ofrece la posibilidad de solicitar la reincorporación en caso de haber sido despedido sin una causa que lo justifique. Por último, presenta las condiciones dignas y seguras del trabajo que se realice, permitiéndole a quien trabaja desarrollar sus potencialidades, su capacidad creativa y el pleno respeto a sus derechos humanos. (2012)

La ley expone que las políticas laborales son responsabilidad del Ministerio con competencia en materia de trabajo, que centrará dichas políticas en formación para el trabajo, empleo, inserción y reinserción laboral, readaptación profesional y reorientación ocupacional correspondiendo allí los servicios de orientación laboral, promoción de oportunidades de empleo, colocación y conservación del mismo. (2012)

Por su parte, la Ley para las Personas con Discapacidad, en su artículo 30, hace referencia a la inserción y reinserción laboral, y le otorga la responsabilidad a los ministerios con competencia en materia del trabajo, educación y deportes y economía popular, con la participación del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad; de la promoción, planificación y dirección de programas de educación, capacitación y recapitación que vayan orientados al aspecto mencionado. (Ley para las Personas con Discapacidad, 2007)

Además la ley otorga el deber de incorporar a los planteles de trabajo, no menos de un cinco por ciento (5%) de personas con discapacidad permanente en nómina total, este deber se atribuye a órganos y entes de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, así como las empresas públicas, privadas o mixtas. Aunado a esto, el artículo 18 continúa aportando que, los cargos que se asignen a personas con discapacidad no deben impedir su desempeño, presentar obstáculos para su acceso al puesto de

trabajo, ni exceder de la capacidad para desempeñarlo, ni están en la obligación de realizar tareas que le sean riesgosas. (Ley para las Personas con Discapacidad, 2007)

El cumplimiento de este artículo, genera un interés en las empresas en adaptarse y contratar empleados con discapacidad, permitiéndoles trabajar dignamente y reconociéndolos aptos para el trabajo, y a su vez, para la sociedad. Aunque se avanzó en la promoción de la inclusión de todas las personas, las discapacidades que suelen emplearse con mayor prevalencia, se presume por su fácil notoriedad, son el “Retardo Mental leve y moderado, Síndrome de Down, Dificultades de Aprendizaje y Discapacidades Físicas” (Ortega & Rocco, 2004, pág. 138), así que el reto sigue siendo lograr que las personas que padecen trastornos mentales, una discapacidad que no se descubre a simple vista, puedan gozar también de esta inclusión laboral y social.

4.3 Trabajo Social, promotor de la Inserción Laboral

El Trabajo Social se constituye en la búsqueda de las garantías de los derechos sociales a la ciudadanía, siendo así, se debe acoplar a las realidades en las que se desempeña y actuar en pro de generar las condiciones para su transformación en la búsqueda de los beneficios que pueda aportar, de este modo la inserción laboral de personas con esquizofrenia se plantea como algo posible y viable, en la cual la fuerza laboral puede ser incorporada a los diferentes procesos productivos y sociales en un mercado laboral en constantes cambios. Flavia Manoni, Ana González y Valeria Fracchia promueven la importancia del trabajo “como verdadera herramienta de inclusión social; también el hecho de que no debería haber diferencias en cuanto a la inclusión laboral (debería ser un

derecho equitativo independientemente de la condición de la persona)” (2012).

El objetivo prioritario del trabajador social, en el ámbito laboral, es justamente intervenir en la relación laboral con el fin de lograr el pleno empleo, mejorar la calidad del trabajo, incentivar la productividad con el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos e institucionales, velar por la protección integral de los trabajadores en materia de educación, seguridad social, vivienda, salud, recreación, entre otros; impulsar la capacitación constante y estimular el acceso al trabajo de todas las personas en edades productivas para cumplir con lo establecido en la Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y las Trabajadoras.

Desde el Trabajo Social, se busca promover el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades, el esfuerzo que cada persona hace para proporcionarse una vida digna y las implicaciones que tiene la generación de ingresos propios, producto del trabajo, para la mejora de las condiciones de vida y el acercamiento a la construcción de su bienestar.

Con el Modelo Social de la Discapacidad, se logra reconocer la diversidad como un elemento inherente a la condición humana, para las autoras anteriormente mencionadas, “el cambio en la mirada ha comenzado a correr el velo sobre la inserción laboral de las personas que durante años fueron asociadas al concepto de enfermedad” (Manoni, González, & Fracchia, 2012).

Si se quieren mejorar las oportunidades de inclusión laboral y social para las personas con discapacidad, se debe reconocer que se torna un reto para la misma acceder al trabajo por sí sola, contar con apoyo es primordial, pues le ofrece la posibilidad de percatarse de sus capacidades, se le generan espacios de intercambio y se le otorgan respuestas basadas en el contexto social en el que se inserta.

La persona con discapacidad necesita apoyo para integrarse al mundo laboral (lo cual se verá reflejado en la capacitación, preparación, orientación, acompañamiento y entrenamiento laboral a cargo de los profesionales y el trabajo coordinado con las empresas). Se menciona además la necesidad de que el/la profesional del Trabajo Social se involucre en estos procesos y manifiesten un cambio de concepción acerca de la consideración de las personas con discapacidad, visualizando su capacidad y derecho a trabajar (Manoni, González, & Fracchia, 2012).

La intervención de los trabajadores sociales en el área debe estar relacionada con el concepto de la persona, que más allá de la discapacidad, es un sujeto de derecho, y esta representación social positiva vale como un eco “influyendo en otros actores sociales para generar espacios con mayor equidad entre las personas” (Manoni, González, & Fracchia, 2012). Poder facilitar, desde el trabajo, un ambiente adecuado de educación y concienciación acerca de las dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad para promover la convivencia, más allá de las diferencias.

CAPITULO V. LA EXPRESIÓN DEL APOYO SOCIAL

En la actualidad, se llevan diferentes acciones e iniciativas, a nivel mundial, para ahondar la situación de las personas con esquizofrenia, como tema de interés para diferentes actores sociales, según Daniel Díaz y Sergio Chacón “Tanto instituciones gubernamentales, organizaciones sociales y educativas, como la comunidad en general, se han involucrado activamente en iniciativas orientada[s] a favorecer la calidad de vida de estas personas” (Díaz & Chacón, 2006, pág. 28).

Por esta razón se considera pertinente abordar el tema de las Organizaciones de Apoyo, como un elemento que les ofrece a las personas con discapacidad la categorización del “Apoyo social”, el cual presenta una serie de funciones básicas que son precisadas por José Campos Vidal, como:

- Apoyo emocional, especialmente referido al área afectiva. El apoyo emocional se proyecta sobre las amenazas que se ciernen sobre la autoestima del sujeto
- Apoyo material, en forma de prestación o provisión de ayuda material o de servicios directos
- Apoyo de status, facilitando al sujeto una conformación sobre la pertenencia e integración en un determinado ámbito de relaciones sociales
- Compañía social, posibilitando la participación de actividades sociales, lúdicas y de tiempo libre. Estas relaciones refuerzan en el sujeto la

percepción y el sentimiento de pertenencia, y también facilitan su conexión y contacto con otras redes sociales

- Capacidad de proporcionar apoyo, basado en la reciprocidad de las relaciones que plantea la necesidad que tiene el individuo de sentir que los demás también le necesitan y precisan de su atención y apoyo (Campos Vidal, 1996, pág. 35)

Una Organización de Apoyo, para esta investigación, se considera como aquella cuya estructura organizacional, filosofía y propósito este orientado a ofrecer las funciones básicas del Apoyo Social, como el apoyo emocional, apoyo material, apoyo de status o integración, compañía social y capacidad de proporcionar apoyo desde la reciprocidad.

5.1 Programas de Inserción Laboral en Latinoamérica y España

A continuación se plantea una revisión de programas que dan respuesta a la inserción laboral de personas con esquizofrenia en América Latina y España. Se presentan concretamente las iniciativas de organizaciones de apoyo en países como Argentina, Chile y España, incorporando información básica de la organización y de los diferentes programas en específico.

Latinoamérica:

Cuadro n° 1 Centro Psicosocial Sur Palermo

Centro Psicosocial Sur Palermo	
ONG sin fines de lucro creada en 1987 que desarrolla distintos programas en Rehabilitación Psicosocial Integral, dirigidos a jóvenes y adultos con trastornos psíquicos severos	
Ubicación	Santiago – Chile
Año de creación del programa	2002
Nombre del programa	Inserción Socio-Laboral
Acceso al programa	Cursos abiertos para jóvenes y adultos que presenten dificultades en el ritmo del aprendizaje, aunque no participen de las otras propuestas del centro.
Desarrollo o Características	Cuentan con personal especializado en inserción y seguimiento laboral. Existen convenios de pasantías en diferentes empresas (públicas y privadas), las que brindan una oportunidad laboral ayudando a obtener una experiencia de trabajo.
Actividades en desarrollo	-Brinda servicios de envío de correspondencia y mensajería -Actualmente se está conformando una Cooperativa social de Cocina, la misma elabora y vende comidas y realiza servicios de buffet para eventos.

Elaborado por las autoras, basadas en información de (INTERCENTROS, 2011)

Cuadro n° 2 Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales (FuDAP)

Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales (FuDAP)	
Sus objetivos fundacionales son la asistencia, orientación e información para todas las personas con desorden mental severo, y otros desórdenes mentales relacionados al espectro de la psicosis, con el fin de optimizar la calidad de vida del usuario, posibilitando el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, implementando actividades tendientes a alcanzar el desarrollo de sus potencialidades posibles.	
Ubicación	Córdoba- Argentina
Año de creación del programa	-Sin detalles-
Nombre del programa	Servicio de Inserción Laboral (SIL)
Acceso al programa	Actualmente dirigido a pacientes de la Fundación exclusivamente, sin embargo luego se pretende expandir hacia la comunidad, teniendo en cuenta otros centros, fundaciones, y trabajar en conjunto con otras instituciones, es decir empezar a crear redes institucionales.
Desarrollo o Características	Se centra en la rehabilitación laboral de las personas con TMS, es decir, la adquisición, recuperación o potenciación de conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para lograr la integración socio laboral. Al mismo tiempo, el S.I.L busca la integración psicosocial de las personas en situación de riesgo de exclusión de la comunidad a la que pertenecen.

Actividades en desarrollo	<p>En el S.I.L los participantes llevan adelante un entrenamiento pre laboral, este se encuentra dividido en tres etapas. En la primera, quienes participan, llevan adelante la preventa y elaboración de productos; en la siguiente etapa realizan un entrenamiento pre laboral en atención al público. Y por último, en la tercera etapa se realizan entrevistas de seguimiento a los participantes que se encuentren llevando adelante un proceso laboral.</p>
----------------------------------	---

Elaborado por las autoras, basadas en información de (Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales, 2018)

España:

Cuadro n° 3 Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM.	
<p>Desde 1993, FAISEM tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.</p>	
Ubicación	Andalucía-España
Año de creación del programa	-Sin detalles-
Nombre del programa	Programa específico de empleo
Acceso al programa	<p>Se desarrolla en estrecha relación con los servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público y, cuando corresponde, con la Agencia de Servicios Sociales y</p>

	Dependencia de Andalucía.
Desarrollo o Características	Su programa se basa en dos pilares fundamentales: Los Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo, encargados de diseñar y coordinar los Itinerarios Personales de Inserción, ofreciendo orientación profesional, asesoramiento y apoyo desarrollando actividades formativas y programas de Prácticas y de Empleo con Apoyo; y Las Empresas Sociales del Grupo IDEMA, autónomas en su estructura y funcionamiento pero impulsadas y apoyadas desde FAISEM, como forma específica de empleo de personas con este tipo de discapacidad.
Actividades en desarrollo	La intervención de los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, como estructura de coordinación y seguimiento del conjunto del programa, y la de las Empresas Sociales del Grupo IDEMA como oferta específica de empleo, están permitiendo el empleo de un número significativo de personas con este tipo de dificultades, sirve para superar, las barreras del estigma social en un área difícil pero imprescindible para la recuperación y la plena ciudadanía de este colectivo.

Elaborado por las autoras, basadas en información de (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM., S/F)

Cuadro nº 4 Integración Social Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. AFEM

Integración Social Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. AFEM.	
La Asociación de Familiares de personas con Enfermedad Mental (AFEM) se inicia en 1994 con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con enfermedad mental y de sus familias	
Ubicación	Madrid-España
Año de creación del programa	-Sin detalles-
Nombre del programa	Programa individualizado de Rehabilitación Laboral
Acceso al programa	Para acceder, los usuarios habrán de ser derivados desde los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento
Desarrollo o Características	Preparan y capacitan a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral, con diferentes actividades que se ajustarán a las necesidades de cada caso de acuerdo a lo establecido en su plan individualizado de rehabilitación laboral.
Actividades en desarrollo	Propiciar y apoyar la inserción en el mercado laboral muy especialmente en el normalizado (empresas, autoempleo) o en su caso en empleo protegido (Centros Especiales de Empleo).

Elaborado por las autoras, basadas en información de (Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental, S/F)

El propósito de indagar acerca de las acciones a favor de la inserción laboral de personas con esquizofrenia en otros países, es vislumbrar un camino para Venezuela. Es una invitación a optar por propiciar espacios para atender esta población vulnerable con capacidades y competencias para ser productivos y caminar hacia la atención de la salud mental en el país.

5.2 Organizaciones Colaboradoras en la Investigación

Tras indagar acerca de las organizaciones, en Venezuela, que puedan responder a las características de la categoría antes expuesta, los enlaces fueron establecidos con organizaciones que desempeñan sus acciones en los Municipios Baruta y Chacao, a continuación se presentan sus características.

Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (CATESFAM)

En el año 1998 se constituye legalmente en Venezuela el Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (CATESFAM), una institución sin fines de lucro, sin confesión religiosa, ni militancia política, cuyo fin es la de promocionar la Salud Mental, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales, así como la rehabilitación biopsicosocioespiritual tanto para los individuos, la familia y la sociedad. Se constituye como una comunidad de personas con esquizofrenia, familiares y colaboradores que comparten experiencias, fortalezas, afecto y esfuerzos para sobreponerse de la enfermedad y mantenerse libre de crisis propias de la dolencia, a su vez ayudando a otros esquizofrénicos y familiares en su recuperación.

Tiene como misión “prestar servicios integrales de salud mental en los cuatro niveles de atención, a través del Modelo de Recuperación Personal bajo un enfoque biopsicosocioespiritual para el esquizofrénico y demás

enfermos mentales, su familia y sociedad para una mejor calidad de vida” (Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares , 2014, pág. S/P)

Su visión es “Consolidarnos como una institución a nivel nacional, sustentable, con nuevos paradigmas en la atención integral del enfermo mental, siendo promotores de salud, eliminar el estigma, divulgar conocimientos científicos en el área y lograr que la población atendida se convierta en gestor de su propia recuperación” (Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares , 2014)

Fundación para la cooperación del desarrollo integral de sociedades especiales (Fundacodise)

Fundada en 2004, es una asociación sin fines de lucro de jóvenes y adultos con Discapacidad Intelectual que, apoyados por sus familiares y por profesionales, tienen por objetivo principal “proporcionar a los participantes el ambiente, las condiciones, las herramientas adecuadas a sus características personales para desempeñar una actividad económicamente productiva y hacer que esta población especial tenga la posibilidad de soñar, de luchar, de generar riqueza, de contribuir al desarrollo social con equidad y con un alto sentido de dignificación”. (FUNDACODISE, s/f)

Misión: “mejorar la calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual al promover sus competencias, buscando su autonomía, seguridad y dignidad, para el ejercicio de la ciudadanía” (FUNDACODISE, s/f)

FUNDACODISE es actualmente la primera y única organización en su área de actuación, recibe la autorización de parte del Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social, por el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad –CONAPDIS- y por el Ministerio para el Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social para que las que las

personas con Discapacidad Intelectual puedan cumplir con su trabajo, pero en una Unidad Laboral que funcione fuera de las plantas físicas de las empresas que los contrate

En un primer encuentro con el Sr. Nelson Fernández, el día 23 de abril de 2018, quien labora en la fundación como parte del equipo de logística, en los enlaces institucionales y contrataciones, para la oportunidad proporciona información básica sobre el funcionamiento de la organización. FUNDACODISE es un centro de empleo y quienes participan son contratados por empresas aliadas, con sus deberes y derechos cumpliéndose al estar inscrito en el Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social del Trabajo, los participantes asisten al centro y laboran allí.

La Organización tiene 8 unidades laborales donde realizan diferentes trabajos productivos, tales como panadería, manualidades con madera, bolsas de regalo entre otras actividades; y para emplear a estos participantes, cuenta con 18 aliados tanto del sector público como en el sector privado.

Se encuentran en 2 sedes, una en donde laboran 80 participantes, la otra en Lagunetica, Los Teques que funciona como residencia y cuenta con 24 participantes laborando. El 90% de los participantes son de escasos recursos y habitan en el oeste de Caracas, Guarenas y Los Valles del Tuy. La jornada laboral comprende la estipulada en la Legislación, 8 Horas con su respectiva tiempo de almuerzo, la dinámica de la organización comprende de 8:00am a 12:00m el tiempo es centrado en la producción y de 12:00m a 4:00pm incluyendo el tiempo de almuerzo es dedicado a actividades de Habilidades para la vida. Teniendo la particularidad los viernes de realizar actividades deportivas y recreativas.

Buena Voluntad Asociación Civil

Organización sin fines de lucro fundada en el año 1964 con la intención de brindar rehabilitación y habilitación socio-laboral dirigida a personas con discapacidad. Su objetivo primordial es “lograr la inclusión socio-laboral de personas con discapacidad, a través de la intermediación con las empresas para que obtengan un empleo productivo y sin barreras” (Buena Voluntad Asociación Civil, 2017).

Misión: “lograr la inclusión socio-laboral de personas con discapacidad o diversidad funcional, mediante procesos de habilitación y rehabilitación para el trabajo” (Buena Voluntad Asociación Civil, 2017)

A su vez tienen como visión “ser reconocida a nivel Nacional e Internacional, dentro de nuestra función social, como líderes en la intermediación laboral para personas con barreras para el empleo y el trabajo productivo.” (Buena Voluntad Asociación Civil, 2017)

5.3 Trabajo Social en la gestión del apoyo social

La práctica del trabajo social expresamente está dirigida al individuo, grupo o comunidades que afectados por conflictos o presentando necesidades requieren mediación externa, que responde a la especificidad de la condición en la que se encuentra pudiendo referirse a la interpretación de las necesidades y la promoción de programas o políticas en las organizaciones conforme a esas necesidades. Junto a ello su quehacer plantea optar por la provisión de servicios y promoción de cambios para el logro del desarrollo social (Fandiño Rojas, 1988).

Para emprender estas acciones el trabajo social desde las organizaciones se configura y centra en la función primordial incluyendo “su

propia conceptualización, principios éticos y metodología” (Fandiño Rojas, 1988, pág. 4). Partiendo de ello la profesión se avoca a responder al cumplimiento de los objetivos planteados para el logro del bienestar social a través del apoyo social

Es importante distinguir que la disciplina que aboga por su papel, también incorpora la promoción de la interrelación con otras disciplinas. Se plantea que puede darse en diferentes enfoques “múlti, inter o transdisciplinario” cada uno de ellos dependiendo de la participación en los equipos. (Fandiño Rojas, 1988)

Todo ello quiere decir que la intervención de la disciplina del Trabajo Social se desarrolla, junto con el ser humano y su ambiente, con el objetivo de “modificar y transformar situaciones que obstaculicen su desarrollo a fin de lograr un estado de bienestar” (Fandiño Rojas, 1988, pág. 9). Apostando por cambios positivos que se sumen al crecimiento individual, familiar, grupal y comunitario.

Como se ha evidenciado hasta el momento, el Trabajo Social como disciplina tiene diferentes ámbitos de actuación y las Organizaciones de Apoyo es uno de ellos; en éste se propone potenciar, mantener o crear el apoyo social, impulsando las actuaciones a favor de los grupos más desprotegidos. Dentro de su actuación, operan estrategias que pueden asociarse a las que plantea Campos Vidal precisando una agrupación de tres escalones:

- Primer escalón, el sujeto (familia o grupo) afronta o supera autónomamente las dificultades, desde una perspectiva autoresolutiva.

- Segundo escalón, en el cual las dificultades requieren la cooperación de aquellos que están emotivamente cercanos o forman parte de su red más cercana.
- Tercer escalón, caracterizado por la existencia de problemas psicosociales de particular relevancia para el sujeto, los cuales requerirán de la intervención de un profesional. (1996, pág. 36)

Dentro de las estrategias se puede descubrir una gran variedad de accionar, para Campos Vidal esto “va desde un mínimo de estructuración y formalización (ayuda fraterna) al máximo de heterodirección e intencionalidad (red de servicios e intervenciones profesionales)” (1996, pág. 36)

El autor continúa mencionando una serie de acciones de las cuales se pueden resaltar

Acción de intervenciones diversas de apoyo social,
 Acción de grupos de sujetos portadores de problemas (grupos de autoayuda), Acciones de ayuda organizadas por redes informales basadas en sujetos afectados indirectamente por problemas (grupos de ayuda mutua, por ejemplo, padres de niños con discapacidades) y Acciones organizadas por sujetos sensibles e interesados por particulares problemas sociales en una dimensión macrocolectiva (grupos de voluntarios vinculados con problemas o servicios concretos) (1996, pág. 36)

El trabajador social no solo intenta que las personas con esquizofrenia se integren en la sociedad, en relación con todo su contexto, participando en las distintas áreas de la vida social; también se centra en operativizar, poner

en marcha y activar la incorporación de los familiares y allegados en el tratamiento, ya que la mayoría de las veces no saben cómo afrontar esta situación. Poder generar espacios de encuentro donde se puedan compartir las vivencias de aquellos que pasan por circunstancias parecidas, para que se informen sobre el trastorno mental y sobre los recursos con los que cuentan para hacerle frente.

CAPITULO VI. SOY COMO TU, AUNQUE NO LO SEPAS

6.1 Resultados y Análisis

El acceso a la información se hizo a través de la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas individuales, dirigidas a las personas que padecen esquizofrenia y forman parte de las organizaciones de apoyo colaboradoras con esta investigación. La elección de los participantes se realizó tomando en consideración que las personas entrevistadas estén trabajando actualmente, o lo fuesen hecho en algún momento de su vida. La muestra utilizada comprende a 5 personas distribuidas de la siguiente forma:

Cuadro n° 5 Desarrollo de la muestra

Organización de Apoyo	Número de Participantes
CATESFAM	4
Buena Voluntad	1
Fundacodise	No se entrevisto a nadie, solo se realizó la observación participante.

Los resultados serán presentados en virtud de cuatro tópicos establecidos previamente, estos refieren a los aspectos primordiales que

representa la inserción laboral de personas con esquizofrenia, sin dejar a un lado la libertad para profundizar en otros aspectos que los entrevistados traigan a colación.

El primer tópico responde a la Identificación, donde se plantean ítems básicos que permitieron clasificar a los participantes según grupo etario y ubicación geográfica.

El segundo tópico aborda la participación en la organización de apoyo, allí se refleja la interacción institucional de la persona, orientada a los programas o iniciativas de carácter laboral.

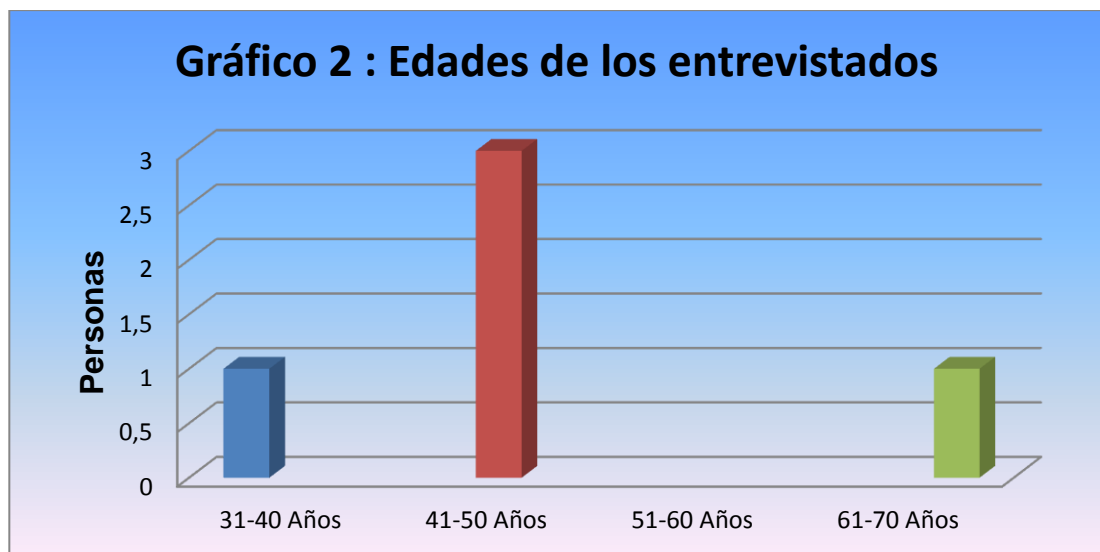
El tercer tópico se aproxima al ámbito laboral, donde de manera más detallada, se ahonda en el proceso de la inserción laboral abordando la característica conceptual del mantenimiento del empleo, sumando las influencias del padecimiento en su desempeño laboral.

El cuarto tópico engloba lo referente al ámbito social donde el punto clave es la manifestación del estigma social como barrera

1. Primer Tópico: Identificación

- Edades:

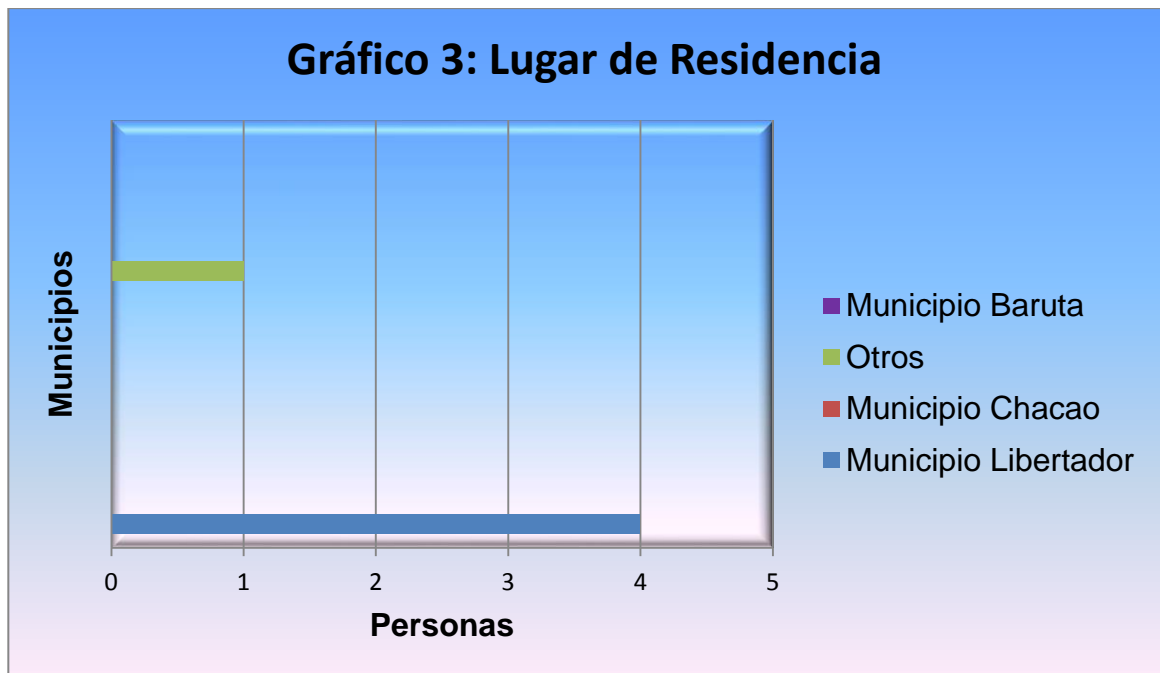
El presente grafico corresponde a las edades de los entrevistados, con el propósito de ubicarlos en el grupo etario e identificar si se encuentran en edad productiva para la inserción laboral.



Análisis: La muestra entrevistada estuvo ubicada por rangos de edad: 31-40 años; 41-50 años; 51-60 años y 61-70. El grupo que presenta el mayor porcentaje poblacional es del 60%, que corresponde a las edades de 41-50 años, en segundo y tercer lugar, con el 20% cada uno, se encuentran los grupos de 31-40 y 61-70. En consecuencia, la población es económicamente activa y según las categorías de la Organización Mundial de la Salud, toda la población se halla en el grupo etáreo “Adulto Maduro” (35-65 años).

- Lugar de Residencia:

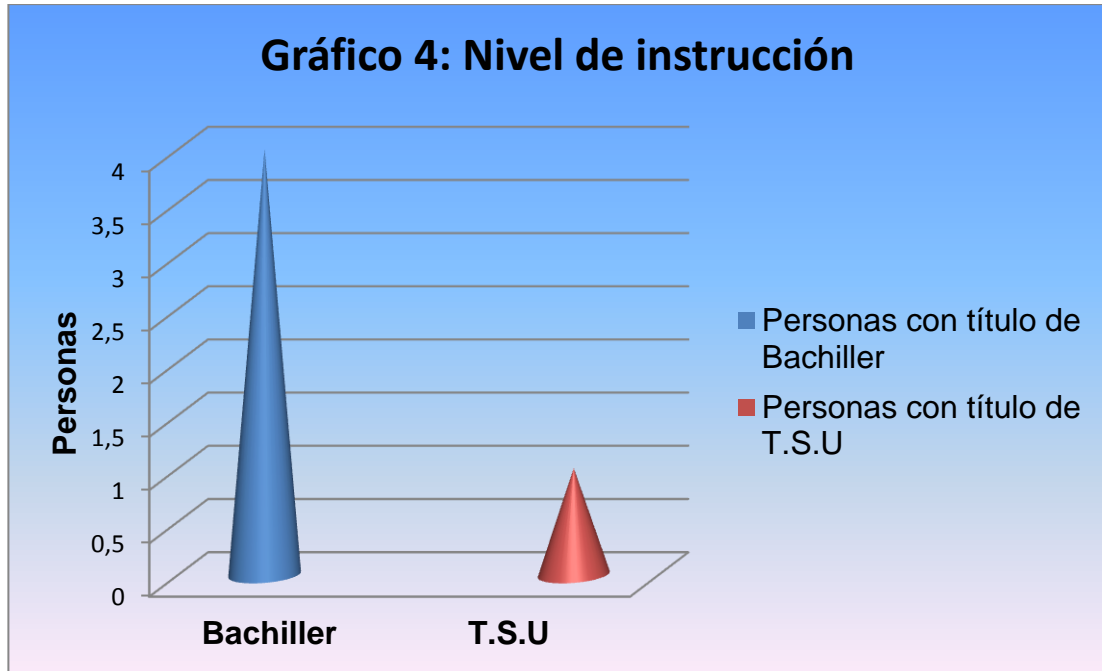
El presente grafico corresponde al Lugar de residencia de los entrevistados, con el propósito de ubicarlos según su espacio geográfico de domicilio e identificar si se encuentran cercanos o distantes de la organización de apoyo.



En cuanto al Lugar de Residencia el 80% de la población vive en el Municipio Libertador de la Gran Caracas, sin embargo, forman parte de organizaciones de apoyo que se encuentran ubicadas en los municipios Chacao y Baruta.

- Nivel de instrucción

El presente grafico corresponde al nivel de instrucción del los entrevistados, se indago con el fin de conocer los niveles de desempeño que puede tener la persona con esquizofrenia.



En cuanto al nivel de instrucción, el 80% de la muestra culminó su estudios de Educación Media, y el 20% logró obtener el título de Técnico Superior Universitario.

2. Tópico segundo: Participación en la Organización de Apoyo

- Tiempo de participación en la organización

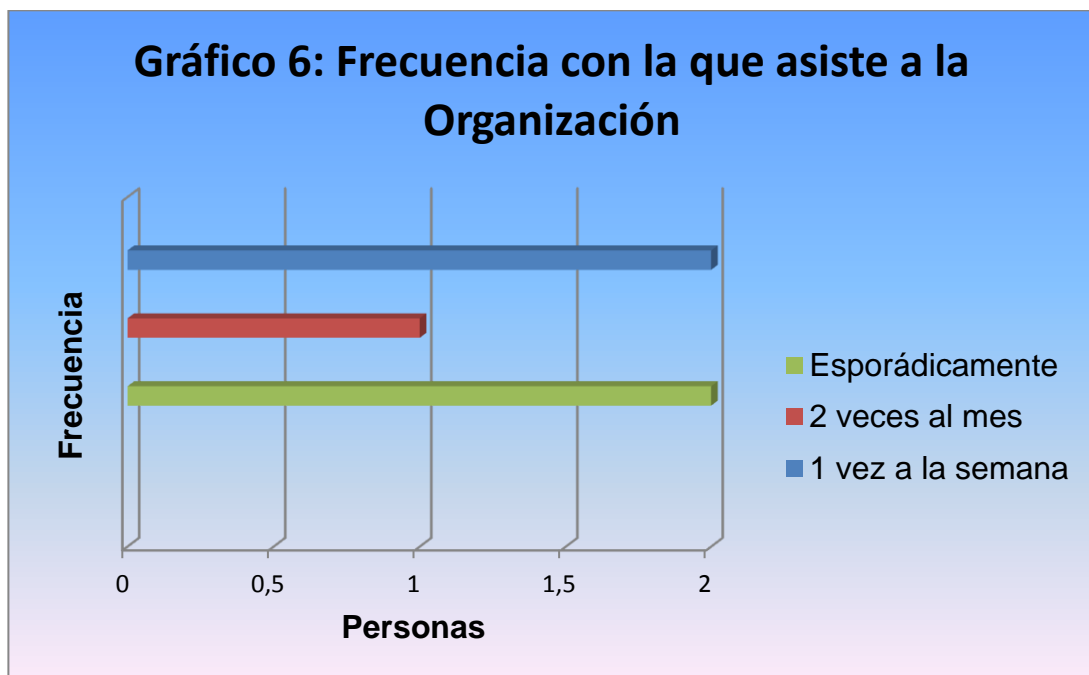
El presente gráfico corresponde a los años de asistencia a la organización que tiene cada entrevistado, con el propósito de conocer la antigüedad que tiene participando.



Se evidencia que la mayor parte de la muestra (60%) ha participado por tiempo prolongado en la organización de apoyo y el 40% de la misma lleva entre 0 y 3 años asistiendo. El tiempo de participación también se ve influenciado por las características propias de la institución, pues la organización Buena Voluntad, es la única que cuenta con un programa laboral, el cual tiene tiempo establecido entre mínimo 3 meses y máximo 1 año y 8 meses, es decir, que cuando la persona logra mantenerse empleado se convierte en un caso de éxito para la institución, pero no debe seguir asistiendo con regularidad a la misma.

- Frecuencia con la que asiste a la organización

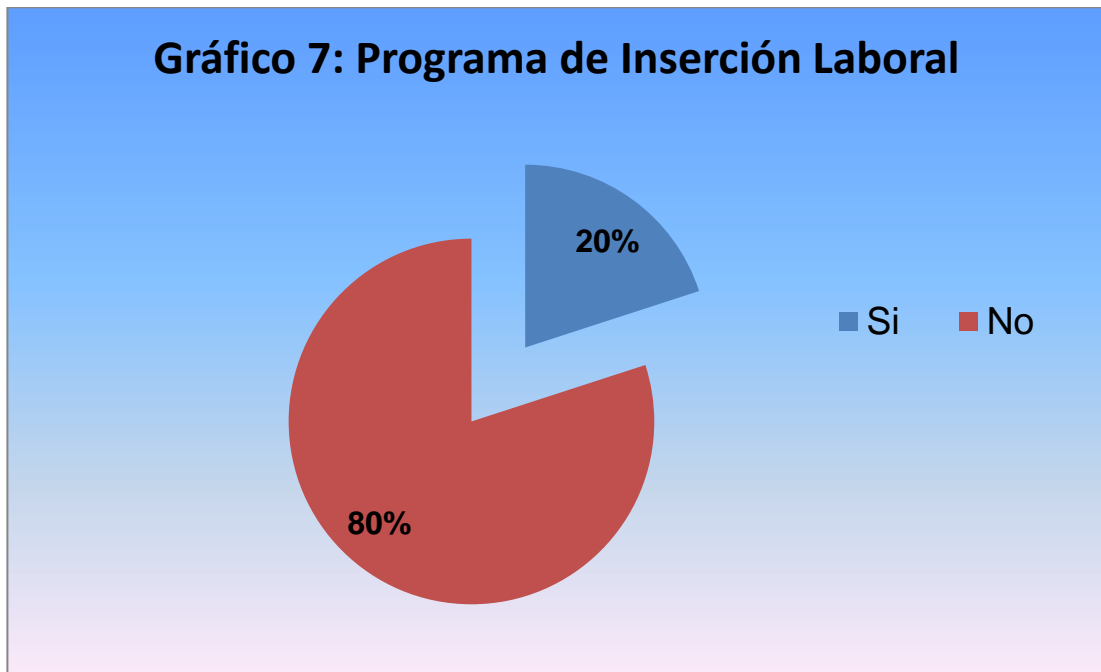
El presente gráfico corresponde a la frecuencia con la que asiste a la organización, con el propósito de conocer que tan asiduos a las actividades resultan ser los participantes de la organización.



40% de los entrevistados son asiduos a las organizaciones de apoyo, asistiendo 1 vez a la semana; el 20% asiste cada quince días, es decir, 2 veces al mes y, se evidencia un 40% que asiste esporádicamente para actividades puntuales, como la consulta psicológica.

- Participación de programa de inserción laboral en la organización

El presente gráfico corresponde a la participación de las personas con esquizofrenia entrevistadas en los programas de inserción laboral que ofrece la organización

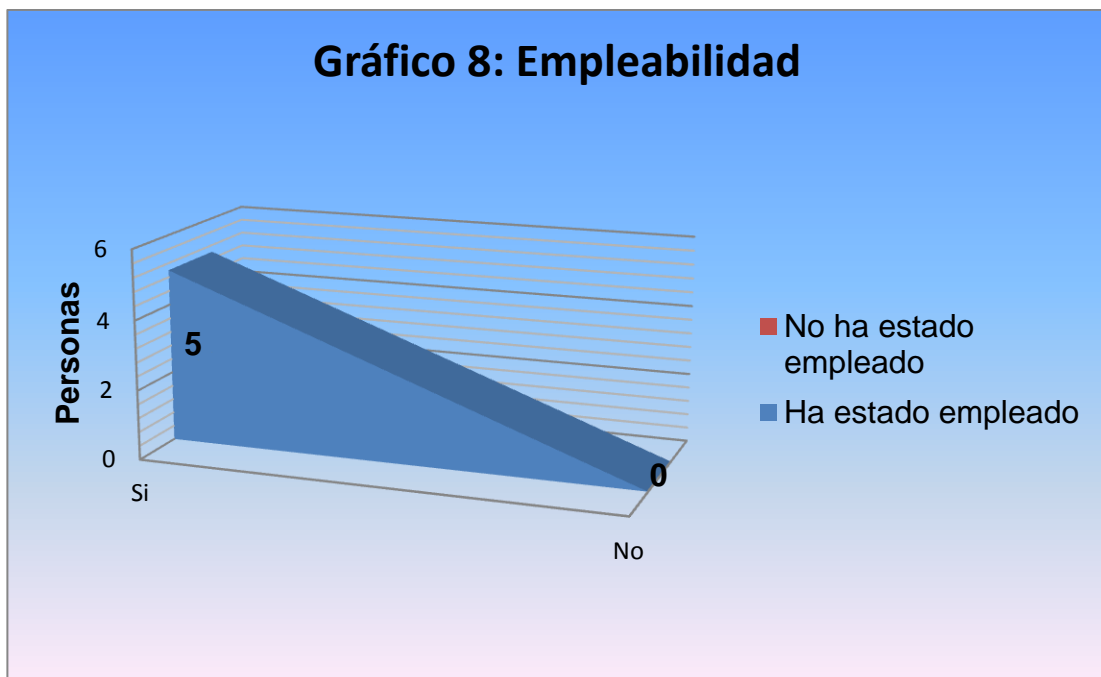


Por ser Buena Voluntad, la única organización con un programa de inserción laboral constituido, solo el 20% de la muestra expresa haber participado en un uno, mientras que el 80% de la muestra no ha formado parte de ningún programa de inserción laboral.

3- Tópico tercero: Ámbito Laboral

- ¿Ha estado empleado?

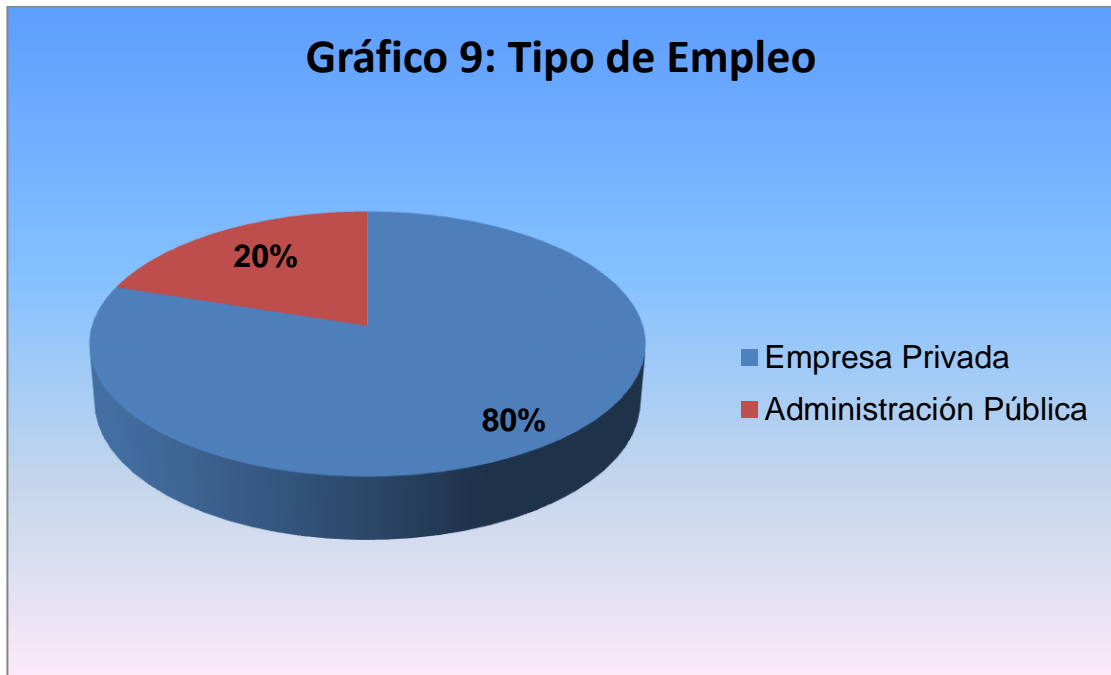
El presente grafico corresponde a si alguna vez o actualmente se encuentra laborando, con el propósito de dar repuesta a la incógnita de la existencia de la empleabilidad de las personas con esquizofrenia.



Por ser un criterio de selección de esta investigación, esta pregunta funcionaba como filtro para verificar que el 100% de la muestra hubiese estado empleado en algún momento de su vida, según el grafico se puede interpretar que el 100% de la poblacion encuestada ha estado trabajando en algun momento de su vida.

- Tipo de empleo

La presente se identifica en la conversación que se tuvo con cada uno de los participantes y los resultados son los siguientes:



El 80% de la muestra se encuentra trabajando en empresas privadas, mientras que el 20% forma parte de la administración pública.

- ¿Qué cargo o función desempeña?

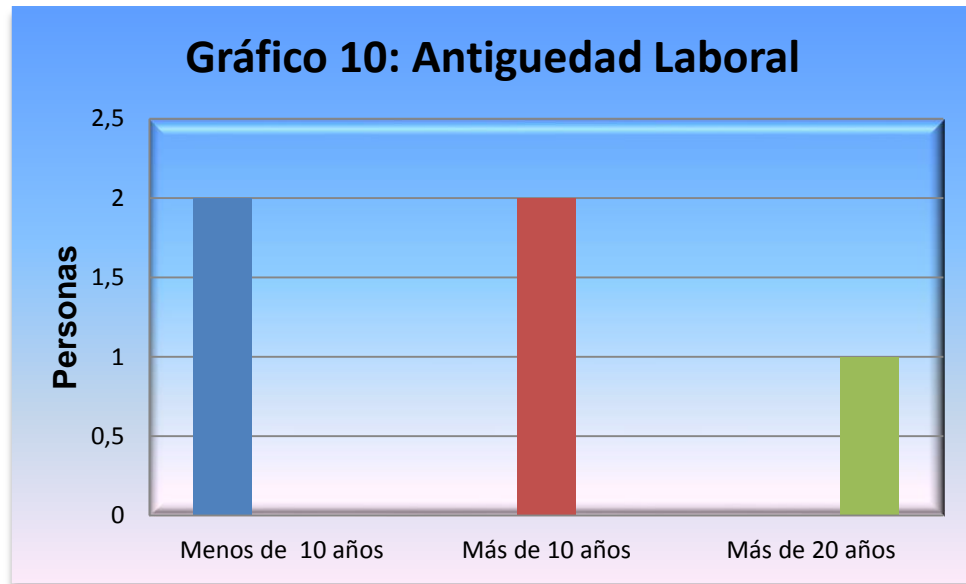
Dentro de los cargos desempeñados por los entrevistados se encuentran:

Esquema n°4 Cargos desempeñados



- ¿Por cuánto tiempo estuvo empleado?

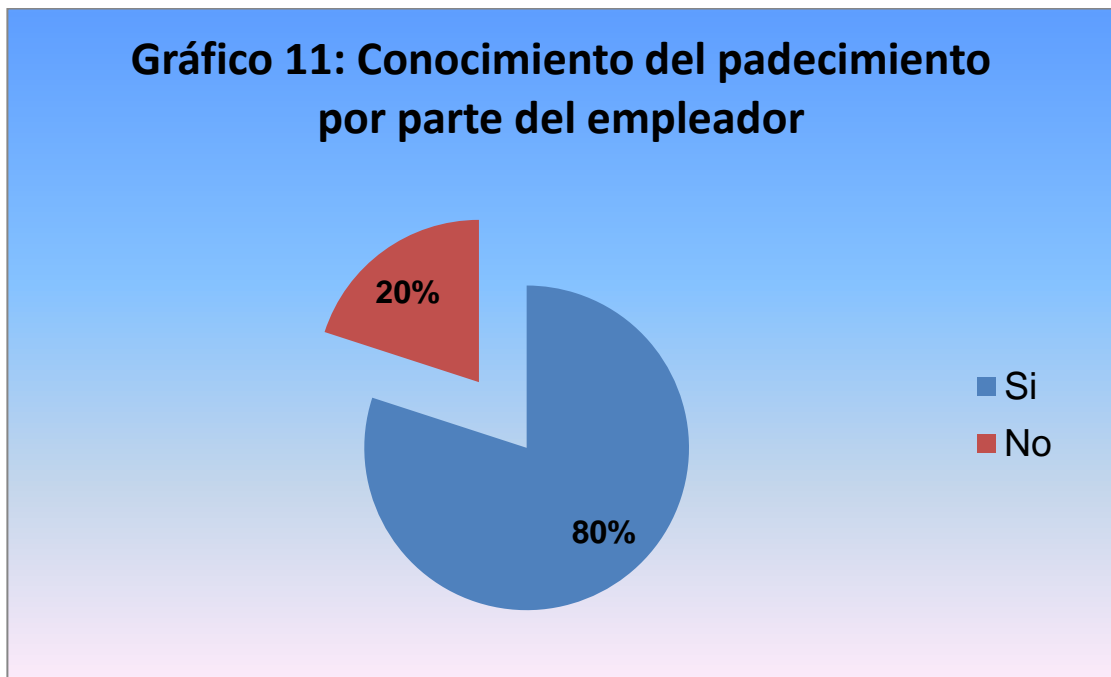
El presente grafico corresponde a la antigüedad laboral, con el propósito de identificar el mantenimiento del empleo en personas que padecen esquizofrenia.



Análisis: Se denota en las respuestas de los entrevistados la tendencia al mantenimiento del empleo, el 40% de la misma lleva menos de 10 años empleados, otro 40% tiene más de 10 años empleados y el 20% de la misma, ha logrado mantenerse en su empleo más de 20 años.

- ¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

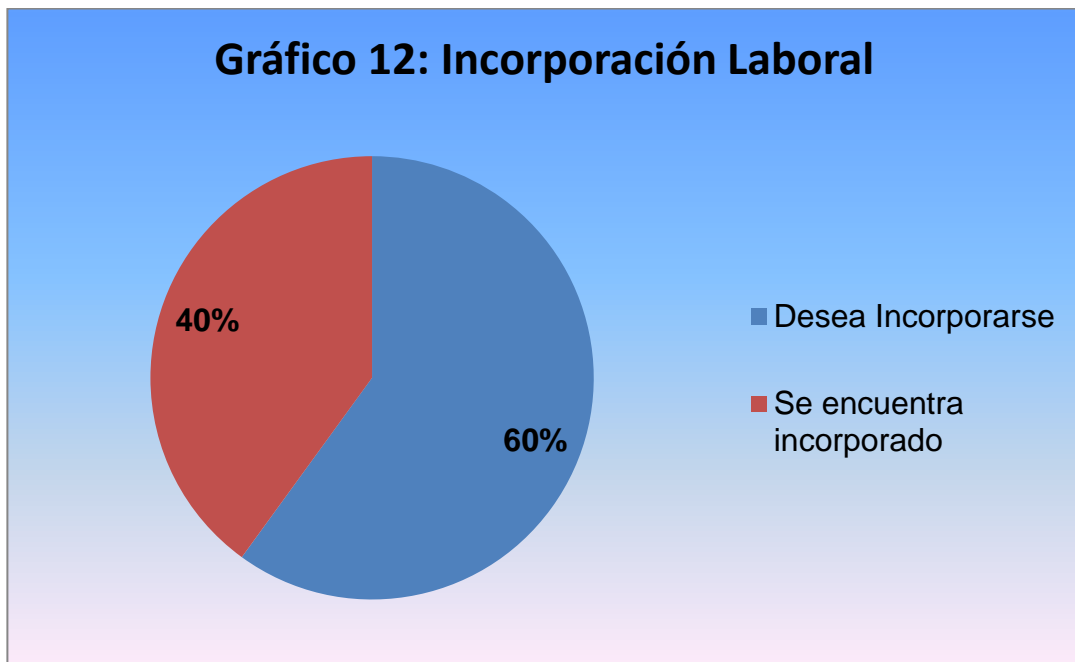
El presente gráfico corresponde a el empleador estaba enterado del padecimiento, con el propósito conocer que tan abierto se encuentra para dar a conocer su diagnóstico



En lo que refiere al conocimiento del diagnóstico por parte del empleador, un 80% de los entrevistados han informado en sus lugares de trabajo acerca de su diagnóstico, mientras que un 20% ha preferido mantenerlo oculto.

- ¿Desea incorporarse en el ambito laboral?

El presente grafico corresponde a los deseos que manifiesta el empleado de incorporarse al mercado laboral, con el propósito conocer las concepciones de este aspecto en las personas que actualmente no trabajan

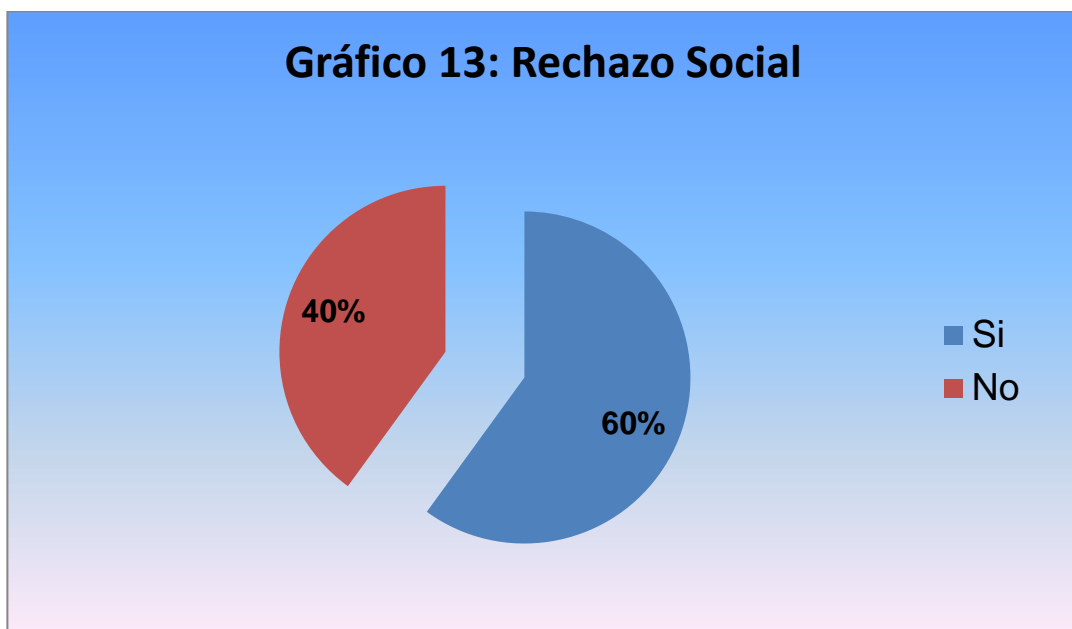


Análisis: El 60% de la muestra desea volver a incorporarse al ámbito laboral, mientras que el 40% ya se encuentra incorporado al mismo.

4- Tópico cuarto: Ámbito Social

- ¿Alguna vez a ha sentido algun rechazo social por su padecimiento? ¿Cuál?

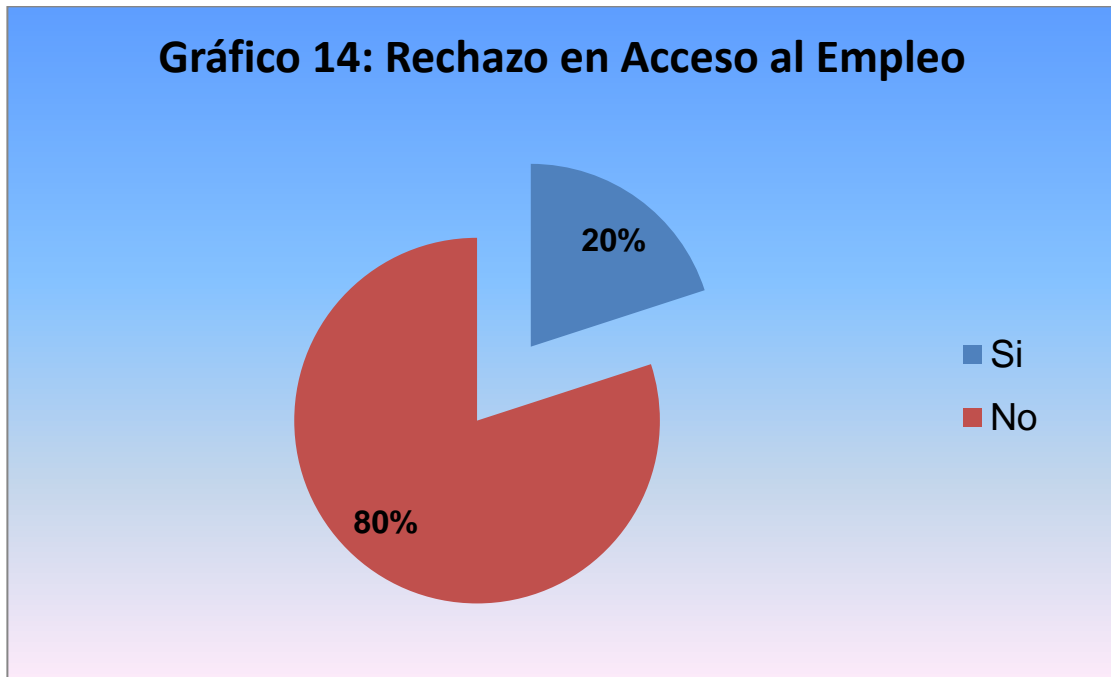
El presente grafico corresponde a las edades de los entrevistados, con el propósito de ubicarlos en el grupo etario e identificar si se encuentran en edad productiva para la inserción laboral.



Análisis: El 60% de los entrevistados han percibido rechazo social en sus entornos familiares y laborales, mientras que el 40% expresa que no ha sido víctima del mismo.

- ¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

El presente grafico corresponde rechazos sufridos al postularse a un nuevo empleo



Análisis: En cuanto al rechazo en algún empleo por su padecimiento, el 80% de los entrevistados expresaron que no, mientras que el 20% dejó ver que padecer esquizofrenia había impedido su contratación.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 ¿Qué se encontró?

Al realizar las revisiones bibliográficas para llevar a cabo esta investigación se pudo evidenciar que la temática central de la misma, no es muy abordada en el territorio nacional; la investigación y difusión de las implicaciones que tienen los trastornos mentales severos para la vida de las personas que los padecen es de vital relevancia, pues mientras más conocimientos se generen en esta temática y se evidencien los efectos poblacionales que acarrearán, más posibilidades existen de que el Estado se vea en la obligación de cumplir con el diseño, ejecución y evaluación de Políticas de diferentes niveles que brinden respuestas efectivas a la población con estos padecimientos.

Actualmente en el país existe un Programa de Salud Mental y Adicciones diseñado en el año 2012, en el cual se plantea como una estrategia la elaboración de un Plan Anual del Programa de Salud Mental y Adicciones (PSMA), que para el año 2018 aún no se ha llevado a cabo; además dentro de sus objetivos específicos se expone “Desarrollar el Sistema Información en Salud Mental, que contemple la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Mentales y Adicciones, sus factores protectores de vida y los factores de riesgo de estas patologías, así como la gestión del programa”, el mismo nunca ha sido desarrollado.

Sin embargo existen, en organizaciones de Latinoamérica y España, programas para insertar laboralmente a las personas con trastornos mentales severos (esquizofrenia), que podrían servir como referente para las organizaciones nacionales.

Se puede identificar que dentro del territorio nacional, específicamente en los municipios Chacao y Baruta de la Gran Caracas, existe presencia de organizaciones de apoyo que incentivan y acompañan el proceso de inserción laboral de las personas con esquizofrenia, una de las cuales responde exclusivamente a las personas con este padecimiento, mientras que las demás abordan la discapacidad intelectual, pero tienen apertura a las personas con esquizofrenia.

Al revisar los datos suministrados por esta investigación, se constata que las personas con esquizofrenia efectivamente pueden acceder y mantener un empleo por largos períodos de tiempo, que pueden desempeñarse en diferentes áreas de acuerdo a sus habilidades y preferencias, siendo las más nombradas por los entrevistados, las actividades prácticas y dinámicas. Mientras que la persona con esquizofrenia se encuentre en edad productiva y exprese deseos de incorporarse al ámbito laboral, puede hacerlo sin ningún tipo de dificultad, si cuenta con el apoyo adecuado.

En materia social, se evidencia el estigma por parte de la población en general, quienes por desinformación y prejuicios, expresan opiniones negativas que representan una barrera para el buen desenvolvimiento y desarrollo de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, pero no llegan a coartarle sus deseos de relacionarse interpersonalmente.

Para la disciplina del Trabajo Social es un área de desempeño profesional preponderante, no solo actuando en el mantenimiento de la salud mental, sino también generando, desde el ámbito familiar, espacios de

intercambio de experiencias en donde la comprensión y la empatía permitan sobrellevar las situaciones estresantes. Además se pueden apoyar a aquellas personas que padezcan trastornos mentales severos, en aras de fortalecer sus potencialidades y acompañar los procesos de recuperación e inclusión social.

7.2 ¿Hacia dónde se debe ir?

Finalmente las autoras, después de la exhaustiva revisión de la temática, consideran propicio emprender acciones en torno a las siguientes recomendaciones:

- ✓ Al Estado, sancionar y promulgar los instrumentos normativos correspondientes en la atención de la Salud Mental en Venezuela.
- ✓ Estructurar organizaciones de apoyo públicas que se encuentren en zonas céntricas y de fácil acceso en transporte público; que puedan vinculen directamente con los Hospitales Psiquiátricos del país, para que mediante los enlaces institucionales, se integren y apoyen de forma organizada acciones de seguimiento a la inclusión social.
- ✓ A las organizaciones de apoyo, aquellas en las que su funcionamiento aún no contemplan un programa de inserción laboral para las personas con esquizofrenia, juntar esfuerzos en pro su diseño y ejecución.
- ✓ Continuar considerando a los Trabajadores Sociales en el desempeño de las funciones de la organización
- ✓ A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, incluir en la reforma curricular la asignatura de Psicopatología y potenciar el programa de Psicología, pues es la única manera de que los estudiantes sepan como desempeñar su quehacer profesional en el área de la Salud Mental.

- ✓ Al trabajador social, no limitarse en su desempeño profesional, apoyar inicialmente a la familia, y posteriormente tras la investigación y vinculación con la población, incidir en otros aspectos psicosociales de la persona que padece esquizofrenia.
- ✓ A la familia y amigos de las personas con esquizofrenia, informarse y prepararse constantemente para acompañar y apoyar los procesos que enfrentan sus allegados, sin cohibirse a la hora de solicitar ayuda y asistencia.

ANEXOS

Instrumentos de Recolección de Datos

Entrevista Semi-estructurada

Descripción del instrumento

El instrumento de recolección de datos pretende ser el puente entre lo que quiere conocer el investigador y el cómo hace llegar esas interrogantes al sujeto, funge como el recurso del que se valdrá el investigador como una ayuda para el desarrollo de la técnica de recolección de datos, en este caso Entrevista Semi-Estructurada, por ende, tendrá como instrumento la presentación de la guía de entrevista.

Esta guía está estructurada bajo tres tópicos fundamentales que responden a los objetivos que orientan el quehacer de esta investigación. Estos refieren a los aspectos primordiales que representa la inserción laboral de personas con esquizofrenia, sin dejar a un lado la libertad para profundizar en otros aspectos que los entrevistados traigan a colación.

El primer tópico responde a la Identificación, donde se plantean ítems básicos que permitirán clasificar posteriormente según grupo etario y ubicación geográfica. El segundo tópico aborda la participación en la organización de apoyo, allí se refleja la interacción institucional de la persona orientada a los programas o iniciativas de carácter laboral. El tercer tópico se aproxima al ámbito laboral, donde de manera más detallada se ahonda en el proceso de la inserción laboral abordando la característica conceptual del mantenimiento del empleo, sumando las influencias del padecimiento en su desempeño laboral. El cuarto tópico engloba lo referente al ámbito social donde el punto clave es la manifestación del estigma social como barrera.

Se pretende con cada tópico incluir aspectos relativos a la inserción laboral de personas con esquizofrenia, en miras a constatar el eficaz desempeño laboral que pueden llegar a realizar estas personas, más aquellos aspectos que han incidido en su contexto social.

Fecha:

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido:

Edad:

Lugar de Residencia:

Nivel de Instrucción:

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación

Frecuencia con la que asiste

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

3. **Ámbito laboral**

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Tipo de empleo:

¿Qué cargo o función desempeña? (Servicios, Comercio, Construcción...)

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

4. **Ámbito social**

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?

¿Cuál?

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

5. **Datos Relevantes:**

Guía de Observación

Hacer una guía de observación consiste en “lista la serie de eventos, procesos, hechos o situaciones a ser observados, su ocurrencia y características”. Se asocia con las interrogantes o los objetivos específicos del estudio (Peñaloza & Osorio, 2005). Esta guía permite que los investigadores se concentren en lo que desean profundizar mediante la observación, sirve para encausar la acción de observar ciertos fenómenos.

Fecha:

Lugar:

Observador:

Hora de inicio:

Hora de terminación:

Episodio:

Actores con que se interactúa:

- * Estructura organizativa
- * Miembros de la organización
- * Cantidad de usuarios
- * Interacción de los usuarios
- * Actividades que generan
- * Actividades laborales que generan
- * Carácter de la Organización
- * Siendo privada, modalidad de contribución

* Equipo de atención

Descripción de la experiencia de observación:

Reflexiones:

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido: Carlos Luis Rodríguez

Edad: 38 años

Lugar de Residencia: Los Símbolos

Nivel de Instrucción: Bachiller

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación: 1 año y 4 meses, en el año 2012

Frecuencia con la que asiste: poca

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

Si, estuvo en el programa de Buena Voluntad, allí aprendió bastante, además expresa que sentía mucha empatía y amabilidad entre sus compañeros y profesores, aunque sintió que quería hacer más actividades prácticas, pues eran las que más le gustaban y estimulaban.

3. Ámbito laboral

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Si

Tipo de empleo: Empresa privada

Dónde estuvo empleado: (Servicios, Comercio, Construcción...)

Producciones Hermon. Allí desempeñaba labores de oficinista, tenía que archivar, sacar copias y transcribir, siendo ésta última, la actividad que más le gustaba.

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

4 años y 10 meses. Actualmente lleva 2 meses desempleado, y aunque al principio sintió “alivio y descanso”, ya comenzó a hacer cursos de informática pues no le gusta tener “tiempo ocioso”

¿Ha trabajado posterior al diagnóstico de su padecimiento?

Si

¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

Si, tenía su informe médico

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

Si, desea un empleo que esté ligado con la computación, por eso realiza cursos relacionados con esta área en particular, para poder “abarcarse más tareas, y ser más útil”. Agrega que trabajar lo ayuda “porque teniendo otra actividad, enfoca la mente en otra cosa, y además aprendo algo”.

4. Ámbito social

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?
¿Cuál?

No, ninguno

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

No

5. Datos Relevantes:

Fue diagnosticado a los 18 años, empezó a estudiar Ingeniería pero llegó hasta el 3er semestre, estuvo 7 años sin ocupación alguna hasta que llegó a Buena Voluntad.

En los cursos que lleva a cabo actualmente, no conocen de su padecimiento. Describe que es “más lento que el resto de sus compañeros”. Denota interés en las actividades prácticas, mientras que las teóricas, no llaman su atención

En la actualidad, describe que solo se relaciona con su familia y sus compañeros de Buena Voluntad, pues no se integra mucho al entorno “siempre he sido retraído”

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido: Marly Sánchez

Edad: 47 años

Lugar de Residencia: Los Teques

Nivel de Instrucción: Bachiller

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación: 1 año

Frecuencia con la que asiste: 2 veces al mes (cada quince días)

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

No

3. Ámbito laboral

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Si

Tipo de empleo: Por su cuenta

Dónde estuvo empleado: (Servicios, Comercio, Construcción...)

Como niñera

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

6 meses

¿Ha trabajado posterior al diagnóstico de su padecimiento?

Si

¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

Sí, porque trabajaba con su cuñada

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

Sí, Marly expresa deseos de, próximamente, querer trabajar por su cuenta elaborando y vendiendo cojines, pues comenzará un curso que la tiene bastante motivada; más adelante desea estudiar para ser Auxiliar de Preescolar y desempeñarse en esa área.

4. Ámbito social

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?

¿Cuál?

Si, “en especial mi padrastro, él se molesta porque dice que le hablo sin sentido”

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

No, pero “tampoco he intentado buscar empleo”.

5. Datos Relevantes:

Marly demuestra interés en actividades físicas como yoga, manualidades, biodanza, también expresa su interés en actividades prácticas.

Antes de ingresar a Catesfam, realizaba un curso de dibujo y pintura, pero debió abandonarlo porque ya no podía costearlo

Su primera crisis fue a los 16 años

A veces, cuando se sienta, tiene temblores involuntarios en las piernas.

Fecha: 10-11-18

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido: Simon Lee

Edad: 47 años

Lugar de Residencia: Montalbán

Nivel de Instrucción: Bachiller

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación: 6 años

Frecuencia con la que asiste: Una vez a la semana

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

No

3. Ámbito laboral

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Si

Tipo de empleo:

Trasnacional Privada

Dónde estuvo empleado: (Servicios, Comercio, Construcción...)

Corporación Simax. Se ha desempeñado como supervisor y coordinador de despacho, expresando que “todas sus responsabilidades son honorables”

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

29 años

¿Ha trabajado posterior al diagnostico de su padecimiento?

Si. Considera que poder desempeñar su cargo es “de gran ayuda y beneficioso”, porque lo ha mantenido ocupado, y tener una rutina es beneficioso para él.

¿Su empleador conoce o conocía su diagnostico?

Si, trabaja con su hermano

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

-No aplica-

4. Ámbito social

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?

¿Cuál?

Sí, “he sufrido bullying, porque a mi padecimiento se le suma la discriminación racial (por ser chino)”, en su entorno social las personas asumen que los esquizofrénicos son “personas agresivas, hostiles y paranoicos”

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

No, o al menos, no que yo recuerde

5. Datos Relevantes:

Fue diagnosticado como esquizoafectivo a los 18 años. Ha tenido 5 crisis a lo largo de su vida, la última sucedió en el mes de Septiembre de 2018.

Antes del trabajo que posee actualmente, no había logrado ser constante en otros empleos, no duraba más de un mes en ninguno.

Comenzó varias carreras universitarias (turismo, arquitectura, administración), pero expresa que por su “inconstancia” no logró terminar ninguna.

Fecha: 10-11-18

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido: José Gregorio Guadelis

Edad: 48 años

Lugar de Residencia: Los Símbolos

Nivel de Instrucción: Técnico Superior Universitario en Turismo

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación: 5 años

Frecuencia con la que asiste: Una vez a la semana

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

No

3. Ámbito laboral

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Si, y “la verdad me gusta mi trabajo, me distrae”

Tipo de empleo: Empresa Pública

Dónde estuvo empleado: (Servicios, Comercio, Construcción...)

Instituto Ferroviario del Estado (IFE). Es mensajero. También trabaja por su cuenta, vendiendo dulces caseros cerca de su lugar de residencia.

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

12 años

¿Ha trabajado posterior al diagnóstico de su padecimiento?

Si

¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

Si

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

No aplica

4. **Ámbito social**

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?

¿Cuál?

Si, siente que muchas veces lo “miran mal” en su trabajo, además ha escuchado como lo catalogan de “marico”

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

Si, antes de conseguir su trabajo actual, fue rechazado en el Hotel Eurobuilding al aplicar como recepcionista.

5. Datos Relevantes:

Fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 11 años. Su última crisis fue hace 27 años (1991)

Ha realizado cursos de recreación, guía turístico, tráfico aéreo e informática

Ha tenido que enfrentar su adicción al cigarro, actualmente ha disminuido su consumo a 3 cigarros diarios.

Denota un buen desarrollo de la memoria cronológica (las narraciones vienen con el año exacto de los hechos en el que sucedieron los acontecimientos)

Fecha: 10-11-18

1. Identificación

Objetivo: Señalar datos básicos de la persona entrevistada para la posterior sistematización

Nombre y Apellido: Hugo Román

Edad: 63 años

Lugar de Residencia: El Valle

Nivel de Instrucción: Bachiller

2. Participación en la organización de apoyo

Objetivo: Saber cuál ha sido la manera en la cual el participante ha recibido apoyo por parte de la organización

Tiempo de participación: Menos de un año

Frecuencia con la que asiste: Poca

¿Participa o Participó de algún programa de Inserción Laboral en la organización?

No

3. Ámbito laboral

Objetivo: Evaluar el acceso y el mantenimiento en el empleo por parte del participante

¿Ha estado empleado?

Si

Tipo de empleo: Empresa Privada

Dónde estuvo empleado: (Servicios, Comercio, Construcción...)

Inicialmente trabajaba por su cuenta, pintando casas, después hizo un curso de dibujo publicitario lo que le permitió vender cuadros y “vivir de las pinturas”. Posteriormente comenzó a trabajar en el área de Seguridad, como vigilante.

¿Por cuánto tiempo ha estado empleado?

14 años

¿Ha trabajado posterior al diagnóstico de su padecimiento?

Si

¿Su empleador conoce o conocía su diagnóstico?

Nadie en su trabajo sabía de su padecimiento “si no, no me daban el trabajo”

¿Desea incorporarse en el ámbito laboral?

Aunque está jubilado desde hace 10 años, le gustaría seguir trabajando como vigilante y, mientras tanto “mata tigrillos con la pintura y la compra-venta de artículos varios”

4. Ámbito social

Objetivo: Conocer si el participante ha sido víctima del estigma social, y si este ha representado una barrera en su calidad de vida.

¿Ha sentido alguna vez algún rechazo social por su padecimiento?

¿Cuál?

No ha sentido rechazo social, sin embargo, asegura que de él “dicen muchas cosas en la residencia, que soy drogadicto o sádico”

¿Ha sido rechazado en algún empleo por su padecimiento?

No

5. Datos Relevantes:

Estudió Ingeniería Agrónoma en Estados Unidos, pero no terminó, veía alrededor de 16 materias y “no sabían de su padecimiento”

Tuvo un accidente a los 8 años que le generó un traumatismo cerebral muy fuerte, con amnesia parcial

Siempre fue buen estudiante, “socializaba mucho”, es conversador. Tuvo un hijo que actualmente tiene 38 años y vive en Estados Unidos.

Ha sufrido de depresiones por soledad, aunque en la actualidad dice que “vive solo, pero ya no se siente solo”, tiene la firme creencia que todo es mental “si pienso mal, me siento mal, así que hay que ir creando mecanismos de superación”

Su última crisis fue en Julio de 2017

Los que más conocen su padecimiento, son sus familiares

Guía de Observación

Instrumento aplicado

LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA: UNA MIRADA DESDE LAS ORGANIZACIONES DE APOYO A LAS PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

Sara García, Arianna López

Hacer una guía de observación consiste en “lista la serie de eventos, procesos, hechos o situaciones a ser observados, su ocurrencia y características”. Se asocia con las interrogantes o los objetivos específicos del estudio (Peñaloza & Osorio, 2005). Esta guía permite que los investigadores se concentren en lo que desean profundizar mediante la observación, sirve para encausar la acción de observar ciertos fenómenos.

Guía de Observación

Fecha: 23/ 04/2018

Lugar: Sede de Fundacodise, El Cafetal, Baruta

Observador: Sara García y Arianna López

Hora de inicio: 10:30am

Hora de culminación: 11:22am

Episodio: Jornada Laboral

Actores con que se interactúa: Nelson Fernández y usuarios

* Estructura organizativa

8 unidades laborales y 18 aliados laborales

* Miembros de la organización

Los miembros de la organización se paseaban por áreas administrativas, de atención directa y adiestramiento de los usuarios de la organización

* Cantidad de usuarios

80 participantes

* Interacción de los usuarios

Participan en unidades con características específicas y comparten espacios de almuerzo y habilidades sociales, los viernes tienen actividades de esparcimiento y recreación

* Actividades laborales que generan

Al funcionar como centro de trabajo protegido asistido los participantes son contratados por empresas aliadas con todas las veras de la ley, asisten al centro y laboran allí.

* Carácter de la Organización

Privada

* Siendo privada, modalidad de contribución

Mensual, no proporcionaron información del monto.

Descripción de la experiencia de observación:

El encuentro se dio en compañía del señor Nelson Fernández, quien labora en logística, enlaces institucionales y contrataciones de los participantes. Mostró cada uno de los espacios y presento a los participantes, explico el funcionamiento de la institución.

Posterior a ello le fue presentada la investigación acordando que al regreso de la directora la señora Rebeca Bittar pudiese darnos respuesta para la posible colaboración.

LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA: UNA MIRADA DESDE LAS ORGANIZACIONES DE APOYO A LAS PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

Sara García, Arianna López

Hacer una guía de observación consiste en “lista la serie de eventos, procesos, hechos o situaciones a ser observados, su ocurrencia y características”. Se asocia con las interrogantes o los objetivos específicos del estudio (Peñaloza & Osorio, 2005). Esta guía permite que los investigadores se concentren en lo que desean profundizar mediante la observación, sirve para encausar la acción de observar ciertos fenómenos.

Guía de Observación

Fecha: 04/ 09/2018

Lugar: Sede de Buena voluntad, Los Samanes, Baruta

Observador: Sara García y Arianna López

Hora de inicio: 9:00 am Hora de culminación: 10:00am

Episodio: Jornada Laboral de la institución

Actores con que se interactúa: Sujei Yanez

* Estructura organizativa

Tres pilares de formación correspondiente a al programa que desarrollan

Desempeño Laboral

Habilidad Social

Apoyo en la entrevista

* Miembros de la organización

Se identificaban diferentes áreas interdependientes donde la encargada de canalizar los proyectos de investigación orientados a la inserción laboral es la coordinación de adiestramiento e inclusión laboral.

* Cantidad de usuarios

No proporcionaron la información

* Interacción de los usuarios

Participan en diferentes formaciones para transitar por los tres pilares, se encuentran entre los 17 y 40 años de edad y conviven en un horario de 8:00 am a 4:00pm

* Actividades laborales que generan

Buena Voluntad, al ser centro de empleo con apoyo, genera actividades de formación para la vida laboral y colabora en la inserción laboral directamente, acompañando en las entrevistas y siguiendo el proceso 3 meses después del ingreso y tras cualquier eventualidad.

* Carácter de la Organización

Privada

* Siendo privada, modalidad de contribución

Mensual, no proporcionaron información del monto.

* Descripción de la experiencia de observación:

En conversación con la Lic. Sugei Yanez, responsable de la coordinación de adiestramiento e inclusión laboral, que brindo información acerca del programa de inserción laboral que ejecuta la organización, profundizando en aspectos importantes de cada pilar que desarrolla el programa.

Presentado el proyecto de investigación se acordó transmitir información más precisa para posteriormente contactar con las personas con

esquizofrenia que forman parte del programa que para la actualidad son casos de éxito y se encuentran laborando.

Guía de Observación

Fecha: 10-11-18

Lugar: Sede de CATESFAM. Chacao

Observador: Sara García y Arianna López

Hora de inicio: 9:00am

Hora de culminación: 12:15pm

Episodio: Clase de Yoga

Actores con que se interactúa: Usuarios, facilitadora, Directora de la Organización

* Estructura organizativa

Asesorías, Psicoeducación individual y familiar, reuniones de autoayuda, talleres, actividades deportivas y recreativas

* Miembros de la organización

Directora, Psicólogo, Facilitadores, Familiares, Usuarios

* Cantidad de usuarios

Información no suministrada

* Interacción de los usuarios

Participan en diferentes actividades deportivas y recreativas los días sábados, y durante la semana, asisten el día correspondiente a las sesiones de Terapia Psicológica

* Actividades que generan

Yoga, Biodanza, Manualidades, Pintura, Sesiones de Terapia Psicológica

* Actividades laborales que generan

Ninguna

* Carácter de la Organización

Privada

* Siendo privada, modalidad de contribución

Mensual, no proporcionaron información del monto.

*Descripción de la experiencia de observación:

Se participó en una clase de Yoga, a la cual asistieron 5 usuarios, 2 representantes, la Directora de la organización y las observadoras. En ella se pudo observar que la interacción entre los usuarios y sus familiares es sumamente amena, se relacionan entre ellos con bastante fluidez y amabilidad. La facilitadora plantea que con el yoga es posible “conectarse con el aquí y el ahora” y que eso permite disipar los pensamientos que los alejan de la realidad. El ejercicio es leve, se realizan posturas de nivel básico y son acompañadas con las técnicas de relajación.





BIBLIOGRAFÍA

- Libros:

Alvaro, J. (1992). *Desempleo y bien estar psicológico*. Madrid, España : Siglo Veintiuno Editores .

Baechle, T. R., & Earle, R. W. (2007). *Principios del entrenamiento de la fuerza y del acondicionamiento físico*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Balestrini, M. (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. Caracas: BL Consultores Asociados.

Banatini, C., Simonetti, G., Michelin, M., & Napione, m. (1999). *El Mito de Saturno. Desocupación y vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Rosario.

Carrera, L., & Vázquez, M. (2007). *Técnicas en el trabajo de investigación*. Caracas: Panapo de Venezuela.

Cortés, M., & Iglesia, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. Ciudad del Carmen, Campeche, México.

Gimeno, M. (1997). *La influencia de la innovación tecnológica sobre el significado del trabajo en trabajadores del sector cerámico*. Proyecto WONT-Sector Cerámico. España.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* . McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH*.

Sabino, C. (2007). *EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN*. Caracas: Panapo.

Zuñiga Cisneros, M. (1963). *Seguridad Social y su Historia*. Caracas: Mediterráneo.

- Leyes

Asamblea Nacional Constituyente. (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas: LA PIEDRA.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela . (5 de enero de 2007). *Ley para las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 22 de Julio de 2018, de www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/ley_descapacitados.pdf

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2012). *Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y las Trabajadoras*. Caracas. Recuperado el 22 de Julio de 2018

- Páginas Webs

Asociación Americana de Psiquiatría. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. (S/F). *Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)*. Obtenido de <https://www.nodo50.org/afemgetafe/index.php/la-salud-mental/recursos-sanitarios-y-psicosociales/centro-de-rehabilitacion-laboral>

Buena Voluntad Asociación Civil. (2017). Recuperado el 31 de Agosto de 2018, de <http://buenavoluntadvenezuela.org/historia/>

Caribe, S. (Julio de 2009). *Venezuela Psicológica*. Recuperado el Marzo de 2016, de <http://venezuelapsicologica.blogspot.com/2009/07/contra-el-estigma-de-la-locura-la.html>

Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares . (2014). *CATESFAM*. Recuperado el Marzo de 2016, de <http://catesfam.com/>

Centro de Atención Terapéutico de Barcelona. (S/F). *Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del programa Volumen II*. Recuperado el 07 de Enero de 2018, de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/esquizofrenia/volumen2.pdf>

Colegio Real de Psiquiatras . (2009). *Esquizofrenia*. London: Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists.

Colegio Real de Psiquiatras, C. E. (2009). <http://www.sepsiq.org>. Recuperado el 2016, de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>

Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales. (2018). *Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales*. Obtenido de <http://fudap.org/>

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM. (S/F). *Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental*. Obtenido de Empleo: <http://www.faisem.es/index.php/es/programas/empleo>

FUNDACODISE. (s/f). *FUNDACODISE*. Recuperado el 23 de Julio de 2018, de <http://mazzei89.wix.com/fundacodise2#!>

García Romero, A. (26 de Septiembre de 2016). *Modelos etiológicos de la esquizofrenia*. Recuperado el 29 de Agosto de 2018, de Psicología y Mente: <http://www.psicologiayconducta.com/modelos-etiológicos-de-la-esquizofrenia>

INTERCENTROS. (17 de Junio de 2011). *Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial*. Obtenido de Centro Psicosocial Sur Palermo. INSERCIÓN SOCIO LABORAL: http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf

Janssen-Cilag, S.A. (2011). *Esquizofrenia 24x7*. Recuperado el Marzo de 2016, de <http://www.esquizofrenia24x7.com/el-estigma#>

Molina, X. (Enero de 2015). *Psicología y Mente*. Recuperado el 14 de Enero de 2018, de Los 10 peores trastornos mentales: <https://psicologiaymente.com/tags/trastorno>

Royal College of Psychiatrists, C. E. (2007). *Sociedad Española de Psiquiatría*. Recuperado el 2016, de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2015). *DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL: UNA VISIÓN DESDE SENADIS*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

Triglia, A. (s.f). *Psicología y Mente*. Obtenido de Los 6 tipos de esquizofrenia y características asociadas: <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-de-esquizofrenia>

- Documento de Sitio Web

Beltrán, M., & Rodríguez, J. (30 de Octubre de 2012). *Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA.Cumaná*. Recuperado el Mayo de 2016, de <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3677/1/Tesis-BeltranyRodriguez.pdf>

Blancas Avilés, R., & Jurado Cobos, G. B. (S/F). *El rol de la Orientación Laboral en el ámbito del Trabajo Social*. Recuperado el 30 de Agosto de 2018, de Documentos de Trabajo Social: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/50_13.pdf

Campos Vidal, J. F. (1996). Redes de Apoyo Social y Trabajo Social. *Taula, qadernes de pensament*, 31-37.

Cavieres, A., & Valdebenito, M. (2004). *Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia*. Recuperado el Julio de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000200003

Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS). (S/f). *Calificación y Certificación*. Recuperado el 29 de Agosto de 2018, de www.ucla.edu.ve/viacadem/DE/unidaddiscapacitados/documentos/calificacion-y-certificacion%20discapacidad.pdf

El Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Catalunya.

Fandiño Rojas, D. (1988). La posición del trabajador social en las instituciones de bienestar social. *Revisa de Trabajo Social CCSS*, 3-12.

Flores Araujo, M. (27 de 10 de 2010). Los 432 de la Pastora y las Historias de su formación. *Omnegentes*, págs. <https://omnegentes.webnode.com.ve/news/los-432-de-la-pastora-y-las-historias-de-su-formacion-/>.

Foro de Salud Mental y la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Catalunya.

Fòrum de Salut Mental y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Catalunya.

Hernández, S. F., & Rivera, Z. (2009). El paradigma cualitativo y su presencia en las investigaciones de la Bibliotecología y la Ciencia de la Investigación. *SciELO*, 6-30.

Institutos Nacionales de la Salud. (Octubre de 2015). *La Esquizofrenia*. Recuperado el 16 de Abril de 2018, de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf

Kuhn, T. (1971). *La estructuras de las revoluciones científicas*. Recuperado el 16 de Abril de 2016, de Universidad ICESI: http://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/kuhn.pdf

Muiño, A. (14 de Noviembre de 2012). *La esquizofrenia*. Recuperado el 14 de Enero de 2018, de Estadísticas sobre la esquizofrenia: <http://informaticaenf.blogspot.com/2012/11/losestudios-estadisticos-realizados.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Recuperado el 26 de Febrero de 2018, de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Recuperado el 26 de Febrero de 2018, de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad*. Recuperado el 26 de febrero de 2018, de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre el sistema de Salud Mental en la República Bolivariana de Venezuela utilizando el instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM)*. Recuperado el 26 de Febrero de 2018, de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/venezuela_who_aims_report.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). Esquizofrenia. *Centro de Prensa*(397).
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2017, de Trastornos mentales: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2 de Octubre de 2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
- Ortega, M. J., & Rocco, V. (2004). *Situación Laboral de los Discapacitados en Venezuela*. Caracas: Biblioteca Ucab.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.
- Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vázquez, A., & González, L. (S/F). *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado el 17 de Abril de 2016, de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista_trabajo.pdf
- Pérez Pelayo, B. M. (2012). *CAPITAL SOCIAL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES: Factores condicionantes para la inserción laboral*. Tepic, Nayarit, México: Edición electrónica- Eumed.net.
- Polo, G. (2012). Teoría organizacional para la gerencia humana como factor de desarrollo a escala humana. *Clío América*, 52-71.

Puerta, E., Rodríguez, J., & Véliz, B. (Abril de 2008). *ANÁLISIS DEL PROCESO DE INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS TRABAJADORES DE LA AGENCIA DE EMPLEO CÉSAR "PIPO" ARTEAGA, VALENCIA ESTADO CARABOBO*. Recuperado el 31 de Agosto de 2018, de <http://produccion-uc.bc.uc.edu.ve/documentos/trabajos/630020BE.pdf>

Ramos Pozón, S. (2004). *El modelo biopsicosocial en la esquizofrenia; implicaciones filosóficas y bioética*. Recuperado el 23 de Julio de 2018, de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/60785/1/SRP_TESIS.pdf

Riaño, L. (31 de Octubre de 2013). *Enfoque Cognitivo-Conductual*. Recuperado el 16 de Abril de 2018, de <https://prezi.com/3s6kalqxqbj/enfoque-cognitivo-conductual/>

Ruiz Medina, M. I. (2011). *"POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y SU IMPACTO EN EL SEGURO POPULAR EN CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO"*. Culiacán: Universidad Autónoma de Sinaloa.

Saleh, L. (2004). La inclusión desde la mirada internacional . *Seminario Internacional "Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas"*, (págs. 09-19). Santiago .

Servigna, M. (2015). *Funcionamiento social e inserción laboral de personas con esquizofrenia*. Recuperado el 11 de Febrero de 2018

Urries, J. (10 de Mayo de 2003). *La Inserción Laboral de Personas con Discapacidad intelectual en Chile* . Recuperado el 20 de Mayo de 2018, de <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/1607/documento>

- Revistas Webs

Díaz, D., & Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 27-55.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.

Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (20 de Mayo de 2016). *Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/html/120/12045638007/>

Manoni, F., González, A., & Fracchia, V. (2012). *La intervención profesional de los/as trabajadores /as sociales en relación con la inclusión Laboral de personas en situación de discapacidad en talleres protegidos de la provincia de Mendoza*. Recuperado el 31 de Agosto de 2018, de Revista Confluencia: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5644/revista-confluencia2012-13-009-manoni.pdf

Quintero Velázquez, A. (2001). Los aportes del trabajo social al tema de familia . *Revista de Trabajo Social No3*, 112.

Ramírez Ospina, A. M. (2012). *ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIÁTRICO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y CÓMO ÉSTE HA CAMBIADO A TRAVÉS DEL TIEMPO*. Recuperado el 30 de Agosto de 2018, de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/3702/TTS_RamirezOspinaAdielaMaria_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Artículos del periódico

Marcano, P. (2016). *La salud mental del venezolano se deteriora al ritmo de la crisis*. Recuperado el 23 de Julio de 2018, de La Razón: <https://www.larazon.net/2016/10/la-salud-mental-del-venezolano-se-deteriora-al-ritmo-de-la-crisis/>

Vargas García, S. (04 de Diciembre de 2011). 60% de los venezolanos padecen algún tipo de trastorno mental. *El Tiempo*.

- Libros Consultados

Allwood Paredes , J. (n.d.). *Los recursos de la salud pública en Centro América*.

Balleza , V. (1999). *Medicamentos, salud y seguridad social* .

Escobar Mendoza , M. (1986). *La familia como factor que incide en la rehabilitación o recaída del paciente con esquizofrenia, atendido en el Centro de Salud Mental del Este* .

Gómez Cava , D. (1988). *Políticas de Salud en América Latina aspectos institucionales de su formulación y evaluación*. Caracas .

Lima , C. (S/F). *¿Cómo funciona el Ministerio de Salud? organizacion, administracion y participacion de la comunidad* .

Maritza de Jesús , & Ordaz , M. (2005). *El significado del Trabajo. Estudio comparativo entre jóvenes empleados y desempleados* .