



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**DIFICULTADES PARA LA INCLUSIÓN LABORAL EN PERSONAS CON TRASTORNO  
AFECTIVO BIPOLAR Y ESTRATEGIAS PARA MEJORARLA**

Memoria para Optar al Título de Psicóloga

**Autora:**

ANDREA OYARZÚN RIQUELME

**Profesor Patrocinante:**

GLORIA ZAVALA VILLALÓN

Santiago de Chile

2023

## RESUMEN

La presente investigación buscó, entre otros objetivos, recopilar y analizar las posibles dificultades en la integración laboral de personas que padecen Trastorno Afectivo Bipolar [TAB], pretendiendo así identificar, a través de levantamiento de información mediante encuesta de preguntas abiertas y cerradas, además de 8 entrevistas semiestructuradas, las posibles implicaciones que podrían existir tanto en la búsqueda de empleo como en la mantención de este, en pacientes de TAB.

El diseño de investigación se basó en la metodología cualitativa y también la cuantitativa. Los y las participantes del estudio fueron 187 personas residentes en Santiago de Chile, todos y todas padecientes de TAB, además de 8 personas escogidas aleatoriamente de esta muestra para la participación en las entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos se realizó a través de la metodología de construcción de categorías de análisis formuladas tanto previamente a la obtención de resultados, como también de la integración de nuevas categorías emergentes obtenidas a partir del análisis realizado.

Los resultados de la investigación dan cuenta de hallazgos que permiten afirmar que efectivamente existen dificultades en la integración laboral de personas que padecen de TAB, las que aparecen al momento de encontrar trabajo y especialmente al momento de mantener uno de manera estable a lo largo del tiempo. Asimismo, se señala la estigmatización como uno de los factores principales de posible exclusión. También, se describen técnicas y metodologías que han desarrollado los entrevistados y entrevistadas a lo largo de su trayectoria vital y laboral, los que han permitido una estabilización y mejoras en algunos casos al momento de encontrar y mantener un puesto laboral. De esta forma, es posible indicar que, si bien existen dificultades de inclusión laboral percibidas por la comunidad de personas que padecen TAB, también existen variedad de soluciones posibles, tanto personales como sociales para fomentar dicha inclusión y eliminar lentamente los baches hallados en las trayectorias laborales de estas personas, los que afectan profundamente otras áreas de la vida personal de cada individuo.

*Palabras clave:* Inclusión, TAB, dificultades laborales.

## INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN</b>   | <b>1</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>4</b>  |
| Pregunta de investigación                                      | 7         |
| Relevancia   | 7         |
| <b>MARCO TEÓRICO</b>   | <b>8</b>  |
| Discapacidades Psicosociales y Normativas                      | 9         |
| Trastorno Afectivo Bipolar                                     | 14        |
| Exclusión Social y Estigmatización                             | 15        |
| Inclusión y Exclusión Laboral                                  | 17        |
| Estrategias de inserción laboral                               | 18        |
| <b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                           | <b>20</b> |
| Objetivos generales:   | 20        |
| Objetivos específicos:   | 20        |
| <b>MARCO METODOLÓGICO</b>                                      | <b>21</b> |
| Enfoque  | 21        |
| Diseño   | 22        |
| Participantes  | 23        |
| Procedimiento  | 25        |
| Aspectos éticos  | 25        |
| <b>RESULTADOS</b>  | <b>26</b> |
| Encuesta exploratoria  | 26        |
| TAB como discapacidad psicosocial                              | 30        |
| Relación personal con el TAB                                   | 32        |
| Estigmatización  | 34        |
| TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral               | 36        |
| Inclusión laboral en personas con TAB                          | 39        |
| Estrategias para mejorar inclusión laboral de personas con TAB | 40        |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | <b>42</b> |
| Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones        | 46        |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>47</b> |
| <b>REFERENCIAS</b>   | <b>58</b> |

## INTRODUCCIÓN

Hasta el día de hoy, la inclusión de las personas con enfermedades mentales, denominadas para esta investigación como discapacidades psicosociales, presenta muchas dificultades, aunque también algunos avances, especialmente en el área laboral. Esto se ha considerado un reto enorme al momento de diseñar políticas públicas vinculadas a esta temática (Cendrero, 2017), ya que existen dificultades para generar consenso entre las estrategias desde las que es posible abordar esta problemática, y también desde qué paradigma se considerarán las discapacidades mentales o psicosociales, denominación que se utilizara en base a lo señalado por autores como Fernández (2017) o Fuentes (2016), quienes señalan que estas abarcan distintas esferas de la vida personal, englobando más que sólo el aspecto psiquiátrico/psicológico.

La literatura (Del Pilar & Melo, 2020; Mingote et al., 2011) coincide en que es una obligación de los Estados promover y diseñar estrategias para permitir de forma efectiva la inclusión de personas con discapacidades psicosociales, tales como el Trastorno Afectivo Bipolar [TAB], al mundo laboral. Respecto a este último, se reconoce especialmente relevante su consideración como discapacidad, principalmente a causa de las alarmantes estadísticas recopiladas en su mayoría por fundaciones vinculadas a esta patología. Por ejemplo, los datos de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares [ISBD], indican que en el año 2021 el 60% de las personas que padecen de TAB alrededor del mundo se mantiene en desempleo, esto a causa de la cronicidad de la enfermedad, y también en base al estigma de las personas que la padecen, quienes muchas veces la ocultan, o bien, cuando deben visibilizarlas, se encuentran con una gran discriminación (Del Pilar & Melo, 2020).

Considerando estadísticas más recientes, se puede señalar lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), organismo que considera al TAB como la sexta causa de discapacidad a nivel mundial. Es por ello que esta enfermedad es considerada una gran dificultad para el avance laboral en algunas personas.

Asimismo, es posible encontrar exclusión social autopercibida, donde se considerará este último como señala Jiménez (2008, p.174): “un aislamiento relacionado

con todo aquello vinculado a los derechos y libertades que se relacionan con trabajo, salud, educación, vivienda, etc.” En este caso quienes lo vivencian son las personas padecientes de TAB, lo cual no solo repercute en su construcción identitaria, sino también en los ámbitos familiar, social y laboral. Esto sucede precisamente en personas que, producto de su patología, se han visto excluidas durante años de estos ámbitos, esencialmente por falta de información, lo que ha conducido en muchas veces a un aislamiento injustificado (Del Pilar & Melo, 2020), que dificulta su integración personal y, en este caso, laboral.

Por otra parte, la consideración del TAB como discapacidad se encuentra en un espacio gris. Para algunos teóricos (Castro et al. 2021; Del Pilar & Melo, 2020), la definición de discapacidad, por su estructura, incluye los trastornos mentales, donde se encuentra englobado el TAB. Esto porque las afectaciones del TAB contemplan una deficiencia o dificultades psicosociales, que influyen en las limitaciones al momento de la realización de ciertas actividades y mantener relaciones sociales. Pero, en la legislación chilena no existe consenso legal ni técnico respecto a la consideración de este trastorno como una discapacidad. Esto no solo frente al TAB, sino que también respecto a la Esquizofrenia, la Depresión Mayor, y otros trastornos psicosociales considerados graves. Por lo tanto, no las incluye de manera explícita al momento de la solicitud de pensiones de invalidez, o bien, en planes de inclusión de personas con discapacidades.

Este vacío teórico se puede evidenciar al considerar que en la revisión pertinente se encontró una cantidad muy baja de estudios recientes que avalen o refuten la exclusión sociolaboral que viven las y los padecientes de discapacidades psicosociales. Más bien, las revisiones hablan mayormente de discapacidades intelectuales, no abordando el caso de las discapacidades mentales o psicosociales, dentro de ellas el TAB, el cual representa la sexta causal de ausentismo laboral a nivel mundial (OMS, 2022). Por todo lo anterior, y por situaciones que se ahondarán en este estudio, el TAB se considerará una discapacidad psicosocial para la presente investigación.

Lamentablemente, en Chile no existen estudios que aborden esta temática específica referida al TAB. No se habla de las dificultades de este, y menos de las posibles soluciones para mitigar esta posible exclusión. Un estudio español referido a las dificultades de integración laboral respecto a la Esquizofrenia [EZQ] (Pulido, Rodríguez & García, 2004)

centrado mayoritariamente en el empleo protegido, adaptado para personas con discapacidad, concluye que los modelos de empleabilidad protegida aplicados en España, como por ejemplo Los Centros Especiales de Empleo [CEE], que consisten en empresas públicas o privadas compuestas por al menos 70% de personas con discapacidad, son muy efectivos para contribuir a la inclusión laboral, sin embargo, se destaca su bajo cumplimiento por parte del sector privado. También, destaca el estudio de Bowden (2005), en Estados Unidos, dirigido específicamente a la población con TAB y el desempleo. En este se concluye que este trastorno genera un gran impacto en la capacidad personal para hallar y también para mantener un empleo. Demostrándose que “sólo una minoría de los pacientes tiene un empleo remunerado de forma regular” (p. 94). Sin embargo, no se ahonda en cuáles serían estas dificultades.

Sumado a las investigaciones anteriores, se debe destacar la Guía para la Integración Laboral de Personas con Trastorno Mental, realizada en España por la fundación Caixa (2012). Un manual completo sobre estrategias de inclusión e inserción laboral, pero orientado solamente a la realidad europea y de difícil adaptación a las políticas de salud mental chilenas, especialmente porque en Chile no se han establecido las definiciones pertinentes que diferencian discapacidades cognitivas, físicas, y psicosociales. Finalmente, se encontró una investigación europea que aborda la temática en el conjunto de discapacidades psicosociales, y que refiere que las dificultades se vincularían más que nada con factores personales, ambientales, y según el tipo de enfermedad (Martí, 2017). Por esto, convendría explorar cómo incide directamente la presencia de TAB en dichas dificultades de integración laboral en un empleo que no está protegido por políticas de integración.

## **Pregunta de investigación**

En base a lo revisado, nace la siguiente pregunta de investigación: respecto del TAB, ¿qué dificultades existen en la inclusión laboral para esta discapacidad psicosocial en específico y qué prácticas pueden hallarse para mejorar dicha inclusión en Chile?

Para contestar a estas interrogantes, se considerará la perspectiva y las percepciones de las personas que padecen este trastorno, con el fin de recopilar experiencias y sugerencias para contribuir al vacío teórico existente en esta área.

## **Relevancia**

Por todo lo señalado con anterioridad, es difícil conocer el estado actual de la inclusión laboral para las discapacidades psicosociales, incluidas el TAB dentro de ellas. Especialmente, cuando la información tanto legal como a nivel de estudios científicos especializados es bastante acotada. Para este estudio se considera que la inclusión laboral, que se vincula mayormente a un proceso integral que incluya a personas en condiciones de disparidades sociales, económicas, de género, o bien en situación de discapacidad, cualquiera sea ésta (Castellano & Quintana, 2019), es un proceso que se encuentra incompleto en nuestro país. Si bien hay avances en la materia, que responden a la necesidad de personas en condición de discapacidad, es tan poca la especificidad que existe respecto a la consideración de las enfermedades psicosociales como una discapacidad, que la Esquizofrenia o el TAB quedan prácticamente excluidos de las consideraciones de discapacidad.

Es por ello que el aporte de esta investigación radica en la posibilidad de representar las percepciones personales de un grupo de personas respecto a sus propias dificultades o aspectos favorecidos de su inserción y mantención laboral, esto a diferencia de algunos otros estudios mayormente centrados en las dificultades clínicas y familiares del TAB, como por ejemplo, el estudio español “Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y I” (Asencio et al., 2019), o bien, estudios centrados en la experiencia unipersonal, como la presentada en el reciente estudio chileno “Impacto de factores humanos y organizacionales en trabajadora con Trastorno Bipolar” (Vargas, 2022).

## MARCO TEÓRICO

### Discapacidad y Trastornos Mentales

En la actualidad no hay un consenso claro en el tratamiento y concepción de las patologías psiquiátricas como una discapacidad. Algunos autores, como Del Pilar y Melo (2020), que siguen los lineamientos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), consideran que

La discapacidad es un término que hace referencia tanto a la deficiencia o alteración en las funciones o estructuras corporales, las limitaciones o dificultades en la capacidad de realizar actividades, como a las restricciones vitales en la participación efectiva de las personas que poseen dicho déficit o alteración (p.71)

Por lo tanto, enfermedades que afectan de forma indudable la realización de ciertas actividades sociales y laborales, tales como la Depresión, la Esquizofrenia y el TAB podrían considerarse como discapacidad categorizada en el marco de lo psicosocial, concepción relativamente nueva que “se inserta entre lo mental y lo social y sólo en la última década ha sido reconocida como tal” (Del Pilar & Melo, 2020, p. 71)

El concepto de “discapacidad psicosocial”, según Urrego y Natib (2018), surge desde el modelo social de enfermedad mental, el cual considera que las causas y consecuencias de los trastornos mentales también se producen por las barreras que muestra el entorno social. Así, se establece como una nueva denominación para nombrar el diagnóstico de trastornos mentales, “descentrando la valoración de la diversidad psíquica y el sufrimiento emocional de la patologización” (Urrego & Natib, 2018, p. 140). De esta manera, se puede indicar que las condiciones de salud mental se pueden abordar como discapacidades psicosociales, donde se pueden incluir “la depresión mayor, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad generalizada y esquizofrenia” (Melo & Osorio, 2018, p. 15).

En países europeos, el desafío de contribuir y auxiliar a las personas que padecen trastornos mentales está muy presente, ya que, al visualizarlos como una discapacidad,

debe atenderse con políticas públicas que vayan en pos del mejoramiento y el apoyo en ámbitos tan relevantes como el laboral. Sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos se halla en una situación complicada respecto de la labor que implica la responsabilización Estatal de estos trastornos y en la discapacidad en general. Además, las altas tasas de discapacidad que producen éstos, demuestran que son condiciones que ameritan tratamiento y que debieran ser prioritarias a considerar para la salud pública (Vicente, et al., 2007).

Por todo lo señalado, para esta investigación se utilizará la concepción de que las personas con patologías psiquiátricas constituyen parte del conjunto de individuos con discapacidad, que requieren de la necesidad de creación de instrumentos, programas, fármacos, etc., que mejoren su calidad de vida, así como también su rehabilitación. Esto se encuentra estrechamente vinculado con los ámbitos psicosociales que estas enfermedades engloban, donde se encuentran áreas de desarrollo relevantes tanto en lo personal como en lo social. De hecho, por ello es imprescindible que dichas y dichos pacientes sean provistos de todos los apoyos que necesiten en cualquier aspecto (Fernández, 2017).

### **Discapacidades Psicosociales y Normativas**

Para comprender la concepción de discapacidad psicosocial, se deben revisar los modelos de entendimiento de las enfermedades mentales desde su origen. El primero de ellos, situado en la edad media y la edad moderna (siglos XV hasta XVI) estuvo vinculado mayoritariamente a la religión y a las instituciones de beneficencia, donde el asistencialismo a los “locos” era el paradigma imperante al considerarse que no tenían la racionalidad ni la capacidad de convivir en sociedad (Cazzaniga & Suzo, 2015). Luego, dicha situación fue migrando hacia la consideración de que las personas con dichas enfermedades debían ser recluidas y excluidas de la sociedad en instituciones especializadas. Esto, porque popularmente se consideraba que no eran un aporte a la sociedad, e incluso, que eran más bien un estorbo (Victoria, 2013).

El segundo de los modelos que abordan esta temática se vincula a la aparición del método científico y al análisis racional de los casos del siglo XVII, también denominado “Modelo Biomédico”, el cual condujo a la creencia de que las personas con patologías

psiquiátricas podrían rehabilitarse, pero que para eso debían ser lo más normalizadas posibles en relación con la vida en la sociedad de la época (Victoria, 2013). Visión que en algunos sitios sigue siendo predominante a nivel de salud pública, relacionándose íntimamente con las ideas de medicalización y biomedicalización.

El primer concepto se refiere principalmente a la expansión de la jurisdicción médica acerca de situaciones previamente no consideradas padecimientos ni enfermedades (Iriart, 2018). De esta manera, se considera que la medicalización logró ingresar, como requisito obligatorio, a prácticas que antaño no se consideraban médicas, generando así la necesidad de un control por parte de médicas y médicos. La biomedicalización, por otra parte, se entenderá como la radicalización de la medicalización. Esta última será especialmente relevante, pues, en palabras de Celia Iriart (2018), señala la existencia de una necesidad de control y vigilancia desde las y los individuos respecto a enfermedades o condiciones médicas, y ya no solamente desde personal médico y/o especializado. Esto también requiere la información de la población respecto a patologías y condiciones, pero, puede llegar a suceder, que esta alerta constante produzca un sobrediagnóstico y un control excesivo respecto a ciertas condiciones personales.

Para la autora, basándose en los conceptos de Clarke y otros (en Iriart, 2018), lo relevante de la idea de biomedicalización es que esta implica una regulación de los individuos mediante un discurso hegemónico sanitario que se presenta como una realidad y verdad científica. Esto porque la biomedicalización podría internalizarse en las personas, transformando la visión que estas pueden tener sobre su propia salud. Esto marca una diferencia cualitativa entre el colectivo de personas con discapacidades o trastornos mentales y quienes que no las poseen, considerando que las primeras no serían “normales”, y, por tanto, se verían impedidas de llevar una vida normalizada dentro de la sociedad.

En el tercer modelo de concepción de los trastornos mentales, también denominado modelo social, o bien, biopsicosocial, vinculado al siglo XX y XXI, se considera que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad lo mismo que las personas que no la poseen (Victoria, 2013), considerando los valores de la inclusión como fundamentales, pues a través de ella se pueden poner a disposición espacios de igualdad de accesos y de

derechos. La finalidad de este modelo sería acabar con la visión de normalidad y anormalidad, cambiando el paradigma de la integración y mudando hacia la inclusión. Esto provoca un cambio de mentalidad radical en la forma de ver a las personas con algún tipo de trastorno y/o discapacidad. Este modelo, al ser revolucionario y romper con las lógicas de los modelos anteriores, causa aún cierto revuelo y reticencias por parte de la comunidad médica y científica, ya que, al abordar la enfermedad como un conjunto de factores internos y externos, deja atrás la creencia de la normalización a través del uso de fármacos u otro tipo de terapias (Beltrán, Ortiz & Pallares, 2022).

El modelo social, que es el imperante actualmente en el abordaje de los trastornos y también en Chile, dentro de la Salud Primaria [APS], brindaría un marco amplio de comprensión sobre las enfermedades mentales y la discapacidad a nivel conceptual. La discapacidad, en este modelo, se conceptualizará como “ciertos obstáculos sociales, personales, laborales, etc. respecto al acceso a diferentes oportunidades de este ámbito” (Samaniego de García, 2006, p.124). De esta forma, se sobreentiende que la discapacidad sería una condición que se constituye con muchos otros factores distintos a sólo la salud física. Complementariamente, tal comprensión de la enfermedad mental, el modelo social de discapacidad

Proporciona una base teórica que tiene su reflejo en el paradigma de los apoyos dirigido a comprender la conducta y evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas que se necesitan para funcionar en un ambiente concreto (Cruz et al., 2011, p .180)

Estas demandas no se ven satisfechas en la mayoría de los casos, ni por el Estado, la sociedad, ni los privados. Como ya se mencionó, en el caso de Latinoamérica, por ejemplo, se demuestra esta falta de oportunidades, donde “cerca del 82% de las personas con discapacidad se encuentran privadas del acceso a los servicios esenciales y básicos: salud, saneamiento ambiental, educación, empleo, seguridad, justicia, entre otros” (Cruz et al., 2011, p.10), viéndose especialmente privadas de sus nociones personales y lo que ello implica en la ejecución de sus responsabilidades y también sus derechos.

Respecto al marco normativo que involucra la visión de discapacidad vinculada a los trastornos mentales, el artículo número 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, señala que

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (CDPD, Naciones Unidas, 2008, p.1)

Adentrándose en estas nociones, se puede abordar la situación normativa chilena respecto a los principios de no-discriminación e inclusión. En Chile, tal normativa sostiene que dicho principio es parte de la Constitución, y, por tanto, de la institucionalidad de la República de Chile. Tanto así, que el artículo primero de la misma establece que “las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Constitución política de Chile, Art. 1, 2005). Las políticas institucionales de Chile, vinculadas a lo estipulado en la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad [CDPD], en su artículo 1 señalan que un Estado debe “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (CDPD, Art. 1, 2008).

Sin embargo, en Chile poco se encuentra respecto a instituciones y normativas que coordinen de manera efectiva las políticas antidiscriminación. Se afirma, según el texto oficial del SENADIS (Servicio Nacional de Discapacidad), que dicha carencia ha sido revelada tanto por instancias académicas como por las organizaciones de la sociedad civil. De hecho, en nuestro país solo existen dos instituciones de parte del Estado que buscan garantizar igualdad en pos de la antidiscriminación. Estos son: el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), que busca la elaboración de políticas que intentan establecer igualdad tanto de oportunidades como de derechos para las mujeres en todos los ámbitos que aborda el buen vivir (social, laboral, político, económico, legal, etc.), y el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), que se preocupa de promover la inclusión social, la promoción de actividades y el acceso que tienen a ellas las personas con algún tipo de discapacidad.

Con relación a lo anterior, la Ley N° 20.422, establece “una institucionalidad para la promoción de la igualdad e inclusión de las personas con discapacidades” (SENADIS, 2015, p.12). Esta institucionalidad se compone por un Comité de Ministros de la Discapacidad, el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), y, por último, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), que certifica la condición de discapacidad de las personas para efectos legales y judiciales (Zondek et al., 2006).

A pesar de lo establecido, la tarea del SENADIS se ve muchas veces mermada, especialmente en lo que corresponde a la inclusión y oportunidades laborales. Esto debido a que el Código del Trabajo de la República de Chile no contiene una normativa explícita respecto a la protección de las trabajadoras y trabajadores con algún tipo de discapacidad, aunque la Ley (20.422), que profundiza el principio de no discriminación, es considerada por la Dirección del Trabajo, señalando que “la condición de discapacidad no puede ser invocada como un motivo válido para establecer diferenciaciones de trato y de oportunidades en el ámbito laboral” (Código del Trabajo, ORD 2963, 2018). Por tanto, si a una discapacidad fuese una causal de despido o de diferencias, podría considerarse un acto de discriminación que puede ser sancionado.

De acuerdo con la Fundación chilena ConTrabajo, las personas con algún tipo de discapacidad son el colectivo minoritario más grande del país. Pero, en su mayoría, las instituciones o servicios, que pueden ser públicos o privados, no se encuentran disponibles para estas personas, generando exclusión. Los datos de la fundación citada mostraban, en el año 2022, que las personas padecientes de algún tipo de discapacidad forman el mayor colectivo en situación de vulnerabilidad.

Así, según los datos recopilados en el 2022 en la Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) de 2022 y el III Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) de 2022, se demostró que en Chile hay un total de 3.291.602 personas con discapacidad, de las cuales 587.709 son niños, niñas y adolescentes (14,7%) y 2.703.893 (17,6%) son adultos/as (a partir de los 18 años de edad) (Fundación ConTrabajo, 2023). El mismo estudio mostró que, de ese total de personas, sólo 42,8% participa en el mercado laboral, mientras que el 57,2% de ellas y ellos está inactivo.

La situación conflictiva de esto recae en que no hay una normativa explícita que indique qué es considerado o no una discapacidad. La mayor parte de las acciones tomadas por el Estado y el Código del Trabajo se dirigen hacia discapacidades físicas y cognitivas.

### **Trastorno Afectivo Bipolar**

Respecto a lo concerniente a esta investigación, se considerará al TAB según su definición médica, que lo define como

Una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía o hipomanía y en ocasiones episodios mixtos. Estos últimos se refieren a cuando se presenta los síntomas anteriormente descritos de forma simultánea (Jara, et al.,2008, p.23)

En cuanto a los efectos psicosociales que provoca esta enfermedad, se puede señalar que existe un grave deterioro en los aspectos sociales, familiares y laborales, tanto en los episodios de depresión ya que las dificultades para trabajar y llevar a cabo tareas se ven absolutamente mermada, y también en algunos episodios maníacos, donde pueden existir síntomas psicóticos ocasionales, generando también efectos nefastos para el funcionamiento personal (Miklowitz, 2016).

Considerando la gravedad de este trastorno, en Chile desde el año 2013 fue considerado como parte del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), plan destinado al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, siendo esta comprendida por la OMS, como la “percepción que tiene un individuo de su posición en la vida dentro del contexto cultural y valórico en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, 2015, p.1). Este mejoramiento de la calidad de vida, en este trastorno en específico, se realiza a través del manejo psicofarmacológico correcto, la psicoeducación del paciente y de su entorno completo.

Según los datos de la OMS, este trastorno se halla en alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo. En Chile, por su parte, el TAB tiene una prevalencia de

aproximadamente 2,2% dentro de la población, siendo más frecuente en mujeres (2,5%) que en hombres (1,8%) (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, 2015). Cabe destacar que, según estudios del Banco Mundial, la Escuela de Salud Pública de Oxford y la OMS, esta enfermedad se identifica como discapacidad; específicamente la sexta causa de la misma alrededor del mundo (OMS, 2022). Especialmente porque la forma de cursar del trastorno bipolar es crónica, y muchas veces debilitante (Miklowitz, 2016).

Respecto a la situación de Chile, según la revisión realizada, ni la legislación actual ni el código del trabajo establecen una diferencia concreta entre medidas para personas con discapacidad psicosocial, siendo que en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se incluyen a las discapacidades psicosociales (ACNUDH, 2010)

### **Exclusión Social y Estigmatización**

Respecto a lo señalado, el padecimiento de trastornos mentales se acompaña de un estigma que viene desde hace mucho tiempo atrás (Pallares, Ortiz & Beltrán, 2022). Este produce inevitablemente la exclusión y discriminación de quienes padecen estos tipos de enfermedades. En ese aspecto, cabe considerar a los conceptos de exclusión e inclusión social como bastante vinculados a los aspectos de ciudadanía de las personas y el ejercicio completo de sus derechos y libertades básicas personales, especialmente las que se vinculan a un bienestar, como el acceso a salud, educación, y al mundo laboral. (Jiménez, 2008)

En la misma línea de lo anterior, cabe destacar la definición que ofrece Castells (2001), quién define el término exclusión social como un proceso en el que las personas son impedidas al momento de acceder a condiciones que permitan su subsistencia en un contexto determinado.

Para Jiménez, este concepto es antagónico a la idea de inclusión social, pues esta última implicaría una dualidad, señalando que hay un sector que se encuentra excluido y otro incluido dentro de la sociedad. De esta forma, el sector aislado se hallaría al margen de los derechos fundamentales de las personas, lo que debería garantizarse jurídicamente a través del Estado (Jiménez, 2008).

Es en este escenario, que cabría destacar lo señalado por Subirats y otros (2004), quienes indicaron que tanto la exclusión como la inclusión social se enmarcan en tres ejes fundamentales: género, edad y procedencia. Sin embargo, dentro de ellos, también destacan otros factores de vulnerabilidad social como serían la enfermedad y/o discapacidad. Estas tendrían como factores comunes el producir una limitación de la autonomía individual de las personas que las padecen (Subirats et al., 2004). Estas limitantes podrían causar, según estos autores y autoras, en última instancia, la necesidad de abandonar el trabajo, o bien causar ausentismo laboral.

Para abordar el fenómeno de exclusión social, se utilizarán las clasificaciones realizadas por Jorquera (2010), Thumala, Arnold y Urquiza (2010) y Arnold et al. (2009). Los autores y autoras abordan, primeramente, el concepto de “inclusión y exclusión primaria”, la que se refiere a las posibilidades personales de acceder a servicios y prestaciones económicas, educativas, políticas, tecnológicas, etc. De esta manera, de estos medios dependerá que puedan mantener un positivo rumbo en lo que respecta a lo biológico, psíquico y social. (Arnold et al., 2009, citado en Jorquera, 2010); la “inclusión/exclusión secundaria”, será comprendida como la posibilidad de acceso a las redes de apoyo, lo que puede significar beneficios al momento de tener situaciones de exclusión primaria, pues, al tener redes de apoyo se pueden compensar algunas desventajas que se pueden tener respecto a la exclusión. Asimismo, Thumala, Arnold & Urquiza (2010), consideran la inclusión/exclusión autorreferida como la autoeficacia percibida, sumada a la autosatisfacción de las personas frente a una actividad, lo que contribuyen a reforzar o a mermar su integración social.

Jorquera (2010) también describe la “inclusión/exclusión heterorreferida”, la que se describió como las percepciones y expectativas sobre algún grupo social, algo que puede restringir los espacios de inclusión o exclusión. Finalmente, se puede hallar la “inclusión/exclusión de tipo simbólico”, la que se refiere a la existencia de representaciones sociales o imaginarias respecto a cierto grupo de la población, lo que puede ampliar aún más las desventajas que puedan existir al momento de ser incluidos e incluidas. Acá se reúnen las producciones literarias, artísticas, periodísticas, etc., sobre ciertos grupos de la

población, pudiendo convertirse estos en algún tipo de estigma social que refuerza la exclusión, algo que cobran un carácter especialmente relevante para esta investigación.

### **Inclusión y Exclusión Laboral**

En lo que respecta al empleo y el trabajo, se tiene en consideración que encontrar una labor estable es una condición difícil para todas las personas. Sin embargo, para quienes padecen alguna discapacidad es aún más complejo (Bravo, Porras & Urricelqui 2017). De esta manera, se pueden apreciar las voluntades que han tenido desde los años 2000 distintas organizaciones a nivel mundial, como la Organización Internacional del Trabajo [OIT]. La OIT, en el 2002, estableció algunas recomendaciones prácticas para la gestión en casos de integración de personas con discapacidades en el ámbito laboral. En este sentido, destaca

El énfasis en la gestión de la integración de la persona con discapacidad en su ambiente laboral; que la contratación debe respetar el principio de la no discriminación, asegurándose de recibir solicitudes de personas con discapacidad; se deben garantizar al trabajador con discapacidad las mismas oportunidades laborales, incluyendo las oportunidades de promoción y reconocimiento (OIT, 2002, p.7)

Ahora, respecto a la inserción laboral, la definición de Larrazábal y Morales (2010) señala que ésta consistiría en “ofrecer un acompañamiento a personas que están en situación de exclusión laboral y social, con el objetivo de incorporarse al mercado de trabajo” (p.106). Esto principalmente porque se considera que un puesto laboral estable contribuye de manera positiva a la rehabilitación psicosocial, incorporando además a las personas al mundo de producción económica.

En el caso de la concepción de enfermedades mentales como discapacidad psicosocial, estas consideraciones cobran especial relevancia, ya que un diagnóstico de enfermedad mental disminuye notoriamente las posibilidades de una persona para sumarse a un trabajo dependiente remunerado (Porras, 2013). Asimismo, las estadísticas indican que al menos el 5% de ellas tienen un empleo formal, y más del 40% señalan haber sufrido algún tipo de discriminación (Cuetos, 2013). Se puede plantear que, al producir los

trastornos mentales consecuencias conductuales y sociales, en ocasiones graves, se puede ver afectada la actividad laboral, originando incapacidad temporal o permanente para el desarrollo de cualquier profesión u oficio, ya sea de manera permanente o temporal (Mur de Viu & Maqueda, 2011).

Pese a lo anterior, autores como Cazzaniga y Suzo (2015), consideran que el aspecto laboral es un espacio fundamental que puede contribuir a la rehabilitación y ayuda al tratamiento de las personas con trastornos mentales, principalmente por la contribución al aumento de interacción social y el uso de capacidades biopsicosociales de cada persona. También, se señala que existe una doble inclusión, tanto social como económica. Pese a ello, se debe admitir que al ser un aspecto donde existe discriminación histórica (Porrás, 2013), sería un medio que tendría cierta hostilidad, como, por ejemplo, el hecho de no ser contratadas o la dificultad para mantener el empleo apenas se conoce su diagnóstico (Cazzaniga & Suzo, 2015).

### **Estrategias de inserción laboral**

En base a lo revisado con anterioridad, se puede establecer que la inserción laboral, en conjunto con el acceso al mercado de producción, son claves para una completa integración de una persona con alguna condición de discapacidad (Mascayano, Lips & Moreno, 2013). Estos autores comentan que está ampliamente investigado que existe un valor positivo en la concepción de un empleo como ayuda a la mejoría de una enfermedad cualquiera, tanto del punto de vista clínico como psicosocial. De esta manera, el ingreso al mercado laboral, además de varios otros agregados, es capaz de plantear, por ejemplo, una estructuración de las rutinas laborales y del ciclo vital, además de un importante sentido de la autoeficacia.

Los Modelos de Empleo con Apoyo se crearon en Estados Unidos en los 90 (Bond, Drake & Becker, 2008) a partir de los modelos de integración social. Diseñados para favorecer la integración laboral de personas en situación de discapacidad. El empleo con apoyo, según Mascayano, Lips y Moreno, se caracterizaría por la presencia de una o un profesional del área de la psicología que realiza un proceso de acompañamiento para la persona con discapacidad, contribuyendo a su proceso de entrenamiento y motivación;

Además, el puesto de trabajo cuenta con para que la persona acceda y se mantenga en una plaza de trabajo según los grados de discapacidad y las necesidades de cada persona.

En ese sentido, otros países como España y Estados Unidos han desarrollado planes estratégicos para la inclusión laboral de personas con discapacidades, esto sin diferenciar el tipo de ellas, abordando el conjunto “discapacidad” como un todo. Estas estrategias contienen y contemplan evaluaciones preocupacionales, entrenamientos, consejerías, entre otras técnicas que son una ayuda para quienes recurren a esos planes de protección y acceso al empleo (Mascayano, Lips & Moreno, 2013). Esto se denomina principalmente “Empleo Protegido”, plan que tiene dos objetivos principales según Díaz y Chacón (2006), los que son: asegurar un empleo con algún tipo de remuneración a aquellas personas con discapacidad que no puedan acceder a un empleo normalizado, y también intentar preparar a estas personas para un posible acceso al mercado ordinario.

En los programas de Empleo Protegido, los y las trabajadoras contratadas son principalmente personas con discapacidad, esto para fomentar un ambiente de comprensión y pertenencia (Díaz & Chacón, 2006). Pese a ello, esta estrategia de Empleo Protegido, según Mascayano, Lips & Moreno (2013), ha mostrado limitaciones. Comentan que “frecuentemente los trabajadores no realizan un trabajo productivo, permaneciendo en su actividad laboral más bien por razones sociales que por su productividad. Además, frecuentemente no se logra la promoción desde la condición protegida al empleo normalizado.” (p.160)

Los mismos autores mencionan que respecto a la efectividad de estas intervenciones, una encuesta aplicada en Estados Unidos, uno de los países pioneros en la implementación de estos planes, demuestra que las tasas de conservación de empleo se encuentran entre el 30 y el 40% en aquellas personas que han participado de algún programa de empleo con apoyo (Mascayano, Lips & Moreno, 2013). Pese a ello, si se ha demostrado que el programa de Empleo Protegido si garantiza beneficios terapéuticos para las personas con discapacidad, tales como la reducción de recaídas y hospitalizaciones, aumento de la autonomía y la autoeficacia personal, y también mayor sensación de bienestar (Mascayano, Lips & Moreno, 2013).

Otra estrategia implementada ampliamente en Europa, Estados Unidos y Asia, es la de las Empresas Sociales, definidas como “una empresa ordinaria para emplear a personas con discapacidad u otras desventajas en el mercado del trabajo” (Mascayano, Lips & Moreno, 2013, p. 162). Estas se sustentan en la solidaridad y beneficencia y trabajan alrededor de 20% a 50% de empleados con discapacidades (Vidal & Claver, 2003).

Al igual que en Empleo Protegido, algunos autores como Vidal y Claver (2003), señalan que el ingreso a una de estas Empresas Sociales generaría beneficios terapéuticos, como la reducción del aislamiento social y el incremento de la autoconfianza y la motivación, conduciendo a una mejor calidad de vida. Sin embargo, sí tendrían algunos defectos, como que los trabajos adquiridos serían transitorios y las remuneraciones estarían comúnmente bajo las expectativas del mercado (Chuaqui, 2005). El mismo autor señala que el empleo protegido no sería una solución de peso para resolver la inserción laboral y sus vicisitudes. Sin embargo, según Vidal y Claver, si existen beneficios terapéuticos ante ello, los que fueron anteriormente abordados.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Objetivos generales:

1. Comprender la percepción las de las y los padecientes de TAB en Santiago de Chile, respecto a sus dificultades de inclusión laboral
2. Proponer prácticas y estrategias efectivas que podrían fomentar la inclusión laboral de las y los pacientes con TAB en Santiago de Chile.

### Objetivos específicos:

1. Describir elementos que influyen en la mantención del empleo en padecientes de TAB.
2. Describir los elementos relevantes a la hora de encontrar empleo según la percepción de las y los padecientes de TAB.
3. Comprender cómo la exclusión laboral afecta en la inclusión social de quienes padecen TAB.
4. Comprender los estigmas con que se identifican los padecientes de TAB respecto al trastorno y su expresión en el ámbito laboral.
5. Sistematizar las propuestas y estrategias que las y los padecientes de TAB proponen para la mejora de la inclusión laboral.

## MARCO METODOLÓGICO

### Enfoque y diseño

Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa, dividiendo el estudio en dos fases. El diseño de investigación fue descriptivo y transversal.

Criterios de inclusión en la muestra:

Respecto a los criterios de selección de la muestra, estos se presentan a continuación:

*Tabla 1 Criterios de inclusión de los/as participantes del estudio*

| <b>Criterios</b>         | <b>Condiciones</b>  |
|--------------------------|---|
| <b>Diagnostico</b>       | Estar diagnosticado o diagnosticada con TAB de forma clínica (diagnóstico de psiquiatra y/o psicólogo o psicóloga)              |
| <b>Genero</b>            | Ser hombre, mujer, o persona no binaria   |
| <b>Edad</b>              | Mayores de 18 años  |
| <b>Localización</b>      | Región Metropolitana de Chile   |
| <b>Situación Laboral</b> | Haber tenido o tener un trabajo formal (con contrato, sea este full time, part time, híbrido o presencial) por al menos 6 meses |
| <b>Consentimiento</b>    | Mostrar expresa aprobación de participar en el estudio a través de la firma del Consentimiento Informado                        |

A continuación, se presentan las características de la fase cuantitativa y la fase cualitativa, en orden de implementación.

#### a. Fase cuantitativa

Técnica de producción de datos: Se llevó a cabo una encuesta inicial exploratoria, a través de la plataforma Google Forms, con el fin de recopilar información sobre las impresiones de las personas con TAB respecto a la temática, y donde ellos y ellas libremente podían indicar si deseaban ser parte de las entrevistas en profundidad. Esta encuesta se construyó a través de las impresiones adquiridas en el marco teórico, y también con apoyo de la ONG “Somos TAB”. En ella se ha recopilado información como el género, la edad, el diagnóstico clínico y hace cuanto padecen el TAB, y, por último, preguntas orientadas a percepciones y situaciones laborales de cada persona. Adicionalmente, se les preguntó a las personas si estaban de acuerdo con participar de una entrevista para la segunda fase de la investigación, ante lo cual N personas aceptaron. Esta encuesta se difundió gracias al apoyo de la ONG “Somos TAB”, y se encuentra en el apartado de “Anexos”

#### **Muestra**

La muestra consistió en 185 respondientes a la encuesta realizada, con las siguientes características:

*Tabla 2 Identificación de variables y población de encuesta exploratoria cuantitativa*

| <b>Variables</b>         |                                    | <b>Muestra</b> |
|--------------------------|------------------------------------|----------------|
| Identificación de género | Mujeres                            | 157            |
|                          | Hombres                            | 23             |
|                          | No binaries                        | 5              |
| Edad                     |                                    | 18-54          |
| Situación laboral        | Ha tenido, pero está desempleado/a | 68             |
|                          | Con empleo actual                  | 104            |
|                          | Con licencia medica                | 13             |

## Técnica de análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizó el tipo de estadística descriptiva, con el objetivo de resumir los datos para proporcionar información puntual de los resultados (Rendón, Villasis & Miranda, 2016).

### b. Fase cualitativa

Respecto a la técnica de producción de datos, se señala que se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de carácter individual, utilizando una pauta dirigida a conocer en mayor profundidad las opiniones y vivencias de las y los participantes del estudio.

### Muestra

Las y los participantes de esta se escogieron de manera aleatoria (sorteo), a partir de quienes aceptaron participar de la entrevista en la fase anterior, seleccionando a un total de ocho personas. Este procedimiento pudo ser llevado a cabo gracias a que, cada participante de la encuesta inicial podía dejar su correo electrónico con el objeto de ser contactado o contactada para realizar las entrevistas. Esto, posterior a la firma del Consentimiento Informado. Tras ello, se contactó a las personas seleccionadas aleatoriamente, por Mail, pudiendo ellos y ellas decidir nuevamente si deseaban ser parte de la investigación.

A continuación, se muestra la caracterización de quienes participaron en el estudio cualitativo:

Tabla 3 - Caracterización de los/as participantes del estudio cualitativo

| <sup>1</sup> Entrevistado/a | Género | Edad | situación Laboral |
|-----------------------------|--------|------|-------------------|
| Benja                       | M      | 30   | Trabajando        |
| G                           | NB     | 28   | Trabajando        |

<sup>1</sup> Los nombres utilizados para representar a los y las participantes son pseudónimos ficticios escogidos por ellos mismos para resguardar su identidad.

|         |   |    |             |
|---------|---|----|-------------|
| Pau     | F | 40 | Trabajando  |
| Rachel  | F | 37 | Sin Trabajo |
| Gonzalo | H | 27 | Trabajando  |
| Pedro   | H | 30 | Sin Trabajo |
| Cata    | F | 25 | Trabajando  |
| Paula   | F | 31 | Trabajando  |

### **Técnica de análisis de la información**

Se llevó a cabo un análisis de contenido cualitativo con categorías preestablecidas y con categorías emergentes (Hsieh & Shannon, 2005), según los objetivos de la investigación. Las categorías preestablecidas fueron: TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral; Inclusión laboral en personas con TAB; Estrategias para mejorar inclusión laboral en padecientes de TAB. Mientras que las categorías emergentes fueron TAB como discapacidad psicosocial; Relación personal con el TAB y Estigmatización.

### **Procedimientos**

Los procedimientos utilizados para llevar a cabo la recolección de información para esta investigación fueron los siguientes:

Tabla 4 - *Procedimientos de recolección de información y tabulación de datos*

|                   |  |
|-------------------|--|
| Fase cuantitativa | Definición de criterios de importancia para establecer pauta de preguntas para la creación de la encuesta general preliminar, la que constó de interrogantes principalmente abiertas y otras con el fin de recolectar información de contacto para la realización de las entrevistas personales.             |
|                   | Aplicación de la encuesta a través de plataforma Google Forms, difundiendo el link abierto a través de redes sociales, mediada por la ONG Somos TAB.   |
|                   | Tabulación de resultados a través de Microsoft Excel, y de las mismas herramientas estadísticas de Google Forms. Los gráficos posteriores se elaboraron a través de Microsoft Word   |
| Fase cualitativa  | En base a las informaciones de contacto voluntario recolectadas en la encuesta exploratoria, se realizó un sorteo a través de la aplicación App-Sorteos, esto debido a la gran cantidad de personas interesadas en participar en el estudio, con el fin de hacer transparente la selección de participantes. |
|                   | Aplicación de pauta de entrevista semiestructurada a 8 personas seleccionadas aleatoriamente. Estas entrevistas duraron aproximadamente 60 minutos y fueron grabadas únicamente por audio, con el fin de mantener la privacidad de quienes participaron. Se utilizó consentimiento informado.                |
|                   | Tabulación y establecimiento de categorías basadas en la información cualitativa recopilada en las entrevistas, a través del Software MAXQDA.  |

### **Aspectos éticos**

La encuesta inicial, que tuvo un alcance total de 185 personas, fue realizada bajo la aceptación del Consentimiento Informado correspondiente, además de parámetros de confidencialidad, como, por ejemplo, no preguntar antecedentes de identificación como nombre, RUT, o número telefónico.

Las posteriores entrevistas se realizaron a un total de ocho personas con diagnóstico de TAB, entre ellos, hombres, mujeres, y personas no binarias. Todos y todas ellas fueron informados e informadas adecuadamente de las características de este estudio. Además, se les entregó un nuevo consentimiento informado que describió el tiempo estimado de duración de la entrevista, el formato y el resguardo confidencial de la identidad,

manteniendo su persona en anonimato a lo largo de todo el desarrollo de la investigación. Finalmente, se les señaló que la entrevista sólo sería grabada en audio, con el objeto de transcribirla para su posterior análisis.

## RESULTADOS

En este apartado, se realizará la presentación de los resultados obtenidos en la presente investigación. Estos se mostrarán a través de gráficos, tablas, y también descripciones verbales de las impresiones y vivencias de quienes fueron entrevistados.

### Encuesta cuantitativa exploratoria

Primeramente, se realizó una encuesta de preguntas abiertas y cerradas, con el fin de recopilar información inicial respecto a características sociodemográficas y a percepciones respecto a ciertos tópicos del TAB vinculados al ámbito laboral. Además, permitía a quien respondiera el cuestionario, dejar su correo electrónico en caso de desear participar en la fase de entrevista personal.

En esta encuesta, participaron un total de 185 personas, incluyéndose hombres, mujeres, y personas no binarias o con otra identidad de género. De este total, solo 152 personas cumplían los requisitos explicitados anteriormente. Por tanto, la muestra fue conformada por esta cantidad. De ellas y ellos, fueron en su mayoría Mujeres (85,4%), y un menor porcentaje de Hombres (11,9%) y personas No binarias (2,7%). Las edades iniciales de las y los participantes fueron desde los 18 años hasta los 54.

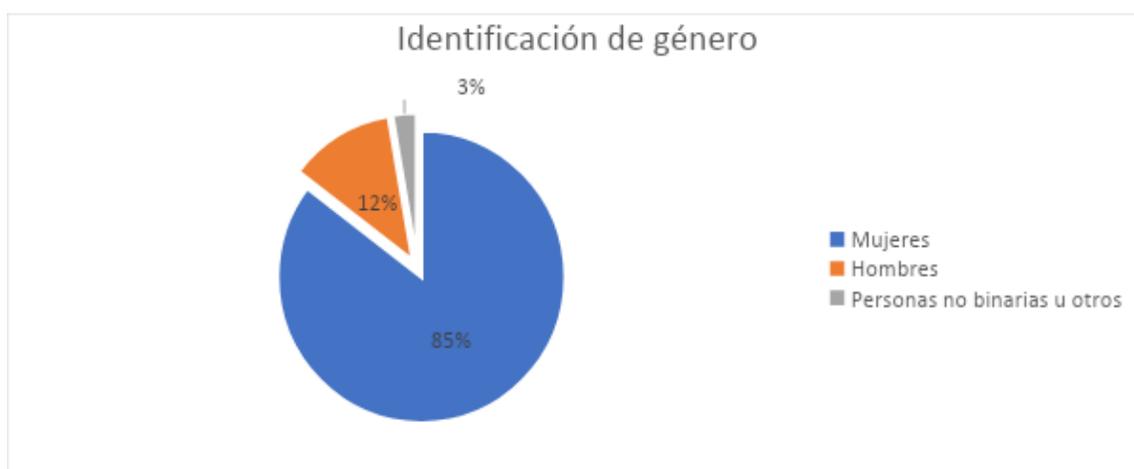


Gráfico n°1: Identificación de Género

Las categorías analizadas en esta encuesta fueron cuatro:

- **Situación laboral actual**
- **Experiencia de entrevistas o test psicolaborales**
- **Dificultades posibles para la búsqueda laboral**
- **Dificultades posibles para la mantención de un trabajo estable.**

Los resultados de la encuesta se mostrarán a continuación, en gráficos circulares de porcentajes.

Respecto a la indagación sobre la situación laboral de las y los participantes, las respuestas dieron como resultado una mayor población en actividad respecto a la población cesante. También, en el estudio se incluyó la variable respecto a la licencia médica. Si bien estas son personas que se encuentran con trabajo, se consideró este estado como relevante al momento de comprender la actividad de quienes participaron en el estudio. Los resultados, como se especifican en la gráfica, muestran que la mayoría de las personas que respondieron se encuentran actualmente trabajando, pero también existe un porcentaje considerable de personas cesantes.

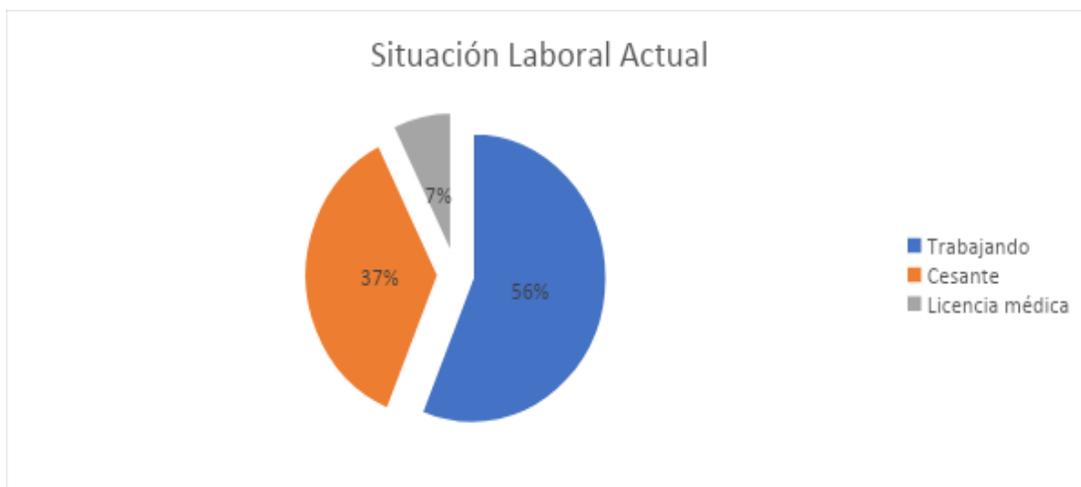


Gráfico n°2: Situación Laboral Actual

La siguiente pregunta tenía el fin de pesquisar la realización o la carencia de algún tipo de evaluación laboral a la que se hayan enfrentado las y los participantes al momento

de postular o ingresar a algún puesto laboral. La mayoría de ellos y ellas sí pasaron por este tipo de procesos, lo que será relevante a la hora de mostrar los datos resultantes de la siguiente pregunta.

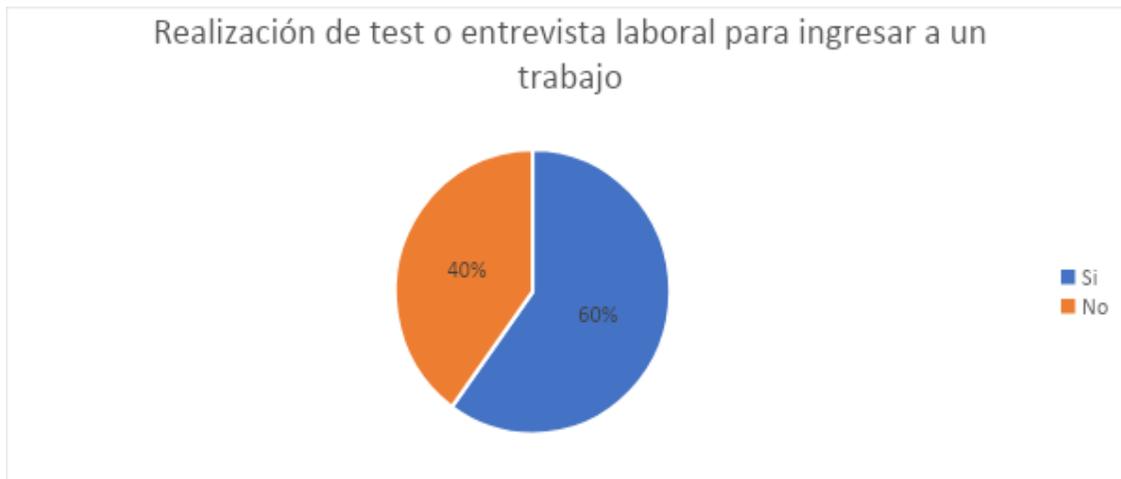


Gráfico n°3: Realización de entrevistas o pruebas psicolaborales de ingreso

En esta interrogante, se evaluó la autopercepción que tuvieron las y los participantes, que, sí pasaron por entrevista o test psicolaboral, de su propio desempeño o de sus sensaciones personales al momento de enfrentarse a dicho momento. La mayoría de ellas y ellos indicó haber tenido una experiencia positiva.

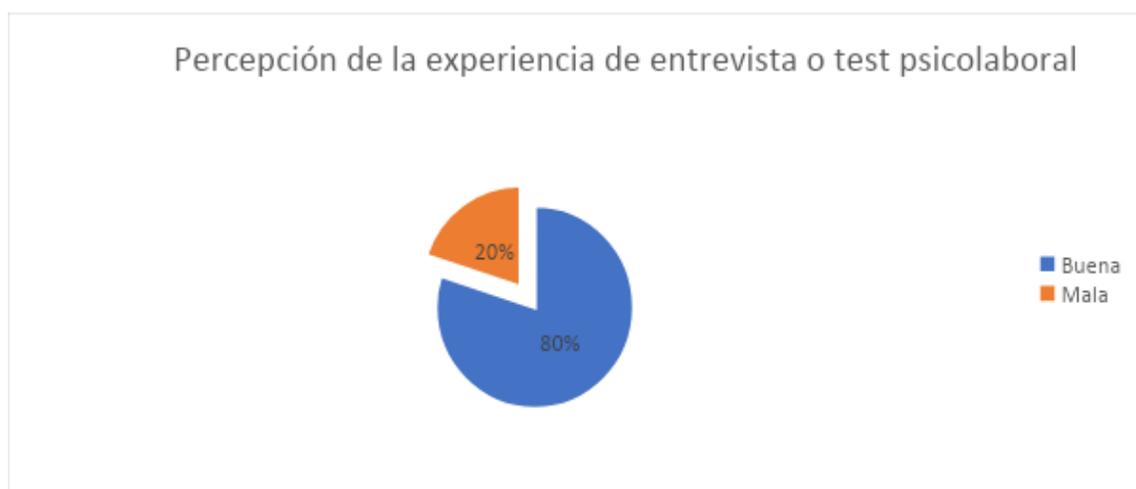


Gráfico n°4: Percepción de la experiencia psicolaboral

La siguiente pregunta se orientó a un aspecto de suma relevancia para este estudio. Este se relaciona con las dificultades autopercibidas de las y los padecientes de TAB al momento de conseguir un puesto de trabajo. Los resultados muestran una cifra más orientada a la existencia de efectivas dificultades, pero hay una distancia bastante baja respecto a quienes consideran que no las hubo.

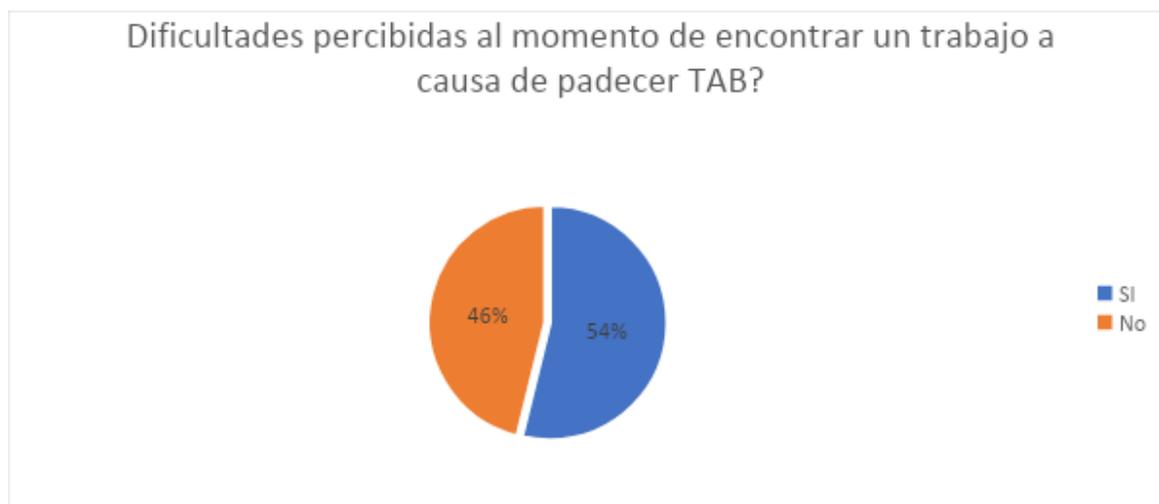


Gráfico n°5: Autopercepción de dificultades al momento de encontrar un empleo

Finalmente, la última pregunta de la encuesta estuvo dirigida a comprender la percepción de las y los pacientes de TAB respecto a las posibles dificultades al momento de mantener un trabajo de forma estable. Nuevamente los resultados se orientan a que, si las perciben, esta vez con un margen de distancia más marcado.



Gráfico n°6: Autopercepción de dificultades para la mantención de un empleo

Como conclusiones de la encuesta realizada, se pueden desprender hechos observados bastante relevantes. Por ejemplo, da cuenta de un porcentaje de cesantía que, si bien no supera el de personas activamente trabajando, no es una cifra despreciable.

También, es relevante la consideración de autopercepción respecto a lo acontecido en las entrevistas y test psicolaborales aplicados a quienes estaban postulando a algún trabajo. Si bien la mayoría de las y los encuestados señaló que se sintieron cómodas y cómodos, un porcentaje de casi el 20% indicó que su experiencia fue negativa. Esto, posiblemente por los estigmas auto percibidos respecto a la posible inestabilidad emocional hallada en el TAB, o a otros factores que podrían incidir en malos resultados en un test psicológico, algo que será encontrado con mayor profundidad en las entrevistas personales. Lo anterior, tiene estricta vinculación con las dificultades autopercibidas al momento de encontrar un trabajo, donde se aprecia que si existirían dificultades al hallar uno, baches que nuevamente se pueden vincular a lo hallado en cada entrevista personal referente al temor de ser insuficientes laboralmente, o a ser “descubierto/as” por los y las evaluadoras al momento de una postulación laboral.

Finalmente, se encuentran serias interrogantes respecto a la dificultad de mantención de un trabajo padeciendo TAB, lo que podría orientarse preliminarmente, a dificultades vinculadas a la mantención de rutinas o de una vida en estabilidad, considerando las bajas y subidas anímicas propias del TAB, aun con terapia farmacológica y psicológica.

Sin embargo, para que estas posibles conclusiones sean más desarrolladas, se debe analizar lo encontrado en las entrevistas personales posteriores.

Los resultados siguientes corresponden a lo hallado en las entrevistas semiestructuradas realizadas. Estos están estructurados en seis categorías de análisis. Tres de ellas se establecieron previo a la realización del proceso de entrevistas, al encontrarse vinculadas estrechamente con los objetivos de la investigación, estas son: *TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral; Inclusión laboral en personas con TAB; Estrategias para mejorar inclusión laboral en padecientes de TAB.*

Por otra parte, las categorías restantes, es decir: *TAB como discapacidad psicosocial*; *Relación personal con el TAB*; *Estigmatización*, fueron categorías emergentes propuestas a partir del análisis de las entrevistas realizadas y de su relevancia para las y los entrevistados, pues fue posible identificar elementos comunes y frecuentemente nombrados.

Para mayor organización, estas serán planteadas iniciando por los aspectos personales y luego los vinculados al ámbito laboral.

### **TAB como discapacidad psicosocial**

Si bien esta categoría fue añadida tras el análisis de los resultados de lo comentado por las y los participantes, cobra especial relevancia visualizar lo señalado respecto a esta temática, pues representa una de las clasificaciones realizadas por esta investigación al considerar el TAB como una discapacidad psicosocial producto de las dificultades que esta condición trae consigo en variados niveles de la vida de una persona, como lo son el ámbito social, psicológico, laboral, entre otros.

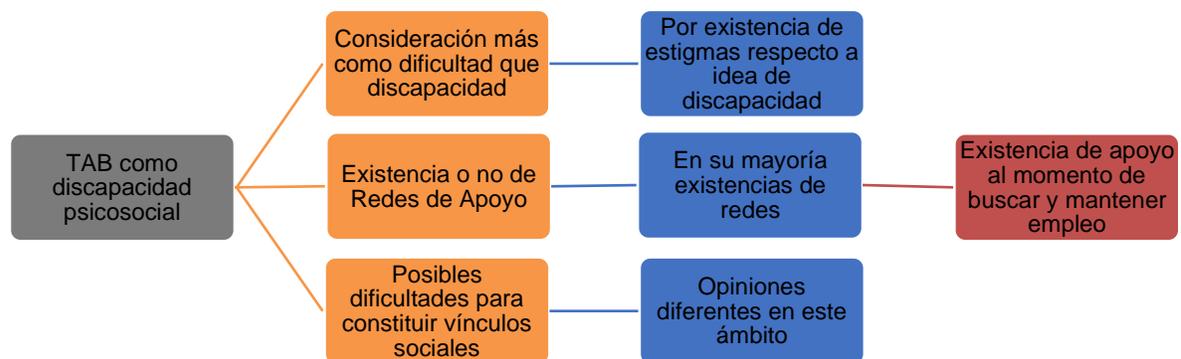


Figura n°1: Categoría: *TAB como discapacidad psicosocial*

Dentro de lo expuesto por las y los participantes del estudio, se pueden hallar algunas consideraciones respecto a la denominación del TAB como discapacidad psicosocial. Se visualiza una vinculación de la condición más como dificultad antes que discapacidad, aunque sí se reconoce que para algunas personas sí puede ser vivenciada como tal, según los grados de afectación del TAB en los diferentes aspectos vitales. “Verlo como una discapacidad me resulta muy duro y estigmatizante. Siento que en mi caso no me afecta tanto al momento de relacionarme con otros o con hacer bien mi trabajo”. (Benja)

Para mí es mayormente una dificultad, no una discapacidad, porque yo sí me considero muy funcional. El tema es que para no todas las personas es así, y yo conozco gente que, si lo considera discapacidad en su caso, porque les afecta de muchas maneras. (Gonzalo)

Sin embargo, para otras personas entrevistadas si es considerado como tal.

Yo sí lo vivo como una discapacidad. Esencialmente porque no me permite hacer mi vida como una persona normal en ningún ámbito. No puedo beber alcohol en fiestas, no puedo trabajar de manera estable, no puedo estar varios meses sin desanimarme... Todo eso me hace sentirme como una persona que tiene condiciones y necesidades diferentes al resto. (Rachel)

“Discapacidad puede ser, no lo había considerado antes, pero pienso que sí, ya que dificulta cualquier área de la vida. Es como una mochila más pesada que cargamos y que hace todo cuesta arriba”. (Pedro)

También, se abordó lo vinculado a las redes de apoyo. De forma positiva, se evidenció que en todas y todos los entrevistados existen redes de apoyo, quienes han sido especialmente relevantes no sólo como sostén socio emocional, sino también al momento de buscar y de mantenerse en una posición laboral determinada. Aunque si se constata

que posiblemente no hay un entendimiento completo de cómo se vive el TAB en cada individuo, pero que si se intenta comprender por parte de los pares y las familias.

Mis redes existen. Se que posiblemente no entienden totalmente lo que tengo, pero en base a mis experiencias y conversaciones que hemos tenido han logrado comprenderlo. No están realmente psicoeducados, pero al menos me *apañan*. (Benja)

Otro aspecto que se visualizó en esta categoría se relaciona con la vinculación socio afectiva. Algunas personas entrevistadas hablaron de dificultades al momento de construir relaciones interpersonales, sin embargo, para otras no es especialmente complejo. Se considera una proporción mayor de personas sin dificultades en este ámbito.

En esta categoría, se consideran muy relevantes los resultados respecto al análisis realizado por las y los entrevistados, donde se puede evidenciar un deseo de funcionalidad en lo señalado, es decir, de no sentirse menos apto o apta laboral y socialmente frente a una persona que no padece de TAB, y así, desmarcarse de los posibles estigmas respecto al trastorno bipolar.

## Relación personal con el TAB

Este título es especialmente relevante al momento de abordar y explorar la dimensión personal de cada participante respecto a su propia condición respecto al TAB. Principalmente porque al ser un trastorno de la vida psíquica, implica una construcción individual de la vivencia de él. Es importante comprender cómo cada persona carga con su condición y se adapta a ella, pues podría existir alguna relación entre esto y la vida laboral.

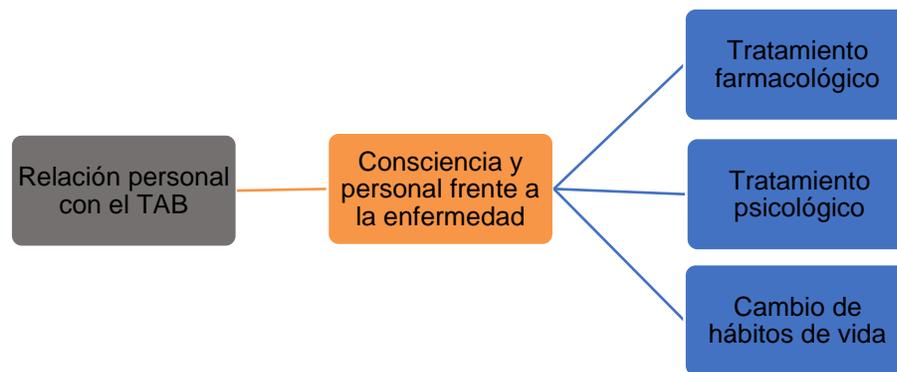


Figura n°2: Categoría Relación personal con el TAB

Dentro de lo explorado, se visualiza, en personas que llevan diagnosticadas durante más años, una relación de mayor aceptación respecto al TAB, a diferencia de quienes llevan menos tiempo conviviendo con el diagnóstico. Sin embargo, se denota una consciencia personal respecto al TAB y al tratamiento de este, siendo las y los entrevistados personas responsables con su tratamiento y los hábitos de vida recomendados para quienes padecen este tipo de condición.

Me diagnosticaron hace un año y medio. Si bien yo sabía que algo estaba mal, no esperaba recibir un diagnóstico tan duro. Siento que no estaba ni estoy preparada, pero estoy intentándolo. (Cata)

Fui diagnosticada hace poco más de un año, y puedo decir que me gustaría tener más herramientas para lidiar con todo esto. Sin embargo, sí me tomo mis fármacos, voy a la

psiquiatra particular, y soy responsable con mi tratamiento. Pese a ello, tengo dificultades en el camino de la aceptación. (G)

Lo anterior, puesto en contraste con Pau, quien fue diagnosticada hace casi 15 años.

Desde que fui diagnosticada me sentí muy aliviada y empecé a ser muy responsable con mi enfermedad. Siento que fue un cambio de vida, que al fin empecé a tomar las riendas de ella. Realmente fue un renacer. Siento que solo somos personas comunes que tenemos una mayor dificultad. (Pau)

Respecto a la responsabilidad del tratamiento, se encontró que hay alta adherencia, sin embargo, a veces surgen dudas respecto a la seguridad de seguir estando anclada o anclado a él, principalmente porque se deben estar probando constantemente tratamientos en caso de que estos no funcionen.

Me ha costado mucho encontrar mis medicamentos correctos, y he tenido un montón de tratamientos que no han funcionado, hasta que estoy en el actual. Eso a veces me desmotivaba y me daban ganas de abandonarlo, pero como el actual me mantiene estable, sé que debo seguirlo. (Paula)

Siempre he sido responsable con el tratamiento, pese a que en algunos momentos me lo he cuestionado, pensando, ¿Realmente creo en este tratamiento? (Gonzalo)

Para esta categoría, se considera vital el análisis referido a, que al menos dentro de las personas entrevistadas, existe una conciencia de enfermedad respecto al padecimiento del TAB, y de cómo este debe ser abordado tanto a nivel farmacológico como terapéutico.

Sin embargo, también se evidencia como el manejo de fármacos podría contribuir, o, en ocasiones, dificultar el desempeño laboral, puesto que en el TAB existe un constante

recambio de estos, especialmente al iniciar el tratamiento. Esto sin duda podría provocar dificultades al momento de ejercer un trabajo de forma diaria, consideración que será también abordada en un apartado siguiente.

## Estigmatización

En esta categoría, incluida tras el análisis de los resultados, se aborda un ámbito muy importante que perciben la mayoría de los padecientes de TAB, que se vincula estrechamente con la percepción de una posible estigmatización respecto a su condición. Los resultados de ello son presentados a continuación.

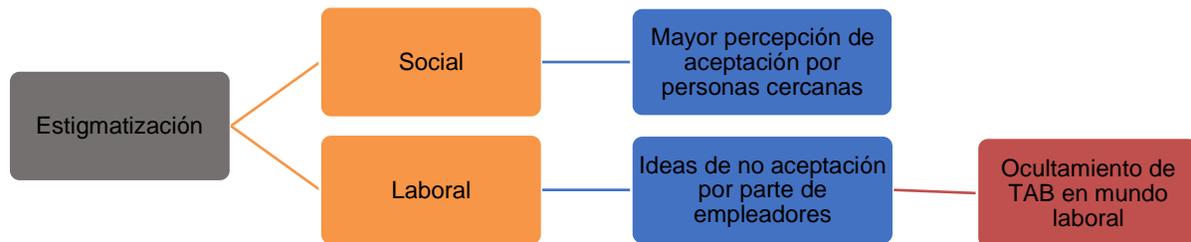


Figura n°3: Categoría Estigmatización

Respecto a lo conversado en las entrevistas, se hallaron principalmente dos situaciones de estigmatización vinculadas al padecimiento del TAB. Se constata una mayor aceptación respecto a las características del TAB y su afectación por parte de las personas más cercanas, aunque en ocasiones puede no ser así. Destaca también la estigmatización a nivel de la sociedad en general.

Creo que existe una gran estigmatización al respecto, especialmente por las ideas preconcebidas de la enfermedad. Me sentí estigmatizado por mi círculo cercano cuando fui diagnosticado. (Benja)

Me he sentido estigmatizada toda la vida, que estoy loca, que soy cambiante, que soy problemática. De todo un poco. Mi familia me ha brindado más apoyo, sin entender

totalmente lo que tengo, pero están ahí. Sin embargo, creo que en la sociedad hay realmente mucho estigma *po'*. Piensan todo eso de nosotros y es super fácil tildar de bipolar a gente que no tiene la enfermedad y solo es más voluble quizá. (Rachel)

Siento que si hay estigmas. A mí me cuesta decir lo que tengo cuando no siento que sea una zona segura. Siento que el tema de la salud mental está aún en pañales. (Gonzalo)

En el mundo laboral, los y las padecientes de TAB perciben que existen muchos estigmas, los que hacen que la mayoría de los entrevistados y entrevistadas oculten que padecen de TAB en este ámbito, adquiriendo lo que consideran “máscaras” para ocultarse y así evitar los posibles estigmas de empleadores, compañeros y compañeras.

También, están quienes han transparentado esta situación, pero más entre compañeros y compañeras que con jefaturas. Sólo una persona declaró haber comentado en su trabajo que padece de TAB, encontrando aceptación y comprensión. Sin embargo, este punto será abordado con mayor profundidad en el apartado de “TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral”.

### **TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral**

Esta categoría, planteada inicialmente al ser el eje más relevante de esta investigación, intenta mostrar la existencia o no de dificultades y situaciones ligadas al TAB y al ámbito del trabajo. De ella se desprenden varios subtemas que serán abordados y representados a continuación.

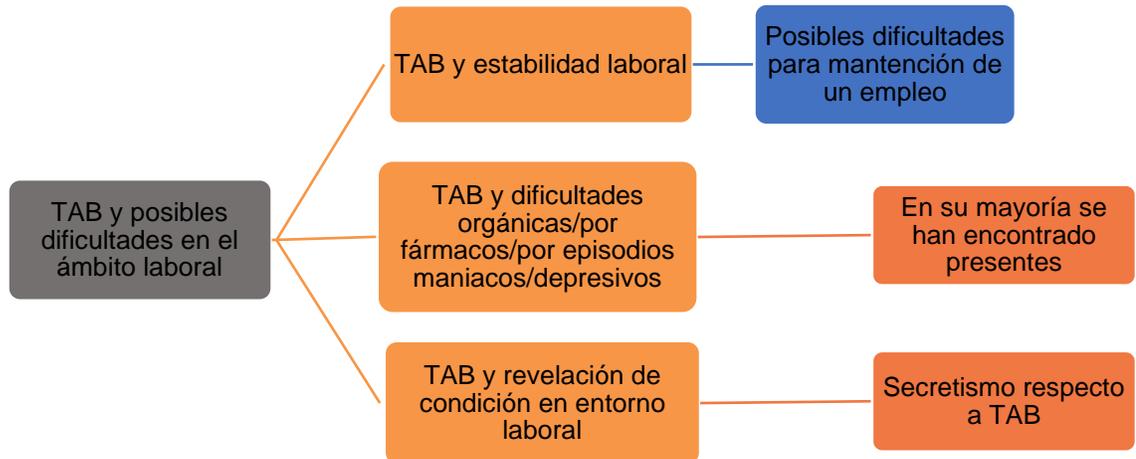


Figura n.4: Categoría TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral

La primera idea que se desprende de esta categoría se vincula con el TAB y las dificultades a la hora de mantener un empleo. Algo que, como se señaló anteriormente, se halló en la encuesta exploratoria con un índice bastante alto.

Me ha costado mucho mantenerme en un trabajo, por varias razones. Una por el tema de que me aburren las rutinas y mi trabajo - secretaria administrativa - es bastante monótono. Y, segundo, porque muchas veces tengo bajones muy duros que implican licencias médicas, y al regreso, soy despedida. (Rachel)

En otros trabajos he durado poco, porque he tenido actitudes explosivas. Cuando algo no me gustaba me iba, y tenía conflictos en estas relaciones. Solo que esto fue antes de mi tratamiento. Actualmente, de todas formas, me cuesta estar más de 6 meses en un trabajo. (G)

Sin embargo, también se halló que, gracias al tratamiento, algunas de las personas entrevistadas podrían mantenerse de manera estable en sus trabajos.

Actualmente llevo 3 años y medio trabajando donde estoy. Estuve 4 años en el anterior. Duro en mis trabajos y cuido mi fuente laboral. Soy muy responsable como paciente también, entonces eso me hace muy funcional en el trabajo. Siento que no puedo perder mi pega y por eso la cuido mucho. (Pau).

El mantenerse es duro, pero agradezco que por mis fármacos y mi estabilidad logro salir adelante y levantarme todos los días para partir de nuevo. Actualmente estoy cesante, pero antes tenía la suerte de estar teletrabajando algunos días y eso me ayudaba a que fuera un poco menos estresante, especialmente cuando estaba deprimido. (Pedro)

Como segundo sub-eje, se halló que podrían existir dificultades al momento de trabajar, a causa de los fármacos o por los episodios maniaco-depresivos que podrían descompensar de manera grave al o la trabajadora.

Respecto a la medicación, siento que tiene cosas positivas y negativas. Como positiva está el tema de que lo siento como un colchón de estabilidad en caso de cualquier cosa. Sin embargo, siento que también me ralentiza un poco respecto a cómo era antes para el estudio y el trabajo. Me da miedo descompensarme y ser hospitalizado, Si bien cuando esto me pasó en otro trabajo fueron muy comprensivos, nadie me preguntó que me había pasado e incluso me redujeron la carga. (Gonzalo)

Los fármacos influyen un poco porque yo trabajo con mis manos, y la medicación hace que me tiriten. Para eso tuvimos que buscar alternativas de otros fármacos para evitarlo. (Pau)

Como último sub-eje de la temática, se encontró el tópico de la revelación de la condición de TAB en el entorno laboral. Como se mencionó anteriormente, esto ha sido complejo para la mayoría de las y los entrevistados, ya que perciben un gran estigma respecto a la condición.

En el mundo laboral este es mi gran secreto (...) Como en mi trabajo nadie sabe, no me he llevado este estigma. Me pongo una máscara para que nadie sepa, porque la condición y las depresiones son limitantes. Pienso que la gente cree que somos muy cambiantes, que no servimos para llevar ni trabajos ni relaciones estables, y que podemos ser peligrosos. No me he sentido estigmatizado porque sé ocultar bien lo que tengo. (Benja)

Si bien (mi trabajo) es un ambiente muy de psicólogos, son bastante abusivos y discriminadores respecto a situaciones de la salud mental. (...). A veces veo como a familiares de usuarios les tratan de locas, bipolares, etc. Todo eso me asusta mucho, porque siento que si digo lo que tengo seré discriminada, mal mirada, y puesta en tela de juicio por los demás. (G)

Me da pánico que la gente se entere, porque siento que ya soy mal mirada por mi introversión, imagínate se enteran de que además “estoy loca”. Sería terrible para mí. (Rachel).

Pese a que la mayoría de las y los participantes del estudio estuvieron de acuerdo con lo anterior, también un testimonio señaló que, si había transparentado su condición de TAB a nivel laboral, teniendo una buena acogida.

No escondo lo que tengo, en el trabajo todos saben que tengo TAB e intento psicoeducar a las personas al respecto. He tenido una buena acogida y lo agradezco mucho. Mi núcleo laboral es una buena red de apoyo. (Pau)

Respecto a lo analizado en este apartado, se pueden hallar diversos puntos de atención. Primeramente, lo relacionado con las dificultades autopercibidas por los y las

entrevistadas al momento de mantener un empleo. Esto, según lo observado, podría suceder por las desestabilizaciones a lo largo de la vida cotidiana, generando estados de gran euforia durante las manías o hipomanías, en los que se evidencia gran productividad laboral y creatividad, o incluso episodios psicóticos en casos graves. Asimismo, durante las depresiones y etapas de descenso anímico, existe dificultad para concentrarse y mantener un ritmo laboral constante, lo que podría decantar en licencias médicas o una baja de la motivación, produciendo despidos o deseos de abandonar la posición en pos de centrarse en su propio proceso depresivo y no sentirse capaces de enfrentar situaciones de estrés o de alta presión.

También, como se señaló con anterioridad, en algunos y algunas pacientes podrían existir dificultades orgánicas al momento de medicarse, especialmente al inicio del tratamiento, pues en las primeras etapas de la medicación se debe verificar y probar como cada medicamento se adapta a la persona y su organismo. Asimismo, se debe poner en palestra que, al ser psicofármacos de uso diario y crónico, tienen variados efectos secundarios a nivel orgánico, como, por ejemplo, el temblor de manos, la xerostomía, la ralentización motora y cognitiva, entre otros, los que claramente podrían implicar dificultades al momento de realizar deberes laborales cotidianos.

Finalmente, en este apartado se puede concluir como, a causa del miedo de ser estigmatizado o estigmatizada, y que esto pudiera suscitar alguna complicación laboral, la mayoría de las y los pacientes de TAB optan por mantener un secretismo respecto a la condición, especialmente frente a sus jefaturas. Esto resulta interesante para ser evaluado en investigaciones futuras.

### **Inclusión laboral en personas con TAB**

Este eje, establecido también al inicio de la investigación, aborda una temática transversal de suma relevancia, vinculada a la percepción de inclusión en el mundo laboral de las personas que padecen TAB, y también si ellos y ellas se sienten partícipes de la misma.



*Figura n°5: Categoría Inclusión laboral en personas con TAB*

Dentro de las y los entrevistados, se encuentra la posición unánime de que consideran que no hay ningún tipo de inclusión real de las personas que padecen discapacidades psicosociales, incluido el TAB, que es lo convocante de este estudio.

Las empresas buscan perfiles que cumplan con sus expectativas. Siento que el tema de la inclusión es forzado y solamente las empresas lo usan para cumplir cuotas, contratando personas más que nada con discapacidades físicas. Siento que solo es un discurso bonito “de la boca para afuera”. Solo está hecho para cumplir con números. (Benja)

No hay comprensión de lo que es esta enfermedad. Lo veo todos los días, incluso en personas que tienen estudios al respecto, como psicólogos. (G)

Pienso que actualmente solo hay inclusión a personas con dificultades físicas. No hay educación respecto a las discapacidades psicosociales. Siento que es de la boca para afuera. Las personas de las empresas son un poco ciegas con lo psiquiátrico, considerando solo otras discapacidades como existentes o más llevaderas. (Pau)

Siento que no hay inclusión empresarial, pero la verdad soy optimista y siento que sí está avanzando. Aún no la hay, pero quizá si se da en ese camino. Siento que como hay más visibilización eso significa que sí habrá cambios. (Gonzalo)

Pienso que incluir es aceptar totalmente al otro, y eso definitivamente no pasa y quizá no pase nunca. En los trabajos siempre buscan gente muy funcional y que cumpla con todo, y para alguien que tiene lo que tenemos -TAB- eso es muy complicado. (Cata)

De este apartado, se puede destacar como existe un consenso unánime de las y los entrevistados respecto a la consideración de que no existe inclusión laboral efectiva para personas que padecen de condiciones de salud mental, como el TAB. Esto, pues perciben una gran falta de educación respecto a este tópico, lo que produce, como ya se señaló, estigmatización e ignorancia respecto al funcionamiento, significados, y las dificultades no caricaturizadas que presentan las personas con TAB. Esto aplica también para cualquier tipo de condición referida a la salud mental.

Asimismo, consideran que los programas de inclusión solo estarán dirigidos -y de manera parcial y por cuotas- a personas que presentan alguna situación de discapacidad física o intelectual, excluyendo a las discapacidades psicosociales. Esta inclusión les parece forzada y con poca adaptación y acogida efectiva en el mundo laboral formal. Asimismo, también se refieren a la inclusión y la falta de ésta a nivel social y no sólo legislativo.

### **Estrategias para mejorar inclusión laboral de personas con TAB**

Esta categorización se estableció desde un inicio dentro de los objetivos de esta investigación, ya que aborda las posibles sugerencias de las y los padecientes de TAB para fomentar la inclusión tanto a nivel global aplicado a la realidad de Chile, como también a sus estrategias personales de mantención y estabilidad en su ámbito laboral.



Figura n°6: Categoría “Estrategias para mejorar la inclusión laboral de personas con TAB”

Cada entrevistado y entrevistada mostró poseer técnicas y maneras de lograr mantener su estabilidad personal y laboral. Llamó la atención el desarrollo de “máscaras” para aparentar emociones estables y no ser juzgados por compañeros o compañeras. También, se evidenció una gran auto presión en lo que respecta a rendir y hacer bien el trabajo, por la autoexigencia y a veces por el temor de ser despedido o despedida.

Tengo una especie de detective interno que me hace estar pensando siempre si estoy bien o estoy en hipomanía o depresión. Es mi estrategia para estar alerta y poder rendir mejor en mi vida y mi trabajo. (Gonzalo)

Tengo algunas, como controlar muy bien mis tiempos para ser veloz y que nadie dude de mi desempeño. Además, me “pongo la máscara” y oculto mis problemas, mis llantos, o lo que sea que me pase. Me hago la fuerte. (Paula)

Tengo que ponerme la capa emocional y salir adelante. Intentar ser funcional, aunque yo sé que no siempre lo somos. A veces uso estrategias como apagar la cámara o fingir enfermedad cuando estoy mal, siempre poniéndome la máscara que te comento. (Benja)

Mientras que, a nivel social, las y los participantes de la investigación concuerdan en proponer acciones como la psicoeducación y capacitaciones respecto al tema de inclusión laboral. Esto sumado a monitoreos respecto al clima laboral.

Siento que debería haber un cambio de prácticas, como mayor psicoeducación, a nivel de salud y educación pública, incluso primaria. Se debe conocer la realidad de estos trastornos, porque hay mucha caricaturización y no un real conocimiento. (Pau)

Se me ocurre la existencia de más capacitaciones y espacios laborales como el teletrabajo, el tema de las 40 horas, y cambios para ir hacia empresas más horizontales. También siento que sería bueno más monitoreo respecto al clima laboral y a saber cómo están tus empleados, buscar herramientas para identificar estrés y en el fondo ayudarles. (Gonzalo)

Siento que si todos supieran como es lo que tenemos seríamos más incluidos en la sociedad y todos estaríamos mejor y más contentos, más informados, más horizontales como sociedad. (Rachel)

En el análisis de este apartado, se hallan estrategias para contribuir a la inclusión laboral que aplican las y los entrevistados en su vida cotidiana, y que establecerían a nivel social, con el fin de reducir las dificultades a las que se han encontrado al momento de buscar y mantener un empleo.

A nivel personal, llama la atención que la mayoría de las y los entrevistados, sin conocerse entre ellos y ellas, afirmaron usar “máscaras” para cubrir su padecimiento frente a la sociedad, especialmente en lo referente a la vida laboral. Esto implica un ocultamiento de una parte de ellos que consideran muy personal y de difícil acceso al resto de las personas, incluso entre algunos familiares y amigos. Además, existiría una propensión a la autoexigencia laboral al momento de evaluar su rendimiento, llamando la atención lo señalado respecto a la idea de que “se debe rendir más para obtener reconocimiento y no ser despedido/a”, existiendo una posible autopercepción de desmedro frente a trabajadores o trabajadoras que no padecerían de TAB y que “no tendrían nada que demostrar”.

También, como estrategias a nivel de colectivo social, las y los entrevistados se mostraban en un acuerdo respecto a la falta de psicoeducación respecto a salud mental y

a patologías vinculadas a ésta, como el TAB. Afirmando que, de existir mayor enseñanza existirían menos estigmas por desconocimiento, permitiendo mayor inclusión efectiva. Asimismo, se abordó que la realización de capacitaciones a nivel empresa en temas de salud mental y psicosocial debería ser obligatorio para cada lugar de trabajo con el fin de aprender de autocuidado y tolerancia, no solo para personas con algún tipo de condición, sino también para el cuidado personal en un tema que se encuentra en palestra y que durante años ha sido minimizado por la población chilena en general.

Finalmente, se puede establecer un vínculo estrecho entre lo hallado en la encuesta exploratoria y las entrevistas, evidenciando que efectivamente existen dificultades en la inclusión laboral, esencialmente en lo que respecta a la mantención de una posición laboral y también a la hora de encontrar un trabajo, principalmente por los estigmas de la sociedad frente a personas que pudieran resultar “menos funcionales” a ojos de los empleadores.

## CONCLUSIONES

La actual investigación reconoció y describió la experiencia de las y los padecientes de TAB entrevistados respecto a sus experiencias y opiniones sobre el tópico de las posibles dificultades existentes a nivel laboral, con el motivo de poder identificar si ellas existen, en qué consisten, y también con el fin de proponer estrategias que podrían fomentar la inserción sociolaboral de las y los pacientes con TAB de manera exitosa en el mundo laboral.

Para llevar a cabo el presente análisis de resultados, se utilizaron seis categorías, tres de ellas previamente establecidas y vinculadas con los objetivos de la investigación: *TAB y posibles dificultades en el ámbito laboral; Inclusión laboral en personas con TAB; Estrategias para mejorar inclusión laboral en padecientes de TAB*. Y tres de ellas resultantes a partir de lo planteado por los/as participantes del estudio durante la etapa de entrevistas: *TAB como discapacidad psicosocial; Relación personal con el TAB; Estigmatización*.

Respecto al cumplimiento, primeramente, de los objetivos generales, se puede indicar que efectivamente se abordó la perspectiva de padecientes de TAB respecto a las dificultades en la inserción sociolaboral, pudiendo levantar resultados sobre el tópico,

haciéndose notar el impacto que significan estas consideraciones para quienes padecen de TAB.

De ello, se desprende que existirían tres subcategorías principales vinculadas a las posibles dificultades, identificándose ellas como la mantención de un trabajo estable; los temores a recaídas y los efectos de los fármacos; y, por último, lo relevante que es la revelación de la condición en un entorno laboral. De ellas, se considera que, existirían dificultades para la mantención la estabilidad laboral, las que, se visualizaron mayormente en la encuesta exploratoria más que en las entrevistas semiestructuradas personales. Ellas estarían relacionadas con crisis y episodios vinculados al TAB, y también a dificultades para mantener rutinas establecidas durante más tiempo. En un par de casos, también estas estuvieron relacionadas a dificultades interpersonales y al ambiente laboral, como en el caso de “G”.

También, se pudo visualizar cómo los fármacos son, para algunas y algunos de los participantes, un “colchón de estabilidad”, pese a que tienen efectos como la ralentización del trabajo y el sueño desmedido al enfrentar las mañanas.

Finalmente, se evidenció fuertemente el ocultamiento del padecimiento de TAB en el espacio laboral, esto por temor a los estigmas, a ser despedida o despedido, o a ser juzgados por los demás compañeros y compañeras de labores. Esto ha conllevado, en palabras de las y los participantes, a un secretismo respecto a la condición, sumada a la presencia de “máscaras de estabilidad”, para disimular y ocultar el padecimiento.

En segundo lugar, sobre el objetivo general referido a las prácticas para sobrellevar de manera óptima el desempeño, la mantención, y las posibles dificultades laborales, se encontró una postura madura respecto a estrategias personales aplicadas a lo largo del tiempo. Se desprende de ello, que, a mayor tiempo de diagnóstico, más desarrolladas son las estrategias, considerándose exitosas. En ellas nuevamente, sin embargo, se encuentra la “máscara” de ocultamiento, y también una gran auto presión y autoexigencia, considerando incluso que, al padecer de una condición de salud mental, son más juzgados o deben ser “mejores” que el resto de sus pares laborales.

Además, se desprende que, de las estrategias dadas respecto al abordaje social del TAB y otras condiciones vinculadas a la salud mental, siempre depende de la psicoeducación y la visibilización del trastorno de manera real, con el fin de evitar prejuicios y estigmas dañinos para la comunidad TAB, contribuyendo al ingreso exitoso a nuevos trabajos y a la mantención de ellos.

Respecto a los objetivos específicos, que se centraron especialmente en factores personales del padecimiento del TAB, como esto se vincula con la vida laboral, y también de las estrategias para la mejora de la inclusión laboral, se puede desprender lo siguiente:

Sobre la relación personal con el TAB, se aprecia una conciencia de enfermedad, la que va evolucionando a lo largo que pasan los años y hay más tiempo para asumir y “abrazar” el diagnóstico. Esta conciencia implica que las personas, al menos las entrevistadas, sean responsables con sus fármacos, pese a que han tenido dudas respecto a la mantención del tratamiento; que también asistan, en su mayoría a tratamiento psicológico y/o psicoeducación, y que realicen un cambio en sus hábitos de vida, como lo son el dejar el consumo del alcohol, de marihuana, o acostarse más temprano. Se desprende de ello que efectivamente existe una gran toma de responsabilidad tras el conocimiento del diagnóstico, lo que contribuye a que la relación con el padecimiento, si bien es compleja y está llena de matices, pueda ser más estable y llevadera.

También, al crearse la categoría de análisis respecto a la percepción del TAB como discapacidad psicosocial, que fue uno de los planteamientos iniciales de esta investigación, se encontró que para los y las entrevistadas existe un rechazo ante la consideración de discapacidad, ya que perciben que podría ser estigmatizante y se sienten funcionales al respecto. De todas formas, para algunos y algunas sí fue una consideración que consideraron válida y aceptaron que para algunas personas sí podría ser vista como tal, teniendo más dificultades. Esto hace ver que la consideración de este estudio del TAB como discapacidad psicosocial pudiese ser demasiado drástica de oír y aceptar para las y los padecientes de la condición.

Respecto al objetivo de la mantención del empleo y sus posibles dificultades para las y los padecientes de TAB, se puede concluir que, al menos para la encuesta exploratoria, si existirían dificultades en este tópico, lo que se contrasta con lo evidenciado

en la entrevista, donde, si bien mostraban la existencia de algunas dificultades, principalmente asociadas a temores respecto a recaídas o a un mal ambiente laboral, había un cuidado de la fuente laboral y deseos de mantenerse estables hasta cierto tiempo, al momento de sentir que cumplían un ciclo laboral.

Abordando el tópico de la estigmatización, los y las participantes del estudio reconocen visualizar un estigma tanto en la vida social como laboral, ambos vinculados a creencias del tipo “son muy cambiantes, están locos/as”. Para hacerle frente a estos, las personas entrevistadas declararon haber creado máscaras estratégicas, al menos a nivel laboral, con el fin de ocultar su condición para no ser estigmatizados o estigmatizadas. También, se concluye que hay menos estigmatización cuando las personas son cercanas, pero que también existen en la vida personal, especialmente en lo que refiere a las parejas, pues sería difícil ser comprendido o comprendida por una persona que no padece TAB.

Refiriéndose a las estrategias propuestas, las y los participantes del estudio concuerdan en la importancia de la psicoeducación a nivel social macro, con el fin de enseñar a la población sobre ser más conscientes respecto a sus propios posibles padecimientos como también los de otros y otras, con el fin de llevar una vida más amable y empática en cada aspecto, incluyendo el laboral.

En este sentido, es relevante destacar que los objetivos de la investigación si fueron cumplidos, dando resultado a mayor información respecto a una temática no explorada, y que pone en la palestra la falta de inclusión a nivel laboral para las personas con TAB, y que han revelado su condición o tienen mayores dificultades psicosociales. Se concluye que, efectivamente hay variadas piedras de tope, vinculadas esencialmente a la estigmatización y a la falta de políticas reales de inclusión. al menos en condiciones de padecimiento mental, como el TAB, la esquizofrenia y la depresión mayor.

Las dificultades abordan principalmente situaciones personales, como los fármacos y sus efectos secundarios, el manejo de las rutinas y los posibles conflictos interpersonales en una descompensación. Esto sumado a la ya descrita discriminación que se percibe desde las y los padecientes de TAB respecto a la revelación de su condición, esto a causa de las escasas políticas de inclusión a nivel empresarial, y a la baja psicoeducación social que se evidencia en la sociedad chilena.

## **Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones**

El presente estudio incluye dentro de sus limitaciones, haber entrevistado de manera individual a sólo a ocho personas, dejando fuera un gran grupo de relatos de quienes participaron de forma activa en la encuesta exploratoria.

Otra limitación presente en la investigación está relacionada con los criterios de inclusión dispuestos para la realización de entrevistas, puesto que hay variables que no se consideraron y que pueden haber impactado en los resultados del estudio. Ejemplo de ello es la variable de tiempo de diagnóstico, lo que fue aplicado a causa de la espera de un autoconocimiento y autocuidado más concreto del padecimiento, lo que podría considerarse un prejuicio.

Además, está la limitación de lugar físico, ya que solo se consideró Santiago de Chile como región exploratoria, esto a causa de que el tamaño de la investigación es más acotado y difícilmente podría haber abordado todas las regiones del espacio geográfico chileno.

Finalmente, se plantean como sugerencias para futuras investigaciones, a la vista de los resultados de este estudio y que pueden aportar a abrir otras áreas de investigación.

En primer lugar, sería relevante llevar a cabo este estudio de manera masiva, es decir, a muchos y muchas personas padecientes de TAB en Chile, con el fin de obtener resultados más fidedignos y más representativos al momento de abordar la temática. Esto podría ser muy útil para el establecimiento de políticas públicas y mayor psicoeducación a nivel poblacional, esencialmente en lo que respecta a patologías como el TAB, la Esquizofrenia, la depresión, los trastornos de personalidad, etc.

En segundo lugar, se sugiere llevar a cabo este estudio no sólo incorporando a las y los padecientes de TAB, sino que también a la perspectiva empresarial vinculada a la inclusión, tanto a los empleos con apoyo como a los empleos tradicionales. Sería positivo realizar entrevistas a profesionales vinculados y vinculadas a ello, como psicólogas/os laborales y reclutadores/as, asistentes sociales, líderes empresariales, entre otros.

Finalmente, es importante enfatizar en la necesidad de evaluar el impacto que podría producir la falta de oportunidades y las dificultades reales que hallan las personas con TAB al momento de hallar y conservar un trabajo tradicional, esto con el fin de avanzar en líneas investigativas que puedan hacerse cargo de estudiar el desarrollo de estas políticas, contribuyendo al mejoramiento y a la psicoeducación referente a la temática.

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado

Estimado/a/e:

Usted ha sido invitado/a/e a participar en la investigación "Dificultades para la inserción laboral en personas con Trastorno Afectivo Bipolar y estrategias para mejorarla", dirigida a la consecución del objetivo de una "Memoria de Título para obtener el grado de psicóloga", supervisada por la profesora Gloria Zavala Villalón de la Universidad de Chile.

El objeto de estudio de esta investigación se centrará en el seguimiento de experiencias laborales que han tenido o tienen personas con Trastorno Afectivo Bipolar [TAB] en el mercado regular de trabajo. El ámbito geográfico en el cual se desarrollara la investigación, será la ciudad de Santiago de Chile, con el objetivo de conocer aquellas variables que han propiciado e influido en la consolidación de estas variables.

A través este documento usted autoriza su participación en esta investigación y en la recolección de los posteriores resultados.

Los criterios de selección para participar en este estudio son:

- Padecer TAB diagnosticado clínicamente por psiquiatra o psicólogo/a
- Haber conservado un empleo al menos por 6 meses
- Residir en Santiago de Chile
- Tener más de 18 años

Su participación en esta investigación es muy importante, ya que permitirá identificar aspectos que favorecen o dificultan la inserción laboral de personas con TAB en el mercado del trabajo.

Su participación es de carácter voluntario, y consistirá en la realización de esta encuesta, y, si lo desea, una posterior entrevista personal semiestructurada. Su participación no conlleva ningún riesgo ni coste alguno, y podrá negarse a participar en cualquier etapa del estudio.

Es necesario resaltar que la información que proporcione para el estudio será completamente confidencial y anónima.

Investigadora:

**Andrea Oyarzun Riquelme**  
**RUT: 19.112.206-2**  
**Universidad de Chile**

## **Anexo 2: Encuesta Inicial**

1. ¿Con qué género te identificas?
2. ¿Resides en Chile?
3. ¿Cuál es tu edad?
4. ¿Hace cuánto tiempo recibiste el diagnóstico de TAB?
5. ¿Cuál es tu ocupación/profesión?
6. ¿Actualmente te encuentras trabajando? ¿Cuánto tiempo llevas desempeñándote en dicho lugar?
7. Al momento de entrar a dicho trabajo, ¿se te realizó alguna entrevista o evaluación (test)?, ¿Cómo fue dicha experiencia?
8. ¿Tuviste dificultades para encontrar un trabajo estable? Si es el caso, ¿Por qué piensas que fue así?
9. ¿Crees que te ha afectado el hecho de padecer TAB a la hora de conseguir un empleo y conservarlo? ¿Por qué?
10. Si te encuentras trabajando actualmente: ¿Qué prácticas o características de ti consideras que valoran más desde tu empresa?
11. Si deseas participar en las entrevistas en profundidad anota tu correo electrónico.

### **Anexo 3: Consentimiento informado 2**

Estimado/a/e:

Usted ha sido invitado/a/e a participar en la investigación “Dificultades para la inserción laboral en personas con Trastorno Afectivo Bipolar y estrategias para mejorarla”, dirigida a la consecución del objetivo de una "Memoria de Título para obtener el grado de psicóloga", supervisada por la profesora Gloria Zavala Villalón de la Universidad de Chile.

El objeto de estudio de esta investigación se centrará en el seguimiento de experiencias laborales que han tenido o tienen personas con Trastorno Afectivo Bipolar [TAB] en el mercado regular de trabajo. El ámbito geográfico en el cual se desarrollara la investigación, será la ciudad de Santiago de Chile, con el objetivo de conocer aquellas variables que han propiciado e influido en la consolidación de estas variables.

A través este documento, usted autoriza su participación en esta investigación, específicamente en la fase de entrevistas personales. Esta se realizará vía Online (Zoom o Google Meet), teniendo una duración aproximada de 60 minutos, y no siendo grabada por video, sólo formato audio, esto con el fin de proteger anonimato e identidad, y por razones exclusivas de transcripción para obtener resultados fidedignos.

Es necesario resaltar que la información que proporcione para el estudio será completamente confidencial y anónima, y que usted puede retirarse en el momento que desee de este estudio.

De antemano, muchas gracias

Investigadora:

**Andrea Oyarzun Riquelme**  
**RUT: 19.112.206-2**  
**Universidad de Chile**

#### Anexo 4: Entrevista Semiestructurada

##### Identificación:

- Género:
- Edad:
- Tiempo hace cuanto fue diagnosticado/a con TAB:
- Situación respecto a su tratamiento farmacológico y psicológico  
Estudios (profesión u ocupación)
- Con quien reside

##### Preguntas:

1. ¿Actualmente se encuentra realizando alguna ocupación laboral? ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en dicho lugar?
2. Si está trabajando, ¿cómo es su situación laboral actual? (contrato indefinido / a plazo fijo / boleta / sin regularizar)
3. ¿Como llegó a dicho trabajo u ocupación? ¿Debió pasar algún filtro como una entrevista psicolaboal o algún tipo de test?
4. ¿Tuvo muchas dificultades al momento de encontrar un trabajo estable? Cuanto ha sido lo máximo que ha durado en algún trabajo?
5. ¿Como cree que le ha afectado el hecho de padecer TAB y todo lo que eso conlleva ( síntomas, medicación...) a la hora de conseguir un empleo y conservarlo?
6. ¿Cómo cree que influye la enfermedad mental a la hora del proceso de inserción sociolaboral?
7. ¿Qué factores personales ( competencias y/o habilidades) considera que son más influyentes para una inserción laboral exitosa?
8. ¿Qué factores de su entorno (apoyo familiar, social, subsidios, pensiones) considera más influyentes para una inserción laboral exitosa?
9. *Si se encuentra trabajando actualmente:*
10. ¿Qué prácticas consideras que valoran más desde su empresa?
11. ¿Considera que se ha adaptado de forma satisfactoria en la empresa?

12. ¿Cómo definiría su rendimiento laboral?
13. ¿Está satisfecho con tu situación laboral?
14. ¿Qué prácticas piensa que le podrían ayudar a seguir teniendo un buen rendimiento a nivel laboral?
15. ¿Qué estrategias has implementado para mantener tu trabajo y que este sea cómodo para desempeñarse?

## REFERENCIAS

- ACNUDH. (2023). *Diseñando soluciones transformadoras para la inclusión de las personas con discapacidad*. Naciones Unidas - Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/get-involved/stories/designing-transformative-solutions-disability-inclusion>
- Arnold, C., Yeomans, J., Simpson, S., & Solomon, M. (2009). *Excluded from school: Complex discourse and psychological perspectives*. Trentham Books. Inglaterra. <https://repository.tavistockandportman.ac.uk/1597/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Asencio, L. A., Sáenz, B. M., Fernández, L. N., Escobar, E. S., & Martínez, V. M. (2019). Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 15-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6904209>
- Beltrán, S. M., Ortiz, M. I., & Pallares, L. (2022). *Modelo biomédico y modelo biopsicosocial: diferencias y similitudes en la salud*. Tesis de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/4b27d805-3bbe-4f37-bf82-5e17a0f0aea9/content>
- Blog Salud UC (2020) *Día Mundial del Trastorno Bipolar, derribando mitos de una depresión*. <https://www.ucchristus.cl/blog-salud.uc/articulos/2020/d%C3%ADa-mundial-del-trastorno-bipolar-derribando-mitos-de-una-depresi%C3%B3n>

- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 280. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18407876/>
- Bravo, S. A., Porras, J. A., & Urricelqu, M. J. (2017). La exclusión social, una problemática estructural entre las personas con discapacidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 167-181. <https://revistas.um.es/areas>
- Castellano, A, & Quintana, P. A. (2019). La inclusión laboral de personas en condición de discapacidad. *Espirales: revista multidisciplinaria de investigación científica*. 3(30).  
<https://www.redalyc.org/journal/5732/573263329007/573263329007.pdf>
- Castro, E. S., Cardona, L. M., Pacheco, R., Bustos, C., & Saldivia, S. (2021). Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves: un estudio multicéntrico en tres países de Sudamérica. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(3), 73-104. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732021000300073&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732021000300073&script=sci_arttext)
- Castells, M. (2001). *La era de la información: Fin de milenio*. Madrid. Alianza Editorial. España  
<http://www.economia.unam.mx/lecturas/inae3/castellsm.pdf/article/view/308211>
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2015). Estudio: Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. *Confederación Salud Mental España*.  
<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

- Cendrero, L. A. (2017). *La discapacidad como factor de discriminación en el ámbito laboral*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España.  
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/40893/1/T38289.pdf>
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias sociales online*, 2(1), 45-65  
<https://silo.tips/download/el-estigma-en-la-esquizofrenia>
- Cruz, M., Pérez, M., Jenaro, C., Flores, N., & Vega, V. (2011). La enfermedad mental severa desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad. *Revista Index de Enfermería*, 20(3), 179-183.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200009)
- Cuetos, G. (2013). *Discriminación de las personas con enfermedad mental*. (Tesis de Magíster). Universidad de Oviedo. España.  
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/18006>
- Díaz, D., & Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: análisis desde una institución de apoyo. *Revista de psicología*, 15(1), ág-27.  
<https://www.redalyc.org/pdf/264/26415102.pdf>
- Dirección del Trabajo (2023). *Código del Trabajo*.  
[https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/articles-95516\\_recurso\\_1.pdf](https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/articles-95516_recurso_1.pdf)
- Del Pilar A., & Melo, D. E. (2020). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772021000100069](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772021000100069)
- Escotto, V. (2022). Trastorno bipolar, una enfermedad difícil de diagnosticar y que mantiene en desempleo al 60% de los que la padecen. Business Insider Mexico.

<https://businessinsider.mx/trastorno-bipolar-dificil-de-diagnosticar-desempleo/>

Estado de Chile (2010). *Constitución Política de Chile*.

[https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_chile.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf)

Fernández, M. T. (2017). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de Derechos Humanos*. 11. 10-17

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25716.pdf>

Fuentes, C. G (2016). La nueva discapacidad mental. *Revista Española de Discapacidad* 4(1):245- 255.

[https://www.researchgate.net/publication/304708033\\_La\\_'nueva'\\_discapacidad\\_mental](https://www.researchgate.net/publication/304708033_La_'nueva'_discapacidad_mental)

Fundación La Caixa. (2012). *Guía para la integración laboral de personas con Trastorno Mental*.

<https://incorpora.fundacionlacaixa.org/documents/20181/495960/guia-integracion-laboral-personas-trastorno-mental-recursos-2-profesionales.pdf/f04db242-cd03-443e-ae09-0ddb3af9c183>

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732305276687>

Iriart, C. (2018). Medicalización, biomedicalización y proceso de salud-padecimiento-atención. *Medicalización, Salud Mental e Infancias: perspectivas y debates desde las Ciencias Sociales en Argentina y el sur de América Latina*, 93-110.

<http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1978>

- Jara, M. L., Lana, K. L., Schneider, L. S., & Torres, K. E. L. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 177, 22-24.  
[https://med.unne.edu.ar/revistas/revista177/5\\_177.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista177/5_177.pdf)
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término: Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios pedagógicos*. 34(1),173-186.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052008000100010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052008000100010)
- Jorquera, P. (2010). Vejez y envejecimiento: Imaginarios sociales presentes en los textos escolares oficiales del Ministerio de educación chileno. *Mad*, (22), 132-165.  
<https://revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13642>
- Larrazábal, M., & Morales, Y. (2010). *Inserción laboral de personas con discapacidad: una guía práctica*. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139029743008.pdf>
- López, M. J. (2023). *La discapacidad y Sus Cifras en Chile*. Fundación ConTrabajo.  
<https://fundacioncontrabajo.cl/blog/cultura-inclusiva/discapacidad-en-chile/>
- Martí, M. C. (2017). *Inserción sociolaboral de personas con trastorno mental en empresa ordinaria. Casos de éxito* (Tesis de Grado. Universidad de Leida).  
<https://repositori.udl.cat/items/9d94102f-4930-449f-8621-48900a5ca2d7>
- Mascayano, F., Lips, W., & Moreno, J. M. (2013). Strategies of employability in population with mental disabilities: a review. *Salud mental*, 36(2), 159-165.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000200009&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000200009&script=sci_abstract&tlng=en)
- Melo, D., & Osorio, D. (2018). *Percepción sobre discapacidad psicosocial de un grupo de profesionales de las ciencias humanas y de la salud en Ibagué, Tolima*. (Tesis de Grado). Universidad UNAD. Colombia

<https://repository.unad.edu.co/handle/10596/18757>

Miklowitz, D. J. (2016). *Trastorno bipolar. Manual Clínico dos Trastornos Psicológicos: Tratamiento Paso a Paso.*

Mingote, J. C., Pino, P. D., Sánchez, R., Gálvez, M., & Gutiérrez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 188-205.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion10.pdf>

Morgado, C. Tapia, T., & Ivanovic-Zuvic, F (2015). Evaluación de la calidad de vida de pacientes bipolares chilenos: propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica de la versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder. *Revista Médica de Chile*, 143(2), 213-233  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000200009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200009)

Mur de VÍu, C., & Maqueda, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 1-3.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500001)

OIT (2002). Conferencia Internacional del Trabajo.

<https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-iii-1b.pdf>

Rendón, M. E., Villasís, M. Á., & Miranda, M. G. (2016). Estadística descriptiva. *Revista Alergia México*, 63(4), 397-407.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755026009.pdf>

Rutman I. D, Armstrong K. A (1985) Comprehensive, national evaluation of transitional employment programs for the psychiatrically disabled.

Philadelphia: *Matrix Research Institute*;

<https://catalogue.nla.gov.au/Record/2084054>

Samaniego de García, P. (2006). Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica. *Cermi Madrid*. 200-831

<https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/647/1/260->

[Aproximacion Realidad Discapacidad-Samaniego%283%29.pdf](https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/647/1/260-Aproximacion%20Realidad%20Discapacidad-Samaniego%283%29.pdf)

SENADIS, (2016). Discapacidad y salud mental: Una Visión desde SENADIS. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(1), 173-175.

<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/41954>

Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obrador, A., Giménez, M., Queralt, D., & Rapoport, A. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. *Fundación La Caixa*.

[https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/240906/vol16\\_es.pdf](https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/240906/vol16_es.pdf)

Trastornos Mentales. (2022). Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Thumala, D., Arnold, M., & Urquiza, A. (2010). Opiniones, expectativas y evaluaciones sobre diferentes modalidades de inclusión/exclusión social de los adultos mayores en Chile. *Argos*, 27(53), 91-122.

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/121657>

Urrego, Z. C., & Natib, A. C. (2021). La discapacidad psicosocial y otras discapacidades en la Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006-2018. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 5(1). 135-156

<http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/242>

Vargas, V. (2022). Impacto de factores humanos y organizacionales en trabajadora con Trastorno Bipolar. *Ergonomía y Psicología. Atacama Journal of Health Sciences*.2.

<http://www.salud.uda.cl/ajhs/index.php/ajhs/article/view/48>

Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., & Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista médica de Chile*, 135(12), 1591-1599.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001200014](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014)

Vidal, I., & Claver, N. (2003). Las empresas sociales en el ámbito de la integración por el trabajo. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (46), 39-62.

<https://www.redalyc.org/pdf/174/17404602.pdf>

Victoria, H. (2013). La historia como condición para la inteligibilidad del presente: una aproximación desde la sociología de las “problematizaciones”. *Publicaciones Universidad Nacional de Cuyo*.

Zondek, A., Zepeda, M., González, F., & Recabarren, E. (2006). *Discapacidad en Chile: Pasos hacia un Modelo integral del funcionamiento humano*. (pp. 82-82).

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-564742>