

## Artículos de investigación:

# El significado de vivir con esquizofrenia

Piera Cacciuttolo Herrera<sup>1</sup>

## Resumen

La esquizofrenia como trastorno psiquiátrico es una enfermedad crónica que causa un impacto importante en la vida de las personas. Esta condición genera no sólo cambios en las capacidades organizativas y funcionales, sino que además emergen aspectos poco valorados en el plano subjetivo de las personas. Esta investigación tiene como propósito comprender el significado de vivir con esquizofrenia a partir de la experiencia de usuarios en control en un Centro de Salud Mental.

Mediante la Metodología Cualitativa, se logra responder interrogantes sobre cuál es el significado de los usuarios en el desarrollo vivencial de la enfermedad. Se aplicó una entrevista en profundidad a seis usuarios en etapa de estabilización de la enfermedad, incluyendo los ejes de la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meléis.

De esta manera, se logra acceder al mundo de sus significados individuales; a través de los relatos emergen sentimientos de miedo, tristeza, soledad y rechazo, fuertemente relacionados con la falta de apoyo social y discriminación. Asimismo, el ser consciente de ser portador de una enfermedad mental es un elemento facilitador hacia el logro de un mejor nivel de satisfacción y conciencia personal, proceso fundamental para el mejoramiento de los procesos psicoterapéuticos.

**Palabras claves:** Esquizofrenia, Vivencia Subjetiva, Estigma, Salud Mental, Teoría de las Transiciones.

## The meaning of living with schizophrenia

### Summary

Schizophrenia as a psychiatric disorder is a chronic disease that causes a major impact on people's lives. This condition generates not only changes in the organizational and functional capacities, but also emerge aspects that are not valued at the subjective level of the people. This research aims to understand the meaning of living with schizophrenia from the experience of users in control in a Mental Health Center. Through the Qualitative Methodology, it is possible to answer questions about the meaning of users in the experiential development of the

disease. An in-depth interview was conducted with six users in the stage of disease stabilization, including the axes of Dr. Afaf Meléis's Theory of Transitions. In this way, one reaches the world of their individual meanings; through the stories emerge feelings of fear, sadness, loneliness and rejection, strongly related to the lack of social support and discrimination. Likewise, being aware of being a carrier of a mental illness is an element that facilitates the attainment of a better level of satisfaction and personal conscience, a fundamental process for the improvement of the psychotherapeutic processes.

**Key words:** Schizophrenia, Subjective Experience, Stigma, Mental Health, Theory of Transitions.

## Introducción

Las personas con trastornos psiquiátricos severos tales como la esquizofrenia, presentan una condición crónica de carácter permanente. Esta condición que se diagnostica en algún momento en el transcurso de sus vidas forma parte de un contexto biopsicosocial único, con características singulares desde la misma experiencia de la persona, emergiendo a lo largo de todo este proceso diferentes sentimientos, emociones y vivencias, que desde lo humano tienen un significado particular.

Este significado, como marco de la experiencia humana, a lo largo de la historia y desde sus inicios se enmarca en la existencia de una mirada socialmente sesgada por prejuicios hacia las personas con alguna alteración mental (1). De esta manera, la ciencia psiquiátrica ha tenido como función primordial la defensa de la sociedad frente al que, por su alteración mental, pudiese cuestionarla o simplemente incomodarla (1).

Es así como históricamente desde el diagnóstico psiquiátrico, la sociedad, la autoridad, y la familia, representan una singular respuesta, entendiéndose que podían liberarse del presunto enfermo con toda facilidad y por tiempo ilimitado dejándolo a la deriva en una institución de salud u otro similar (1). Esta respuesta manifiesta ser un claro ejemplo de la sobrevaloración técnica científica por sobre la comprensión histórica e importancia de la valoración y entendimiento de la subjetividad emocional por parte de la persona desde sus inicios (2).

1. Enfermera Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. E-mail: cacciuttolopiera@gmail.com

A nivel institucional se desconoce fundamentalmente cuáles son las experiencias por parte de los mismos usuarios de esquizofrenia, en el desarrollo vivencial y el significado que trajo consigo el ser diagnosticado con esta enfermedad. Existe un insuficiente conocimiento de cuáles son sus narrativas, sus vivencias, sus experiencias y sus sentimientos. Agravándose esta situación por razones derivadas del estigma, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales y el desconocimiento de la salud y la enfermedad mental (2).

En Chile, la esquizofrenia se reconoce como problema de Salud Pública. La prevalencia de la esquizofrenia es de 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, siendo la esquizofrenia y otras psicosis, responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile (4), por lo que se conforma esta enfermedad como una de las patologías más discapacitantes que afectan al ser humano, causando además un profundo impacto en los todos los miembros del grupo familiar (3,4). Las personas con psicosis y trastornos psiquiátricos severos aún permanecen como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano hacia ellos.

Asimismo, el diagnóstico de esquizofrenia tiene una particularidad, que se suma a todo lo mencionado, lo cual deriva muchas veces al alejamiento de sus funciones, el cambio de área de trabajo, hasta la pérdida de la función laboral y/o jubilación anticipada de las personas portadoras de esquizofrenia. Esto ha generado un plano de pérdida de las capacidades laborales, organizativas y funcionales, acompañada de una fuerte repercusión en el plano subjetivo de la persona portadora con esquizofrenia.

De igual manera, la condición de patología crónica mental tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida de la persona; se reafirman en el menoscabo y alteración psicoemocional de la persona y su familia, influidos por experiencias, sentimientos y emociones que aún no han podido ser comprendidos por el equipo de Enfermería de salud mental.

A partir de lo señalado, surge la necesidad de conocer el significado de ser portador de esquizofrenia para los usuarios en el desarrollo vivencial de la enfermedad. El presente trabajo pretende ser un aporte no sólo al desarrollo investigativo cuyo análisis es iluminado desde los principales conceptos de la Teoría de las Transiciones (TT) de la Dra. Afaf Meléis, sino además pretende vincular el conocimiento a la práctica diaria de las enfermeras y enfermeros que trabajan con usuarios portadores

de patología mental, por medio del reconocimiento de los significados de las mismas personas.

Actualmente, se reconoce que: "Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de estas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma" (4, 8, 9). En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Concomitantemente, la esquizofrenia se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delirios, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. (4) De esta manera, los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones que incluyen la percepción, el pensamiento, el pensamiento diferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. (7).

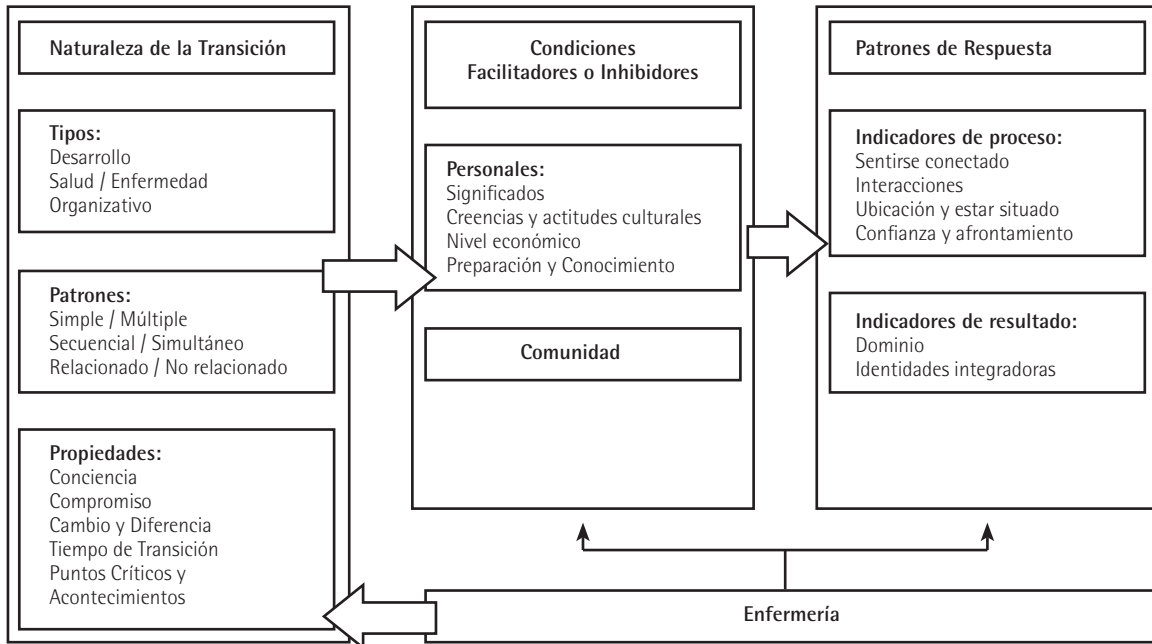
## La teoría de las transiciones (TT)

Esta investigación se orienta con los supuestos teóricos de la teoría de mediano rango sobre la TT (39). Se articula en dos grandes partes, la primera es una intervención realizada para facilitar la transición, promover el bienestar, el dominio de los cambios y proporcionar conocimientos, habilidades, estrategias y competencias para hacer frente a la experiencia de la transición. Y la segunda parte, en la construcción de la Teoría, se desarrolla en la comprensión de la propia experiencia de transición que se define como la experiencia durante un paso de un estado a otro estado.

Las experiencias y las respuestas se definen en función de la transición en el desarrollo, la salud y la enfermedad, aguda o crónica entre otras. También, está mediada por curso de procesos individuales de la misma persona, es decir si la persona está pasando por transiciones individuales o múltiples, el significado de la transición y que más está sucediendo en la vida de la persona.

Existiendo condiciones que actúan para agravar o atenuar las respuestas a éstas, a nivel personal, familiar o comunitario. Considera que una de las principales funciones de las enfermeras es preparar a las personas para las transiciones del desarrollo y el cuidado de la salud (40). (Cuadro 1)

Cuadro N°1  
Modelo de la Teoría de las Transiciones



## Metodología

Los objetivos son:

1. Describir las condiciones personales, como fenómenos de transición, desde el proceso de vivir con esquizofrenia.
2. Analizar dentro de la experiencia subjetiva, vivencias relacionadas con el estigma y la discriminación y su significado.
3. Comprender desde la visión personal, el significado del apoyo familiar y la motivación como ejes en el de tratamiento.

La investigación se enmarca en un diseño no experimental, enfoque cualitativo. Se selecciona un Centro de Salud Mental, que provee de atención psiquiátrica y mental a usuarios con diagnóstico de esquizofrenia. La muestra obtenida, se obtuvo mediante criterios teóricos de saturación de datos, siendo la muestra de seis usuarios con buena adherencia al tratamiento farmacológico, compensados psiquiátrica y psicológicamente.

Los criterios de exclusión: Usuarios que se encuentren en fase psicótica; que presenten descompensación durante la ejecución de los procesos investigativos; por razones médicas no sean autorizados a participar en dicha investigación y no deseen participar luego de haber aplicado el Consentimiento Informado.

Se utiliza la entrevista en profundidad como método de recolección de datos. Desde el análisis comprensivo de la TT, se construye un guión de preguntas donde se plasmaron las principales dimensiones y/o ejes. Las evidencias fueron registradas en bitácora de investigador, registro en audio con duración aproximada de 40 a 60 minutos.

Concluido el trabajo de campo, se realizó el análisis de las transcripciones realizando múltiples lecturas de estas. Posteriormente se procedió a la segmentación de los textos en pequeñas unidades textuales, las cuales fueron categorizadas según un mapa de categorías. Con la finalidad de aumentar la confiabilidad del método, algunos segmentos de las transcripciones fueron codificados individualmente y comparados posteriormente.

Los datos fueron explorados a través del proceso de análisis de contenido. En este proceso, se examinó el contenido de las transcripciones con la intención de producir una descripción objetiva y sistemática de estas, dando lugar a un listado de categorías emergentes, las cuales se integraron de acuerdo con la Teoría.

## Resultados

En este proceso, se analizó el contenido de las transcripciones con la intención de producir una descripción objetiva y sistemática.

tica de estas; la experiencia subjetiva; apoyo v/s discriminación y estigma; crecimiento personal y rol del equipo de salud, las cuales a su vez se interrelacionan con los ejes principales de la Teoría (39).

### a. Experiencia subjetiva

Es posible evidenciar durante las entrevistas a los usuarios, las diversas formas de alteración en la sensorio-percepción que son recordadas con un *alto grado de conciencia*. Las manifestaciones más frecuentes fueron: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, ideas extrañas, seguidas de sentimientos de miedo en forma transversal en las entrevistas. Asimismo, se valoran sentimientos de soledad, angustia y pena. Se detalla a continuación el siguiente relato:

Usuaría: *"Todo iba bien... Hace 20 años me diagnosticaron de esquizofrenia, tenía muchas ideas de matarme y cosas feas que pasaban por mi cabeza, recuerdo que tenía mucho miedo. Las cosas me parecían distintas... había mucho que escuchar y yo no quería hacerlo..."*

Emerge en el discurso del usuario, la expresión de vivencias negativas, matizadas con ideas de autoagresión y automutilación. Los síntomas positivos predominan en el inicio de la enfermedad siendo un factor importante en la *valoración del discurso y el miedo* que causa las alucinaciones auditivas. (40).

Usuario: *"...cuando yo estaba viviendo solo... me sentía mal (pausa)... no me sentía bien. (...) me faltaba algo, dormía poco... andaba nervioso... otros días de capa caída... señorita, sin deseos de hacer ninguna cosa... Lo que le comento ahora, lo puedo decir, ese momento, creo haber sentido que, el miedo*

La experiencia subjetiva de la enfermedad es relatada con una destacada conexión de la vivencia. Usuario evoca el recuerdo desde la percepción de las alucinaciones visuales que enfrentaba diariamente, llegando a ser una amenaza vital importante.

Refiere *"el miedo... me tomaba las piernas y no me dejaba después respirar, a veces. Yo corría a la ventana para respirar y lo lograba. Esta persona ya no está en mi vida y ya no la veo"*

El miedo es un sentimiento importante tras la alteración de la sensorio-percepción, el cual puede llegar a generar estados de angustia e intranquilidad. Dentro de este ámbito, existe una serie de experiencias corporales extrañas que se encuentran en línea con la despersonalización. (49). Asimismo, como condición de la transición se desarrolla como un factor inhibitorio para el logro de respuestas frente al afrontamiento efectivo. Momento en que la terapéutica de enfermería cobra vital importancia (39,40).

### b. Estigma y discriminación

Todos los usuarios que participan del estudio son protagonistas en algún momento de sus vidas de diferentes formas de discriminación, entre los cuales se mencionan: verbalizaciones descalificadoras, discriminación laboral, escaso apoyo social, actos de ridiculización, actos descalificatorios, aislamiento social entre otros mencionados. Estas formas de discriminación se encuentran cargadas de un alto contenido emocional que se imprime en el discurso de quienes expresan sus vivencias.

Estas vivencias mencionadas, emergen tras la reflexión sobre qué ha significado en sus vidas el ser portador de esquizofrenia. Exhibiendo en los integrantes sentimientos de rabia, impotencia, dolor, frustración y muchas veces angustia y soledad por la sensación de marginación vivenciada.

Los ámbitos que emergen en el discurso son distinguidos en tres áreas: La discriminación en la comunidad social y laboral, aquella comunidad que insiste en separar los límites de lo normal con lo anormal, mediante verbalizaciones descalificadoras apelando alguna etiqueta *"loco pasado a corriente"*, *"ellos hasta ni me saludan"*, entre otras.

Asimismo, es posible valorar en el discurso profundos sentimientos de insatisfacción dentro de la atención de salud, donde la expresión *"Yo estaba consciente de todo, pero no me trato como si estuviera consciente"*, expresa y da cuenta de la brecha existente entre atención oportuna y de calidad y lo existente, de la misma forma en que releva la falta de apoyo emocional por parte del equipo médico.

Y dentro de contexto familiar, área que emerge de forma incipiente, pero que desde el punto de vista emocional y como función inherente de protección de la familia, cobra aún más relevancia en el proceso salud/enfermedad. Dentro de este contexto encontramos verbalizaciones como: *"Hay gente que sigue pensando que uno es la oveja negra de la familia..."* reflejan un claro sentido de discriminación y estigmatización vivenciado al interior del hogar familiar.

### c. Crecimiento personal

Las personas con alteración en su salud mental también logran dar significados a las diversas experiencias vividas. Desde el inicio de la enfermedad, la persona a consecuencia de ello presenta una desorganización y desestructuración de la personalidad; esta condición en etapas iniciales marca el proceso de significación de esta (20). A lo largo de este proceso, la persona desde el periodo de disminución de los síntomas psicóticos empieza a entender qué ha pasado en su vida. De primer momento, no existe un significado propiamente tal de la enfermedad. Sin em-

bargo, las luces de su significación se dan a partir del momento en que la persona establece un plano consciente (40,41).

Entrevistador: *¿Qué ha significado para usted ser diagnosticada con esquizofrenia? Usuario: No sé... yo creo que es igual una carga, aunque ahora es leve, ahora me preocupo solamente de tomarme los medicamentos, y me preocupo de no pasar tantas cosas fuertes, porque ahí me puedo descompensar... Pero ser esquizofrénica... (Pausa) es una razón más para seguir adelante, muchas razones tenemos para levantarnos temprano y seguir luchando, mi razón es mi hija y soy yo como motor de mi familia. Si yo estoy mal, mi hija tiene a sus abuelos, pero no es lo mismo, la madre debe ser un pilar (pausa) y yo quiero serlo para ella.*

Según la teoría, las condiciones de la transición son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr la transición saludable (42).

Destaca en el discurso patrones de respuesta desarrollados tales como el nivel de afrontamiento, el compromiso y la conciencia generada en el proceso de transición salud/enfermedad. También, emerge en el proceso investigativo, el relato de usuaria que por 27 años ha portado la enfermedad, acompañada en este proceso de ambos padres quienes se encuentran en estado de postración, debiendo ser cuidados de forma permanente. Esta tarea la ha asumido, junto con el rol de autocuidado de su propia enfermedad:

Usuaría: *Estoy más aliviada, me costó sí, ahora soy dueña de casa, me preocupo de mis padres que están viejitos, de la cocina y muchas cosas. Es como de ser cuidada a ayudar a cuidar... hay mucho aprendizaje. Creo que bueno... he aprendido a tener mucha paciencia y fortaleza, sobre todo.*

Durante la transición salud/enfermedad, usuaria desarrolla patrones de respuesta tales como el afrontamiento y la autoconfianza. Según la teoría, los indicadores de proceso sugeridos (39,40).

La confianza generada a través de este proceso demuestra un nivel de compromiso no sólo con la propia salud, sino también con la salud de otros. Lo cual demuestra que las transiciones son múltiples y en este caso no relacionada con la misma enfermedad (40). (50).

#### d. Rol del equipo de salud

La esquizofrenia es una realidad transversal a toda la sociedad; es caracterizada como una enfermedad altamente inca-

pacitante, (59). Explorar el contexto cultural en el que se han desenvuelto y transitado las personas que son portadoras de algún trastorno psiquiátrico resulta ser un compromiso ético y humano, insoslayable para ilustrar y comprender la verdadera significación y experiencia de usuarios con esquizofrenia. Relata una usuaria:

Usuario: *Bueno es extraño esto, el apoyo es una palabra muy grande. Cuando uno tiene las voces vivas en su cabeza quiere apoyo para que dejen de hablar. Esto que le digo es algo que es así, y le juro que cuando uno las tiene es terrible. A mí me han dicho "matate" "muérete" y yo si no hubiera tenido apoyo de personas quizás no estaría aquí. Pero pude hacer esto por mis hijos, salir con esto es difícil y lo lleva para siempre.*

Surge en la entrevista la descripción de la experiencia psicótica, la cual es vivenciada en relación a episodios agudos alucinatorios. Las nociones, actitudes, sentimientos, percepciones y expectativas desarrolladas respecto de su enfermedad constituyen lo que se define como la experiencia subjetiva de la enfermedad. Si bien el apoyo evidenciado se enmarca en el proceso más crítico de la fase aguda de la enfermedad, por parte del equipo de salud debe ser entendido como un proceso de acompañamiento y aprendizaje durante la transición vivenciada.

Entonces, el equipo de salud y, en especial, la enfermera en su rol del cuidado debe generar mediante la terapéutica de enfermería los espacios necesarios para diálogo de esta transición en el desarrollo de elementos facilitadores que promuevan una transición saludable.

La transición, normalmente, implica procesos sociales que traen una percepción de sí mismo y generan comportamientos de acuerdo con las expectativas del rol asociadas con la nueva posición social. Los procesos sociales acarrear cambios en la identidad social, en el auto concepto, en los valores, en el lenguaje y en las habilidades, además de nuevos conocimientos y nuevos comportamientos. Sin embargo, los recursos disponibles son fundamentales para lograr estos cambios en pro de un proceso satisfactorio (40,41).

De esta manera, se logra evidenciar en el relato la insatisfacción respecto al déficit de personal de salud (40,41), específicamente en relación con la atención médica solicitada. Usuaría relata:

Usuario: *...La fuerza en enfrentar la tontera de la gente, la paciencia de esperar a tener un psiquiatra que me escuche... porque igual hay pocos psiquiatras aquí y tampoco puedo pagar afuera. Pero bueno... estoy bien... (Pausa) yo y sin mis medicamentos y mi hermana estaría re mal.*

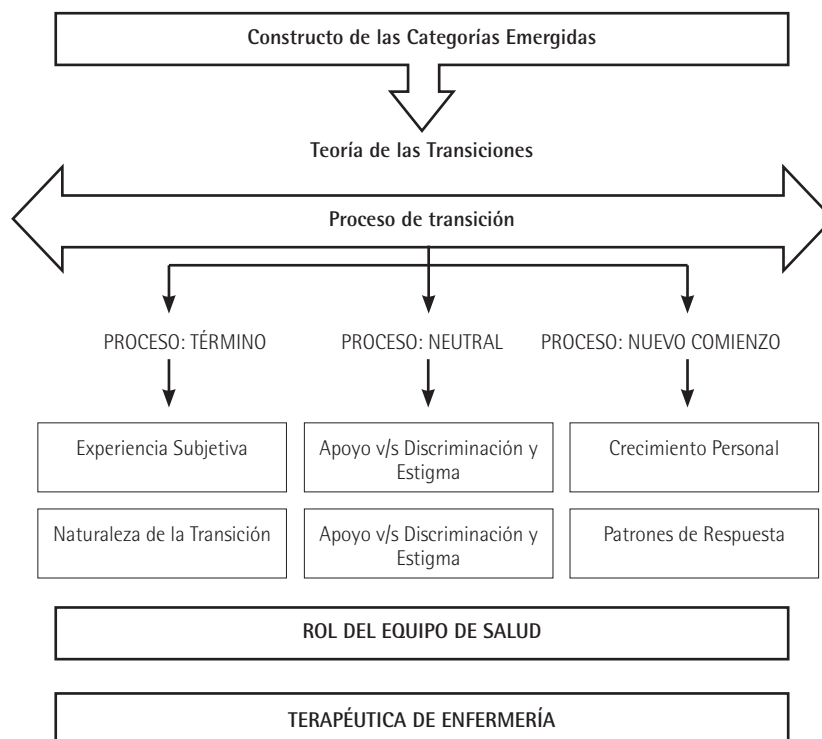
Entrevistador: *Según su experiencia ¿Qué ha sido lo más difícil de enfrentar en este proceso? Usuario: Las personas, la gente que no sabe que uno tiene esto que está llevando con paciencia y pucha... así son...eso que les falte entender lo que pensamos nosotros. Yo vengo acá porque me escuchan y me ajustan mis remedios para estar mejor pero afuera nadie hace eso, bueno... si... tu familia.*

Asimismo, se otorga significado personal a la experiencia de ser portadora de esquizofrenia y emerge entonces la conciencia del escaso apoyo desde la comunidad. Según la teoría, la transición es un fenómeno personal, no una nota estructurada. Los proce-

sos y los resultados de las transiciones están relacionados con las definiciones y redefiniciones de uno mismo y de la situación.

De acuerdo con el análisis realizado y las categorías emergentes es posible realizar la construcción de las categorías, iluminadas desde la Teoría. De esta manera, se logra comprender los procesos vivenciados desde tres grandes procesos vivenciados: un proceso de término, un proceso neutral y proceso de un nuevo comienzo. Cada una de estas etapas se ven influidas por múltiples factores los cuales posibilitan o inhiben que un proceso de transición sea positivo y constructivo para los usuarios. (Cuadro 2)

**Cuadro N°2**  
**Categorías Emergidas desde la Teoría**





## Discusión

A través del análisis cobran vital importancia las transiciones de salud/enfermedad que incluyen el proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Se reconoce que este último proceso constituye el primer acercamiento hacia el lograr enfrentar un proceso de transición de forma saludable.

El inicio de estas vivencias en los usuarios entrevistados se desarrolla con la experiencia subjetiva de la enfermedad, evidenciando las diversas formas de sensaciones, sentimientos y emociones que conforman los primeros recuerdos de este largo proceso.

El camino de esta enfermedad se inicia con algunos síntomas previos al diagnóstico, emergiendo en el recuerdo de los propios usuarios una sensación de extrañeza interna, intranquilidad, desapego, tensión, disminución del ánimo, y en algunos casos también se hace presente el recuerdo de haber vivido un proceso hostil y doloroso desde el aislamiento, la falta de apoyo y la vivencia de la propia tristeza frente a la pérdida de control del yo hacia el darse cuenta de cómo han cambiado las circunstancias en las que se encuentran y enfrentan de forma paulatina.

De esta manera, se enmarca la vivencia en la propia fase aguda de la enfermedad, emergiendo recuerdos de las distintas alteraciones sensorio-perceptivas de los usuarios. Destacando en cada una de ellas la espontaneidad del mismo recuerdo, siendo señalada la evocación desde un alto grado de conciencia; un elemento fundamental como propiedad de la experiencia y que se encuentra interrelacionada como un proceso complejo.

Concomitantemente, durante las entrevistas los usuarios lograron comunicar lo vivenciado, no evidenciando mecanismos de defensa del yo tales como represión, negación o resistencia, entre otros.

Los usuarios expresan recuerdos significativos de sus experiencias, los cuales son unidos por medio de la manifestación de diversos síntomas propios de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes reconocidos por los usuarios fueron: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, ideas extrañas, seguidas de sentimientos de miedo, soledad y angustia.

El miedo invade la vida los usuarios desde la vivencia psicótica, el diagnóstico médico y el tratamiento. Los usuarios expresan que el miedo los inmoviliza, asusta, genera conflictos internos, causa angustia y temor a lo conocido y desconocido.

Además, abarca otros procesos de transición en torno a las caídas en el proceso de tratamiento y recuperación, el miedo al sentido de rechazo en el trabajo y comunidad, al igual se

expresan sentimientos de soledad fuertemente relacionados con falta de apoyo social. La importancia de la Terapéutica de Enfermería incluye valorar la preparación del usuario sobre los propios mecanismos que posee para enfrentar la transición. Y, a partir de este estudio de investigación, se eleva a un punto trascendental las funciones de orientación y apoyo psicoemocional al usuario en este proceso salud/enfermedad, además de la intervención en crisis, técnicas de comunicación y el manejo del miedo y el estrés, tan relevantes como elementos facilitadores hacia el logro de una transición saludable de los usuarios.

Existe un grupo menor de personas que presentó recuerdos asociados a síntomas depresivos acompañados de ideas suicidas, incluyendo sentimientos de desesperanza y angustia, síntomas que alteraron la función social y ocupacional de los usuarios, dificultando sus relaciones interpersonales y disminuyendo su calidad de vida.

La percepción de este complejo proceso es personal y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones de vida. Por lo tanto, es necesario considerar el proceso salud/enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza, sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder.

Es relevante mencionar que, durante las entrevistas en profundidad, todos los usuarios que participan del estudio son protagonistas en algún momento de sus vidas de diferentes formas de discriminación, entre las cuales se mencionan: verbalizaciones descalificadoras, discriminación laboral, escaso apoyo social, actos de ridiculización, actos descalificatorios, aislamiento social, entre otros mencionados.

Asimismo, el ser consciente de portar una enfermedad mental es clave como elemento facilitador hacia el logro de un mejor nivel de satisfacción y conciencia personal. La transición puede causar cambios de identidad, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.

Si bien el primer paso se conforma como proceso de término, su génesis nace de la experiencia subjetiva de la enfermedad del usuario. Desde el proceso salud/enfermedad, iniciándose con la experiencia de los primeros síntomas, las emociones y sentimientos asociados, emergiendo una ruptura del pasado y creando nueva realidad de lo que habitualmente era.

Se destacan elementos de transición como factores que deben ser valorados por los equipos de salud a lo largo de todo el proceso, poniendo énfasis en descubrir y comprender los procesos mentales para la generación de un estado de conciencia de la Transición.

Consecutivamente, el proceso neutral ocurre conforme a las propias condiciones de las transiciones, siendo relevado el estado de conciencia para la generación o no de factores que posibiliten un compromiso para un cambio futuro. Y finalmente nace un proceso final que se desarrolla en un nuevo comienzo, que desarrolla patrones de respuesta de los usuarios, hacia el afrontamiento de la enfermedad, la motivación, el establecimiento de nuevos vínculos de apoyo permanente, entre otros.

Finalmente, es importante mencionar que la experiencia subjetiva de cada persona permite establecer predicciones o expectativas respecto a su propia conducta. Y esto ocurre no porque la persona considere que al poder elegir entre distintos cursos de acción está en posición de anticipar lo que hará en el futuro, sino porque tiene la evidencia de que cree saber cómo se comportará en el curso del tiempo a posteriori, al margen de decisiones arbitrarias y sin que esto implique un determinismo que excluya el concepto de libertad.

## Bibliografía

1. Carvajal C, Florenzano R, Weil K. *Psiquiatría*. 2da ed. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012. 409 p.
2. Fischman P. Modelo Biopsicosocial Evolutivo en Psiquiatría. *Boletín Escuela de Medicina*, P. Universidad Católica de Chile. 1994; 23: 86-91.
3. Ministerio de Salud. *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago de Chile; 2010.
4. Ministerio de Salud. *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia*. Santiago (Chile); 2009.
5. Ramos A. *Diario de Una Enfermedad Mental, Esquizofrenia*. 4ta ed. Madrid (Es). Editorial Club Universitario; 2009. 187 p.
6. Silva H. *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM-V*. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012. 199 p.
7. Jaramillo Antillón, J. *Historia y Filosofía de la Medicina*. San José, (C.R.): Editorial de la Universidad de Costa Rica; 2005. 408 p.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra; 1992.
9. Pastor M. *Esquizofrenia*. En: Rodes Lloret, F. *Enfermedad Mental Aspectos Médico-Forenses*. Madrid (Es): Ediciones Díaz de Santos; 2006. p.107.
10. Peralta V, Cuesta M. *Esquizofrenia y psicosis relacionadas*. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría*. Madrid (Es): Editorial Ene Life Publicidad; 2009. p. 267-83.
11. Cuesta M, Ugarte MD, Goicoa T, et al. A Taxometric Analysis of Schizophrenia Symptoms. *Psychiatry Rev* 2007; 150: 245-53.
12. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic Significance of Schneider's First-Rank Symptoms In Schizophrenia: Comparative Study Between Schizophrenic And Non-Schizophrenic Psychotic Disorders. *Br J Psychiatry*. 1999; 147: 243-8.
13. Conrad K. *La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio*. Madrid (Es): Ed. Alhambra S.A.; 1958. 199 p.
14. Arieti, S. *Interpretation of Schizophrenia*. 2da. ed. Nueva York (EE. UU.): Basic Books; 1974. 1005p.
15. Addington D, Addington J, Patten Y. Depression in people with first episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172 (33): 90-2.
16. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York (EE. UU.): Grune and Stratton; 1959. 173p.
17. Usall J, Araya S, Ochoa S, et al: Gender differences in a sample of schizophrenia outpatients. *Compr Psychiatry*. 2004; 42:301-5.
18. Goldstein JM, Seidman LJ, O'Brien LM, et al: Impact of normal sexual dimorphisms on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 154-64.
19. Rao ML, Kolsch H: Effects of estrogen on brain development and neuroprotection implications for negative symptoms in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28 (2): 83-96.
20. Carvajal C. *Esquizofrenia y Trastornos Relacionados*. En: Carvajal C, Florenzano R, Weil K. *Psiquiatría*. 2da ed. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012. p 123-37.
21. Chinchilla A. *Las Esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona (Es): Elsevier Masson; 2007. 585 p.
22. Penn D, Martin J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr Q*. 1998; 69: 235-47.
23. Autonell J, Ballús-Creus C, Busquets E. *Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención*. *Aula Médica de Psiquiatría*. 2001; 1: 53-8.
24. Ochoa S, Martínez F, Ribase M, García-Francod M, López E, Vilellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2011 (jul-sep); 31(3): 477-489.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra; 2001.
26. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-Effectiveness Of A Primary Care Treatment Program For Depression In Low-Income Women In Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:1379-87.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Plan Global de Acción en Salud Mental 2013-2020*. Ginebra; 2012.
28. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. *Financiamiento de la Salud Mental en Chile: Una Deuda Pendiente*. *Rev Med Chile*. 2015; 143: 1179-86.
29. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago; 2000.
30. Ministerio de Salud. *Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud*. *Diario Oficial de la República de Chile*, N° 40.492 del 5 de febrero de 2013.



31. Ministerio de Salud de Chile. Informe Final. Estudio de Carga por Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago: 2007.
32. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025. Santiago; 2015.
33. World Health Organization. Investing In Mental Health. Evidence for Action. Geneva; 2013.
34. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Año 2011. Santiago: Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013.
35. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18 (4/5): 346-58.
36. Stuart G, Laraia M. *Enfermería Psiquiátrica, Principios y Práctica*. 8va ed. Madrid (Es). Elsevier Masson; 2006. 280 p.
37. Belmont A. La evolución de la enfermería psiquiátrica. *Enf Neurol*. 2011; 10 (1): 53-55.
38. Videbeck S. *Enfermería Psiquiátrica*. 5ta ed. Barcelona (Es): Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 470 p.
39. Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York (EEUU): Springer Publishing Company; 2010. 641p.
40. Im E-O. Teoría de las Transiciones. En: Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ma ed. Barcelona (Es): Elsevier Masson; 2011.p.416-33.
41. Meleis A. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ta ed. Philadelphia (EE. UU.): Lippincott Williams and Wilkins; 2011. 688 p.
42. Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *Image:Journal of Nursing Scholarship*.1994; 26 (2):119-27.
43. Chick N, Meleis A. Transitions. *A Nursing Concern. Nursing research methodology*. Colorado (EE. UU.): Aspen Publication; 1986. 257 p.
44. Cuesta C de la. *Investigación Cualitativa y Enfermería*. Index Enferm [Internet]. 2000. [acceso 26 jun 2016]; 7-8. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_7-8.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php)
45. Triviño Z, Sanhuesa O. Paradigmas de Investigación en Enfermería. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2005. [acceso 26 jun 2016]; 11(1): 17-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100003>
46. Ministerio de Salud. Los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. *Diario Oficial de la República de Chile*, N° 20.584 del 24 de abril de 2012.
47. Robles B. La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*. 2011(sep-dic); 18(52): 39-49.
48. Lenise Do Padro M, Quelopana Del Valle AM, Compean L, Resendiz E. El diseño en la investigación cualitativa. En: Lenise Do Padro M, Lourdes de Sousa M, Carraro T. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. 9na ed. Washington, D.C (EE. UU.): Serie Paltex Salud y Sociedad; 2008.p.87-100.
49. Saubidet R, Santillán D. *Psicopatología general de Karl Jaspers*. 4ta ed. Buenos Aires (Ar): Editorial Beta; 1977. 973p.
50. Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1989; 15 (2): 217-31
51. Markova I, Berrios G. Insight and clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*. 1995; 36: 367-76.
52. Guimón J. La discriminación de pacientes mentales. Un reto para los derechos humanos. Bilbao (Es): Universidad de Deusto; 2004.140 p.
53. Carulla L, Guillén C, Rodríguez C. Trabajo y Esquizofrenia: aspectos conceptuales. *Intervención Psicosocial*. 1996; 5(14): 83-90.
54. Ministerio de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo. *Qué es Trato Digno para los Pacientes. Elementos que componen el trato digno*. Informe Global. Santiago (Chile); 2013.
55. Ministerio de Salud. *Manual del buen servicio*. Santiago (Chile); 2011.
56. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximising outcomes for their relatives. *Dis Manag Health Out*. 2000; 8(4): 211-21.
57. Rascón-Gasca M, Dias ML, Díaz L. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gac Méd Méx*. 2003; 139 (4): 371-76.
58. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2008; 20 (4): 577-82.
59. Sadock B, Sadock V. *Sinopsis de Psiquiatría*. 11va ed. Madrid (Es): Lippincott Williams &Wilkins; 2015. 1.460 p.