



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Fonoaudiología

SIGNIFICADOS QUE LOS PROFESIONALES VINCULADOS A SALUD  
MENTAL LE OTORGAN AL ACTO COMUNICATIVO EN EL  
RECONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN MORAL DE LA PERSONA CON  
ESQUIZOFRENIA

**Tesis para optar al Título de Fonoaudiólogo y al Grado Académico de Licenciado en  
Fonoaudiología**

**Alumnas Tesistas:**

Bárbara Fernández Toro  
Isadora Gutiérrez Cabrera  
Paulina Palacios Cuevas  
Romina Vera Olguín

**Profesor Guía:**

Flgo. Marcelo Sandoval Ramírez

Viña del Mar, Noviembre 2015

## AGRADECIMIENTOS

Simplemente agradecer a mi familia, especialmente a mis padres y hermano, por su apoyo constante e incondicional. Por brindarme esta nueva oportunidad para expandir mis verdaderos intereses y motivaciones, tanto en lo académico como en lo personal. Me han permitido emprender vuelo en cada ámbito de mi vida, con todo lo que implica el Vivir. A mi gran grupo de tesis por su cariño y apoyo durante el transcurso de este año. A nuestro estimado profesor guía por permitirnos explorar nuevos ámbitos de la fonoaudiología, por su generosidad y dedicación durante la investigación. Y agradecer a todos aquellos que han sido parte de esta nueva aventura emprendida, por cada tertulia compartida...Gracias-Gracias-Gracias!!

Bárbara Fernández Toro

Gracias a Dios por ser el pilar fundamental durante toda mi vida. Gracias a mi familia, en especial a mis padres por darme la oportunidad de estudiar y apoyarme con tanto cariño y paciencia a lo largo de todos estos años. A mis segundos padres, abuelitos, gracias por su amor incondicional, que sin habérselo propuesto, fueron importantísimos para concluir esta etapa. También agradezco a todas aquellas personas que conocí en variados contextos durante estos años y lograron hacerse importantes para mí. En especial a mis queridos y valiosos amigos y amigas, que me acompañaron en todas, además de hacer de mis momentos difíciles, instantes más agradables. Por último, pero no menos importante, agradezco a los agentes activos de esta tesis, el grupo de trabajo y profesor guía. A mi querido y unido equipo les agradezco la confianza, respeto y lindos momentos fundamentales para concluir esta linda etapa y a nuestro profesor, le doy las gracias por su gran paciencia y dedicación hacia nosotras.

Isadora Gutiérrez Cabrera

Primero, agradezco a Dios por acompañarme en los buenos y difíciles momentos. A todas esas personas que creyeron en mí, al igual que mi familia que me brindó la oportunidad de estudiar: a mi padre por aconsejarme elegir esta carrera y a mi madre, quien en este proceso siempre me apoyó pese a todo. También a mi profesor guía Marcelo Sandoval por su dedicación y conocimientos aportados en esta investigación. Por último, a mis compañeras de tesis por este logro y trabajo en equipo alcanzado.

Paulina Palacios Cuevas

Agradezco inmensamente a todas las personas que influyeron positivamente en mi formación tanto académica como personal a lo largo de mi vida. A todos los profesores y amigas que supieron transmitir sus conocimientos y consejos durante mi enseñanza básica, media y superior. Un agradecimiento especial al profesor Marcelo Sandoval Ramírez por su sabiduría y apoyo brindado durante la elaboración de esta tesis. A mis padres, por confiar en mis capacidades y brindarme el mejor regalo que podía pedir: Educación. Finalmente, agradezco a mi pololo por su amor incondicional y pintar mi vida de colores.

Romina Vera Olgún

## ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
1. Marco Teórico.....	9
1.1 Comunicación.....	9
1.1.1 Acción comunicativa.....	11
1.1.2 El lenguaje y el proceso comunicativo.....	13
1.1.3 Comunicación e intersubjetividad.....	16
1.2 Dimensión moral.....	17
1.2.1 Procesos de constitución del sujeto.....	21
1.2.2 Sujeto de derecho.....	25
1.2.3 Estigma en salud mental.....	27
1.2.4 Relaciones interpersonales.....	30
1.3 Esquizofrenia.....	31
1.3.1 Definición.....	31
1.3.2 Síntomas.....	32
1.3.3 Subgrupos.....	33
1.3.4 Epidemiología.....	34
1.3.5 Cognición en esquizofrenia.....	34
1.3.6 Proceso comunicativo en esquizofrenia.....	37
1.3.7 Tratamiento, recuperación y rehabilitación.....	38
1.3.8 Enfoque comunitario y biomédico.....	40
1.3.9 Salud mental en el contexto nacional.....	42

	4
1.3.10 Equipos de trabajo en salud mental.....	44
2. Métodos.....	48
2.1 Planteamiento del problema.....	48
2.1.1 Pregunta de investigación.....	48
2.1.2 Objetivo del estudio.....	48
2.1.3 Justificación.....	49
2.1.4 Viabilidad.....	49
2.1.5 Deficiencias en el conocimiento del problema.....	50
2.2 Objetivos.....	51
2.2.1 Objetivo general.....	51
2.2.2 Objetivos específicos.....	51
2.3 Tipo de estudio.....	52
2.3.1 Enfoque.....	52
2.3.2 Alcance.....	53
2.3.3 Diseño.....	53
2.4 Descripción de la muestra.....	54
2.4.1 Muestra.....	54
2.4.1.1 Tipo de muestra.....	54
2.4.1.2 Tamaño de la muestra.....	54
2.4.1.3 Unidades de información.....	54
2.4.1.4 Criterios de selección de la muestra.....	55
2.4.1.4.1 Criterios de inclusión.....	55
2.4.1.4.2 Criterios de exclusión.....	55

2.5 Categorías.....	55
2.6 Instrumentos de recolección de información.....	56
2.7 Herramientas.....	56
2.8 Trabajo de campo.....	56
2.9 Materiales.....	58
3. Resultados y Discusiones.....	59
3.1 Presentación de los resultados y discusiones.....	61
3.1.1 Categoría enfoque del profesional en salud mental.....	61
3.1.2 Categoría estigma en salud mental.....	65
3.1.3 Categoría perspectiva comunicativa.....	68
3.1.4 Categoría intersubjetividad.....	80
3.1.5 Categoría perspectiva de la dimensión moral.....	83
4. Conclusiones.....	103
5. Referencias Bibliográficas.....	107
6. Anexos.....	116

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer los significados que le otorgan los profesionales vinculados al área de salud mental al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. Para ello, se realizó un estudio de enfoque cualitativo, con alcance exploratorio y diseño fundamentado en el interaccionismo simbólico. En este contexto, durante el año 2015, se entrevistó a once profesionales de salud mental en las regiones de Santiago y Valparaíso, Chile. La información se obtuvo a partir de un guión temático semiestructurado, el cual indagó en temas como el acto comunicativo, la dimensión moral y la intersubjetividad. Los resultados obtenidos permitieron determinar que la mayoría de los profesionales consideró relevante el acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral del sujeto. Esta implica la constitución de la identidad del mismo, el ejercicio de su autonomía y posibilidad ciudadana, lo que favorece la integración social y mejora de manera considerable su calidad de vida. De esta manera, se concluye que es necesario un compromiso social del equipo multidisciplinario de salud mental responsable del abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia para lograr una rehabilitación exitosa en estos sujetos. Por lo anterior, es responsabilidad del terapeuta propiciar los espacios de encuentros intersubjetivos. De igual manera, es pertinente promover estilos comunicativos horizontales entre los terapeutas y las personas en proceso de recuperación.

## INTRODUCCIÓN

La Salud Mental se define como un estado de bienestar, en el cual una persona es consciente de sus propias capacidades, consigue enfrentar las tensiones normales de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y puede realizar una contribución a su comunidad (OMS, 2009; cit en Chuaqui, 2012). De esta se desprende el comportamiento de la dimensión social del sujeto. Sin embargo, al surgir el concepto de trastorno mental, se enfatiza característica individual de la persona. Asimismo, el DSM-V (2013) la considera como un síndrome que se caracteriza por alteraciones significativas a nivel cognitivo, emocional o conductual, debido a anomalías de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, los que están a la base de su función mental. Lo anterior, puede ir asociado a un estrés significativo o una discapacidad social o laboral, principalmente.

En el DSM-V (2013), se clasifican los trastornos mentales, entre los cuales está la esquizofrenia, la que se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar alteraciones de manera sustancial y específica en la percepción, pensamiento y emociones. Por lo tanto, compromete la individualidad, singularidad y autorregulación de la persona (MINSAL, 2009). Además, esta condición “causa gran incapacidad social y laboral, con un deterioro significativo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento global del individuo que la padece” (Muñoz & Ruiz, 2007:99). Por esta razón, se altera gravemente su accionar como sujeto y su forma de interacción con el medio social, pudiendo desencadenar discriminación, estigma, aislamiento social, entre otros.

El objetivo del estudio fue conocer los significados que poseían los integrantes del equipo multidisciplinario en salud mental, en relación al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. A partir de lo anterior, se extrajeron los significados que los profesionales le atribuyen a dicho proceso y el rol que desempeña el acto comunicativo en la rehabilitación de la dimensión moral, planteándose como pregunta de investigación: ¿qué significados le otorgan los profesionales vinculados al área de salud mental al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia? Este estudio se fundamenta en la relevancia de la comunicación,

ya que la acción comunicativa crea realidad, construye al sí mismo y al otro, permitiendo la reciprocidad e intersubjetividad. Las personas con esquizofrenia presentan dificultades comunicativas, sociales y personales, por lo cual requieren que los profesionales de salud mental respondan a sus necesidades en diversos ámbitos. Por esta razón, se requiere una rehabilitación multidisciplinaria que aborde los aspectos de la persona de forma integral, dando relevancia al aspecto comunicativo, pues este es un eje transversal en su mundo relacional.

Con la finalidad de responder los objetivos planteados, se realizaron entrevistas semiestructuradas a once profesionales vinculados al área de salud mental, los cuales correspondieron a: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y sociólogos. Dichos profesionales se desempeñan en departamentos de universidades públicas y privadas, centros diurnos de salud mental y centros médicos, pertenecientes a las regiones Metropolitana y Valparaíso de Chile durante el año 2015. Los discursos extraídos de las entrevistas, transcritos en una bitácora de campo, fueron analizados y organizados en categorías correspondientes a: enfoque del profesional en salud mental, estigma en salud mental, perspectiva comunicativa, intersubjetividad y perspectiva de la dimensión moral.

La presente investigación se organiza en seis capítulos. El primero es el marco teórico, el cual aborda los ejes centrales de la comunicación, la dimensión moral y la esquizofrenia. En segundo lugar, se presenta el apartado de métodos, que describe el planteamiento del problema, objetivos, tipo de estudio, descripción de la muestra, instrumentos, herramientas, trabajo de campo y materiales. En el tercero, finalmente, se presentan resultados y discusiones en relación a cada una de las categorías.

## 1. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se desarrollan los conceptos de comunicación, dimensión moral y esquizofrenia. En la temática de comunicación se expondrán los aspectos que la involucran y cómo este proceso influye en la constitución del sujeto, lo que se vincula con la dimensión moral. Posteriormente, se mencionará la definición de esquizofrenia, sus características, formas de trabajo e implicancias en la interacción social de estas personas.

### 1.1 Comunicación

Para el desarrollo de la investigación se consideraron las significaciones que los profesionales participantes del estudio tienen en relación al proceso comunicativo, y a la construcción de la persona con esquizofrenia como sujeto de derecho. Estas estarán determinadas por los conceptos que estos posean del proceso comunicativo. Para ello, es pertinente considerar las bases teóricas del mismo, a través de la exposición de diversas líneas de pensamiento. Por consiguiente, se expondrán las implicancias de la comunicación desde la psicología, sociología, filosofía y biología.

De esta manera, según Martín (2007), la comunicación será entendida como un tipo de interacción que está al servicio de las necesidades biológicas de las personas. Su plasticidad evolutiva se descubre cuando el hombre puede poner la comunicación al servicio del conocimiento y junto con ello, la incorporación de los recursos y de la organización de las sociedades a la producción comunicativa. Por consiguiente, el uso de la comunicación está determinado no solo por las necesidades, sino también, por elementos que tienen valor axiológico.

Profundizando en la evolución de la comunicación, Martín (2007) expone que los primeros usos interactivos de la información son aquellos en los que la actividad del emisor origina señales que tienen significado para algún receptor. De esta manera, la competencia informativa es una capacidad precomunicativa, ya que se genera en otro tipo de especies, por ejemplo, en el reino animal. La necesidad de informar no solo compete a los seres humanos. Además, esta supone las interacciones significativas, es decir, es una de las modalidades de acción en la que participan al menos dos individuos; donde uno es la fuente de información y

el otro es quien reconoce y opera la información. Esta capacidad de reconocer información y de ajustar el comportamiento a la información que se reconoce en el comportamiento de otro, es una característica que poseen los receptores en todas las interacciones significativas. Esto último, no es rasgo suficiente para distinguir entre los usos comunicativos y no comunicativos de la información, es decir, no todas las interacciones significativas son comunicativas. Considerando esto último, existe una teoría de la comunicación, la cual estudia una clase determinada de interacciones, concretamente aquellas en donde dos o más comunicantes llevan a cabo actividades indicativas. Estas actividades consisten en producir, enviar y recibir información, las cuales se refieren a algún objeto de referencia.

Vinculando la teoría de la comunicación con el entorno social, Martín (2004) llega a la teoría social de la comunicación, la cual trata de la producción de información destinada a la comunicación pública y de su uso social. Esta, además, se interesa por las características de las sucesivas modalidades de comunicación pública que existen y que han existido. También, se ocupa del origen y de las transformaciones de los sistemas institucionales de comunicación, encargados de la elaboración y distribución de las informaciones que conciernen al conjunto de la colectividad, analizando el uso que se hace de esta para contribuir a la producción y reproducción de la sociedad. De este modo, la producción social de la comunicación corresponde al inicio del estudio de las relaciones que existen entre la transformación de la comunicación pública y el cambio de las sociedades.

Sumado a lo anterior, Abatedaga (2008) postula que la comunicación es considerada una relación social que posee dos niveles de abstracción, opuestos y complementarios. El primer nivel corresponde al eje central donde se desarrolla y articula el carácter social del hombre y, por ende, se forma el ser social. Lo anterior, se genera a partir de la comunicación, lo cual posibilita al sujeto significar y significarse como tal, diferenciándose de otros. Este vínculo con otras personas permite al sujeto construirse en un espacio social. Además, este nivel considera una representación instrumental de aquella relación social, donde los sujetos se vinculan en un contexto social determinado.

En el segundo nivel de abstracción, según Abatedaga (2008), se puede analizar cómo se forman los sujetos de comunicación y de información, por medio del estudio y

organización de los canales interpersonales y del contenido que transmite dicho sujeto “visualizando y proyectando flujos y nodos comunicacionales capaces de producir mejoras en el relacionamiento de estos sujetos, entre otros asuntos” (p.122). Al centrarse en aquellos elementos que componen la comunicación, se interviene, a la vez, en las interacciones comunicativas. La misma autora agrega que dichas interacciones juegan un papel a favor o en contra de los intereses comunes, diferencias y acuerdos, y también pueden producir modificaciones en el propio ser de los sujetos individuales o de un colectivo y, por ende, en el ámbito social que trabaja.

### **1.1.1 Acción Comunicativa**

Habermas (1999) propone un modelo de análisis de la sociedad a través de la teoría de la acción comunicativa y su fundamento racional, teniendo como objetivo tres aspectos: desarrollar un concepto de racionalidad diferente de los que se consignan en filosofía y teoría de la acción social; construir una nueva idea de la sociedad, sumando los diferentes paradigmas de sistemas y mundo de la vida; y desarrollar una teoría que critique a la modernidad (cit en Garrido, 2011). Además, este autor propone un modelo que permite analizar la sociedad como dos formas de racionalidad que están en juego simultáneamente: la racionalidad sustantiva del mundo de la vida y la racionalidad formal del sistema; donde la primera representa una perspectiva interna como el punto de vista de los sujetos que actúan en la sociedad; mientras que la segunda representa la perspectiva externa, como la estructura sistémica. Habermas (1999) estudia a la sociedad como un conglomerado de sistemas complejos, estructurados, donde el actor desaparece transformado en procesos; y, por otro lado, también incluye el análisis sociológico que da importancia al actor, como creador inteligente, pero a la vez, sumergido en la subjetividad de los significados del mundo vital.

Asimismo, Habermas (1999) consideró más relevante la acción comunicativa, debido a que corresponde al fenómeno humano más característico y generalizado, el cual conforma el sustento del contexto sociocultural y las sociedades (cit en Abatedaga, 2008). Ahora bien, Jiménez (2012) considera dicho término como la acción social donde los hablantes realizan planes de intervención, a través de acciones de habla que requieren inteligibilidad, verdad de contenido, rectitud en el contexto normativo y veracidad. Gracias a estas cuatro características,

se puede validar el habla. Los términos de verdad y rectitud se consideran en aquellos casos donde se cuestiona lo que se enuncia, para lo cual se utilizan razones a través del discurso. Esto corresponde a una forma de reflexión de la acción comunicativa.

Habermas (1999) propone el concepto de acción comunicativa como una interacción de a lo menos dos sujetos con lenguaje y capacidad de acción, ya sea con medios verbales o con medios extraverbales, los cuales establecen una relación interpersonal. Además, la acción comunicativa, como parte de la acción social, colabora en los tres procesos que conforman la socialización: recepción y reproducción cultural, integración social, y desarrollo de la personalidad y de la identidad personal. Los tres procesos mencionados se vinculan con la necesidad de desarrollar la autonomía, la que se sustenta en la voluntad. Esta última es considerada, según Escribar, Pérez y Villarroel (2004), como la capacidad de determinarse a sí mismo a realizar acciones de acuerdo a ciertas leyes. Además, la autonomía tiene directa relación con la libertad, cuya posibilidad es exigida por la razón práctica como condición de posibilidad de la moral. Al vincular la temática anterior con la línea investigativa de salud mental, se debe mencionar que la autonomía influye en la configuración de la persona como sujeto de derecho. Esto último, contribuye a las relaciones interpersonales y favorece la interacción social.

Jiménez (2012) propone que, complementario a la acción comunicativa, está el mundo de vida, el cual corresponde al “saber implícito sobre el que se sostiene la normalidad de una situación de habla” (p.12). Los supuestos de la acción comunicativa corresponden al núcleo universal de la competencia de interacción, y el sistema de las cuatro pretensiones de validez es la base universal de validez del habla. De esta forma, en el mundo sociocultural de la vida existe una interacción, donde las competencias de las personas pueden ser individuales, permitiendo integrarse a dicho mundo mediante una socialización, y configurándose como un soporte de los sistemas de acción (Jiménez, 2012).

### 1.1.2 El Lenguaje y el Proceso Comunicativo

La socialización permite el desarrollo del proceso comunicativo en la interacción con otros. Esta comunicación opera como el medio principal a través del cual los individuos influyen las acciones de otras personas; específicamente, se piensa que cada ser humano posee ciertas metas o motivos, todo ello, enmarcado en un contexto social determinado. Además, el lenguaje es la principal herramienta y, a través de él “alcanzamos nuestras metas, satisfacemos nuestros deseos, entre otros. Sin embargo, ningún lenguaje en ningún momento es suficiente” (Gergen, 2007:316).

Otra propiedad del lenguaje es que permite crear narraciones de las historias personales, constituyéndose la identidad narrativa. Ricoeur (1996) distingue la identidad comprendida en el sentido de un sí mismo (ipse), dotado de una historia y, por lo tanto, poseedor de una estructura temporal y dinámica (cit en Escribar, 2013). La identidad ipse o ipseidad, integra el cambio como parte de la coherencia de su vida, y ocupa así una posición intermedia en la concepción sustancial del ego cartesiano. El yo cede entonces el lugar al sí mismo, que despojado de la pretensión de fundamento del primero, se reconoce como personaje y autor de la narración de su propia vida, a lo largo de la cual va construyéndose su identidad (Escribar, 2013).

Sumado a lo anterior, Gergen (2007) señaló que los recuentos narrativos están inmersos dentro de la acción social, hacen socialmente visibles los eventos y establecen expectativas de los eventos futuros. Debido a que los eventos de la vida diaria están inmersos en narraciones, quedan cargados con un sentido historiado, entonces, vivimos a través de historias, tanto al contar como al comprender al yo. Asimismo, para la comprensión del yo se necesita conocer el término de autonarración está relacionado a las explicaciones que un individuo brinda acerca de la relación existente entre los eventos relevantes para el yo a través del tiempo.

De este modo, la visión del yo carecería de sentido a menos que pudiera ser vinculada de alguna manera con el pasado del sujeto. De esta forma, para Gergen (2007) el principal énfasis en el individuo, está relacionado con las autonarraciones como formas sociales de

elaborar discursos. En este sentido, las narraciones son “recursos conversacionales, construcciones abiertas a una alteración continua a medida que la interacción progresa” (p.156). La autonarración es un dispositivo lingüístico, constituido por secuencias convencionales de acción y utilizado en las relaciones como forma de sostener, promover o impedir variedad de sucesos causa-efecto. Las autonarraciones, según este autor, pueden ser construidas como historias orales o cuentos morales dentro de una sociedad; son recursos culturales que responden a propósitos sociales. Este enfoque se une a aquellos que enfatizan los orígenes socioculturales de la construcción narrativa, aunque con ello no se intente aprobar un determinismo cultural. A través de la interacción con otros, se adquieren las habilidades narrativas, para ello, se requiere un compromiso personal en la creación de la narración. Además, Escribar (2013) menciona que las narraciones son portadoras de una experiencia que incita a habitar nuevos mundos ajenos; representan una invitación a ser y actuar de otro modo, y ello supone iniciar nuevas evaluaciones de sí mismo y del mundo.

Gergen (2007) refiere que, a medida que se generan realidades y moralidades dentro de grupos específicos como las familias, amistades, equipos de trabajo, los interlocutores se convierten en recursos invaluableles. Al mismo tiempo, las construcciones del mundo y sus formas asociadas de vida relacional, crean nuevas realidades a partir del lenguaje. El lenguaje es, en esencia, un medio diferenciador, en donde cada palabra separa aquello que se nombra o indica, de aquello que no es mencionado. Por tanto, cada vez que se declara lo que es pertinente o lo que es bueno, se usan palabras que privilegian ciertas existencias.

Para Gergen (2007), el diálogo transformativo consiste en prácticas como la responsabilidad relacional, la autoexpresión, la afirmación, la coordinación, la reflexividad y la cocreación de nuevas realidades, lo que favorece la construcción del ser humano y su vinculación con el otro. Lo anterior, se ve reflejado en diferentes actividades de relaciones humanas, como por ejemplo, en la conversación. Maturana (1991), menciona que en el entrelazamiento del “lenguajear” y el emocionar, es que sucede el conversar. Además, lo humano se vive en redes de conversaciones que constituyen culturas. Lo humano se experimenta en los modos de vida que las culturas constituyen como dimensiones relacionales que se describen como dimensiones psíquicas, espirituales o mentales. Tales dimensiones

relacionales constituyen el espacio referencial donde adquiere sentido el sistema nervioso como red cerrada de cambios de relaciones de actividad.

La comunicación para Gergen (2007) es un proceso continuo de coordinación de acciones entre personas, lo cual pone en primer plano el intercambio momento-a-momento, entre y en medio de interlocutores, y localiza el significado dentro de los patrones de interdependencia. Los interlocutores pueden llevar a cabo acciones que tradicionalmente se categorizan como pensamiento o sentimiento, sin embargo, estas pueden verse propiamente como formas relacionales llevadas a cabo en el sitio del individuo. Las diversas formas relacionales permiten crear espacios intersubjetivos a través de la comunicación (Rizo, 2012).

La comunicación es entendida por Giannini (2011) como una actividad, es decir, acción. Y es una acción connatural a la vida humana: aquella por la que el ser humano fue definido en el pasado no solo como zoon logon echon animal que posee la palabra; sino también, como animal histórico-social y como sujeto moral. La acción actual de comunicar ocurre solo cuando existe otro sujeto que entiende el significado de la propuesta o proposición, y responde a ella, incluso con el silencio. Así, la acción comunicativa instala un principio de dualidad: se debe contar con el otro. Por consiguiente, se intenta separar la acción comunicativa, por una parte, de la acción en general y, por otra parte, tanto de los actos psíquicos (intencionales) como de los movimientos físicos, que no son propiamente acciones.

Giannini (2011) menciona que con la acción se inicia siempre algo nuevo en el mundo humano. Es en virtud de la acción que a su agente se le denomina sujeto humano. Aquel ente que se mueve desde sí es el origen de un movimiento que ya se experimenta y se proyecta al mundo como deseo de lo otro, de lo deseable. Este es el supuesto de la vida comunitaria. Un supuesto ontológico, pero ético a la vez, que permite a los sujetos tratarse entre ellos en la experiencia que se tiene del otro, “quien está ante mí es, por lo mismo, aquel ante quien yo estoy como ante otro que me está percibiendo cuando lo percibo. Percibir al otro es ya comunicarse con él en una relación de absoluta reciprocidad y actualidad” (p.189). Es en virtud de esta experiencia de reciprocidad ontológica, anterior tal vez a la experiencia de los objetos y fenómenos del mundo, que se entra en el territorio de la interacción comunicativa y, también, en el territorio de la experiencia moral.

### 1.1.3 Comunicación e Intersubjetividad

Schütz (1974) postula que la comunicación es “el compartir el flujo de las experiencias del otro en el tiempo interior, este vivir a través de un presente común que constituye la experiencia del ‘nosotros’, que es el fundamento de toda comunicación posible” (cit en Rizo, 2012:76). El autor explica que es en el tiempo interior de cada sujeto donde se produce la simultaneidad necesaria para que se produzca la comunicación. Para este autor, la intersubjetividad requiere de una interacción, donde cada situación interactiva necesita de un contacto intersubjetivo (cit en Rizo, 2012).

En relación al concepto de intersubjetividad, Schütz (1974) considera la comunicación entre los sujetos, quienes se hablan y se escuchan, en un espacio y tiempo compartidos. Rizo (2012) expone que, en base a los planteamientos realizados por Schütz, se da mayor importancia al mundo relacional, las acciones e interacciones de los sujetos sociales. Dichos sujetos, los cuales habitan en un contexto social, experimentan y comparten experiencias intersubjetivas en el mundo conocido. A su vez, estos se encuentran determinados tanto por su biografía, como por sus experiencias inmediatas. Ahora bien, este sujeto se configura particularmente por la intersubjetividad, esencial en el mundo social.

La intersubjetividad requiere de interacción, y en ella, se produce un contacto intersubjetivo, por lo que ambos términos se consideran interdependientes. En el contexto de una comunicación en la que los individuos participan y comparten el espacio vivido, se establece una relación cara a cara. En esta relación, cada persona forma parte de un elemento del ambiente del otro, como también, participa en un conjunto de experiencias comunes del mundo externo, dentro del cual pueden insertarse actos manifiestos de comunicación para ser interpretados como signos de lo que pretende transmitir.

La acción comunicativa entre las personas se da gracias a la intersubjetividad, la cual es entendida por Giannini (2007) como un espacio de encuentro, donde los participantes acceden al reconocimiento del otro y se construyen mutuamente. Cuando este espacio se niega, se genera una incomunicación. En este proceso de incomunicación no existe una disposición sincera al encuentro, se suprime la posibilidad constitutiva y comunicativa que el

Otro posee como sujeto moral (Giannini, 2007). Se transgrede la reciprocidad en la que se funda toda acción comunicativa, donde se deja al otro fuera de la relación. Puede surgir, entonces, la ofensa que se manifiesta como sentimiento de *vulnus* o herida (Giannini, 2007), donde “la incomunicación es percibida como negativa voluntaria a la reciprocidad” (Giannini, 2011:21).

En conclusión, el lenguaje y el proceso comunicativo implican espacios de encuentro con el otro donde se generan intercambios lingüísticos, determinados por aspectos no verbales, los cuales enriquecen las relaciones con otras personas. Este proceso permitirá que el individuo tenga un mayor conocimiento de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea. Las personas con esquizofrenia presentan dificultades en sus diversas esferas sociales, ya que sus espacios dialógicos se ven interferidos por las distintas fases de su condición mental. Esto último, determinará distintos grados de afectación en sus relaciones tanto intrapersonales como interpersonales.

## **1.2 Dimensión Moral**

Según Habermas (1985), la teoría de la acción comunicativa permite comprender la expansión de las perspectivas socio-morales. Además, el autor destaca las estructuras de la propia interacción, en cuyo horizonte el sujeto aprende los conceptos fundamentales cognitivo-sociales de modo constructivo. El concepto de acción comunicativa resulta apropiado como punto de referencia para una reconstrucción de las etapas de interacción (ver anexo 1). Estas etapas se pueden describir con ayuda de las estructuras de perspectivas que se realizan en los distintos tipos de acción. Aquellas etapas de interacción tienen directa relación con las etapas del desarrollo de la conciencia moral, teoría que fue postulada por Laurence Kohlberg y sus colaboradores en 1958, donde el autor postula que el desarrollo del juicio moral va desde la infancia hasta la edad adulta, según un modelo variable. El punto normativo de referencia de la vía evolutiva empíricamente analizada está constituido por una moral orientada en función de los principios, en lo cual puede reconocerse a ética discursiva en sus rasgos esenciales y la acción regulada por normas. La teoría del desarrollo moral de Kohlberg ofrece, por un lado, la posibilidad de remitir la multiplicidad empírica de las concepciones morales preexistentes a una variación de contenidos frente a formas del juicio moral; y por

otro lado, explicar las diferencias estructurales que siguen existiendo en las etapas del desarrollo del juicio moral (Habermas, 1985).

El autor Kohlberg elaboró una teoría cognitivo evolutiva de la moral, en la cual trató de explicar cómo se desarrollan las etapas del juicio moral a partir de la interacción del individuo y su medio ambiente, cómo un individuo pasa de una etapa a la siguiente y por qué algunas personas se desarrollan más que otras. Esta teoría constituye un intento de explicar la moralidad como construcción de principios morales autónomos por parte de cada individuo. Desde esta perspectiva, se entiende el desarrollo moral como el producto de la interacción entre las estructuras del sujeto y las del entorno. Así, este enfoque acepta que las estructuras cognitivas que están en la base del juicio moral no pueden explicarse como consecuencia de un proceso de maduración de carácter innato (Grimaldo, 2007).

Kohlberg (1992) señala que el desarrollo moral es el incremento en la interiorización de las reglas culturales básicas, el cual es entendido desde el planteamiento cognitivo del desarrollo en estadios, en el cual se menciona que las estructuras elaboradas en estadios superiores reintegran a las construidas en los estadios inferiores (cit en Romo, 2004; Grimaldo, 2007). De esta forma, el desarrollo moral consiste en el avance o movimiento progresivo a estadios superiores (Kohlberg, 1992; cit en Grimaldo, 2007).

Kohlberg (1976; cit en Grimaldo, 2007) utiliza el concepto de juicio moral, entendiéndolo como un modo de evaluación prescriptivo de lo bueno y de lo recto de una acción. De forma complementaria, Palomo (1989; cit en Grimaldo, 2007) señala que el juicio moral es considerado un proceso cognitivo que permite al sujeto reflexionar sobre sus propios valores y ordenarlos en una jerarquía. Lo relaciona con la conducta, la capacidad de asumir roles y las funciones cognitivas. La raíz del juicio moral, por lo tanto, es la habilidad de ver la perspectiva del otro, lo que según el autor, junto con el desarrollo cognitivo, es una condición necesaria para el desarrollo moral como intermediario entre las capacidades cognitivas y el nivel alcanzado en este desarrollo moral. El juicio moral se presenta en todas las interacciones sociales, ya sea familiar, escolar y social, las cuales son consideradas instituciones socializadoras básicas.

Así, uno de los supuestos filosóficos que sustenta la teoría del Kohlberg es el universalismo, el cual reconoce que las estructuras de razonamiento moral están presentes en todas las culturas y acepta que cualquier individuo posee la capacidad de asumir una perspectiva social como miembro de la sociedad. Es así como el universalismo moral en Kohlberg no reside en el contenido de los juicios, dado que cada cultura tiene sus propios puntos de vista, sino en la forma de razonamiento moral (Kohlberg, 1997; cit en Grimaldo, 2007).

Kohlberg (1997) asume la existencia de tres niveles en el desarrollo de la conciencia moral, cada uno de los cuales se sub-divide en dos etapas o estadios, siendo el segundo estadio una forma más avanzada y organizada de la perspectiva general de cada uno de los niveles principales (ver anexo 2). La construcción estructural de los estadios es el concepto de perspectiva socio-moral, referido al punto de vista que adopta el individuo al definir los hechos sociales y los valores o deberes socio-morales. Los tres niveles son considerados como tres diferentes tipos de relación entre el yo, las normas y expectativas de la sociedad (cit en Grimaldo, 2007).

En esta propuesta del desarrollo moral, soporte del constructivismo del aprendizaje moral, una persona que avanza de una etapa a la siguiente está cognitivamente más capacitada para explicar por qué los juicios en una etapa son más adecuados que en las anteriores. Los rasgos del razonamiento moral, en el enfoque evolutivo cognitivo, se centran, según Kohlberg (1992), en las categorías centrales de igualdad y reciprocidad, es decir, las categorías de justicia. El concepto de justicia es la vía cognitiva o racional de la moralidad en la medida en que los sujetos siempre tienen que dar razones objetivas o racionales para justificar una toma de decisiones. De esta forma, y desde el punto de vista evolutivo, el autor plantea una evolución de carácter lineal jerárquica del desarrollo, en donde el estadio superior, es el mejor, ya que trata de lograr formas de mayor equilibrio en la interacción organismo medio (cit en Grimaldo, 2007).

Retomando las ideas de Habermas (1985), este afirma que una de los postulados básicos de la teoría moral de Kohlberg se manifiesta en el fundamento ético-discursivo de que toda norma válida encontraría la aprobación de todos los afectados, siempre que estos puedan

tomar parte en el discurso práctico. Por esto, la ética discursiva no proporciona orientaciones de contenido, sino solamente un procedimiento lleno de presupuestos que debe garantizar la imparcialidad en la formación del juicio. El discurso práctico no es un procedimiento para la producción de normas justificadas, sino para la comprobación de la validez de normas postuladas de modo hipotético. Todos los contenidos, incluso cuando afectan a normas fundamentales de acción, tienen que hacerse dependientes de los discursos reales. El postulado ético-discursivo prohíbe determinar ciertos contenidos normativos en nombre de una autoridad filosófica y fijarlos en el sentido de la teoría moral (Habermas, 1985).

Con el universalismo, la ética discursiva señala rasgos de juicios morales válidos que pueden servir como puntos normativos de referencia para la descripción de las vías de evolución del juicio moral. Kohlberg (1981) distingue, primeramente, seis etapas del juicio moral que, en las dimensiones de la reversibilidad, universalidad y reciprocidad, se pueden entender como un acercamiento paulatino a las estructuras del juicio imparcial o justo de los conflictos de acción moralmente relevantes. El autor entiende la transición de una etapa a la siguiente como un aprendizaje. El desarrollo moral significa que un adolescente reconstruya y distinga las estructuras cognitivas preexistentes de tal manera que pueda resolver mejor que antes la misma clase de problemas; esto es, la solución consensuada de conflictos de acción moralmente relevantes. En cada una de las etapas superiores ha de poder explicar por qué, y en qué medida eran falsos los juicios morales que había considerado como correctos en las etapas anteriores. La ética discursiva se ajusta a este concepto constructivista del aprendizaje en la medida en que entiende la formación de la voluntad discursiva como la forma reflexiva de la acción comunicativa y exige un cambio de actitud para la transición de la acción al discurso, cambio de actitud que el niño que crece dentro de la praxis cotidiana comunicativa no puede dominar desde el comienzo (cit en Habermas, 1985).

Únicamente cuando se regresa a la esfera de la teoría de la acción y se comprende el discurso como una prosecución de la acción comunicativa con otros medios, se entiende el sentido concreto de la ética discursiva. En los presupuestos comunicativos de la argumentación se puede descubrir el contenido del universalismo, porque las argumentaciones representan una forma refleja de la acción comunicativa y porque en las estructuras de la

acción orientada al entendimiento están siempre presupuestas aquellas reciprocidades y relaciones de reconocimientos en torno a las cuales giran todas las ideas morales, tanto en la vida cotidiana como en las éticas filosóficas (Habermas, 1985).

La fundamentación trascendental se corresponde con la inclusión del discurso práctico en las relaciones de la acción comunicativa; en esta medida, la ética discursiva remite a una teoría de la acción comunicativa. De esta teoría se puede esperar un aporte a la reconstrucción vertical de las etapas de la conciencia moral, puesto que se refiere a estructuras de una interacción orientada por normas y mediada por el lenguaje (Habermas, 1985).

El concepto de la acción orientada a la comprensión implica los de mundo social y de interacción orientada por normas. La perspectiva socio-moral, que construye el adolescente en las etapas intermedias de su desarrollo moral, y que aprende a manejar reflexivamente en las etapas finales, puede ordenarse en un sistema de perspectivas de mundo que se encuentra en la base de la acción comunicativa en relación con un sistema de perspectivas de hablante. Cuando estas perspectivas son incorporadas e integradas en las interacciones, se ajustan sin violencia a un orden lógico-evolutivo (Habermas, 1985).

### **1.2.1 Procesos de constitución del sujeto**

De acuerdo a las interacciones que mantiene una persona durante su vida y, desde un enfoque epistemológico constructivista, se asume que el sujeto construye activamente el conocimiento y da sentido a la realidad a partir de su propia experiencia. En relación a esto, la psicología de los constructos personales (PCP), elaborada por el psicólogo George Kelly en 1955, estudia el mundo de los significados que cada persona elabora para predecir los acontecimientos y otorgarles un sentido (Botella & Feixas, 1998; cit en Puhakka, 2002). Para Kelly (1955/1991), un constructo personal es una dimensión de significado que implica la captación de una diferencia, puesto que el significado de algo comprende siempre un contraste. Cada persona emplea su propio sistema de constructos personales que, a modo de guía, le sirve para establecer semejanzas y diferencias entre distintos elementos. De esta manera, cada persona elige aquel polo del constructo que le es más útil para anticipar los acontecimientos de manera coherente a su propia experiencia. Una construcción sin contraste

sería una estructura totalmente homogénea e indiferenciada y, del mismo modo, una estructura sin semejanzas constituiría una heterogeneidad caótica sin puntos de referencia en los que apoyarse (cit en Saúl, López, Rubio & González, 2012).

La teoría de los constructos personales trata de las investigaciones personales del hombre, es decir, corresponde a una psicología de la búsqueda humana (Kelly, 1966/1970; cit en Puhakka, 2002). Como se mencionaba anteriormente, el concepto del constructo personal o idea de que las personas construyen los hechos al predecirlos sobre la base de la experiencia y el aprendizaje es de importancia central en el método de Kelly. Para construir, este autor entiende "introducir una interpretación" (p.50). En este sentido, las circunstancias y las condiciones objetivas del mundo importan menos que la forma en que son interpretadas por las personas. Todas las experiencias se definen a través de los filtros de los constructos personales; no hay, pues, una cosa llamada experiencia pura que pueda separarse de sus constructos semánticos (Kelly, 1955; cit en Puhakka, 2002).

Kelly (1955) rechazaba la idea de que hay verdades absolutas e irrefutables respecto de los hechos del mundo. Más bien, creía que había diversas interpretaciones, ninguna de las cuales tiene el monopolio de la verdad, ya que nadie puede acceder a la verdad o la realidad sin verla o construirla de una u otra forma. El autor denominaba a esta postura *alternativismo constructivo*. Este concepto no significa que las construcciones de la verdad o de la realidad sean arbitrarias ni que las personas vivan circunscritas a sus propios mundos subjetivos, desligadas por completo de los demás. Al contrario, se relacionan con el mundo y con otras personas precisamente por medio de los constructos personales, algunos de los cuales cumplen mejor con dicho cometido que otros (cit en Puhakka, 2002).

Las relaciones sociales constituyen una parte vital del sistema de construcción de la persona, al igual que las pruebas a las que se someten sus constructos dentro del sistema social. Los constructos en torno a la comunidad y la sociabilidad reflejan el concepto en que tenía Kelly a los humanos, esto es, como seres eminentemente sociales que no solo responden a las desgracias de los demás, sino que también son capaces de alentar sentimientos profundos y empáticos por el prójimo. Para Kelly (1955), las relaciones basadas en la comprensión

íntima de las experiencias mundanas de los demás deberían constituir la base de la sociedad (cit en Puhakka, 2002).

Estas socializaciones entre los sujetos favorecen la configuración de la identidad de la persona y del self. Páramo (2008) se refiere a la identidad como las características que posee una persona y por las cuales se le conoce, la cual se forma a partir de lo biológico y, en su mayoría, por las interacciones sociales. Dicha identidad construida influye en la conducta de este en el mundo. Existe igualmente una identidad social, la cual es producto de “la afiliación que hacen de los individuos, las instituciones sociales a grupos sociales, conjuntamente con el significado valorativo y emocional asociado a esta pertenencia” (Páramo, 2008: 4). El mismo autor enfatiza que el lenguaje adquiere un rol relevante para la construcción de la identidad del sujeto. Es decir, mediante este, se comienza a configurar la identidad social, ya que lo hace persona y le permite reconocerse así mismo a partir de lo que los demás dicen de ellas y de la diferenciación respecto de los demás (Páramo, 2008).

En tanto, el self se entiende como “una estructura de identidades organizadas en una jerarquía, conformadas como conjuntos internalizados de expectativas de valor que cumplen una doble función de organización y motivación que integra las explicaciones y sentidos que el sujeto hace de las relaciones entre los sucesos relevantes y proporciona dirección a su accionar” (Echevarría, 1995; cit en Cerda, 2006: 4). Además, se señala que “todo objeto social junto con la realidad misma, donde se incluye el self o identidad, adquiere sentido, se conforman y estructuran desde y por medio de narraciones” (Cerda, 2006: 4).

En relación al concepto anterior, Páramo (2008) entiende el self como “una experiencia subjetiva encerrada en el cuerpo, que está en las transacciones entre nuestras identidades y las contingencias impuestas por la sociedad, el lenguaje y los discursos” (p. 6). Este se ve influido por contingencias ambientales y la cultura, lo cual se traduce en una auto-observación y, por ende, en un autoconcepto. Relacionando la adquisición del self y el lenguaje, será este último el que va a permitir una conducta de auto-observación; el sujeto forma su autoconcepto, diferenciando su conducta con la de otros y así estas observaciones resultarán reglas verbales, dando lugar que estas describan su propia conducta (Páramo, 2008).

Debido a la multiplicidad de relaciones sociales que el sujeto establece con el mundo, las cuales son generadas a partir de las interacciones que construye con la familia, en la escuela y con la gente que conoce a lo largo de la vida, se conocen tres tipos de identidad: individual, grupal y social. Por su parte, la identidad individual corresponde a las interacciones cotidianas con las que se encuentra un sujeto y que producen la internalización de los sistemas de actitudes y comportamientos adecuados a ese contexto social. Esta experiencia personal, junto con los valores y representaciones inculcados en la socialización primaria del sujeto, “generan un proceso constante de elaboración categorizadora práctica que, en definitiva, definen tanto la posición del individuo en/frente a la sociedad como contribuyen a la configuración de la propia identidad” (Pujadas, 1993:55; cit en García, 2007). Aquí la identidad tiene una significación de orden psicológico, refiriéndose a la percepción que cada individuo tiene de sí mismo, es decir, la percepción de su propia conciencia (García, 2007).

Por otro lado, la identidad grupal según García (2007), se define como la organización coherente, la síntesis de una totalidad comprensiva de los elementos integrados a partir de ciertas categorías resultantes de una delimitación a priori de la “realidad social total”. Esta apreciación de la identidad corresponde al reconocimiento recíproco entre el individuo y los grupos sociales a los que puede pertenecer, por tanto, un elemento subjetivo (la percepción de la autoidentificación y de la continuidad de su propia existencia en el tiempo y en el espacio), y un componente relacional y colectivo (la percepción de que los demás reconocen al individuo su propia identificación y continuidad) (García, 2007).

Finalmente, la identidad social, o también conocida como identidad cultural respondería al conjunto de criterios que permiten una definición del individuo o del grupo que hacen posible situarlo en su sociedad. Se trata de una identidad atribuida, es decir, otorgada por una gran parte de los otros individuos y grupos de la sociedad. A su vez, representa la suma de todas las opciones de inclusión y de exclusión en relación con todos los grupos constitutivos de una sociedad (García, 2007).

### 1.2.2 Sujeto de Derecho

Una forma de contribuir al desarrollo de la realización personal es a través de la configuración de la persona como sujeto de derecho. Según Guzmán (2002), la noción de sujeto de derecho tiene sus orígenes en el siglo XVI con bases filosóficas, las cuales hacen alusión a quien podía obtener un título de dominio en particular y de derechos netamente subjetivos. Con el transcurso de los años, este término fue empleado por otras disciplinas de tipo jurídicas; conservando el concepto, para hacer referencia a “titulares de derechos y deberes y actuar en tráfico jurídico por medio de sus órganos y representantes” (Barros & Rojas, 2007:1), siendo válida desde el nacimiento del ser hasta su muerte.

Otra definición lo refiere como “la expresión sujeto de derecho es técnica de la ciencia jurídica de nuestros días para designar supremamente a los entes solo a los cuales es posible imputar derechos y obligaciones, o relaciones jurídicas en terminología también de nuestra época” (Guzmán, 1995; cit en Guzmán, 2002:1). Esto se traduce en que los individuos son responsables en cuanto a los derechos y las obligaciones otorgados. No obstante, existen personas que no pueden ser designadas como sujetos de derecho, puesto que presentan alguna dificultad de salud, principalmente asociada al área mental, que les limita su actuación y ejercicio en la vida cotidiana. Este poder entonces, le es relegado a un agente secundario, quien comparte un vínculo, o sea su tutor.

En la sociedad actual, existe un tipo de doctrina llamada realista, la cual amplía su visión sobre el sujeto de derecho, ya que considera la realidad social. Barros & Rojas (2007) señalan:

Evidencia que existen intereses colectivos, fines colectivos, que sobrepasan los intereses o fines individuales de los miembros del grupo. Así, aparece como necesario dotar a estas realidades de un marco jurídico que les permita expresar su voluntad colectiva: esta organización es precisamente la personalidad moral. De la misma manera como se atribuye personalidad jurídica al hombre, se reconoce personalidad jurídica a un grupo que está animado por una voluntad colectiva. Esta voluntad e intereses colectivos son propios de cada persona y diferente de la voluntad e interés de las personas físicas que los constituyen (Barros & Rojas, 2007:5).

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ha enfocado su interés hacia las personas con capacidades diferentes, a través de sus organizaciones representativas para impulsar cambios favorables en sus condiciones de vida y en el disfrute y goce efectivo de sus derechos. Así lo constata la ONU (2006) en el artículo 29 (sobre participación en la vida política y pública), en el apartado en que compromete a los estados a asegurar que las personas con discapacidad puedan participar en la vida política y pública en igualdad de condiciones, directamente o a través de representantes libremente elegidos, lo que incluye el derecho a votar y ser elegidas. La persona con esquizofrenia debe tener la libertad para ejercer su ciudadanía y ser sujeto de derecho, ya que estas acciones favorecen la realización personal y su inclusión en la sociedad.

Para la construcción de la persona con esquizofrenia como sujeto de derecho, se hace necesario el desarrollo de la autonomía, ya que esta permite que el sujeto sea capaz de tomar sus propias decisiones para la conducción de su vida. La autonomía ha sido estudiada y abordada tanto por la psicología, la sociología, como por la filosofía moderna, teniendo a Kant como uno de sus mayores íconos representativos. Aproximadamente, unos doscientos años atrás, Kant (2007) refiere a un sujeto autónomo como aquel que se da a sí mismo sus propias leyes y es capaz de cumplirlas. La autonomía de la voluntad describe la circunstancia que cuando un sujeto se comporta moralmente, es decir, él mismo se otorga las leyes a las que se somete, pues dichas leyes tienen su origen en la naturaleza de su propia razón. Lo anterior, se sigue manifestando en la vida actual tanto en ámbitos sociales, políticos y personales y se mantiene como un tema de relevancia por el trasfondo que este concepto implica en diversos contextos de la vida cotidiana.

Aunque Martínez (2007) establece que la definición propuesta por Kant es precisa, refiere ciertas ambigüedades en cuanto a la posibilidad de manifestar variados significados. Este autor la reelabora, señalando que es una interpretación de las acciones humanas realizada con la propia regla o medida, desde el propio punto de vista, con la legislación creada por cada individuo, es decir, una auto interpretación. Pero en cierto modo, se presenta como la interpretación subjetiva alternativa a la moral tradicional.

De acuerdo a Martínez (2007), la autonomía, al constituirse como un aspecto individual, produce una especie de aislamiento del resto de la sociedad y, por consiguiente, del diálogo, porque un lenguaje privado carece de sentido. También menciona la libertad disfrazada, en cuanto el sujeto es capaz de elegir sus propias decisiones, considerando aspectos morales o éticos, así como de analizar los aspectos favorables y/o desfavorables de cada determinación que estime conveniente. Es por ello que, al mencionarse libertad, esta no siempre es aplicada como tal, debido a que el individuo se enfrenta con las variables de lo moral y ético dentro de su medio social.

La reinserción laboral en las personas con esquizofrenia permite que estas puedan aumentar su autoestima y fortalecer sus vínculos interpersonales, logrando su realización como persona, y, con ello, mejorando su calidad de vida. Al mencionar el aspecto laboral, se hace alusión al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que, aplicadas o demostradas en situaciones del ámbito productivo, tanto en un empleo como en una unidad para la generación de ingreso por cuenta propia, se traducen en resultados efectivos que contribuyen al logro de los objetivos de la organización o negocio.

La competencia laboral es la capacidad que una persona posee para desempeñar una función productiva en escenarios laborales, usando diferentes recursos bajo ciertas condiciones, que aseguran la calidad en el logro de los resultados. Al establecer una relación con el aspecto interpersonal, se promueve la capacidad de adaptación, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos, el liderazgo y la proactividad en un espacio productivo. Contar con dichas habilidades facilita a las personas construir y hacer realidad su proyecto de vida, ejercer la ciudadanía, explorar y desarrollar sus talentos y potencialidades en el espacio productivo, lo que, a la vez, les permite consolidar su autonomía e identidad personal y, por ende, mejorar su calidad de vida y la de su entorno familiar (Corpoeducación, 2003).

### **1.2.3 Estigma en salud mental**

Las temáticas anteriormente expuestas pueden verse interferidas o imposibilitadas debido al estigma, que corresponde a una etiqueta o característica que, por lo general, implica una connotación negativa, la cual es generada por el contexto social. Las dimensiones del tipo

físico, emocional y de personalidad son las que se observan afectadas, por lo que de manera habitual, se consideran un riesgo, amenaza o generan perturbación en la población, quienes construyen juicios de valores aceptados como dignos de ser reproducidos o como ejemplo a seguir (Arboleda, 2008; cit en Campo & Herazo, 2013).

Los principales individuos estigmatizados son los que presentan algún trastorno de índole mental, contemplándose en mayor grado, el diagnóstico de esquizofrenia. Según el MINSAL (2000:10), “de este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización”.

Respecto a las causas de la estigmatización, principalmente en el caso de la esquizofrenia, estas radican en la falta de información y desconocimiento por parte de la sociedad, incluyendo “las representaciones de la cultura popular, las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y los procesos difusos de comunicación basados en verdades solo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad” (Chuaqui, 2005:46). Debido a la fuerte influencia que ejerce el desconocimiento sobre la población, estos incorporan de manera directa falsas creencias, pensamientos y malentendidos, lo que dificulta aún más la calidad de vida del sujeto que presenta la condición mental.

En concordancia con lo anterior, y tal como lo señala el MINSAL (2000), el estigma se halla profundamente establecido en la sociedad, conformado por grados variables respecto a la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. Esta etiqueta, además, se presenta de forma frecuente en servicios de salud; donde los profesionales les otorgan a los usuarios un trato sutil y/o de rechazo. De esta forma, este tipo de prácticas favorecen la segregación, la dependencia y la falta de autonomía hacia las personas con esquizofrenia.

Por último, el uso del lenguaje que la sociedad emplea en el ámbito cotidiano adquiere particular relevancia en la estigmatización de sujetos que presentan una patología mental. Tal como lo destacan Arnaiz y Uriarte (2006), el designar una etiqueta implica una distinción

entre “nosotros”, quienes se asocian al contexto social, y “ellos”, es decir, personas con trastorno mental. Esta delimitación conlleva fácilmente al pensamiento de que “ellos” son diferentes a “nosotros”. En la actualidad, es costumbre nombrar a alguien como “esquizofrénico”, con un sentido peyorativo, en vez de referirse a la condición como un atributo: “persona con esquizofrenia” lo que no sucede con otras patologías, por ejemplo, el cáncer.

Las dificultades de adaptación social generan un estigma en la persona, ya que reducen la expresión del proyecto de vida que puedan tener estas personas, mermando sus posibilidades de establecer relaciones recíprocas y limitando su reconocimiento como sujetos morales. Es así, como Chuaqui (2008) considera que al intentar adaptar socialmente a los usuarios existe una discriminación, ya que no se considera la diversidad de los seres humanos. El autor prefiere utilizar el concepto de realización personal, en el que los sujetos con sus subjetividades pueden recibir herramientas para llevar a cabo su proceso de vida, que no implica responder a la adaptación social, para la realización personal la acción comunicativa y el reconocimiento del estatus de sujeto moral resultan claves en el equipo y en la persona para evitar enfoques adaptativos y estilos comunicativos verticales, que finalmente, al no existir reciprocidad como la define Giannini (2007), no hay acción comunicativa.

Para finalizar, se entiende que la esquizofrenia es una condición que afecta diversos ámbitos de la persona, tanto a nivel cognitivo, comunicativo como a nivel de las interacciones sociales. Por esto, es preciso que los equipos de trabajo en salud mental generen intervenciones integrales que respondan a las necesidades que tienen estos sujetos. Ello, logrará fortalecer, principalmente, su autonomía y las relaciones interpersonales, para alcanzar logros tanto personales como sociales. A partir de esto, sale a la luz el concepto de realización personal, el cual posee características que benefician a la persona, posibilitando su reinserción social.

La reinserción social, considera tanto los fines individuales como los logros alcanzados en sociedad (Chuaqui, 2008). Así, uno de los fines que persigue el sujeto es la autonomía económica, considerando sus valores e ideas para el logro de metas realistas a un largo plazo. Otro fin es que mediante la realización personal no se juzga a la persona en términos valóricos

ni éticos, permitiendo, entonces, que la persona se realice personalmente en la interacción con el sistema al respetar su individualidad (Chuaqui, 2008). En relación a la autonomía económica, la actividad laboral en las personas con esquizofrenia no solo favorece el aspecto financiero, sino que también permite una estructuración en su vida cotidiana, basada en rutinas definidas y significativas. Estas personas logran desarrollar aspectos como un sentido personal de bienestar y un buen nivel de autoeficacia e identidad social. Por otro lado, se observa una mejor autoestima y autoimagen, se reduce la sintomatología y se promueve el contacto social, lo cual favorece sus relaciones interpersonales y mejora la calidad de vida (Mascayano, Lips & Moreno, 2013).

#### **1.2.4 Relaciones Interpersonales**

A partir del medio social, se construyen redes familiares, de amistad y laborales, las que permiten enriquecer las relaciones interpersonales. En personas con esquizofrenia, la construcción de estas relaciones no se genera, ya sea por dificultades en el proceso comunicativo, como por estigmatización del medio social. La relación o comunicación interpersonal, según Rizo (2008), se detalla como:

El encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales. Así, la comunicación, como fundamento de la interacción social, es el principio básico de las relaciones sociales. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común y de vincular (Rizo, 2008:3).

En el proceso de las relaciones interpersonales, O'Sullivan et al. (1997) señalan que los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactuando desde sus lugares de construcción de sentido. En términos muy generales, la interacción corresponde a un intercambio y negociación del sentido entre hablantes en determinados contextos sociales. Los mismos autores consideran que “en la interacción social, el acento está puesto en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y construyen los códigos y las reglas” (cit en Rizo, 2008:3). Ambas definiciones ponen de manifiesto que solo hay interacción social, si hay una reciprocidad observable por parte de otros (cit en Rizo, 2008).

Rizo (2008) menciona que se suele asociar el concepto de interacción al de comunicación interpersonal, a las relaciones de comunicación en situación de co-presencia en el espacio y en el tiempo. La comunicación interpersonal comprende interacciones en las que los individuos ejercen influencia recíproca sobre sus respectivos comportamientos, siempre en una situación de presencia física simultánea. En la relación de interacción, cada interlocutor intenta adaptarse al comportamiento y expectativas del otro, puesto que la interacción implica el establecimiento de reglas, normas y dinámicas compartidas.

Otros autores (Bijstra, Jackson & Bosma, 1995; Gilman & Huebner, 2006; Martínez, 2009) afirman que el fomento de las relaciones interpersonales da lugar a una mejoría de la autoestima, obteniendo una felicidad y tranquilidad por parte del sujeto (cit en Torres, 2013). Por otra parte, las personas establecen un vínculo adecuado y saludable con sus progenitores, siendo aceptados por los individuos que forman su entorno más cercano (Inglés et al., 2010; cit en Torres, 2013).

## **1.3 Esquizofrenia**

Para comprender las características individuales y colectivas del proceso comunicativo de las personas con esquizofrenia es necesario conocer las esferas implicadas en dicha condición. Por ello, se abordará la definición, síntomas, subgrupos, epidemiología, características cognitivas, habilidades comunicativas y contexto nacional del abordaje en la esquizofrenia. Sumado a lo anterior, se mencionará la influencia de la comunicación en la interacción social de las personas con esquizofrenia.

### **1.3.1 Definición**

La esquizofrenia es entendida como “una enfermedad crónica que causa gran incapacidad social y laboral, con un deterioro significativo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento global del individuo que la padece” (Muñoz & Ruiz, 2007:99). Asimismo, el MINSAL (2009) la define como “un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy

importante la vida de las personas que la padecen y también la de sus familiares y amigos” (MINSAL, 2009:8). De esta manera, la persona con esquizofrenia ve alterados algunos aspectos de su vida, los cuales pueden llevarla al retraimiento social y la incapacidad.

Según Alanen (2003), la esquizofrenia se manifiesta, principalmente, durante la adolescencia o al comienzo de la adultez. Puede comenzar de forma repentina o gradual, y los síntomas pueden ser de carácter crónico o presentar mejorías. Algunas personas experimentan etapas de mejoría, en las cuales tienen síntomas leve, y otras, donde los síntomas se agravan. De igual manera, la esquizofrenia se diferencia de las enfermedades mentales de origen orgánico, ya que no genera demencia ni trastornos de memoria, de orientación o de tipo intelectual.

### **1.3.2 Síntomas**

De acuerdo al DSM-V (2013), la esquizofrenia se caracteriza por la presencia de síntomas tanto positivos como negativos, los cuales corresponden a delirios, alucinaciones, discurso desorganizado e incoherente, comportamiento muy desorganizado o catatónico y disminución de la expresión emotiva o abulia. Además, para su diagnóstico, se consideran los factores tales como disfunción social y/o laboral y duración de los síntomas. A su vez, se debe descartar la presencia de los trastornos esquizoafectivos, depresivo y bipolar, el consumo de sustancias, enfermedad médica y la relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

La desorganización de la personalidad, según Alanen (2003), corresponde a la pérdida de la verificación de la realidad; es decir, la persona pierde la capacidad para establecer la diferencia entre las experiencias internas y las percepciones del mundo exterior, lo que desencadena, principalmente, alucinaciones auditivas. Asimismo, una pérdida leve de la verificación de la realidad influye en la presentación de los delirios, los cuales se deben a la malinterpretación subjetiva de las observaciones del entorno del sujeto. En consecuencia, es común que las personas con esquizofrenia mezclen su identidad con la de otros sujetos. En un grado mayor, este problema afecta también las representaciones del yo y del objeto, lo que influye en la desintegración de las funciones de la personalidad, dificultando la integración lógica, el control del balance interno y la adaptación al mundo exterior.

Una desintegración similar a la de las funciones del pensamiento se produce en las expresiones afectivas. En las manifestaciones agudas de esquizofrenia, con frecuencia, predominan la ansiedad, el pánico y/o la agitación. Esto puede conducir, más tarde, al sentido de pérdida de la propia identidad o a la muerte de todo sentimiento (Alanen, 2003). Además, estas personas pueden volverse inactivas y solitarias, y parecer desmotivadas; incluso, pueden dejar de cuidar su aseo personal. Todo estos síntomas influyen tanto en lo personal como en su entorno familiar y social (Sociedad española de psiquiatría, 2009).

### **1.3.3 Subgrupos**

La esquizofrenia se puede dividir en tres subcategorías: desorganizada, catatónica y paranoide. En la esquizofrenia desorganizada, la regresión del yo es más profunda; es de comienzo más precoz, se manifiesta antes de los veinticinco años y ocurre de forma gradual. En este tipo de esquizofrenia, predominan las alucinaciones auditivas. La esquizofrenia catatónica, en tanto, posee los mismos síntomas, pero su inicio es más agudo y presenta alteraciones psicomotoras. Por su parte, en la esquizofrenia paranoide, predominan los delirios y las alucinaciones asociadas, principalmente auditivas; a su vez, las sensaciones somáticas de ser influenciado por otros son habituales, aunque la desintegración de las funciones del yo es menos frecuente (Alanen, 2003).

A pesar de que esta subdivisión hace una clara diferenciación entre las manifestaciones de la esquizofrenia y, por ende, orienta la posterior intervención, en la actualidad, el DSM-V no lo considera de esta manera. Este manual se limita a determinar el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los síntomas presentados sin realizar subdivisión alguna. De esta manera, según el DSM-V (2013), la persona debe presentar de manera significativa en el tiempo, mínimo un mes, dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos; debiendo estar presente, al menos, uno de los tres primeros.

Además, en la nueva clasificación del DSM-V (2013), el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, debe estar muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio de los síntomas.

Asimismo, los signos continuos del trastorno deben persistir durante un mínimo de seis meses. Este período ha de incluir, al menos, un mes de síntomas que cumplan el primer criterio y períodos de síntomas residuales. Consecuentemente, se debe indicar el número de episodios, características y gravedad de los mismos. Esta limitante del DSM-V (2013) genera interrogantes respecto a la utilidad de los procedimientos diagnósticos actuales del constructo teórico de la esquizofrenia, lo cual repercute en el abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia.

#### **1.3.4 Epidemiología**

De acuerdo al MINSAL (2009), las tasas de incidencia mundial de la esquizofrenia corresponden a 15,2 por 100.000 habitantes al año, aproximadamente. A pesar de ser una tasa relativamente baja, esta condición corresponde a uno de los problemas de salud que más favorece a la carga global de enfermedades, debido al inicio precoz y a la gran cantidad de personas afectadas que manifiestan síntomas durante toda su vida. Antiguamente, se pensaba que tanto los hombres como las mujeres tenían el mismo riesgo de presentar esquizofrenia alguna vez en la vida; sin embargo, estudios recientes demostraron que los hombres tienen 1,48 veces más riesgo de desarrollar esquizofrenia. Asimismo, Usall (2003) destaca que esta tiende a producirse a edad más temprana en el hombre, generalmente, entre los 18-25 años; mientras que en la mujer, se produce entre los 25-35 años.

En Chile, el MINSAL (2009) indica que la prevalencia de la esquizofrenia corresponde a 1,4-4,6 personas por cada mil habitantes, mientras que la incidencia es de doce casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. Además, esta condición y otras enfermedades mentales son responsables del 1,87% de la totalidad de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. A partir de estos datos estadísticos, se refleja la cantidad de personas que presentan esquizofrenia y cómo afecta sus vidas.

#### **1.3.5 Cognición en Esquizofrenia**

Una de las áreas afectadas en las personas con esquizofrenia es la cognición, la cual es entendida como el “proceso por el que las personas adquieren conocimientos” (Rivas, 2008:66). Las funciones cognitivas, tales como memoria, atención, lenguaje y funciones

ejecutivas se ven descendidas en la esquizofrenia. Además, se ha planteado que la neurocognición podría predecir la funcionalidad y calidad de vida en las personas con esquizofrenia (Rodríguez et al, 2013).

Además, Anderson (2009) señala que los déficits cognitivos pueden aparecer previo a los síntomas clínicos y que una vez transcurridos dos años del trastorno, pueden llegar a presentar cierta estabilidad y, por ende, manifestar una evolución más desacelerada (cit en Ojeda & cols., 2009). Sin embargo, la cognición se ve alterada de manera variable en las personas, ya que algunos conservan las habilidades cognitivas, mientras que otros no, lo cual genera un deterioro progresivo, afectando las esferas personales, familiares y sociales. Además, esta variabilidad de dificultades en las habilidades cognitivas de las personas con esquizofrenia depende de los diferentes estadios de su condición. Asimismo, se ha planteado que la gravedad del deterioro que presentan las personas con esquizofrenia en la cognición se da en mayor grado en personas adultas que en jóvenes e institucionalizados cuando el pronóstico del trastorno no ha sido positivo (Sharma & Harvey, 2002; cit en Ojeda & cols., 2009).

Tal como se indicó anteriormente, Barrera (2006) señala que las habilidades cognitivas afectadas en una persona con esquizofrenia son la atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. La atención se encuentra comprometida antes, durante y después de los episodios psicóticos. Se observa un déficit en la habituación y atenuación del reflejo de orientación a estímulos nuevos, frente a lo cual el paciente se ve perjudicado enfrentándose a un mundo que les resultará abrumador y amenazante. De igual modo, Accatino (2012) refiere que los tipos de memoria afectados son declarativa verbal, espacial y episódica; dichas alteraciones harán que el sujeto olvide medicaciones, indicaciones, fechas, entre otras. El daño en las funciones ejecutivas se vislumbra cuando la persona no organiza, monitorea ni controla su conducta. De igual manera, en el lenguaje, se presentan anomalías en los niveles fonético-fonológico, semántico, sintáctico y pragmático. Una persona con esquizofrenia posee un lenguaje que puede “resultar absurdo y obstaculizar la comunicación” (Hernández, 2008:353).

Rodríguez et al. (2013), mencionan que las alteraciones en la neurocognición pueden afectar la calidad de vida y funcionalidad de las personas con esquizofrenia. Sin embargo,

estos mismos autores señalan que, recientemente, también se ha relacionado a la cognición social con el grado de funcionalidad, pudiendo mediar entre la neurocognición y la funcionalidad. Asimismo, el término de cognición social se entiende como el “conjunto de procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones” (Penn, Corrigan, Bental, Racenstein & Newman, 1997; cit en Ruiz, García & Fuentes, 2006:139). Dicho concepto abarca la teoría de la mente, percepción social, conocimiento social, sesgo atribucional y procesamiento de emociones (Ruiz, García & Fuentes, 2006). Cada dimensión posee su respectiva prueba de evaluación, encontrándose descensos en las personas con esquizofrenia. Debido a lo anterior, se hace relevante que la evaluación cognitiva en una persona con esquizofrenia abarque también la dimensión social. Por consiguiente, es un área que también se debe incluir en la posterior rehabilitación.

Por otro lado, de forma transversal y constante se debe evaluar la competencia de las personas con esquizofrenia. Koppmann (2012), señala que la evaluación de la competencia de un paciente, en relación a decisiones y tratamientos para su salud, tiene relevancia, tanto desde sus aspectos éticos como legales. El concepto de competencia, la define “como un estado en el que las habilidades para tomar decisiones concretas y específicas están suficientemente intactas como para que las decisiones sean válidas” (p. 551). Los criterios de capacidad sanitaria, hacen alusión a las aptitudes que poseen los pacientes para recibir, comprender y procesar de forma racional una información. Junto con ello poder tomar una decisión, para que posteriormente pueda comunicarla. Dichas aptitudes pueden entenderse como un continuo entre la capacidad plena y la incapacidad total (Koppmann, 2012).

La capacidad de un paciente, no es necesariamente estable en el transcurso del tiempo, pues pueden existir fluctuaciones significativas. Lo anterior, incluso en espacios breves de tiempo, lo que está en directa relación con la situación o tema que debe decidir. Por ejemplo, una persona en un momento determinado, no es competente para tomar una decisión, ello no implica que frente a una nueva toma de decisión, sea una vez más, incompetente. Por esto, es importante que los profesionales de la salud realicen evaluaciones de la capacidad en sus pacientes. Si bien, se ven enfrentados cotidianamente a realizarlas de forma implícita,

aplicando para ello su experiencia clínica, cuidado y sentido común, se hace necesario realizar nuevos procedimientos para evaluar. En la actualidad, han surgido cambios desde el modelo paternalista a modelos participativos, los que consideran como eje central de aplicación práctica a la teoría del consentimiento informado. Junto con ello, reformas legales y aumento en la judicialización de la medicina (Koppmann, 2012).

Existen distintos modelos y escalas para evaluar capacidad. Esta evaluación debe considerar en cada paciente, los siguientes elementos (Grisso y Appelbaum, 1998; cit en Koppmann, 2012:552): habilidad de elección, habilidad de entender información relevante, habilidad de apreciar la situación y sus consecuencias, y habilidad de razonamiento. Según Koppmann (2012), hay algunas sugerencias prácticas para la evaluación de capacidad, las cuales consisten en revisar de forma cautelosa el historial clínico y condición actual del paciente. Se debe poner atención a cambios en orientación y cognición; asimismo, hay que realizar una detallada entrevista y examen mental del paciente, considerando el estado cognitivo del mismo, y la presencia de algún trastorno psiquiátrico específico; también se debe conocer al paciente, incluyendo aspectos valóricos, religiosos e historia personal; igualmente realizar una evaluación enmarcada en una conversación, evaluando las habilidades involucradas en el proceso de decisión; y además, estimular el diálogo y la confianza. En el caso que el paciente no haya entendido algo, y de esta forma pueda realizar preguntas.

### **1.3.6 Proceso Comunicativo en Esquizofrenia**

La comunicación de las personas con esquizofrenia se presenta con alteraciones en los aspectos verbales, no verbales y paralingüísticos. En los aspectos verbales, se puede encontrar que el discurso posee un contenido que a veces se vuelve ininteligible para el interlocutor, resultando en algo poco interesante o, a veces, delirante. Además, dicho contenido no posee humor (Salavera, Martínez & Barcelona, 2009).

Los sujetos con esquizofrenia pueden presentar una ausencia o dificultad para mantener la atención hacia el interlocutor. Hay ocasiones en que estas personas realizan preguntas de corta longitud y al momento de referirse a algo general pueden ser muy concretos

y viceversa. En contraste con lo anterior, hay sujetos que nunca realizan preguntas, respondiendo de manera inadecuada o a través de monosílabos (Salavera & cols., 2009).

En la esfera no verbal, por ejemplo, en aspectos kinésicos y proxémicos, se encuentran diferentes características. La expresión facial posee inexpresividad y expresiones negativas. No existen gestos y sus manos están inmóviles durante el proceso comunicativo. Al momento de sonreír, lo hacen inadecuadamente o sin motivo. No poseen contacto visual con su interlocutor. En la postura corporal, se aprecia una rigidez motora con posiciones incómodas, carente de una orientación (de cuerpo o mirada) y una distancia invasiva o muy lejana con el interlocutor (Salavera & cols., 2009).

Por último, a nivel paralingüístico, se observa que las personas con esquizofrenia usan una intensidad vocal baja, la cual desciende en la medida que el enunciado crece en longitud. Se aprecia una entonación plana y monótona con un tono o muy agudo o muy grave. Se encuentra una fluidez inadecuada en el habla, inexistente de continuidad en el discurso. También, la velocidad del habla puede ubicarse en dos extremos, excesiva (logorrea) o muy lenta con un tiempo de habla acortado. Respecto a la claridad del mensaje, existe una inteligibilidad inadecuada, debido al uso de neologismos (Salavera & cols., 2009). Sin embargo, estas alteraciones comunicativas no son definitivas, ya que pueden ser abordadas en la rehabilitación de las personas con esquizofrenia a través de las intervenciones psicosociales, las cuales incluyen a la persona, a su familia y a su comunidad.

### **1.3.7 Tratamiento, Recuperación y Rehabilitación**

La esquizofrenia es una condición crónica que no tiene curación. Sin embargo, si se realiza un tratamiento adecuado, la condición puede remitir, siendo compatible con cualquier actividad social. El tratamiento, mientras más temprano sea, permitirá un mejor pronóstico a largo plazo. Cabe destacar que se debe crear un plan individual de tratamiento integral, en base al diagnóstico integral, en consenso con el usuario y de su familia. Los objetivos generales del tratamiento son: “mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos, prevención de la hospitalización, capacidad de vivir independiente, capacidad de establecer y perseguir objetivos ocupacionales, ausencia de efectos relacionados con los

medicamentos y adecuada calidad de vida en general e interacción social” (MINSAL, 2009:30).

Para que el tratamiento resulte eficaz, al igual que el pronóstico, la Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia (2009) menciona que existen cuatro aspectos para lograrlo: “una pesquisa activa y precoz de la enfermedad, el diagnóstico correcto, el inicio temprano de un tratamiento que integre las dimensiones psicosociales y farmacológicas y la continuidad de éste a lo largo de la evolución del cuadro clínico” (p.30). A cada fase de la esquizofrenia, a saber, aguda, recuperación y estabilización; se debe adecuar los diferentes ejes del tratamiento: evaluación integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo. La recuperación de la salud mental, se vislumbra como algo integral, relacionado a todos los aspectos de la vida de las personas.

La Administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental del gobierno federal de Estados Unidos definió la recuperación de la salud mental como “un viaje de curación y transformación, que permite que una persona con un problema de salud mental viva una vida con un sentido pleno, en una comunidad de su elección, al mismo tiempo que se esfuerza por desarrollar sus potencialidades al máximo” (SAMHSA, 2004; cit en MINSAL, 2009:35); a su vez, menciona los diez componentes del concepto de recuperación definido anteriormente: autodeterminación, individualizado y centrado en la persona, empoderamiento, holístico, no lineal, basado en fortalezas, apoyo de pares, respeto, responsabilidad y esperanza.

Las intervenciones en salud mental se generan gracias a una estrategia en un área comunitaria, para así permitir que la persona no se desvincule socialmente. Así, la persona “mantiene un rol social valorado, se evita el deterioro de sus habilidades, se minimiza la discapacidad y disminuye la estigmatización” (MINSAL, 2009:36). La Guía clínica para el tratamiento y manejo de la esquizofrenia en el nivel primario y secundario (2009) elaboró su última versión según la revisión elaborada por el National Collaborating Centre for Mental Health (2009) y expone las diferentes terapias: la terapia de adherencia, terapia de arte, terapia cognitivo conductual, la rehabilitación cognitiva, consejería y terapia de apoyo, intervención familiar, terapia psicodinámica y psicoanalítica, psicoeducación y entrenamiento de habilidades sociales.

En relación al entrenamiento de las habilidades sociales, se menciona que estas permiten el desarrollo de otras que facilitan el desempeño en las interacciones sociales. Dichas habilidades están vinculadas a la comunicación no verbal, la que incluye aspectos pragmáticos, por ejemplo, saber manejarse en actividades de la vida diaria. Este último aspecto, hace alusión en que debe ser generalizado en situaciones cotidianas, a través de mecanismos específicos. En relación a ello, se explicita que la forma más adecuada de llevarla a cabo es mediante el entrenamiento grupal, guiado por un terapeuta entrenado (MINSAL, 2009).

### **1.3.8 Enfoque Comunitario y Biomédico**

De acuerdo a la investigación, específicamente con el levantamiento de categorías, se presentarán los enfoques: biomédico y comunitario. El enfoque biomédico o clínico se desarrolla en el contexto hospitalario, caracterizándose por enfocar la atención en los individuos, sin considerar sus entornos sociales. La intervención es realizada principalmente por psiquiatras y psicólogos, lo que se limita a la administración de psicofármacos y psicoterapia, respectivamente. Lo anterior, restringe las posibilidades de expresión del usuario en su comunidad (Carrasco & Yuing, 2014).

Si bien el enfoque biomédico o clínico se entiende como un abordaje opuesto a lo comunitario, este coexiste con los intentos de transformación de las prácticas profesionales. Esta relación se fundamenta bajo el supuesto de que el nuevo modelo está en una transición hacia lo comunitario, pero mientras no se alcance esta aspiración terapéutica, permanecerán los aspectos biomédicos y clínicos en el ejercicio profesional (Carrasco & Yuing, 2014).

En la actualidad, en el contexto de rehabilitación de salud mental, ha surgido un nuevo objeto de conocimiento y de intervención: la Psiquiatría Comunitaria. Esta considera el aspecto social, y no solo se limita al conocimiento biomédico o clínico de la enfermedad mental (Castel et al., 1982; cit en Carrasco & Yuing, 2014). Gracias a este nuevo abordaje se han creado programas de formación, conocidos como de enfoque comunitario dirigidos a diferentes profesionales: psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación, entre otros.

En el modelo comunitario se generan prácticas tales como: asistir a los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas; considerar no solo a la persona que consulta, sino a todo su entorno y no centrar la intervención en la administración de psicofármacos y/o en la psicoterapia. Los profesionales del equipo multidisciplinario postulan que las dificultades en las que se debe intervenir no son síntomas ni patologías, sino aspectos que vienen desde lo íntimo de las personas y que, a la vez, tienen su origen en su entorno social. Esto se concuerda con “el modelo de individuo que surge del pensamiento social actual, cuya subjetividad estaría definida por la acción que viene del interior, que es también lo que recoge y representa a la totalidad de lo social” (Tirado & Mora, 2004; cit en Carrasco & Yuing, 2014:106).

De esta manera, las intervenciones en salud mental se generan gracias a una estrategia comunitaria en un área de la comunidad, para así permitir que la persona no se desvincule socialmente. Así, la persona “mantiene un rol social valorado, se evita el deterioro de sus habilidades, se minimiza la discapacidad y disminuye la estigmatización” (MINSAL, 2009: 36). La Guía clínica para el tratamiento y manejo de la esquizofrenia en el nivel primario y secundario (2009), estableció su última versión según la revisión elaborada por el National Collaborating Centre for Mental Health (2009) y expone las diferentes terapias: la terapia de adherencia, terapia de arte, terapia cognitivo conductual, la rehabilitación cognitiva, consejería y terapia de apoyo, intervención familiar, terapia psicodinámica y psicoanalítica, psicoeducación y entrenamiento de habilidades sociales (ver Anexo 4).

La Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia (2009) propone intervenciones psicosociales, las cuales se enmarcan en un enfoque comunitario, siendo uno de sus objetivos el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía de las personas con esquizofrenia, permitiendo mejorar su calidad de vida (MINSAL, 2009). Estas personas deben transitar por diversos contextos clínicos para realizar sus procesos de intervención temprana y de rehabilitación, pero estos ambientes, muchas veces de índole clínico, pueden generar un intercambio comunicativo que objetive a estas personas, quitándoles su subjetividad, por lo tanto, privándolos de lo que los conforma como seres humanos. Desde ahí, el proceso comunicativo, queda truncado, ya que no puede haber reciprocidad comunicativa si existe un intercambio de

sujeto a objeto. De igual modo, el profesional renuncia a su subjetividad al objetivar a otro, como lo plantean Kottow y Bustos (2005), ya que deshumaniza dicho momento en que se cosifica al otro.

Por otro lado, lo propuesto en dicha Guía, complementa lo planteado en el Plan nacional de salud mental y psiquiatría (2000), considerando tanto a la familia como a la red social. Este plan estaba dirigido a la promoción de un enfoque comunitario. En él, se mencionan múltiples propuestas sobre financiamiento, enfermedades prioritarias y se enfatiza un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, entre otros aspectos (Valdés & Errázuriz, 2012).

El modelo comunitario de salud entiende que las enfermedades no solo afectan la biología de la persona, sino también sus aspectos psicológicos y sociales. Así, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida. Por otro lado, en el modelo comunitario, se hace partícipe en el proceso terapéutico tanto al paciente como a la familia y la comunidad. Consecuentemente, las acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación en la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2014). Este proceso debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de co-gestión de los problemas sociales por parte de los individuos y colectivos (Carvalho, 2008; cit en Bang, 2014).

### **1.3.9 Salud Mental en el Contexto Nacional**

Para satisfacer las diversas y crecientes necesidades de las personas con esquizofrenia, el Plan nacional de salud mental y psiquiatría (2000) menciona que se requiere una red de servicios, que ofrezca una amplia variedad de prestaciones, que logren coordinarse entre sí para el intercambio de información, el flujo de pacientes y la realización de actividades conjuntas. De esta forma, se puede abarcar tanto la promoción y protección de la salud mental,

como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades. Así, el concepto de red está referido a las relaciones que se generan entre personas, grupos y/o instituciones, caracterizados por las individualidades de cada uno, y desde la valoración de lo que brindan como servicio. Su principal objetivo está orientado en crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes. La existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría está relacionada con que “el usuario es, efectivamente, un usuario de la red, y tiene por lo tanto acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud-enfermedad” (p.1).

La red de servicios debe asegurar que las acciones de salud mental y psiquiatría se desarrollen en un espacio territorial cercano al domicilio y que las personas puedan acceder a cualquiera de los componentes, los cuales requieren estar articulados entre sí y coordinados con otros sectores. En cada servicio de salud, se deben constituir equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria que estén a cargo de una población asignada, en un área geográfica definida. El total de la población beneficiaria debe estar adscrita a uno de estos equipos. Cada equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria deberá estar constituido como centro articulador y coordinador de la red de salud mental y psiquiatría en su localidad, asegurando la continuidad de cuidados, tanto en lo sanitario como en lo social. Además, su accionar debe estar “basado en la cooperación y corresponsabilidad con los pacientes entre las distintas unidades asistenciales y comunitarias, la adecuada y oportuna transmisión de información entre los equipos tratantes y el mantenimiento de una línea de actuación coherente a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad” (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000:2).

En una red de servicios de salud mental y psiquiatría es fundamental el rol de las agrupaciones de usuarios y familiares, no solo como agentes reguladores, sino también como proveedores de servicios, especialmente, en el ámbito de alternativas residenciales, centros diurnos, clubes de integración social y grupos de autoayuda:

“El desarrollo de un sistema de servicios de salud mental, en una red adecuadamente coordinada, tiene por objetivo responder a las necesidades de fomento y promoción de salud mental de las personas y de la población, así como de otorgar atención oportuna y adecuada a los usuarios afectados por problemas de salud mental y enfermedades mentales, mediante actividades de mayor costo efectividad, mayor

facilidad y equidad en el acceso a servicios, disminución de la utilización innecesaria de ellos y mayor satisfacción del usuario” (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000: 2-3).

En relación a lo anterior, a continuación, se detallan las prestaciones de salud mental y psiquiatría en Chile: posta rural, consultorio rural, consultorio general urbano, servicio de atención primario de urgencia, hospital general tipo 3 o 4 y servicio de urgencia. La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada servicio de salud incluye, además, como mínimo, los siguientes componentes estructurales específicos de salud mental y psiquiatría: centro comunitario de salud mental familiar (COSAM); unidad clínica de psiquiatría y salud mental ambulatoria, ubicada en un centro de referencia de salud (CRS); centro diagnóstico terapéutico (CDT) u hospital general tipo 1 o 2; servicio clínico de psiquiatría de corta estadía (hospitalización no superior a 60 días), ubicado en un hospital general tipo 1 o 2; hospital de día, adosado y con dependencia administrativa de una unidad clínica de psiquiatría y salud mental ambulatoria o de un servicio clínico de psiquiatría (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000) (ver anexo 3).

La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada servicio de salud incluirá instituciones de rehabilitación como las que se señalan a continuación, las cuales formarán parte de dicha red: hogar protegido (para pacientes con discapacidad de causa psíquica), centro diurno de rehabilitación psicosocial (para pacientes con discapacidad de causa psíquica), comunidad terapéutica (para pacientes con adicción severa a alcohol o drogas), grupos de autoayuda, agrupaciones de familiares y taller protegido. Además, incluirá otras instituciones que realicen actividades de promoción, prevención, tratamiento y/o rehabilitación: clínica psiquiátrica, club de integración social, centro educativo y terapéutico, centro de rehabilitación laboral, empresa con puestos de trabajo protegidos y organizaciones sociales y comunitarias (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000).

### **3.10 Equipos de Trabajo en Salud Mental**

Un modelo de acción dirigido al desarrollo humano debe permitir que cada usuario pueda contar con un acceso óptimo referido a universalidad, continuidad asistencia oportuna y de calidad; y, principalmente, debe asegurar con participación activa del paciente y su red

familiar, lo que permitirá contribuir a un abordaje terapéutico integral. Para ello, se requiere de equipos de profesionales y técnicos motivados, competentes técnicamente y comprometidos con la salud mental de las personas y comunidades. Los equipos de profesionales deben ser multidisciplinarios, en este caso, estar conformados por: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares y monitores. Esto permite abordar la complejidad biopsicosocial de la salud mental de las personas desde diferentes perspectivas y disponer de una amplia variedad de habilidades y formas de intervención (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000).

Otra característica está relacionada con el trabajo en equipo; la horizontalidad de las relaciones entre los profesionales y el aporte de los saberes y destrezas de cada uno permite generar diagnósticos y diseñar planes de acción integrales sobre la salud y la enfermedad mental de personas y comunidades. La continuidad del cuidado de cada usuario, también es relevante, pues las personas con enfermedades mentales severas y de larga evolución requieren establecer un vínculo personal y terapéutico profundo con el equipo de salud mental y psiquiatría, y en especial, con uno de sus miembros, a quien identificarán como su principal agente terapéutico y de rehabilitación, el que lo apoya en el uso de los distintos dispositivos de la red de salud mental y psiquiatría, y motiva su adhesión al tratamiento. Además, se debe otorgar protagonismo a cada usuario y su red familiar, quienes pueden realizar muchas actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con iguales o mejores resultados que los profesionales (Plan nacional de salud mental y psiquiatría, 2000).

Reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud mental, su abordaje incluye, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental. Esta apertura epistemológica permite pensar que la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria. Por otro lado, este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva. El abordaje comunitario genera desafíos en el estilo de interacción de los equipos y cómo estos se comunican, lo cual genera espacios de diálogo con

los usuarios del sistema de salud mental y su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales (Bang, 2014).

En relación al equipo de trabajo, en el Plan nacional de salud mental y psiquiatría (2000) se explicitan los profesionales que deben estar incluidos en el abordaje de las personas con esquizofrenia. Sin embargo, no se menciona al profesional especialista en la comunicación para realizar la intervención terapéutica; a través de esta área se pretenden generar espacios de interacción social, los que permitirán la generación de un sistema de intercambio comunicativo, lo cual facilita la percepción global de la realidad (Kottow & Bustos, 2005). De esta manera, con el concepto de comunicación expuesto en el apartado anterior y los lineamientos de la investigación, se concibe a la persona con esquizofrenia como sujeto de derecho, siendo un agente activo en la conducción de su vida, en la que los profesionales de salud mental deben aportar al fortalecimiento de su autonomía, relaciones interpersonales y habilidades laborales para lograr la reinserción social.

Sumado a lo anterior, la guía clínica para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia (2009), propuesta por el MINSAL, reafirma los aspectos señalados anteriormente, los cuales intentan fortalecer la realización personal a través de intervenciones psicosociales, las que incorporan el entrenamiento de habilidades sociales, psicoeducación familiar, rehabilitación cognitiva y empleo con apoyo. Sin embargo, estos planteamientos se contraponen con lo promulgado el año 2012 por la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en acciones vinculadas a su atención en salud, en cuyo artículo 28 se señala que:

“Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar de parte del paciente como de su representante legal” (Ley N° 20.584, 2012: 8-9).

De acuerdo a esta ley, se vislumbra la pérdida de la competencia para consentir en las personas con esquizofrenia, es decir, se afectan la autonomía y la actividad como sujeto en la

sociedad. Lo anterior influye en sus relaciones intrapersonales como interpersonales, disminuyendo con esto, la posibilidad dialógica. Esta situación no favorece el desarrollo del proceso comunicativo y su implicancia en la interacción social, por lo tanto, se requiere incluir estos aspectos en el abordaje terapéutico de los sujetos para lograr la reinserción social, y así contribuir a la realización personal de cada uno de ellos.

Así, para lograr estos objetivos, es relevante conocer previamente cómo el sujeto con esquizofrenia se construye a sí mismo y cómo entiende la realidad que lo rodea. Todo esto es posible gracias al entendimiento de las implicancias del proceso comunicativo y de la generación de espacios comunicativos a través de la socialización (Gergen, 2007). De esta manera, a partir de la relevancia del proceso comunicativo es que surgen los lineamientos de la presente investigación, la cual pretende conocer la percepción de los profesionales de la salud mental en relación al proceso comunicativo y su relación en la construcción de la persona con esquizofrenia como sujeto de derecho. Así, esta percepción será entendida como un proceso influenciado por las sensaciones y las experiencias vividas por estos profesionales en su realidad laboral. Dicho proceso perceptivo estará enfocado en desarrollar los conceptos implicados en el proceso comunicativo de estas personas y cómo este influye en la construcción del sujeto.

## 2. MÉTODOS

A continuación, se describen los procedimientos metodológicos para la realización del proceso investigativo, el cual relaciona la influencia del acto comunicativo y la dimensión moral en la construcción de identidad de la persona con esquizofrenia. Se presenta, en primer lugar, el planteamiento del problema a investigar junto con la justificación de la relevancia del estudio, su viabilidad y la deficiencia en el conocimiento de las temáticas abordadas. Luego, se expone el objetivo general y los objetivos específicos que guiaron la investigación. Posteriormente, se alude al tipo, enfoque, alcance y diseño investigativos. Asimismo, se describe la muestra, los instrumentos y las herramientas utilizadas. Para finalizar este apartado, se exponen los procedimientos realizados durante el trabajo de campo y los materiales empleados.

### 2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 La pregunta de investigación es: ¿Qué significados le otorgan los profesionales vinculados al área de salud mental al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia?

2.1.2 El objetivo del estudio es conocer los significados que los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario pertenecientes a instituciones de atención abierta y cerrada de salud mental en las regiones Metropolitana y Valparaíso, le asignan al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. En dichos usuarios, las áreas que se ven principalmente comprometidas son: autonomía, habilidades laborales, redes familiares, sociales y ciudadanía, las que se reflejan en el desarrollo de sus relaciones interpersonales, restringiendo su realización personal.

2.1.3 Justificación: la finalidad de esta investigación fue conocer la importancia que los profesionales le otorgan al acto comunicativo en la constitución de la persona con esquizofrenia como sujeto moral en el contexto de rehabilitación. La relevancia de la comunicación, se sustenta en que la acción comunicativa crea realidad, construye al sí mismo y al otro, permitiendo la reciprocidad e intersubjetividad. Las personas con dicha condición presentan dificultades comunicativas, sociales y personales, por lo cual requieren que los profesionales de salud mental respondan a sus necesidades en dichos ámbitos. A partir de esto, la Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia (2009), propone un abordaje terapéutico basado en intervenciones psicosociales, las cuales incluyen el entrenamiento de las habilidades sociales. Estas últimas permiten “desarrollar habilidades específicas que facilitan el desempeño en las interacciones sociales” (MINSAL, 2009:71). Estas habilidades deben ser consideradas por el equipo multidisciplinario en la rehabilitación de estas personas, dando relevancia al aspecto comunicativo, pues este es un eje transversal en su mundo relacional.

De este modo, esta investigación, surge ante la necesidad de potenciar el rol que cumple el proceso comunicativo en el fortalecimiento de la autonomía, de las relaciones interpersonales y de la concepción de la persona con esquizofrenia como sujeto de derecho. Además, reflexionar sobre la importancia de generar un abordaje integral en el tratamiento multidisciplinario de estas personas. Con ello, se pretende contribuir a la realización personal y la reinserción socio-laboral de estas personas.

2.1.4 Viabilidad del estudio: las regiones Metropolitana y Valparaíso fueron seleccionadas, pues concentran la mayor red de salud mental del país y, por ende, los profesionales más especializados en el área, entre los que se cuentan psiquiatras, psicólogos, enfermeros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y sociólogos. Estos profesionales se desempeñan en universidades públicas y privadas, centros diurnos de salud mental y centros médicos.

Además, en estas regiones está representada toda la red de atención enfocada a la rehabilitación de las personas con esquizofrenia, donde existen jornadas ampliadas de atención, equipos de trabajo multidisciplinarios y centros con enfoque comunitario. Dicho enfoque entiende que las enfermedades no solo afectan la biología de la persona, sino también, sus aspectos psicológicos y sociales. De esta manera, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida (Valdés & Errázuriz, 2012).

Cabe mencionar, que para llevar a cabo la investigación, se consideraron los siguientes aspectos: ciudad de origen, traslado, tiempos de viaje y gastos monetarios. En relación al primer aspecto, se debe mencionar que tanto los participantes como las investigadoras residían en las regiones donde se realizó el estudio. De esta forma, se favoreció el traslado, lo cual optimizó los tiempos y los gastos monetarios que se efectuaron.

2.1.5 Deficiencias en el conocimiento del problema: Las investigaciones revisadas exponen que, para el proceso de recuperación de las personas con esquizofrenia, se realizan intervenciones multidisciplinarias que responden a las necesidades sociales, personales y comunicativas que ellas presentan. Sin embargo, se constata que, en el trabajo de las habilidades sociales, específicamente en el aspecto comunicativo de las personas con dicha condición, no se explicita el abordaje de la comunicación. Frente a lo anteriormente expuesto, se debe mencionar que el profesional indicado para trabajar dichos ámbitos podría ser el fonoaudiólogo. Este se encargaría de trabajar el proceso comunicativo, el que influye en la interacción social y favorece la recuperación de las personas con esquizofrenia. Esta recuperación en salud mental, tradicionalmente, ha estado asociada con el tratamiento sintomático de las enfermedades mentales. No obstante, en los últimos años, se ha otorgado mayor importancia a un abordaje integral que incluya todos los aspectos de la vida del sujeto, es decir, desde una visión biopsicosocial.

De acuerdo a lo anterior, recientemente, se han considerado aspectos psicológicos y psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Las primeras incursiones en esta área, aumentaron el conocimiento de los procesos psicológicos y del impacto personal de la esquizofrenia. A partir de esto, han surgido otros acercamientos psicológicos que han sido

incorporados al tratamiento de la esquizofrenia, siendo uno de ellos las intervenciones psicosociales (MINSAL, 2009).

Las intervenciones psicosociales pretenden que el sentido de recuperación sea “un viaje de curación y transformación, que permite que una persona con un problema de salud mental viva una vida con un sentido pleno, en una comunidad de su elección, al mismo tiempo que se esfuerza por desarrollar sus potencialidades al máximo” (Administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental, 2004; cit en MINSAL, 2009:35). De acuerdo con este concepto, se busca desarrollar aspectos como autodeterminación, empoderamiento, autonomía, responsabilidad, entre otros con la finalidad de lograr la realización personal y la reinserción social.

## **2.2 Objetivos**

2.2.1 Objetivo General: Conocer los significados que los profesionales vinculados al área de salud mental le otorgan al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- Describir el acto comunicativo generado por los profesionales vinculados al área de salud mental.
- Describir la influencia del acto comunicativo en el desarrollo y/o fortalecimiento de la dimensión moral en las personas con esquizofrenia según los significados otorgados por los profesionales vinculados al área de salud mental.
- Describir la influencia de la intersubjetividad en el proceso de rehabilitación de la persona con esquizofrenia según los significados otorgados por los profesionales vinculados al área de salud mental.
- Describir la relación entre el estigma y el acto comunicativo de las personas con esquizofrenia según los significados otorgados por los profesionales vinculados al área de salud mental.

- Describir la relevancia de la rehabilitación del acto comunicativo en el proceso de las personas con esquizofrenia según los significados otorgados por los profesionales vinculados al área de salud mental.
- Describir los tipos de abordajes utilizados en el proceso de rehabilitación de las personas con esquizofrenia según los significados otorgados por los profesionales vinculados al área de salud mental.

## **2.3 Tipo de estudio**

### 2.3.1 Enfoque:

El tipo de estudio corresponde a un enfoque cualitativo, ya que entiende la realidad en un contexto natural, interpretando fenómenos en relación a los significados que implica para las personas. La investigación cualitativa considera la utilización de materiales variados, los que describen la rutina, situaciones problemáticas y significados en la vida de las personas (Rodríguez, 1996). De esta forma, “la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (Martínez, 2006:128).

De acuerdo a lo anterior, la investigación trata de conocer los significados que los profesionales vinculados al área de salud mental de las regiones Metropolitana y Valparaíso le otorgan al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes del estudio, cuya información fue transcrita en una bitácora de campo. Luego, se realizó un análisis de contenido de las entrevistas, lo que permitió obtener información relevante de cómo el equipo multidisciplinario le otorga significado al acto comunicativo en el abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia.

### 2.3.2 Alcance:

El alcance es exploratorio, ya que el objetivo consistió en estudiar un tema u objetivo de investigación poco desarrollado, el cual no había sido abordado antes. La revisión de la literatura constató que existen guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. También, si se deseaba indagar sobre áreas desde nuevas perspectivas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

De esta manera, la temática a investigar permitió conocer los significados que los profesionales vinculados al área de salud mental de las regiones Metropolitana y Valparaíso le asignan a la acción comunicativa en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. De acuerdo a las revisiones bibliográficas efectuadas, se evidenció la escasez de estudios referidos al tema, específicamente, sobre los integrantes del equipo multidisciplinario para el abordaje terapéutico de estas personas en el área de salud mental.

### 2.3.3 Diseño

Para el desarrollo de la investigación se planteó un diseño cualitativo, porque se pretendió extraer la información desde la subjetividad, ya que “estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando (...) interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales (...) que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez, 1996:32). Por lo tanto, para extraer los significados que le otorgan los profesionales relacionados al trabajo con personas con esquizofrenia, el enfoque cualitativo se vuelve más pertinente. Debido a lo anterior, la perspectiva de esta investigación busca acceder a puntos de vistas subjetivos, asumiendo como posición teórica el interaccionismo simbólico (Flick, 2013).

Así, para lograr lo antes señalado, se utilizó el método de levantamiento de datos a través a partir de entrevistas semi-estructuradas, en específico de tipo focalizadas, que

permitieron flexibilidad en las preguntas a partir de un guión temático. Por su parte, la interpretación de los datos obtenidos se realizó con la técnica de análisis de contenido, que se define como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (Bardin, 1996).

## **2.4 Descripción de la muestra**

2.4.1 Muestra: la muestra de la investigación estuvo constituida por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y sociólogos. Estos profesionales se desempeñan en universidades públicas y privadas, centros diurnos de salud mental y centros médicos.

2.4.1.1 Tipo de muestra: el diseño de muestreo escogido para esta investigación fue el opinático, donde el investigador seleccionó a los informantes siguiendo criterios estratégicos personales: conocimientos de la situación, facilidad, voluntariedad, etc. (Abela, 2002). La selección de los entrevistados se hizo a través de un muestreo deliberado e intencional de sujetos, quienes fueron elegidos uno a uno de acuerdo a los criterios o atributos establecidos por el investigador (Rodríguez, Gil & García, 1996).

2.4.1.2 Tamaño de la muestra: el número de personas que fueron entrevistadas correspondió a once profesionales del área de salud mental (dos psiquiatras, un psicólogo, dos enfermeros, dos fonoaudiólogos, un terapeuta ocupacional, un trabajador social y dos sociólogos); cabe destacar que este número estuvo sujeto al criterio de saturación de las categorías de análisis.

2.4.1.3 Unidades de información: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y sociólogos

dedicados a la intervención de personas con esquizofrenia o vinculados al tema en el ámbito investigativo, distribuidos en las regiones Metropolitana y/o Valparaíso.

#### 2.4.1.4 Criterios de selección de la muestra:

##### 2.4.1.4.1 Criterios de inclusión:

- Profesionales partícipes de equipos multidisciplinarios en instituciones de atención abierta y/o cerrada de salud mental en la intervención y/o investigación de personas con esquizofrenia.
- Profesionales que hayan desarrollado su formación profesional en Chile y/o en el extranjero.
- Profesionales con experiencia laboral mínima de dos años vinculados al área de salud mental en la intervención y/o investigación de personas con esquizofrenia.

##### 2.4.1.4.2 Criterios de exclusión:

- Profesionales con experiencia laboral menor a dos años y sin vinculación al área de salud mental en la intervención y/o investigación de personas con esquizofrenia.

## 2.5 Categorías

A partir de la información contenida en las entrevistas realizadas a los participantes de la investigación, se realizaron levantamientos de categorías. Estas categorías corresponden a perspectiva comunicativa, perspectiva de la dimensión moral, intersubjetividad, estigma en salud mental y enfoque del profesional en salud mental. Por su parte, la perspectiva comunicativa posee tres subcategorías, las cuales corresponden a significado del acto comunicativo, ejecución del acto comunicativo y rehabilitación del acto comunicativo; mientras que la perspectiva de la dimensión moral consta de cuatro subcategorías, las que conciernen a los procesos de constitución del sujeto, posibilidad ciudadana, autonomía y realización personal. La categoría de enfoque del profesional en salud mental se divide en las

subcategorías: enfoque comunitario y enfoque biomédico. Las categorías restantes no presentan subcategorías.

## **2.6 Instrumento de recolección de información**

Las investigadoras fueron el medio de recolección de los datos a través de diversos métodos o técnicas, es decir, fueron quienes observaron, entrevistaron, revisaron documentos, etc. (Hernández et al., 2010). De acuerdo a lo anterior, la recopilación de información fue realizada por las investigadoras a través de las entrevistas semiestructuradas.

## **2.7 Herramientas**

Las principales herramientas que se utilizaron para los fines de la investigación fueron la bitácora de campo y las entrevistas semiestructuradas, las cuales se basaron en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tenía la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández et al., 2010). El tipo de entrevista semiestructurada utilizada correspondió a enfocada o centrada, donde la persona entrevistada poseía mayor libertad para informar acerca de un tema que el entrevistador definió (Vela, 2001; cit en Tarrés, 2001). Dichas entrevistas semiestructuradas fueron transcritas a la bitácora de campo para su posterior análisis.

## **2.8 Trabajo de campo**

El proceso de tesis se inició con una recopilación bibliográfica relacionada con los conceptos de comunicación y esquizofrenia. Luego, se redactaron los formularios anexo 20 - anexo 21, exponiendo los lineamientos de la investigación que fueron enviados al comité de bioética de la facultad de medicina de la Universidad de Valparaíso para su revisión y aprobación. Tras obtener la aprobación de este comité para realizar el estudio, se contactó a los profesionales a entrevistar. Mediante correo electrónico, se presentó el trabajo a realizar y se les solicitó la participación en el mismo, adjuntando un consentimiento informado donde se

expusieron los objetivos de la investigación y las implicancias de la entrevista semiestructurada (ver anexo 4).

Con los profesionales que accedieron a participar en la investigación, se acordó una cita presencial donde se realizó el proceso de consentimiento informado. Posterior a ello, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas en los lugares que los participantes determinaron previamente. Estas locaciones correspondieron a los lugares de trabajo de los mismos: universidades públicas y privadas, centros diurnos de salud mental y centros médicos. Cabe mencionar que el orden de realización de las entrevistas semiestructuradas estuvo sujeto a la disposición de tiempo de los profesionales participantes del estudio.

Luego de disponer del lugar físico, se realizaron las entrevistas semiestructuradas individuales, las cuales fueron registradas a través de grabaciones de audio, que tuvieron duraciones entre 30 y 60 minutos. Estas grabaciones fueron transcritas por las investigadoras en archivos de Microsoft Word y se les otorgó un código identificador. Posteriormente, estas transcripciones fueron registradas en la bitácora de campo.

Una vez efectuados los procedimientos de obtención de información contenidos en la bitácora de campo, se procedió a la revisión de lo recabado en las transcripciones para definir y organizar las categorías, lo cual se realizó con la técnica de análisis de contenido. Luego, se llevó a cabo el proceso de triangulación de las categorías, el que estuvo a cargo de tres profesionales formados en bioética, bioética con experiencia en salud mental y, educación y evaluación, para corroborar la coherencia de las categorías. Posterior a ello, se analizó la información recopilada por estas categorías, las cuales correspondieron inicialmente a los conceptos de perspectiva comunicativa, perspectiva de la dimensión moral e intersubjetividad. Más adelante, a través del levantamiento de categorías se incorporaron dos nuevos conceptos: estigma en salud mental y enfoque del profesional en salud mental. Todo lo anterior fue expuesto en el apartado de resultados y discusiones. Finalmente, se realizaron las respectivas conclusiones.

## **2.9 Materiales**

Los materiales que se emplearon para la realización del estudio fueron la hoja con el formato del guión temático a los profesionales; grabadora de sonido marca Sony modelo ICD-UX533F y celular marca Samsung modelo GT-I9060M para entrevistas; y computadores marca HP 240 G3, TOSHIBA SATELLITE C845-SP4201SL, HP 14-b050LA, Packard Bell PEW96 y Acer Aspire E3-111-C5LR, para realizar las transcripciones de los registros de audio y redacción de los apartados de la investigación.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIONES

En el presente capítulo, se exponen los resultados y discusiones más relevantes obtenidos del proceso de recolección de información a través de las entrevistas. Cada una de estas fue codificada con una letra y un número y fue transcrita para su posterior análisis. Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron con el objetivo general de conocer los significados que los profesionales vinculados al área de salud mental le otorgan al acto comunicativo en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia.

De este modo, las entrevistas fueron realizadas durante el periodo comprendido entre el martes once de agosto y el viernes dos de octubre del 2015. En dichas instancias se abordaron los siguientes temas: acto comunicativo, dimensión moral del sujeto e intersubjetividad de las personas con esquizofrenia. Estas áreas se abarcaron en un guión, el cual fue simplificado en algunos conceptos para favorecer la fluidez de la entrevista (ver anexo 5). Este instrumento estaba conformado por once preguntas, las cuales representaron las dimensiones antes mencionadas (ver anexo 6). Concluido el proceso de entrevistas, surgieron cinco categorías, a través del levantamiento de las mismas.

Las categorías han sido ordenadas por niveles de reflexión creciente, comenzando con las que tienen vinculación con aspectos más concretos y prácticos para llegar a las que tienen relación con aspectos más reflexivos y abstractos. Las categorías son: enfoque del profesional en salud mental, estigma en salud mental, perspectiva comunicativa, intersubjetividad y perspectiva de la dimensión moral. A continuación, se presentan tablas de cada categoría en la cual se incorporan citas extraídas de los discursos de los entrevistados. Posterior a ello, se expone la descripción de los resultados e, inmediatamente, la discusión de la misma. De esta forma, se pretende interconectar de forma más práctica el proceso de resultados con su discusión, permitiendo dar un cierre conclusivo. Para facilitar la lectura de los resultados, ya que la transcripción completa de los discursos de los entrevistados puede ser consultada en los anexos (ver anexo 7).

Los textos citados dentro de los resultados y discusiones irán acompañados por siglas. El estigma en salud mental y la intersubjetividad no poseen subcategorías, por lo tanto, las siglas hacen alusión a la categoría de forma directa; en cambio, en las tres restantes, corresponden a las subcategorías. Además, cada cita indicará el número de entrevista correspondiente. A continuación, se presentan dos ejemplos:

**E.5-I8:** Entrevista cinco. Categoría intersubjetividad.

**E.3-RAC:** Entrevista tres. Subcategoría rehabilitación del acto comunicativo.

Las cinco categorías que surgieron del trabajo de campo junto a sus subcategorías y las siglas correspondientes para cada una se detallan a continuación:

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
1. Enfoque del profesional en salud mental	a. Enfoque comunitario = EC b. Enfoque biomédico = EB
2. Estigma en salud mental = ESM	-----
3. Perspectiva del acto comunicativo	a. Significado del acto comunicativo = SAC b. Ejecución del acto comunicativo = EAC c. Rehabilitación del acto comunicativo = RAC
4. Intersubjetividad = I	-----
5. Perspectiva de la dimensión moral	a. Procesos de constitución del sujeto = PCS b. Posibilidad ciudadana = PC c. Autonomía = A d. Realización personal = RP

### **3.1 Presentación de los Resultados y Discusiones**

#### **3.1.1.- Categoría enfoque del profesional en salud mental**

La presente categoría hace referencia a la forma de abordaje de sus prácticas profesionales y su base teórica. Al interrelacionar ambos aspectos se desprenden dos enfoques, los cuales corresponden al enfoque comunitario y enfoque biomédico. El primero se basa principalmente en considerar a la persona con la condición mental y su entorno familiar y social. Este modelo visualiza al individuo desde el pensamiento que proviene de la sociedad actual, cuya subjetividad está delimitada por la acción que viene del interior, lo cual se expresa en el contexto donde se desenvuelve (Tirado & Mora, 2004; cit en Carrasco & Yuing, 2014). En cambio, el segundo está orientado solo en el aspecto sintomatológico de la persona; se desarrolla en el contexto hospitalario, caracterizándose por enfocar la atención en los individuos, sin considerar sus entornos sociales. La intervención es realizada principalmente por psiquiatras y psicólogos, lo que se limita a la administración de psicofármacos y psicoterapia, respectivamente. Lo anterior restringe las posibilidades de expresión del usuario en su comunidad (Carrasco & Yuing, 2014).

Los enfoques generados en el contexto terapéutico, son determinados por los diferentes estilos comunicativos ejecutados por los profesionales. Si el terapeuta se enmarca en un abordaje comunitario, dichos estilos propician espacios de encuentro entre él y el sujeto con esquizofrenia. En cambio, si el enfoque utilizado es el biomédico, el estilo comunicativo promoverá relaciones terapéuticas verticales, limitando la rehabilitación a aspectos netamente clínicos.

A continuación se presentan las citas más representativas de las subcategorías de ambos enfoques.

## Categoría 1

ENFOQUE DEL PROFESIONAL EN SALUD MENTAL
Método de trabajo y fundamento teórico en que se basan los profesionales para el abordaje de las dificultades de las personas con esquizofrenia.

### Subcategoría 1

<b>Enfoque comunitario:</b> abordaje orientado a la generación de procesos participativos, otorgando grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja en conjunto con usuarios del sistema de salud mental y su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales (EC).
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESULTADOS
<b>E.1-EC:</b> “En el proceso de rehabilitación debiese, no está establecido así, pero desde mi perspectiva debiese existir un proceso de co-construcción en todo sentido: o sea co-construcción de la demanda, co-construcción del plan de intervención, cuáles son las necesidades y las expectativas reales que podemos tener tanto tú como persona en rehabilitación, como yo persona «a cargo» de este proceso”.
<b>E.2-EC:</b> “...pero que la interacción de la persona en los sistemas le permita a la persona elegir en qué actividad en qué tipo de sistema va a participar y de qué manera”.
<b>E.3-EC:</b> “...entendiendo que el proceso de ese usuario va a depender totalmente de la red de relaciones en la cual él esté instalado ¿cachai? y no solo de su intención personal, o sea si no te hacía cargo de las redes, el usuario te puede decir miles de cosas y tú podí creerle y podí operar en base a eso, pero no tenía idea de lo que pasa en su casa, no tenía idea quiénes son sus amigos, cuáles son sus apoyos, quién los va a venir a buscar cuando lo internamos en la urgencia psiquiátrica al otro día, sirva a venir alguien; tal vez no va a llegar nadie ¿cachai? necesitái saber esas cosas...”.
<b>E.4-EC:</b> “...hoy con el modelo por lo menos teórico o la brecha entre la teoría y la práctica, se aborda, se da espacio al derecho, al deber del usuario o de la persona que tiene la enfermedad, se da espacio al empoderamiento del usuario, a que la persona pueda decidir sobre si misma tiene algo que decir en relación a su enfermedad...”.
<b>E.5-EC:</b> “Nosotros vemos el trabajo de esa manera allá, y de forma solidaria, colaborativa, no competitiva. En realidad trabajamos de una manera bien comunitaria y de cómo... el sentido del grupo”.

**E.6-EC:** "...yo creo que el punto mayor en el abordaje con estas patologías en general y con todas las patologías es el deber de nosotros de comprender al otro. Ellos no nos tienen que comprender a nosotros, nosotros tenemos que comprenderlos, y en esa comprensión sacar aquello que considero que sea relevante, pertinente para poder lograr la re-inclusión".

**E.8-EC:** "Yo la veo unida a la rehabilitación psicosocial completa, no la puedo ver aislada...".

**E.9-EC:** "...he tenido la oportunidad de trabajar mucho con pacientes con trastornos psiquiátricos severos y desde una perspectiva de rehabilitación y de integración social tanto directamente yo como jefe de servicio organizando mi servicio tras esos objetivos desde la perspectiva del modelo comunitario de atención en salud mental".

**E.11-EC:** "...en el fondo es verlos desde lo sano y no desde lo enfermo. O sea, tratando de rescatar todas las fortalezas, los puntos fuertes que ellos tienen y que les quedan digamos todavía posibles de fortalecer más".

## Subcategoría 2

**Enfoque biomédico:** modelo dualístico que considera el cuerpo y la mente como entidades independientes. En este enfoque la cuantificación es indispensable para el tratamiento de la enfermedad (EB).

### RESULTADOS

**E.7-EB:** "...lo importante es mientras tú sepas tus objetivos, es irrelevante si es con contexto o no. Van a haber algunos aspectos obviamente los pragmáticos que van a propender a tener mayor posibilidad de hacer actividades relacionadas con el contexto, pero no creo que sea el determinante en cuanto al éxito de la terapia...".

**E.10-EB:** "Cuando uno vive en el mundo científico, uno está acostumbrado a preguntarse las cosas de forma más concreta. Y más medible...".

## Resultados de la categoría enfoque del profesional en salud mental

Los profesionales E.1-EC, E.2-EC, E.3-EC, E.4-EC, E.5-EC, E.6-EC, E.8-EC, E.9-EC y E.11-EC dan relevancia a un modelo comunitario, mencionando los contextos sociales y las redes, además de considerar al usuario para su propia rehabilitación o recuperación, el cual tiene el espacio para una participación y un empoderamiento que le permitirá realizarse personalmente. En cambio, los entrevistados E.7-EB y E.10-EB dan importancia a la patología

de la persona, delimitándola solo a sus procesos sintomatológicos, es decir, desde un enfoque biomédico.

### **Discusiones de la categoría enfoque del profesional en salud mental**

El abordaje comunitario permite que la persona pueda desarrollarse en esferas tanto personales como sociales, y de esta forma, fortalecerse como sujeto moral. Este último aspecto hace alusión al reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía de las personas con esquizofrenia, permitiendo mejorar su calidad de vida (MINSAL, 2009). Además, este modelo considera el aspecto social, y no solo se delimita al conocimiento biomédico o clínico de la enfermedad mental (Castel et al., 1982; cit en Carrasco & Yuing, 2014).

En contraste con el modelo anterior, el enfoque biomédico impide ver a esta persona en su totalidad con un abordaje integral y biopsicosocial. Esta metodología es aplicada por los entrevistados E.7-EB y E.10-EB, lo cual se evidencia a través de las citas expuestas. Esta forma de abordaje se desarrolla en el contexto hospitalario, caracterizándose por enfocar la atención en los individuos, sin considerar sus entornos sociales (Carrasco & Yuing, 2014). Lo anterior, considera a la persona desde una forma reduccionista, ya que las dificultades en las que se debe intervenir corresponden a síntomas y patologías, descartando los aspectos que vienen desde el interior de las personas y que, a la vez, tienen su origen en su entorno social (Carrasco & Yuing, 2014).

Debido a lo anterior, es relevante considerar el estilo comunicativo que utiliza el profesional en el proceso de rehabilitación de las personas con esquizofrenia, ya que a pesar que algunos terapeutas trabajan con un enfoque comunitario en centros de salud, sus estilos de interacción dan a entender lineamientos más biomédicos, generando una dicotomía entre el decir y el hacer. Por esta razón, es necesario que exista coherencia entre lo que postula el Plan nacional de salud mental (2000) en relación al enfoque comunitario, y lo que se realiza en el ejercicio profesional. Esta dicotomía genera relaciones verticales entre el sujeto y el terapeuta,

lo cual niega la posibilidad del primero de reconocerse como actor social en su proceso de recuperación. En consecuencia, el enfoque comunitario es el más pertinente para abordar a la persona con esquizofrenia desde una visión biopsicosocial, es decir, considerando sus aspectos personales, familiares y sociales.

### 3.1.2 Categoría estigma en salud mental

La categoría estigma en salud mental corresponde a una forma de caracterizar negativamente a los sujetos por presentar una condición mental diferente. Esto influye en la inserción de las personas con esquizofrenia en las dimensiones personal, familiar y laboral, pues restringe el ejercicio de su ciudadanía. A continuación se presentan las citas más representativas de la categoría.

#### Categoría 2

<b>ESTIGMA EN SALUD MENTAL</b>
Etiqueta de tipo negativa generada por la sociedad hacia una persona con una condición mental, dificultando la inclusión socio-laboral efectiva y una promoción de derechos en los sujetos (ESM).

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-ESM:</b> “En el caso de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia estas barreras estigma, discriminación, sobreprotección, del ámbito familiar, de la atención en salud y de la política pública, no es visible, son cuestiones más bien subjetivas, entonces, es más difícil combatir, porque no son concretas, no se arreglan con una rampa, es un poco más complejo”.
<b>E.4-ESM:</b> “...porque la enfermedad tiene bastante estigma y entonces qué le pasará a esa persona de declarar y decir «tengo esquizofrenia», «soy esquizofrénico», «soy esquizofrénica»”.
<b>E.5-ESM:</b> “De hecho la gente con esquizofrenia es menos violenta que en general del común de las personas, porque tienden a reprimirse mucho por el estigma”.
<b>E.6- ESM:</b> “ ... hay todo (...) un sesgo que es lo que yo veo en los usuarios, que les cuesta mucho encontrar pega, o las pega son como de bajas opciones económicas, entonces difícilmente les van a respetar ( <i>la sociedad</i> ) que tienen que ir al médico, o si saben que tienen, por ejemplo, un cuadro como eso (...) se imaginan al loco de condorito

con un cuchillo detrás de ellos, entonces eso es un poco la limitación que tienen ellos por su patología ...”.
<b>E.7-ESM:</b> “Cualquier persona, por mucho que conozca la patología incluso se lo cuestiona por este prejuicio social que se ha hecho. Se han estigmatizado, tremendamente”.
<b>E.8-ESM:</b> “...me gustaría ver trabajar lo que es el estigma social de la comunicación de la persona con esquizofrenia, que generalmente queda desvinculada en los diálogos, en la participación por eso”.
<b>E.9-ESM:</b> “El estigma aún sigue siendo una barrera importante que se expresa en todo. Se expresa en la prioridad que tiene el tema de salud mental para los tomadores de decisiones, se expresa en los presupuestos, la lucha anti-estigma tampoco importa”.

### **Resultados de la categoría estigma en salud mental**

De los once entrevistados en total, siete mencionan esta categoría, y a partir de estos se presentan los resultados. Para empezar, los entrevistados E.1-ESM y E.9-ESM, coinciden en el estigma en salud mental como una barrera, la cual tendría mayor presencia, y sería más difícil de erradicar socialmente en una patología o condición mental al no ser visible; ambos también señalan a la escasa importancia otorgada por parte de las políticas públicas. El entrevistado E.4-ESM aborda el estigma desde la reflexión de la persona que presenta esquizofrenia, el valor que esta le atribuye a la condición y el cómo se cataloga asimismo. El entrevistado E.5-ESM afirma que la violencia de tipo física que se les atribuye de manera casi exclusiva a personas con esquizofrenia no es tal, y que el resto de la sociedad, que no presenta alguna patología mental, también puede ejercer actos violentos. Por un lado, el entrevistado E.6-ESM refiere que el estigma se provoca por la sociedad, la cual imagina escenas de agresiones, por ejemplo, las que perjudican el accionar de los usuarios en el ámbito laboral. En consecuencia, logran acceder a empleos con bajas opciones salariales.

Por otro lado, el discurso del entrevistado E.7-ESM hace referencia a lo indicado en el punto anterior, en lo que concierne al tema de la violencia física, ya que realiza el alcance de que la presencia del estigma en la sociedad se aplica aún teniendo el conocimiento de ello. Es necesario aclarar que este entrevistado menciona el término “prejuicio”; no obstante, la idea central de su discurso alude al estigma. Por último, en la entrevista E.8-ESM se plantea el

interés por abordar la categoría desde el punto de vista de la comunicación, debido a que los sujetos quedan desligados de los diálogos, como también de la participación en el ámbito social.

### **Discusiones de la categoría estigma en salud mental**

En la situación de los entrevistados E.1-ESM, E.6-ESM y E.9-ESM, sus discursos se aproximan al término de la barrera y sesgo, además de lo que genera el estigma por parte de la sociedad hacia los usuarios. Esto se correlaciona con el MINSAL (2000), donde se señala que “de este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización” (p.10). Se suma también que quienes sufren una mayor carga de estigma en salud mental son personas con algún trastorno de índole mental.

Continuando con el entrevistado E.6-ESM, y añadiendo a los entrevistados E.5-ESM y E.7-ESM, sus discursos se vinculan con la agresión y violencia, por lo que se correlacionan con lo abordado en la bibliografía expuesta, que alude a la falta de información y desconocimiento por parte de la sociedad, incluyendo “las representaciones de la cultura popular, las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y los procesos difusos de comunicación basados en verdades solo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad” (Chuaqui, 2005:46). Debido a la fuerte influencia que ejerce este último sobre la población, estos incorporan de manera directa falsas creencias, pensamientos y malentendidos, lo que dificulta aún más la calidad de vida del sujeto que presenta la condición mental.

El entrevistado E.4-ESM manifiesta su visión de estigma desde el punto de vista de la persona que presenta esquizofrenia, la cual se plantea el etiquetarse como “esquizofrénico(a)”. Por consiguiente, tal como lo destacan Arnaiz y Uriarte (2006), el designar una etiqueta implica una distinción entre “nosotros”, quienes se asocian al contexto social, y “ellos”, es decir, personas con trastorno mental. Esta delimitación conlleva fácilmente al pensamiento de que “ellos” son diferentes a “nosotros”. Es habitual designar a una persona como

“esquizofrénico” despectivamente, en lugar de referirse a la condición como una característica: “persona con esquizofrenia”. Esta situación no sucede con otras patologías, por ejemplo, con el cáncer. Mientras tanto, lo expuesto por el entrevistado E.8-ESM se relaciona con lo abordado en la teoría por Chuaqui (2008), quien precisa que los equipos de trabajo en salud mental deben generar intervenciones integrales que respondan a las necesidades que presentan las personas con esquizofrenia, logrando fortalecer, principalmente, su autonomía, relaciones interpersonales, alcanzando logros tanto personales como sociales.

Para finalizar, cabe destacar que los entrevistados E.2-ESM, E.3-ESM, E.10-ESM y E.11-ESM no hacen mención que otorgue representatividad a la categoría, por ende, no aportan información al análisis de este apartado.

### **3.1.3- Categoría perspectiva comunicativa**

Esta categoría expuesta se refiere a la perspectiva comunicativa que poseen los profesionales acerca del intercambio comunicativo de las personas con esquizofrenia. En relación a dicho concepto, Rizo (2008) menciona que se suele asociar a la interacción el término de comunicación interpersonal, donde las relaciones de comunicación se dan en situaciones de co-presencia en el espacio y en el tiempo. Por esta razón, la misma autora recalca que “en la interacción social, el acento está puesto en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y construyen los códigos y las reglas” (cit en Rizo, 2008:3).

En primer lugar, se mencionará el concepto que los profesionales tienen del acto comunicativo de las personas con o sin esquizofrenia; en segundo lugar, a cómo ellos realizan este acto con las personas con esquizofrenia; y por último, a la relevancia que le otorgan a la rehabilitación de este acto de relación social recíproco.

A continuación, se presentarán los resultados extraídos de los discursos de los entrevistados.

### Categoría 3

<b>PERSPECTIVA COMUNICATIVA</b>
Punto de vista entregado por el profesional de salud en torno al acto comunicativo que se genera en los diversos contextos sociales de las personas con esquizofrenia.

#### Subcategoría 1

<b>Significado del acto comunicativo:</b> concepto que los profesionales tienen acerca del acto comunicativo de las personas con o sin esquizofrenia (SAC).
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-SAC:</b> "...tiene un rol fundamental ( <i>el acto comunicativo</i> ) que trasciende lógicamente la comunicación o la expresión oral, sino que tiene una serie de significados que aluden también a la relación, al vínculo, a la intención comunicativa, al contexto desde el cual nosotros nos estamos comunicando, y por tanto, es fundamental para el desempeño de todas las áreas..."
<b>E.2-SAC:</b> "...es un punto de vista limitado...la acción comunicativa se queda solo en comunicación, pero la comunicación es parte de la conducta mucho más amplias, entre los cuales están los impulsos, están los intereses económicos, están los intereses sociales, está el luchar por un ideal, que todo son intereses que muchas veces puede haber mucha comunicación, pero si los intereses no se hacen coincidentes, la comunicación falla..."
<b>E.3-SAC:</b> "...es como el mundo de la vida, así es como son como las formas de interacción espontánea que ocurren en un contexto que van más allá como de un plan o de una estrategia, o de un proceso como diseñado previamente..."
<b>E.4-SAC:</b> "El axioma número uno de la comunicación de tomar conciencia de que siempre estamos comunicando, por lo tanto, es hacer conciencia de que nuestras presencias con otros y en ciertos lugares provocan cosas en los otros, y a nosotros, nos pasan cosas con los otros...la importancia y la relevancia de la comunicación... con todos sus componentes, o sea, desde la comunicación verbal hasta la física, en cómo estás de una u otra manera, siempre expresando quién eres, lo que eres, qué te importa..."
<b>E.5-SAC:</b> "...entonces, como la comunicación en ese sentido es súper importante, o sea, cómo yo, y no quizás solamente lenguaje, sino que como cuerpo, posición del cuerpo, así como pucha estoy"
<b>E.6-SAC:</b> "Pa` mí la comunicación es la herramienta básica para interactuar. Y la comunicación no me lo estoy sesgando con comunicación con lenguaje. Comunicación en amplio sentido de la palabra..."
<b>E.7-SAC:</b> "...el intercambio comunicativo, lo que sin duda nos permite llevar a las interacciones, establecer cualquier tipo de interrelación, por lo tanto, es absolutamente

relevante para cualquier persona...”.
<b>E.8-SAC:</b> “Es vital. Es fundamental. Ahora, si nosotros valoramos como acción comunicativa todo lo que es forma de expresión, no solamente la verbal, ¿no cierto? Entonces, porque justamente hay un estilo comunicativo que tiene una persona con esquizofrenia. Un estilo comunicativo que justamente es poco comunicativo, (...) que hay expresiones físicas que van acompañando a la comunicación que a veces te reemplazan frases, palabras (...) porque psicopatológicamente, el lenguaje verbal está alterado, es un lenguaje verbal que tiene muchas digamos modificaciones y variaciones de lo que es el uso normal que nosotros le damos al lenguaje verbal. Entonces, las personas con esquizofrenia pueden tener alterado lo que es el flujo de su el ritmo de su lenguaje y hablar mucho de forma digamos, verborreica, y no esperar feedback y hablar y hablar, como también hay personas que no hablan nada, no cierto, que es el mutismo y también hay personas que hablan en forma disgregada, incoherente...”.
<b>E.9-SAC:</b> “...entendiendo el acto comunicativo en una dimensión más de sentido (...) comunicación... entendida... sí, en su amplio sentido, su desempeño social incluida la comunicación en todas sus formas que está presente en muchos de los actos comunicativos de las personas que sufren trastornos psiquiátricos severos, especialmente esquizofrenia...”.
<b>E.10-SAC:</b> “...el mundo del esquizofrénico es distinto al nuestro, o sea en el sentido que es un mundo cerrado en sí mismo (...) Son pacientes que tienden como a conectarse no hacia el exterior sino más bien así mismo, y esto le da por supuesto una cierta enajenación comunicacional”.
<b>E.11-SAC:</b> “Importante y complejo, justamente dependiendo también en qué etapa de la patología está. Si una persona que está en etapa aguda de la enfermedad, obviamente que la comunicación va a ser más compleja, porque va a estar interferida por los delirios, por las alucinaciones. O sea, en el fondo la persona está completamente interferida, entonces comunicarse a veces es bastante complejo, pero justamente es muy importante porque uno a través de esta comunicación también puede detectar riesgos que puede estar teniendo una persona o el entorno donde se desenvuelve. Entonces, obviamente que sí es importante esta comunicación (...) Entonces, uno puede de todas maneras comunicarse bastante mejor que en otros casos”.

### **Resultados de la categoría perspectiva comunicativa, subcategoría significado del acto comunicativo**

En primer lugar, se pueden apreciar en los resultados los conceptos que los profesionales poseen del acto comunicativo. En este apartado, se destaca que dichos

profesionales mencionan a la interacción como un proceso entre las personas que trasciende el mero intercambio de mensajes o a la expresión oral, y que ocurre en un contexto. Estas consideraciones se pueden observar en los entrevistados E.1-SAC, E.3-SAC, E.4-SAC, E.5-SAC, E.6-SAC, E.8-SAC y E.9-SAC. Complementario a lo anterior, en la entrevista E.6-SAC, por ejemplo, se observa que el profesional explicita “la comunicación no me lo estoy sesgando con comunicación con lenguaje”. Además, se destaca la gran relevancia que le otorgan algunos de ellos al proceso comunicativo, lo cual se vislumbra en los entrevistados E.4-SAC, E.5-SAC, E.6-SAC y E.8-SAC. Cabe destacar, que en el entrevistado E.4-SAC, señala que al momento de comunicar se generan cosas recíprocamente.

A diferencia de aquellos entrevistados que consideran el acto comunicativo como un proceso más bien completo, la entrevista E.10-SAC se aprecia que el profesional considera solo una parte de lo que implica la comunicación, que es el intercambio de mensajes con las personas. Esto se puede observar cuando menciona: “...un mundo cerrado en sí mismo” y “...conectarse no hacia el exterior, sino más bien, así mismo”.

En segundo lugar, se puede observar que el entrevistado E.11-SAC, otorga el significado al proceso comunicativo en las personas con esquizofrenia. Este lo caracteriza como una “comunicación interferida” de acuerdo a las fases de la esquizofrenia. En la entrevista E.7-SAC, se observa que el profesional entrevistado le otorga la misma relevancia a la comunicación, tanto en personas con esquizofrenia o sin este diagnóstico, sin destacar las dificultades comunicativas que poseen las personas con ese diagnóstico.

### **Discusiones de la categoría perspectiva comunicativa, subcategoría significado del acto comunicativo**

Por un lado, cuando los profesionales mencionan que el acto comunicativo no se limita solamente a un intercambio de mensajes, coincide con el autor Habermas (1999), el cual señala que si bien la relación interpersonal puede generarse mediante medios verbales, también puede ocurrir con medios extraverbales. En relación a ello, la comunicación no

verbal, en las personas con esquizofrenia se caracteriza por carecer de contacto visual con su interlocutor. En la postura corporal, se aprecia una rigidez motora con posiciones incómodas, carente de una orientación (de cuerpo o mirada) y una distancia invasiva o muy lejana con el interlocutor (Salavera & cols., 2009). Por otro lado, el entrevistado E.6-SAC señala que no sesga la comunicación solamente al lenguaje. Esta consideración puede concordar con Gergen (2007), quien destaca que el lenguaje es la principal herramienta y, a través de él “alcanzamos nuestras metas, satisfacemos nuestros deseos, entre otros. Sin embargo, ningún lenguaje en ningún momento es suficiente” (p.316). Es decir, mediante el lenguaje no se puede comunicar todo lo que se desea.

Retomando el concepto de comunicación entre los sujetos, esta relación interpersonal se desarrolla en un contexto. Jiménez (2012) señala que la situación de habla se genera en el mundo de la vida o mundos socioculturales. Un punto relevante es la gran relevancia que los entrevistados le otorgan al proceso comunicativo, ya que la comunicación es el fenómeno que tienen los seres humanos más característico y generalizado que da el sustento sociocultural (Habermas, 1999) y gracias a esta comunicación igualmente se significan mundos (Giannini, 2007). Además, como se expuso en los apartados teóricos de la investigación, la acción comunicativa ayuda a desarrollar la recepción y reproducción cultural, integración social, y desarrollo de la personalidad y de la identidad personal (Habermas, 1999).

El concepto de reciprocidad que se puede apreciar en el discurso del entrevistado E.4-SAC, si bien no explícitamente, es un punto relevante. Giannini (2011) señala que la acción comunicativa permite que las personas puedan tratarse entre ellas en la experiencia que se tiene de la otra, “quien está ante mí es, por lo mismo, aquel ante quien yo estoy como ante otro que me está percibiendo cuando lo percibo. Percibir al otro es ya comunicarse con él en una relación de absoluta reciprocidad y actualidad” (p.189). Una acción comunicativa debe acompañarse de una reciprocidad, donde las personas que se conectan con sus subjetividades pueden ver y entrar entre ellas.

El entrevistado E.7-SAC, como se mencionó en el apartado de resultados, le otorgó la misma relevancia al proceso comunicativo a todas las personas. Sin embargo, las personas con diagnóstico de esquizofrenia, poseen dificultades comunicativas que las personas sin diagnóstico no. Por esta razón, dicho aspecto debe considerarse primordial en los sujetos que tengan alteraciones.

Por último, se destaca que los profesionales, unos de manera más explícita que otros, manifestaron una relevancia en el proceso comunicativo, además de cómo este se presenta. Le adjudicaron al acto de la comunicación una relevancia en el proceso de constitución humana, como por ejemplo, generar espacios de encuentro, vínculo e interacción entre los sujetos. Por lo tanto, reconocen que existe una importancia en este proceso como un agente que humaniza a la persona con esquizofrenia.

A continuación, se aborda la subcategoría de la ejecución del acto comunicativo, en la cual los profesionales mencionan cómo se comunican con los usuarios en su quehacer terapéutico. Los resultados de los discursos se presentan en las siguientes tablas.

## Subcategoría 2

**Ejecución del acto comunicativo:** forma en que los profesionales realizan los actos comunicativos con las personas con esquizofrenia (EAC).

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-EAC:</b> "...me parece que la acción comunicativa tiene que ser lo más natural posible y lo más normalizada entre comillas, que tampoco es una palabra que me guste mucho, pero no se me ocurre otra para decir, que tiene que ser para las actividades de la vida cotidiana, o sea, en el fondo idealmente en la vida cotidiana..."
<b>E3-EAC:</b> "...la paciencia es una cuestión clave, evitar la ansiedad ¿cachai?, como evitar la instrumentalización de la relación ¿cachai? y dejar que las cosas fluyan. Así, aunque suene como muy hippie, pero darle tiempo a los procesos ¿cachai?, pa' que se generen conexiones entre las personas.... Mi acercamiento ha sido igual privilegiado ¿cachai?, porque he podido compartir espacios de acción social..."
<b>E.4-EAC:</b> "...para mí hay elementos interesantísimos en la comunicación, que el desarrollo de la relación terapéutica con mi autoconocimiento, mi autoconciencia de qué

me pasa a mí con este otro y cómo yo puedo apoyar en su desarrollo... en este desarrollo de relación terapéutica a este otro, pero comunicándome como me comunicaría con cualquier otro haciendo el alcance de la distinción de las fases de la enfermedad en la que se encuentra la persona...”.

**E.5-EAC:** “...mostrarse a sí mismo cómo es, y eso las personas lo perciben. Y las personas cuentan contigo y tú estás con ellas. Si tú te muestras auténtico con ellos, significa que tú también vas validar la manera de ser de ellos...”.

**E.6-EAC:** “...solamente con el respeto, creo que esa es la clave en términos del todo lo que es la rehabilitación y de saber leer al otro...”.

**E.8-EAC:** “Entonces, en esto de la acción comunicativa a uno le sirve para ir llegando más a la profundidad de la persona, que mejor que adaptarse al lenguaje que la persona tenga al modo de comunicarse para entender plenamente qué le está pasando, y no como otros profesionales que siempre lo tratan de llevar constantemente a la normalidad, normalidad ... y eso los constriñe de tal manera que al final la comunicación no se da (...) entonces es mejor salirse e ir llegando a ese contexto, meterse en esa realidad de entender qué está pasando, por qué esa lógica. Esa es digamos la experiencia”.

**E.9-EAC:** “...en la medida que los equipos terapéuticos establezcan con él (*persona con esquizofrenia*) una relación de respeto, en que la comunicación también sea una comunicación que promueva una cosa tan simple como el reconocerse como un otro válido, tan válido como los miembros de un equipo terapéutico, con los cuales se puede reír de igual a igual, a los que le puede hacer una broma, con los que puede compartir un cigarro... que no es muy sano pero en fin...con los que se encuentra en algo que hacen juntos, que es trabajar en estar mejor, pero que no son unos otros superiores que le otorguen su tiempo para... sino una serie de elementos que sean en la relación y que te hablan de tu valor personal, de tus posibilidades personales, de tu plena validez y de la posibilidad de tu esfuerzo por estar mejor en un proyecto de vida significativo, eso hace un camino que constituye un espacio de sentido, en el cual las acciones, las interacciones, las comunicaciones se van ordenando en una dirección que es la recuperación”.

**E.10-EAC:** “Yo no trabajo en terapias individuales. Yo lo trabajo a través de la rehabilitación. Y eso se consigue dándole al paciente una estructura real, un mundo real en el cual se puedan comunicar”.

**E.11-EAC:** “...con bastante más disposición a escuchar que hablar yo en el fondo. Porque, como te decía antes, a través de lo que expresa la persona, independiente de que esté psicótico, que esté con su lenguaje, cierto disgregado, uno igual obtiene o saca elementos que le sirven para un poco entender más lo que le está pasando (...) en el sentido de tener como la tolerancia también de escuchar y de tratar de entender. Porque la verdad que a veces, la persona puede comunicar ciertas cosas y a lo mejor el equipo de salud no toma mucho en cuenta lo que la persona dice (...) la verdad, es que si uno pone bastante atención, trata de sobretodo cuando está muy agudo de mantener la

conversación, de ir indagando a través de lo que la persona manifiesta. O sea, tiene bastante información que es muy valiosa para el diagnóstico, un poco para saber lo que le está pasando, para poder determinar riesgos (...) la verdad es que si uno pone atención, puede realmente obtener datos que te sirvan para tener más cuidado por último. Para prevenir eventos más graves”.

### **Resultados de la categoría perspectiva comunicativa; subcategoría ejecución del acto comunicativo**

La forma en que los profesionales se comunican con las personas con esquizofrenia, para algunos es considerada natural, llevada a la cotidianeidad, o tratando que sea lo más normalizada posible por parte del profesional. Esto se puede observar en las entrevistas E.1-EAC, E.4-EAC y E.5-EAC. Además, en los otros discursos, surgen los conceptos de paciencia y respeto hacia el otro, como se puede leer en las entrevistas E.3-EAC, E.6-EAC; igualmente, el entrevistado E.9-EAC, también considera el respeto en el acto comunicativo y, además, explicita que se debe tomar en cuenta a la otra persona como un igual, tan válido como él para “trabajar en estar mejor” y conducirse hacia la recuperación. Luego, se puede observar que el entrevistado E.11-EAC menciona “la disposición a escuchar”. El entrevistado E.10-EAC, por su parte, menciona el “llevar a un mundo real donde se puedan comunicar”. Por último, el entrevistado E.8-EAC, rescata que gracias a la comunicación puede llegar a la “profundidad de la persona” y agrega luego, que él se adapta al lenguaje de la persona, en vez de llevarlo a la normalidad.

### **Discusiones de la categoría perspectiva comunicativa, subcategoría ejecución del acto comunicativo**

Es importante que cuando el profesional se comunique con las personas con esquizofrenia, tenga una disposición de ir al encuentro de este y pueda acceder al reconocimiento del otro. Para poder reconocer al otro como un igual, la relación interpersonal tiene que darse de manera horizontal, ya que el receptor no es una ‘cosa prevista’, como menciona Giannini (2007): “es como yo, un sujeto a quien cedo la iniciativa por el hecho

mismo de hablarle” (p. 29). El entrevistado, E.9-EAC coincide con lo mencionado anteriormente, el cual otorga una importancia a todos los aspectos señalados. Asimismo, los demás entrevistados también poseen la noción de que la manera de ejecutar el acto comunicativo debe llevarse de una manera lo más natural posible.

Sumado a lo anterior, otro punto en discusión en esta subcategoría, es la relevancia de la forma en que los profesionales ejecutan la acción comunicativa en el contexto clínico-terapéutico con las personas con esquizofrenia. La modalidad de intercambio comunicativo que dichos profesionales generen va a influir en el resultado terapéutico posterior, y en el desarrollo de la persona. En relación a esto último, las personas con esquizofrenia al estar expuestas cotidianamente a diversos contextos terapéuticos, y vinculados a distintas redes de salud mental, estas pueden generar un intercambio comunicativo que objetive a estas personas, quitándole su subjetividad, por lo tanto, privándolos de lo que los conforma como seres humanos. A partir de ello, el proceso comunicativo no logra generarse de manera óptima, ya que no puede haber reciprocidad comunicativa si existe un intercambio de sujeto a objeto. Además, el profesional renuncia a su subjetividad al objetivar a otro, como lo plantean Kottow y Bustos (2005), ya que deshumaniza dicho momento en que se cosifica al otro. Frente a esto, se produce una incomunicación, ya que no se vislumbraría aquella disposición sincera que genere las instancias de reciprocidad que menciona Giannini (2007). El entrevistado E.8-EAC da cuenta de este aspecto, reconociendo que hay ocasiones donde el profesional, al momento de abordar al sujeto con esquizofrenia, intenta llevarlo a la normalidad, pero a su vez, lo limita en su expresión, por lo que no se produce una real acción comunicativa.

Debido a lo anterior, es tarea del profesional tener como eje principal en su terapia el propiciar y generar un ambiente comunicativo adecuado en todo momento que propicie una interacción natural y fluida, tanto verbal como no verbal entre los interlocutores. De modo que se le permita a la persona con esquizofrenia transitar hacia una rehabilitación integral de la mejor manera posible. Habrá ocasiones en que este proceso se vea dificultado por las distintas fases de la condición de esquizofrenia en que se encuentre la persona. Sin embargo, el profesional debe facilitar un puente comunicativo adecuado para ir al encuentro de la otra persona y así establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Por último, la tercera subcategoría relaciona la importancia que los profesionales otorgan a la rehabilitación de acto comunicativo en las personas con esquizofrenia. Los resultados se exponen a continuación.

### Subcategoría 3

**Rehabilitación del acto comunicativo:** importancia que los profesionales le dan a la recuperación comunicativa en las personas con esquizofrenia (RAC).

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-RAC:</b> "...yo creo que la rehabilitación a nivel comunicativo puede ayudar a reparar y revertir ese proceso ( <i>proceso de convertirse en paciente psiquiátrico</i> ) que para mí no es poco, me parece que es súper intenso, tiene una potencia muy grande..."
<b>E.2-RAC:</b> "...yo no veo el problema por ese lado. Ehhh, yo creo que más que... (pausa) yo creo que la comunicación puede servir para dejar tranquilos a las otras personas respecto a lo que, a la persona con esquizofrenia"
<b>E.3-RAC:</b> "Rehabilitación de la comunicación, eso es como, sí, o sea por lo que...entiendo así como las habilidades para la vida, y que incluyen como comunicación y socialización..."
<b>E.4-RAC:</b> "...hay habilidades sociales que ellos a lo mejor por manifestación de su enfermedad nunca desarrollaron, como la expresión verbal así tal cotidiana como la que estamos teniendo nosotras, a lo mejor desde el léxico (...) sin duda que yo creo que habría que realizar rehabilitación en el ámbito de la comunicación, porque hay elementos muy básicos en la comunicación que a lo mejor ellos no tienen desarrollado por expresión de su enfermedad..."
<b>E.5-RAC:</b> "...hay muchas cosas en comunicación ( <i>que deben rehabilitarse</i> ), claramente que sí. O sea, se me vienen a la mente muchos ejemplos, pero a los chiquillos, les digo chiquillos a las personas que tienen una... les cuesta mucho comunicarse y decir las cosas que quieren y cómo decirlas..."
<b>E.6-RAC:</b> "...yo le agregaría que la comunicación y la cognición. La comunicación por lo que hemos conversado, por el impacto que tiene en la reinserción, por el impacto que tiene en la conducta social, por todo lo que significa si nosotros somos seres sociales. Y eso nos define como tenemos que tener algo pa` ponernos en común..."
<b>E.7-RAC:</b> "Primordial en base a todo lo anterior, es decir, si la base de todas las interacciones, las interacciones nos permiten a nosotros como sociedad construirnos, sin duda que la comunicación es extremadamente relevante a la hora de la inserción"
<b>E.8-RAC:</b> "...yo la veo unida a la rehabilitación psicosocial completa...Es relevante completamente, pero no la puedo rehabilitar en forma aislada..."

**E.9-RAC:** “...yo creo que sí, que la rehabilitación psicolingüística, por decirlo así en la comunicación, sería un aporte importante sin duda...”.

**E.10-RAC:** “Sí, absolutamente relevante. Si tú puedes sacar al paciente esquizofrénico de su mundo interior y volcarlo hacia afuera es importante para los pacientes”.

**E.11-RAC:** “Es que tal vez, rehabilitación de la comunicación...yo creo que lo vemos como de forma diferente. Ustedes y yo desde mi punto de vista, porque yo no siento que uno rehabilite la comunicación, o sea siento que uno rehabilita la capacidad de desenvolverse de la persona, porque no necesariamente la comunicación está alterada, lo que pasa es que está interferida (...) Entonces, en ese sentido rehabilitación, a lo mejor, en el sentido de poder comunicar mejor lo que le pasa. Tal vez. Como de aprender, pero más desde un punto de vista psicológico. No sé si, ahí me explico. Pero en el fondo no lo veo como que tenga que tener una rehabilitación como de la comunicación, insisto desde el punto de vista físico. Sino más bien como de adquirir herramientas, más bien psicológicas”.

### **Resultados de la categoría perspectiva comunicativa, subcategoría rehabilitación del acto comunicativo**

En los resultados de esta subcategoría se puede observar la importancia que le dan a la rehabilitación del proceso comunicativo la mayoría de los profesionales. Dicha rehabilitación, también se realiza a favor de otros procesos, como se menciona en la entrevista E.1-RAC. Además, esta rehabilitación no se considera de manera única, sino que asociada a otros aspectos, por ejemplo, la rehabilitación de la cognición, como señala el entrevistado E.6-RAC o una “rehabilitación psicosocial completa”, señalado por el entrevistado E.8-RAC. El entrevistado E.11-RIC, a pesar de señalar que no aprecia que se realice una rehabilitación comunicativa, sí menciona a “la capacidad de desenvolverse de la persona”, lo cual da cuenta igualmente de un aspecto comunicativo.

## **Discusiones de la categoría perspectiva comunicativa, subcategoría rehabilitación del acto comunicativo**

Tomando en cuenta que las personas con esquizofrenia poseen diferentes características y dificultades en su comunicación (Salavera, Martínez & Barcelona, 2009), se hace pertinente trabajar en esta área. Además, es importante considerar, tal como se menciona en algunas de las entrevistas, un abordaje de otras áreas, como la cognición, considerando que las personas con esquizofrenia también poseen dificultades en dicho ámbito (Anderson, 2009). Asimismo, muchos de sus problemas comunicativos son resultado de sus dificultades cognitivas, especialmente en las funciones ejecutivas, como la autorregulación de la conducta, la flexibilidad mental, entre otras. Estos aspectos influyen directamente en la comunicación. Un tratamiento completo, por tanto, incluye, como surge en el discurso de un entrevistado, la “rehabilitación psicosocial completa”, lo cual permitirá tener un tratamiento y abordaje integral (MINSAL, 2009).

Por otro lado, el abordaje de la comunicación debe ser considerado al momento del tratamiento de las personas con esquizofrenia, lo cual es mencionado y respaldado por la Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia (2009). Dicha guía señala que las habilidades sociales permiten el desarrollo de habilidades que son específicas y que facilitan el desempeño en interacciones sociales, por ejemplo, comunicación no verbal, establecimiento de pautas conversacionales, entre otras. Por esta razón, los profesionales que trabajen en el abordaje de estas personas, no pueden estar ajenos a esta temática.

En el momento en que una persona es diagnosticada con esquizofrenia, existen varios aspectos que inciden en ella, comenzando con el rótulo lingüístico que su entorno le entrega. Esto quiere decir que en lugar de centrarse en los aspectos constitutivos de la misma, existe foco de atención solo en las características lingüísticas alteradas. Por esto, es necesario que la familia, amigos y sociedad superen este rótulo, generando espacios intersubjetivos para el desarrollo de la nueva identidad de la persona, a través de un nuevo estilo comunicativo. Por esta razón, es relevante que el profesional sea capaz de identificar aquella etiqueta negativa

que se creó en torno a la persona, además de los tratamientos que condicionan este aspecto. Por lo tanto, en el contexto clínico-terapéutico, la rehabilitación comienza en el instante en que se le devuelve a la persona con esquizofrenia la posibilidad de reconocerse y ser reconocida como interlocutora. De esta forma, se le permite al sujeto hacer uso del espacio comunicativo, y a su vez, posicionarlo en diferentes contextos que requieren diversidad de estilos comunicativos.

### 3.1.4.- Categoría intersubjetividad

La presente categoría hace referencia al reconocimiento que una persona posee de otra al compartir situaciones y significados en instancias de comunicación. A continuación, se presentan las citas más representativas de los discursos de los entrevistados.

<b>INTERSUBJETIVIDAD</b>
Reconocimiento del otro como sujeto en el espacio cotidiano, donde se comparten, construyen y proyectan significados del mundo a través de la comunicación (I).

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-I:</b> "...la intersubjetividad también está muy ligada a la relación o al vínculo que nosotros construimos. En el proceso de rehabilitación debiese, no está establecido así, pero desde mi perspectiva debiese existir un proceso de co-construcción en todo sentido: o sea, co-construcción de la demanda...".
<b>E.2-I:</b> "Entonces, si reducimos la conducta a lo intersubjetivo, dejamos fuera una gran parte de las relaciones de interacción".
<b>E.3-I:</b> "...yo creo que la intersubjetividad no existe sin un objetivo ¿cachai?, no existe así como porque sí, así como hola yo soy X y tú no sé quién eres, eh, conozcámonos ¿cachai? sepamos quiénes somos ¿cachai?, unamos nuestras mentes".
<b>E.4-I:</b> "... el concepto que manejo de intersubjetividad es: yo tengo un espacio subjetivo ¿cierto? Ese espacio se cruza con tú espacio subjetivo y con el tuyo y eso es la intersubjetividad...".
<b>E.5-I:</b> "Intersubjetividad. También es importante, todo es importante, pero sí. No se consigue una rehabilitación solo o porque al hablar de intersubjetividad hablamos como el hecho de la relaciones sociales y todo eso ¿no? No se consigue una rehabilitación a alguien solo como, por ejemplo, que yo pesque a alguien y lo atienda en una consulta y esa sea mi estrategia de intervención, es bien poco, lo que va a pasar, a lo más la persona va a tener ciertas estrategias para tener un mejor autocuidado, para reflexionar en algunas cosas, pero es muy poco lo que se va a obtener desde el lado del diagnóstico

psiquiátrico...”.
<b>E.6-I:</b> “Yo me caso con la intersubjetividad, un sujeto que no desarrolla esa capacidad intersubjetiva de inferir, de ponerse en el lugar del otro, difícilmente va a desarrollar el lenguaje y la comunicación de la manera que se espera que lo desarrolle pa` ser un ente social”.
<b>E.7-I:</b> “La intersubjetividad es uno de los aspectos que en estos sujetos fallan. Las referencias, las funciones referenciales, todos los aspectos relacionados con lo mismo, con la pragmática que estábamos hablando, en este sujeto se ve alterado...”.
<b>E.8-I:</b> “Entonces, yo tengo como esa doble subjetividad en torno a lo que realmente pienso de acuerdo a mis ideas y, también, como armo una presencia para los demás”.
<b>E.9-I:</b> “( <i>la intersubjetividad</i> ) Es un tema que hay que trabajar más profundamente para que genuinamente se dé, y requiere una forma de relación, de estar juntos, requiere un tiempo de estar juntos, requiere una definición de objetivo compartido, valioso para ambos...”.
<b>E.10-I:</b> “Sí, cuando el paciente...una verdadera rehabilitación incluye obviamente un aspecto de comunicación con los demás. Un aspecto de subjetividad no dirigida hacia sí mismo, sino que dirigida el otro. O sea, que lo subjetivo sea al servicio de la comunicación con el otro”.
<b>E.11-I:</b> “...en esta relación que se produce entre la persona y yo, obviamente que tener en cuenta toda esta cosa que es más bien subjetiva. Y la verdad es que a través de eso, uno logra también conocerlos mejor, y poder determinar mejor cómo trabajar con la persona”.

### Resultados de la categoría intersubjetividad

Los entrevistados E.1-I, E.3-I, E.5-I, E.6-I, E.8-I, E.9-I, E.10-I y E.11-I presentan discursos enlazados a la definición de intersubjetividad. Mencionan, por ejemplo, el tiempo adecuado para que se produzca, algún objetivo en común, la relación con el vínculo, la importancia del reconocimiento y empatía con el otro para desarrollarse como ente en la sociedad, la construcción de sujetos sociales y el servicio de la comunicación con el otro. En el contexto de la rehabilitación, señalan que debe ser un proceso de co-construcción, que valore el lenguaje y la comunicación, que determine mejor el abordaje hacia la persona con esquizofrenia, al producirse de igual manera la intersubjetividad entre terapeuta y el usuario.

El entrevistado E.4-I reconoce que la intersubjetividad es el resultado del entrecruzamiento de dos espacios subjetivos generados por sujetos. Aunque el entrevistado E.5-I demuestra cierto desconocimiento al definir la categoría, de igual manera su discurso tiene valor al referirse sobre las relaciones sociales y que la intersubjetividad es aplicada en el contexto de rehabilitación. Sin embargo, el entrevistado E.2-I alude más bien a una imprecisión sobre el concepto, ya que al mencionar la interacción de los sujetos, lo hace sin otorgar valor al proceso de intersubjetividad. Por último, el entrevistado E.7-I señala su visión del concepto de forma acotada, ya que solo describe características de tipo lingüísticas en las personas con esquizofrenia, por lo que no entrega información asociada a la construcción de la definición.

### **Discusiones de la categoría intersubjetividad**

Como se indicó más arriba, los entrevistados E.1-I, E.3-I, E.5-I, E.6-I, E.8-I, E.9-I, E.10-I y E.11-I, demuestran conocimiento sobre esta temática al observar que sus discursos aluden a la definición de intersubjetividad que plantea Schütz (1974). Por un lado, la intersubjetividad requiere de una interacción, donde cada situación interactiva necesita de un contacto intersubjetivo (cit en Rizo, 2012). Por otro lado, considera la comunicación entre los sujetos, quienes se hablan y se escuchan, en un espacio y tiempo compartidos. Esto se complementa con lo planteado por Rizo (2012), quien añade que dichos sujetos, los cuales habitan en un contexto social, experimentan y comparten experiencias intersubjetivas en el mundo conocido. Del mismo modo, el entrevistado E.4-I coincide con Giannini (2007) en cuanto al espacio en la intersubjetividad, la cual es entendida como un espacio de encuentro, donde los participantes acceden al reconocimiento del otro y se construyen mutuamente.

En el caso del entrevistado E.5-I, aunque no interioriza que conoce la temática, de todas formas sí representa la intersubjetividad al aplicarla en el contexto terapéutico. Para finalizar, se destaca que los planteamientos de los entrevistados E.2-I y E.7-I no concuerdan con la bibliografía de la investigación, por lo que se vislumbra una falta de claridad respecto al concepto, lo que repercute de forma negativa en la rehabilitación de la persona con esquizofrenia, ya que se generan relaciones de interacción de tipo verticales, en las cuales no

se dan espacios de encuentro entre el sujeto y el terapeuta. Asimismo, si el profesional delega la intersubjetividad a la otra persona en su totalidad, no se fomenta la oportunidad de generar reciprocidad, la cual promueve el espacio intersubjetivo entre ellos.

### 3.1.5 Categoría perspectiva de la dimensión moral

Esta quinta categoría hace alusión a las concepciones que poseen los profesionales que se desempeñan en servicios de salud mental en relación a las creencias y valores que posee una persona, puesto que ello contribuye a la autorrealización. Por esta razón, en esta categoría se abordan los procesos que ayudan a la constitución del sujeto, la posibilidad ciudadana, la autonomía y la realización personal que presentan las personas con esquizofrenia. Esta reinserción social, considera tanto los fines individuales como los logros alcanzados en sociedad (Chuaqui, 2008). Así, uno de los fines que persigue el sujeto es la autonomía económica, considerando sus valores e ideas para el logro de metas realistas a un largo plazo. Otro fin es que mediante la realización personal no se juzga a la persona en términos valóricos ni éticos, permitiendo, entonces, que la persona se realice personalmente en la interacción con el sistema al respetar su individualidad (Chuaqui, 2008).

A continuación, se presentan las citas más representativas de la subcategoría de procesos de constitución del sujeto extraídas desde los discursos de los entrevistados.

#### Categoría 5

<b>PERSPECTIVA DE LA DIMENSION MORAL</b>
Planteamiento de los profesionales de salud mental, en relación a los valores y creencias con las que la persona tiene un compromiso sólido, permitiendo la formulación del proyecto de vida propio.

#### Subcategoría 1

<b>Procesos de constitución del sujeto:</b> procesos de reconocimiento de la individualidad del sujeto gracias a la presencia de otros sujetos y las cosas del mundo real (PCS).
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-PCS:</b> “La ética, también es un asunto absolutamente relevante desde la concepción misma de ese sujeto, o sea, estamos hablando de una persona que como tú dices ha sido diagnosticada con esquizofrenia por otro, o sea, ese otro ha hecho que eso sea una característica de este sujeto. Ahora, esto no significa que sea un proceso identitario que es lo que efectivamente sucede”.
<b>E.2-PCS:</b> “La conducta, en la sociedad existen tres tipos de normas: las normas del deber ser o normas ideales, las normas teóricas que es la conducta más frecuente que tienen las personas, y las normas reales que es la conducta de todos (...) cuando se pone énfasis en la conducta moral, se está poniendo énfasis en la conducta en cómo la gente debe actuar y en eso hay mucho más consenso. Pero si se busca que la persona actúe como debe actuar, cosa que no se le exige de la misma manera al resto de las personas, se lo va a estar transformando en un arquetipo, es decir, en una persona que en cierto sentido no es normal de acuerdo a lo que ocurre en la sociedad”.
<b>E.3-PCS:</b> “Pero solamente llegando a ello en términos de colaborador en una lucha social he podido acceder directamente a su, como a su sustancia moral, ¿cachai? como a lo que ellos quieren de la vida, lo que a ellos les preocupa, lo que ellos experimentan como una injusticia, lo que ellos definen como un enemigo y lo que ellos definen como lo que tienen que hacer y lo que tiene que cambiar”.
<b>E.4-PCS:</b> “...entonces, qué pasará con el aspecto del desarrollo moral de esa persona, o sea, completamente vulnerado y disminuida la persona a la mínima expresión y, entonces, en ese modelo ( <i>custodial</i> ) el desarrollo moral como que no tiene mucha cabida, porque esta persona enferma no tiene derecho a nada, por lo tanto, tampoco cuestionar nada ni a pensar ni reflexionar nada. Afortunadamente, hoy con el modelo por lo menos teórico o la brecha entre la teoría y la práctica, se aborda, se da espacio al derecho, al deber del usuario o de la persona que tiene la enfermedad, se da espacio al empoderamiento del usuario, a que la persona pueda decidir sobre sí misma tiene algo que decir en relación a su enfermedad. Por lo tanto, ahí el desarrollo moral pleno”.
<b>E.5-PCS:</b> “Nuestro espacio era para eso, era como un espacio para sacar todo... las partes sanas de las personas, quizás el arte, el deporte o el oficio, hacer algo, y ya no me presento... mi identidad no es «soy Juanito Pérez y tengo esquizofrenia», sino que mi identidad es «soy Juanito Pérez y escribo» o «juego fútbol y me gusta la música tanto, o toco este instrumento». Ahí hay otra cosa, hay una construcción de identidad diferente y eso a las personas les da ya otra manera de presentarse ante la sociedad, y por otro lado, también la sociedad, cómo yo también impacto en eso, en la sociedad”.
<b>E.6-PCS:</b> “Si uno se mete en términos, por ejemplo, si uno quisiera verlo la luz del psicoanálisis, la construcción de la identidad o del self como tú lo quieras llamar, dependiendo si estás tomando a Freud o al que tú quieras, el lenguaje es una manifestación y todo lo de nosotros es una manifestación de lo que tú estás haciendo. El

yo se construye y se co-construye con los otros, es decir, tú vas construyendo tu propia imagen y los otros te están retroalimentando positiva o negativamente en relación a esa imagen”.

**E.8-PCS:** “Yo creo que personalmente, así en el proceso de desarrollo individual, no la veo claro. Yo lo que sí veo es que se da mucho en la relación con el otro porque, por ejemplo, las acciones comunicativas como, por ejemplo, usar un neologismo, muchas veces la persona, este, le da un sentido tan particular, que no es aplicable al mundo de la realidad. Pero sí los otros se lo hacen ver y los otros de cierta forma lo asumen como una característica de esta persona. Entonces, allí la persona se va a identificar. Va ir logrando una construcción, a partir de decir «bueno, yo soy una persona que a lo mejor hablo de una forma distinta», pero en la medida que se vaya dando, digamos el feed-back con el otro, no creo que pueda construirse una identidad por ser sí mismo a través de las acciones comunicativas. Porque generalmente las personas se dan la identidad a sí mismo a través de lo que son las posesiones de su propia imagen...”.

**E.9-PCS:** “*(el acto comunicativo y la construcción de identidad)* O sea, están intrínsecamente relacionadas, se construye la identidad, se construye en la relación (...) Tu autoimagen, tu mirada tiene que ver con lo que ocurre en tu relación con otros. O sea, el otro te valida, o no te valida desde que te escucha, te presta atención, desde que te pregunta, o sea, cosas tan básicas, te mira, no te mira; te responde, no te responde”.

**E.10-PCS:** “El nombre esquizofrenia viene de fragmento, o sea, la esquizofrenia es un yo fragmentado, y por lo tanto, los pacientes que sufren esta enfermedad tienen una fragmentación del yo. O sea, no es un yo, sino que son varios yo fragmentados que persisten en un contexto psicótico”.

**E.11-PCS:** “La persona tiene igual construida su identidad, o sea, no creo que uno pueda cambiarla mucho. Siento que ya tienen su identidad, o sea, que obviamente a lo mejor a través de esto yo puedo hacer que él a través de la comunicación que la persona comprenda que tiene esta patología, que aprenda a vivir con esta identidad a lo mejor de ser una persona portadora de esquizofrenia”.

### **Resultados de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría proceso de constitución del sujeto**

En primer lugar, los entrevistados E.1-PCS y E.5-PCS indican que el proceso de identidad de la persona se asocia a la asignación del diagnóstico, es decir, que el sujeto, su familia y/o cercanos lo consideran como una característica del mismo. Por su parte, el entrevistado E.2-PCS alude a las diferentes tipos de conductas morales que existen en la sociedad y cómo a algunas personas se les exige que las cumplan mientras que a otras no. Otro

aspecto que aparece en esta categoría, lo plantea el entrevistado E.4-PCS, al señalar que el desarrollo moral se ha visto influenciado por el modelo custodial (enfoque biomédico) que lideró en Chile durante muchos años, y en menor medida en la actualidad. Por otro lado, los entrevistados E.3-PCS, E.6-PCS, E.8-PCS y E.9-PCS, mencionan y valoran que la construcción de la identidad de una persona se desarrolla en la relación con otros. Sin embargo, el entrevistado E.11-PCS refiere que la identidad ya viene construida y difícilmente puede ser cambiada. Finalmente, el entrevistado E.10-PCS hace alusión a la fragmentación de la identidad de la persona, basándose en la procedencia etimológica de la palabra esquizofrenia.

### **Discusiones de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría proceso de constitución del sujeto**

Dentro de lo que se puede discutir, se destaca que los entrevistados E.3-PCS, E.6-PCS, E.8-PCS y E.9-PCS coinciden en que la construcción de la identidad de las personas se genera a partir de la relación que establece con otros. Esta afirmación coincide plenamente con lo encontrado en las fuentes bibliográficas donde se sostiene que las relaciones sociales constituyen una parte vital del sistema de construcción de la persona, al igual que las pruebas a las que se someten sus constructos dentro del sistema social (Kelly, 1955; cit en Puhakka, 2002). Así, una persona puede configurar su proceso identitario gracias a estas relaciones interpersonales, las cuales influyen en sus propias percepciones del yo y cómo este se posiciona en la sociedad. De este modo, y tal como lo plantea Echevarría (1995), el autoconcepto del sujeto frente a la sociedad se entiende como “una estructura de identidades organizadas en una jerarquía, conformadas como conjuntos internalizados de expectativas de valor que cumplen una doble función de organización y motivación que integra las explicaciones y sentidos que el sujeto hace de las relaciones entre los sucesos relevantes y proporciona dirección a su accionar” (Echevarría, 1995; cit en Cerda, 2006:4). Igualmente, las decisiones o acciones que la persona realice en su contexto social estarán determinadas por la configuración de su identidad.

De modo inverso, el entorno social también influye en estos procesos, ya que como menciona el entrevistado E.4-PCS, el sistema custodial impuesto en Chile durante varios años ha sido determinante en algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia que han pasado por el sistema de salud, ya que al ser diagnosticadas e ingresadas al sistema eran cosificadas, lo cual minimizaba sus potencialidades y lo convertía en sujeto de protección (Kottow & Bustos, 2005). Lo anterior, coincide con lo mencionado por los entrevistados E.1-PCS y E.5-PCS, los cuales relacionaban el diagnóstico de esquizofrenia con la pérdida de identidad de los sujetos al considerar esta condición psiquiátrica como una característica, es decir, en lugar de referirse a la persona con esquizofrenia por su nombre, se decía “la esquizofrénica” o “el esquizofrénico”. Sumado a esto, el entrevistado E.10-PCS deja de manifiesto su enfoque biomédico al darle importancia al aspecto clínico de la condición, en lugar de enfocarse en los aspectos subyacentes de la misma. Esta situación se concebía inicialmente en los senos familiares y se replicaba en los servicios de salud, lo cual no contribuía al desarrollo de la identidad de los sujetos. Favorablemente, esta situación se ha ido revirtiendo en la actualidad gracias a las prácticas comunitarias que se han instalado en diversos servicios y a través de la formación teórica de los profesionales que se desempeñan en estos.

Por otro lado, el entrevistado E.2-PCS hace alusión a los distintos tipos de conductas morales que existen en la sociedad: las normas del deber ser o normas ideales, las normas teóricas que son la conducta más frecuente que tienen las personas, y las normas reales que son la conducta que las personas presentan. Según el entrevistado, la mayoría de las personas no respetan las normas morales y no reciben recriminación alguna al respecto. Por lo tanto, él considera ilógico que sí se considere como reprochable el incumplimiento de estas normas por parte de las personas con esquizofrenia. Al analizar esta situación, se observa que el entrevistado hace una reflexión acotada de la dimensión moral abordada en la pregunta, ya que se centra solo en el concepto de juicio moral expuesto por Kohlberg (1976; cit en Grimaldo, 2007), el cual se entiende como un modo de evaluación prescriptivo de lo bueno y de lo recto de una acción. De forma complementaria, Palomo (1989; cit en Grimaldo, 2007) señala que el juicio moral es considerado un proceso cognitivo que permite al sujeto reflexionar sobre sus propios valores y ordenarlos en una jerarquía. De lo anterior, se desprende los aspectos que

guían las acciones de la persona, concierne a las decisiones que esta pueda tomar de acuerdo a las normas presentes en la sociedad y los juicios de valor que otorgue a su conducta.

Otra situación tiene relación con lo plateado por el entrevistado E.11-PCS, el cual expone que la identidad de la persona viene construida previamente y no puede ser modificada por terceros. A su vez, plantea que la comunicación puede ser un aporte en el proceso de aceptación de su condición, lo cual se corresponde con lo encontrado en la revisión bibliográfica. De acuerdo a esto, Páramo (2008) enfatiza que el lenguaje adquiere un rol importante para la construcción de la identidad del sujeto. Es decir, mediante el lenguaje como vehículo de la comunicación, se comienza a configurar la identidad social, ya que lo hace persona y le permite reconocerse así mismo a partir de lo que los demás dicen de ellas y de la diferenciación respecto de los demás.

Finalmente, se debe indicar que algunos entrevistados mencionan que la identidad de la persona se co-construye en las relaciones que establecen con otros, lo cual tiene directa relación con el concepto de intersubjetividad, es decir, si los profesionales siempre generan espacios de sujeto-objeto, la persona comienza a recibir el refuerzo de ser un ente objetivo, lo cual produce que se reconstituya su identidad previa en una nueva identidad cosificada. En esta situación, los profesionales desempeñan un rol fundamental, ya que al iniciarse la enfermedad se deben propiciar los medios para que el abordaje sea crítico y no se reemplace la identidad del sujeto por la del enfermo mental, y esta condición conforme a su identidad final. A su vez, lo anterior se fundamenta en los estilos comunicativos que se generan en la relación terapeuta-usuario, pues algunos pueden ser coartadores y causantes de identidades psiquiátricas, a través de los discursos efectuados por los profesionales hacia las personas con esquizofrenia. Por esto, el rol que desempeña el profesional resulta clave para mantener los espacios intersubjetivos, los cuales posibilitan el ejercicio civil de las personas con esta condición mental, dejando a un lado el proceso de medicación y diagnóstico objetivante.

En la segunda subcategoría de la categoría perspectiva de la dimensión moral se aborda la posibilidad ciudadana de las personas con esquizofrenia, en la cual se muestran dos

opiniones contrapuestas. A continuación, se exponen las citas más representativas de los discursos extraídos de las entrevistas.

## Subcategoría 2

**Posibilidad ciudadana:** significa tener un conjunto de derechos y ejercerlos frente al Estado Nacional y a la comunidad a la cual se pertenece (PC).

<b>RESULTADOS</b>
<p><b>E.1-PC:</b> “(<i>la posibilidad ciudadana</i>) difícil, la verdad es que más que por la capacidad propia del sujeto, por las barreras del entorno. Claramente, yo creo que hay muchas personas que han sido diagnosticadas con la patología psiquiátrica que tienen muchas capacidades como todos y todas para realizar actividades, pero a diferencia de la mayoría no tienen la oportunidad de hacerlo, por diversos factores, puede ser desde el entorno más cercano, por ejemplo, familia desde sobreprotección que es un elemento fundamental para trabajar también. Muchas veces ven menos valoradas las capacidades reales existentes y minimizan también los logros de las personas, y más allá de eso las otras condiciones como, por ejemplo, de lo familiar al sistema de salud, que en el sistema de salud es muy difícil a veces lograr que la persona pueda realizar acciones de manera independiente sin ser juzgado”.</p>
<p><b>E.2-PC:</b> “(<i>La ciudadanía</i>) se limita a través de muchos sentidos. En algunos casos existe la interdicción, en otros casos la familia tiene aprehensiones, y por ese motivo, prefieren que la persona no asuma desafíos laborales, no confían en que la persona pueda elegir adecuadamente una pareja, es decir, hay muchas limitaciones”.</p>
<p><b>E.3-PC:</b> “El derecho que está totalmente vulnerado es (...) el derecho al trabajo y el derecho a la participación social”.</p>
<p><b>E.4-PC:</b> “Yo encuentro que hay un tremendo escenario pa’ la participación ciudadana... todos hoy en día, pero si también creo que hay una tensión o una brecha entre lo que es la teoría y lo que es la práctica, o el ejercicio cotidiano diario de uno mismo”.</p>
<p><b>E.5-PC:</b> “Se han abierto más cosas, desde el punto de vista del Estado, del gobierno como que últimamente han subido hartas cosas como de oportunidades, que yo no sé si sean tan las grandes oportunidades, pero se están abriendo ciertos espacios como el SENCE, oportunidades laborales, el SENADIS como que también han hecho varias cosas, pero así con la ciudadanía común y silvestre de la sociedad civil es difícil, es súper difícil”.</p>
<p><b>E.6-PC:</b> “Cuando tú trabajas habilidades de cognición social, dentro de las cuales está ese concepto de ser ciudadano, de participar, de tener opinión, de tener voto, lógicamente que buscan, pero la mayoría de estos son interdictos (...) entonces, algo tan básico como el derecho de votar o a manifestarse no lo tienen. Así de simple. Entonces, si ya partimos de</p>

ese hecho de que tú le quitas un precepto porque consideras que esa persona no sana, entonces habría que definir qué es sano. No lo veo. A ver, yo he pasado por cuatro lugares donde trabajamos con eso y en ninguno he visto ningún abordaje serio del tema”.
<b>E.7-PC:</b> “( <i>La ciudadanía</i> ) no se fomenta. De hecho, todo lo contrario, los centros que existen para atender a las personas con esquizofrenia, a pesar de tener algunos talleres inclusivos, no son realmente inclusivos, y las personas con esquizofrenia no tienen ningún tipo de inserción en la sociedad en general, además de todo el prejuicio social que conlleva la esquizofrenia”.
<b>E.8-PC:</b> “Se nota el grado de autonomía, la capacidad de tomar decisiones, la independencia que tienen frente a su propio proyecto de vida aquellas personas que tienen mayor participación civil”.
<b>E.9-PC:</b> “...cada día se trabaja más desde la perspectiva de sentido y ahí está la construcción de la ciudadanía como el elemento principal. O sea, el ejercicio de los derechos en el político, económico, culturales, etc., en el más amplio sentido del término, no solo los derechos en la concepción más material de los derechos ¿no? Eso. Ahora, qué es lo que, y algo que de cara a lo que estamos haciendo ahora, que es elaborar un nuevo Plan de salud mental y psiquiatría”.
<b>E.10-PC:</b> “El paciente siempre es excluido de la sociedad, los esquizofrénicos y la sociedad tienen dos respuestas frente a los pacientes mentales: o los excluye o les teme, o los protege. Entonces, eso hace que haya... lo que algunos han llamado una «impotencia social», el esquizofrénico no es capaz de valerse por sus derechos civiles, por lo menos la sociedad lo piensa así”.
<b>E.11-PC:</b> “La experiencia que tuve allí era que tratábamos con los usuarios de participar en actividades digamos culturales (...) respecto de sus trámites personales, de fomentar su derecho a votar, por ejemplo. Tratar de normalizarlos lo más posible, o sea, que ellos tuvieran sus actividades como cualquier persona”.

### **Resultados de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría posibilidad ciudadana**

Por un lado, los entrevistados E.1-PC, E.2-PC, E.3-PC, E.6-PC, E.7-PC y E.10-PC aluden que se ve vulnerada la posibilidad de estos sujetos de ejercer libremente sus derechos y participar en su comunidad, ya sea por presiones de la familia, de la comunidad y/o del Estado a través de las leyes constitucionales. Por otro lado, los entrevistados E.4-PC, E.5-PC, E.8-PC, E.9-PC y E.11-PC, sí consideran que en la actualidad las personas con esquizofrenia tienen

más oportunidades de participación civil, sin embargo, mencionan que hay dificultades en el acceso a estas instancias.

### **Discusiones de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría posibilidad ciudadana**

A modo de discusión, se puede mencionar que la división de opiniones que existe entre los entrevistados se condice con lo que ocurre en la práctica diaria, ya que por un lado, está la teoría que dice que la ciudadanía implica un conjunto de derechos que la persona debe ejercer frente al Estado Nacional y a la comunidad a la cual pertenece; en razón de ello, es que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ha enfocado su interés hacia las personas con diferentes tipos de discapacidad, a través de sus organizaciones representativas para impulsar cambios favorables en sus condiciones de vida, y en el disfrute y goce efectivo de sus derechos. Así lo constata la ONU (2006), en el artículo 29 (sobre participación en la vida política y pública), en el apartado que compromete a los Estados a asegurar que las personas con discapacidad puedan participar en la vida política y pública en igualdad de condiciones, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas.

En concordancia con lo anterior, en la Guía clínica para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia (2009), se proponen intervenciones psicosociales, las cuales se enmarcan en un enfoque comunitario, siendo uno de sus objetivos el reconocimiento y respeto de los derechos, la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía de estas personas, permitiendo mejorar su calidad de vida (MINSAL, 2009). Este objetivo trata de fortalecer el rol ciudadano que poseen las personas con un diagnóstico psiquiátrico, siendo participe en la construcción de su ser, desarrollando su independencia y sus relaciones interpersonales, lo cual impacta en su calidad de vida. Sin embargo, lo planteado por la ONU (2006) y MINSAL (2009) no se ejecuta completamente en el ejercicio cotidiano, debido a los impedimentos que tienen las personas con esquizofrenia para participar en actividades de su interés, lo cual se visualiza en la ley N° 20.584 de discapacidad psíquica (2012) que regula los

derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En el artículo 28 de esta, se señala que los sujetos con discapacidad psíquica o intelectual, que no puedan expresar su voluntad, no podrán participar en una investigación científica. En cambio, las personas que sí puedan manifestar su voluntad, deberán firmar un consentimiento informado, ser evaluadas en el ámbito ético-científico y ser aprobada su participación por la autoridad sanitaria. Conjuntamente, debe existir una declaración expresa de participar tanto de ellas como de sus representantes legales (Ley N° 20.584, 2012). De acuerdo a esta ley, se vislumbra la pérdida de la competencia para consentir en estas personas, es decir, se afectan la autonomía y la actividad como sujeto en la sociedad, lo que influye en sus relaciones interpersonales. Esto se suma a la represión por parte de las familias y las barreras de acceso que ponen los profesionales encargados de los servicios de salud, quienes hacen difícil el ejercicio ciudadano de las personas con esquizofrenia.

Por otro lado, se debe mencionar que a partir de los discursos extraídos por los profesionales se vislumbra que no hay claridad respecto al fomento del espacio civil en las personas con esta condición. Esto debido a que el espacio ciudadano no corresponde solo al sufragio, sino que la civilidad se construye con acciones, las que permiten manifestar opiniones, usar los medios de expresión oral y/o escrita y ser partícipe en la comunidad a la cual pertenece. De acuerdo a lo anterior, es necesario considerar a la comunicación, ya que el uso del espacio ciudadano está dado por la posibilidad de argumentar y establecer puentes comunicativos, crear agrupaciones, generar discusión y crítica entre los sujetos, con los terapeutas, con la familia y con su entorno cercano. El estado hace alusión a la ciudadanía de las personas con esquizofrenia en la guía clínica del MINSAL (2009), promoviendo espacios de participación y autonomía; sin embargo, se genera ambigüedad al plantear la ley de discapacidad psíquica, ya que en esta legislación se coarta la ciudadanía de las personas por presentar el diagnóstico psiquiátrico.

A pesar de la realidad que viven en la actualidad las personas con esquizofrenia, se debe reconocer que décadas atrás la situación era aún peor, pero debido a la acción de personas con marcado compromiso social las barreras se han ido superando. El siguiente paso,

por ende, es crear una Ley de salud mental en Chile para proteger los derechos de los sujetos con esquizofrenia y otras condiciones psiquiátricas, y así aportar a la realización personal e inclusión social que se promueve en las políticas públicas, pero que escasamente se concreta en el mundo real.

En la tercera subcategoría de la perspectiva de la dimensión moral se aborda la autonomía de las personas con esquizofrenia. A continuación, se exponen las citas más representativas de los discursos extraídos de las entrevistas.

### Subcategoría 3

**Autonomía:** capacidad de autolegislarse para preservar la propia individualidad frente a los demás o frente a la colectividad (A).

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-A:</b> "...para mí un primer aspecto relativo en la autonomía es ese, es el poder no solamente enunciar, porque esto va asociado a un proceso que tiene que ver con la toma de decisión...".
<b>E.2-A:</b> "El forzar la comunicación limita la autonomía. Ahora, dada una comunicación, el lograr un consenso puede facilitar que la persona haga determinadas cosas. En ese sentido puede ayudar a la autonomía. Pero el pretender que todo sea, que todo esté dentro de la acción comunicativa, creo que limita la autonomía...".
<b>E.3-A:</b> "...la autonomía también como responde a ciertos contextos po ¿cachai?, responde tanto a contextos como a intenciones. Entonces, puede haber usuarios que declaren que quieren ser autónomos, y que quieren más independencia material, económica. Pero en el contexto en el que están en la red como familiar o en el tipo de trabajo en los tipos de trabajo a los que pueden acceder en realidad sus grados de autonomía son súper bajos po`...".
<b>E.4-A:</b> "...porque si bien es cierto que se debe favorecer la autonomía y qué sé yo, otra cosa es lo que ocurre en el día a día por ejemplo... cosas he que vivido en relación a esto mismo, de hogares protegidos que se instalan en ciertas comunas...".
<b>E.5-A:</b> "...de la responsabilidad, de la libertad, la emancipación, que es como... que va más allá de la autonomía que es emanciparse, que es esto de... más que ser autovalente entre comillas, como que pensar por mí mismo las cosas, tener mi propia opinión porque claro si me hacen la cama, la cama me la van a hacer como ellos quieren, no como yo quiera...".

<p><b>E.6-A:</b> "...pero en términos de la autonomía ellos pierden eso por otro tipo de dificultades y sus dificultades van principalmente a nivel de funciones ejecutivas si uno lo ve desde la neurociencia..."</p>
<p><b>E.7-A:</b> "...hay sujetos que no están compensados y que sin duda que a pesar de que tienen una especie de sobrevivencia, la autonomía es difícil de determinar. A pesar de que ellos muchas veces no puedan tomar decisiones que son relevantes para su propia salud, son personas que están muy conscientes de lo que les sucede y muy conscientes de su propia vida. Esto no está regulado por supuesto y también pasa esto de que no están habilitados para tomar decisiones que sí podrían tomar"</p>
<p><b>E.8-A:</b> "...entonces, vinculados a esas situaciones es que la autonomía se va perdiendo y se va recuperando, se vuelve perder, se vuelve a recuperar, entonces son ciclos constantes de cambios que tiene el proceso del desarrollo de la autonomía de una persona con esquizofrenia. Podríamos decir de la autonomía mínima que sale en los períodos agudos de la persona está expuesta a muchos riesgos, a lo que es la reincorporación comunitaria plena donde la persona puede adquirir hasta una autonomía bastante digamos igual a la de otras personas que no tienen esquizofrenia..."</p>
<p><b>E.9-A:</b> "...la autonomía es la dimensión crucial respecto a que las personas puedan tener una mejor calidad de vida. Es un proceso bien complejo la construcción de la autonomía. Porque no cierto, la autonomía no es hacer lo que yo quiero, sino es hacer lo que el conjunto de mi necesidad me motiva hacer..."</p>
<p><b>E.10-A:</b> "...en la primera etapa el paciente tiene una cierta autonomía, y la autonomía va disminuyendo a medida que la enfermedad va progresando, y la autonomía tiene que ver directamente con la aparición de síntomas que alteran la expresión del individuo, o sea que alteran el funcionamiento del individuo"</p>
<p><b>E.11-A:</b> "...tratando de verlos desde lo sano, no desde lo enfermo, tratando de hacerlos participar en actividades comunes y corrientes. Las actividades en este lugar se desarrollaban en una casa, por lo tanto ellos tenían que hacer las actividades propias de una casa y la autonomía en el sentido de no conseguirle las horas sino hacerlo que él fuera a pedir sus horas, que hiciera sus trámites, por supuesto a lo mejor con compañía o con más orientación. Pero siempre tratando que la persona tomara sus decisiones también y que pudiera hacer sus actividades lo más cercano a la normalidad posible y solo, solamente orientándolo o apoyándolo..."</p>

### **Resultados de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría autonomía**

En primer lugar, la autonomía está relacionada con la toma de decisiones y la pérdida de ella, esto referido en las entrevistas E.1-A, E.6-A y E.7-A. En relación al entrevistado E.2-A, señala principalmente que considera que no toda interacción con otros tiene como base la

comunicación. Los entrevistados E.3-A, E.4-A, E.8-A, E.9-A, E.10-A y E.11-A, mencionan que las personas con esquizofrenia presentan grados de autonomía, determinada por las fases de su condición. Por último, se debe mencionar el aspecto de reinserción laboral, es decir, el valor otorgado por los entrevistados en relación a la esfera laboral en las personas con esquizofrenia. Ello mencionado, principalmente, en la entrevista E.5-A.

### **Discusiones de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría autonomía**

Al hacer referencia a la toma de decisiones se debe mencionar que esta se encuentra enmarcada con las funciones cognitivas. Entre las funciones ejecutivas, se encuentran la memoria, atención y lenguaje, las que se ven descendidas en la esquizofrenia. Además, se ha planteado que la neurocognición podría predecir la funcionalidad y calidad de vida en las personas con esquizofrenia (Rodríguez & cols., 2013). Entre los aspectos que se relacionan con calidad de vida, se encuentra el respeto a la individualidad de cada persona, lo que se enmarca también en cómo quiera vivir su autonomía, con la libertad de decidir lo que realmente quiere. En el caso de las personas con esquizofrenia, esta autonomía se ve limitada.

Para lograr una autonomía plena y para que la persona realice sus aspiraciones, se necesita abordar en el contexto de rehabilitación la dimensión moral del sujeto, cuyas acciones y subjetividades guiarán su proyecto de vida. Al sujeto moral, se le puede suprimir su subjetividad, si esto ocurre, se le incapacita como interlocutor válido para un proceso de intersubjetividad. Este fenómeno puede ocurrir en diversos contextos, entre los que se encuentra el clínico. En este ámbito, las manifestaciones objetivas que pueden emanar de la persona, provenientes de la indagación en la morfología, fisiología y fisiopatología que podría aquejarlo transforman al sujeto en una realidad objetiva; los profesionales en sus intentos de objetivar una patología, sin darse cuenta, pueden restar subjetividad y, tal como plantean Kottow y Bustos (2005): “desconocer al sujeto trunca al ser humano, que ya no es tal sino una caricatura objetivada, y si la medicina actúa sobre este ser humano fragmentado, no está haciendo medicina humana sino deshumanizada. Este tenor de medicina cosifica al paciente y sus padecimientos y en consecuencia cosifica a quienes la ejercen” (p.236). Cuando un sujeto se convierte en paciente y se objetivan sus síntomas, se produce un distanciamiento en la

relación comunicativa de la clínica/terapéutica, ya que no se establece una relación de subjetividades, de esta forma, se resta la posibilidad del reconocimiento del sí mismo como sujeto moral.

El paciente autónomo tiene el derecho de autodeterminación, derecho que debe ser respetado, incluso si el médico cree que la decisión va en contra de lo mejor para el interés del propio paciente. De acuerdo a la autodeterminación, se generan espacios de encuentro intersubjetivos donde la persona fomenta su participación con el otro, tomando decisiones desde su experiencia moral y ejerciendo su autonomía. De esta manera, según Koppmann (2012), la evaluación de la competencia de un paciente para decidir sobre sí mismo y sobre los tratamientos y decisiones en relación a su salud tiene relevancia, tanto desde sus aspectos éticos como legales. En salud, una decisión es autónoma cuando cumple con tres condiciones: información, voluntariedad y capacidad. Esta última, se define “como un estado en el que las habilidades para tomar decisiones concretas y específicas están suficientemente intactas como para que las decisiones sean válidas” (p. 551). Por lo tanto, ser capaz significa: moverse libre y responsablemente; administrar sus propios recursos económicos y otros criterios con criterio razonable; cuidarse a sí mismo; atender adecuadamente a su salud: establecer relaciones con otros; ejercitar redes sociales; defenderse de otros y de buscar ayuda, en caso de requerirla.

Los contextos sociales determinan grados de autonomía, cada actor social puede optimizar o minimizar espacios donde se genere la autonomía, ello aún más enmarcado en las personas con esquizofrenia, que dependiendo del grado de severidad que se encuentren en su patología, va a afectar su vinculación con los diferentes medios en que se desenvuelve. Además, Anderson (2009) señala que los déficits cognitivos pueden aparecer previo a los síntomas clínicos y que una vez transcurridos dos años del trastorno, pueden llegar a presentar cierta estabilidad y, por ende, manifestar una evolución más desacelerada (cit en Ojeda & cols., 2009). Sin embargo, la cognición se ve alterada de manera variable en las personas, ya que algunos conservan las habilidades cognitivas, mientras que otros no, lo cual genera un deterioro cognitivo progresivo, afectando las esferas personales, familiares y sociales. Asimismo, se ha planteado que la gravedad del deterioro que presentan las personas con esquizofrenia en la cognición se da en mayor grado en personas adultas que en jóvenes e

institucionalizados cuando el pronóstico del trastorno no ha sido positivo (Sharma & Harvey, 2002; cit en Ojeda & cols., 2009).

Otro aspecto a discutir, está referido a la reinserción laboral en las personas con esquizofrenia. Esta les permite aumentar su autoestima y fortalecer sus vínculos interpersonales, logrando su realización como persona, y, con ello, mejorando su calidad de vida. Al mencionar el aspecto laboral, se hace alusión al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que, aplicadas o demostradas en situaciones del ámbito productivo, tanto en un empleo como en una unidad para la generación de ingreso por cuenta propia, se traducen en resultados efectivos que contribuyen al logro de los objetivos de la organización o negocio.

En otras palabras, la competencia laboral es la capacidad que una persona posee para desempeñar una función productiva en escenarios laborales, usando diferentes recursos bajo ciertas condiciones, que aseguran la calidad en el logro de los resultados. Al establecer una relación con el aspecto interpersonal, se promueve la capacidad de adaptación, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos, el liderazgo y la proactividad en un espacio productivo. Contar con dichas habilidades facilita a las personas construir y hacer realidad su proyecto de vida, ejercer la ciudadanía, explorar y desarrollar sus talentos y potencialidades en el espacio productivo, lo que a la vez, les permite consolidar su autonomía e identidad personal y, por ende, mejorar su calidad de vida y la de su entorno familiar (Corpoeducación, 2003).

Para finalizar, se menciona que en esta subcategoría confluyen varios aspectos que se han ido hablando en discusiones anteriores. Por un lado, y siguiendo la propuesta de Kohlberg (1981), los profesionales pueden favorecer el avance progresivo de los estadios de autonomía de la persona, cuando van acompañados de un discurso que no sea castigador y que permite la asunción de valores universales y el reconocimiento de su importancia. Lo anterior, se logra a través de procesos de intercambio y deliberación, que se pueden trabajar de forma paulatina en los contextos de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. Por otro lado, se debe considerar el nivel de autonomía que poseen los mismos profesionales, porque si nos

adscribimos a Kohlberg (1981) nuevamente, puede haber profesionales que no han llegado a los últimos estadios del desarrollo moral, lo cual puede condicionar el avance terapéutico de los sujetos, por el estilo de discurso que tengan estos terapeutas.

En la cuarta subcategoría de la perspectiva de la dimensión moral se aborda la realización personal de las personas con esquizofrenia. A continuación, se exponen las citas más representativas de los discursos extraídos de las entrevistas

#### Subcategoría 4

**Realización Personal**: significa que la persona, según su idiosincrasia, bregue por sus valores más queridos, que pueden no ser los de su familia o contexto y que pueden tener valoración social de otros contextos sociales, y que la persona les imponga su propio sello (RP).

#### RESULTADOS

**E.1-RP**: "...la adaptación tiene que ver más con esto, como con un entrenamiento para que sea funcional ante la sociedad, y que es totalmente disímil de proceso de fortalecimiento personal y de autonomía, en el cual yo incluso me puedo declarar como rebeldía ante este sistema, o sea yo puedo decir voy a ser... no sé, pastor de oveja y no voy a estudiar en la universidad, y no voy a trabajar asalariado y voy a tener mi terreno, mis animales y chao. O declararme directamente en rebeldía y ser una persona que está contra el sistema y que quiere, reniega y debate y se conflictúa directamente contra un sistema, por ejemplo, neoliberal. Y esas son decisiones y creo que en el proceso de adaptación no hay, no media un proceso de toma de decisiones, yo no estoy tomando decisiones, no estoy reflexionando, estoy siendo entrenado para el logro de algo, para encajar, pero no para ser un ciudadano, una persona activa en la comunidad".

**E.2-RP**: "...el eje más relevante es el empoderamiento de la persona con esquizofrenia, el que, el proceso de la realización personal, el que sea incluido socialmente, que tenga un trabajo, que pueda elegir su propia pareja, eso yo creo que es lo más relevante. Ahora, si la comunicación ayuda para eso, bienvenida...".

**E.3-RP**: "...en el fondo todas las personas son distintas y como que no se pueden generar un modelo de rehabilitación basado como en un sujeto abstracto ¿cachai?, sino en experiencias reales, como en posibilidades reales, en oportunidades. La rehabilitación tiene que ofrecer oportunidades ¿cachai? Si la rehabilitación es sólo rehabilitarte para que puedas aquello que la sociedad determina como normal ¿cachai?, no existe esa normalidad po. O sea, es rehabilitarte pa que tú llegues al objetivo que tú te has propuesto...".

**E.4-RP:** "...un elemento interesante porque el modelo apuesta también a que la persona aprenda a vivir con la enfermedad, por lo tanto debe aceptar la enfermedad, desarrollar conciencia de enfermedad, adherencia a tratamiento y mantenerse estable, y una vez que se superan todas esas... o algunos de esos elementos podemos pensar como rehabilitarlas ¿cierto? Para finalmente reinsertarlas en su entorno más cotidiano y común, por lo tanto el quehacer en la rehabilitación es gravitante, es súper interesante poder seguir manteniendo a la persona con un proyecto de vida y donde realmente visualice la inclusión de su... de que se conserven sus áreas sanas y que se trabajen esas áreas sanas, que se puedan poner y saber y a sanar al servicio de lo que él puede hacer ¿ya? Y de lo que él puede hacer, de lo que es bueno pa` él y no de lo que es bueno pa` la sociedad”.

**E.5-RP:** “Es una de las grandes cosas que uno trabaja porque... (...) quizás suene muy grande realización personal como desde el punto de vista (...) desde el sentido común uno dice pucha «usted que está a próxima a obtener su título profesional»... y esa es como una realización personal ¿cierto? Pero bajándolo quizás a lo cotidiano, lavarse los dientes solo sea una realización personal o que te llegue el dinero este de la pensión solidaria que son las ochenta lucas mensuales y que las puedas administrar tú y que no te las administre el papá o la mamá, eso es una realización personal, o que la plata te alcance pal mes, que hay chiquillos que en una semana se lo gastan todo, en completos, se compran cds y al final queda sin plata el resto del mes. Es súper importante eso, validar ese tipo de avances, son realizaciones personales...”.

**E.6-RP:** “...tú tienes la responsabilidad de exponerlo al propio mundo, entonces, uno en términos de rehabilitación intenta traerle el mundo al ambiente donde ellos estén. Me refiero principalmente a los que están institucionalizados. Pero después el objetivo de eso es que ellos se reinserten con todo lo que significa reinsertarse en ambientes sociales como en el de nosotros”.

**E.7-RP:** “...yo creo que en general el objetivo de la realización de estas personas debiera ser muy relevante a la hora plantear cualquier tipo de intervención sea de base comunitaria o no. Poco sentido tiene tener una cantidad de recursos implementada para la rehabilitación no, la inserción de estos sujetos, más inserción que rehabilitación la verdad si esto realmente no apunta a lo que ellos quieren, sino que apunta a lo que es posible darles...”.

**E.8-RP:** “...una alternativa terapeuta que es justamente utilizar la ocupación como una herramienta terapéutica. Entonces, cuando los, desde esa mirada como profesional, nosotros estamos constantemente buscando los procesos de realización. O sea, nosotros utilizamos una actividad y hacemos que la persona le dé un sentido y un significado diferente a lo que le dan el resto de las personas. Entonces, a través de la actividad, adquiere significación adquiere una validación en el entorno social...”.

**E.9-RP:** “...como recuperación o construcción de un proyecto de vida con sentido para la persona. Que sería yo creo, lo fundamental. Y en esa perspectiva es importante entender

que la rehabilitación laboral, por ejemplo, es solamente una alternativa. Porque alguien genuinamente puede no querer trabajar. Su proyecto de vida puede ser simplemente escribir poemas, viajar, tocar música, no sé, ¿me entiendes tú? Pero que tenga sentido genuino para esa persona. Si es así, si hay sentido genuino esa persona, va a poder contribuir al bienestar de esa persona y el bienestar, ese bienestar lo va a motivar a tomar decisiones que sustenten ese bienestar...”.

**E.10-RP:** “...se entiende por el cumplimiento de un destino que cada uno tiene que cumplir...”.

**E.11-RP:** “...que la persona pueda desarrollar el máximo de sus potencialidades acorde a las necesidades y los intereses propios. O sea, en el fondo no estarlo restringiendo a cosas que nosotros imponíamos, sino que la persona hiciera lo que quisiera de su vida... como insisto, en base a sus propios intereses y necesidades (...) a veces, el profesional tiende a ver las necesidades por el otro, a determinar que necesita, a determinar que tiene que hacer. Pero la mirada debe ser de la persona y no desde uno, entonces, de esa manera lo trabajábamos nosotros...”.

### **Resultados de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría realización personal**

En primer lugar, se debe mencionar que los entrevistados E.1-RP, E.2-RP, E.4-RP, E.5-RP, E.6-RP, E.7-RP, E.8-RP, E.9-RP, E.10-RP y E.11-RP, señalan que la realización personal está vinculada principalmente con los aspectos de bienestar y desarrollo de potencialidades, enmarcados en una significación que adquiere una validación en el entorno social. A su vez, algunos profesionales enfatizan que la realización personal no solo debe ser abordada desde el aspecto laboral, sino que debe aludir de forma integral a la persona. Por último, en la entrevista E.2-RP se enfatiza el aspecto de empoderamiento, considerando tanto los fines individuales de la persona como los logros alcanzados en la sociedad.

### **Discusiones de la categoría perspectiva de la dimensión moral, subcategoría realización personal**

El abordaje terapéutico de las personas con esquizofrenia debe ser ejecutado de forma integral, para el desarrollo de las potencialidades de cada sujeto. Una de las formas de llevarlo

a cabo es mediante un equipo multidisciplinario. Este equipo puede aportar a la manifestación de la subjetividad moral de cada una de las personas, y junto a lo anterior, aportar a su posibilidad ciudadana, y esto a través de la intersubjetividad. Estos aspectos permitirán promover un abordaje que genere acciones comunicativas recíprocas y subjetivas, distantes de la objetividad deshumanizadora y cosificadora que mencionan Kottow y Bustos (2005). De lo contrario, el equipo a través de acciones in-comunicativas puede promover sujetos, objetivados, sin empoderamiento, adaptados socialmente, “con derechos”, pero no realizados en su condición de sujeto moral. Debido a lo anterior, se hace relevante abordar la dimensión moral en la rehabilitación comunicativa, para fortalecer el rol ciudadano de estas personas, siendo partícipes en la construcción de su ser, desarrollando su independencia y sus relaciones interpersonales, lo cual impacta en su medio social, y por lo tanto contribuye a su realización personal.

En relación a la realización personal, un componente necesario para que pueda desarrollarse es que a través de la conducta, cada persona tenga un reconocimiento social, es decir, a través de metas, a las que se les atribuye un contenido personal que puede no ser compartido con otros, debiéndose dejar las decisiones específicas a la persona que está inmersa en la situación y que muchas veces no pueden establecerse desde lo externo. Se debe dar apoyo a la persona para que pueda realizarse. Respecto a esto, otros países en el aspecto laboral, han iniciado programas de empleo asistido (empleo normal con apoyo terapéutico), que tiene muchas más ventajas que los talleres protegidos y empresas para discapacitados psíquicos que existen en nuestro país. Pero esto no significa que la persona sea apoyada en metas absolutamente irrealizables en un plazo mediano. Se le puede ayudar a tener una estrategia, impulsarlo a alcanzar metas más pequeñas que vayan conduciendo a las metas mayores, de acuerdo a sus valores y concepción de la vida. No basta con que la persona se plantee una meta valorada socialmente, para realizarse personalmente debe tener logros y metas personales (Chuaqui, 2007).

Asimismo, el concepto de realización personal propuesto por Chuaqui (2007), no solo da una perspectiva ética a la salud mental, sino que es un resultado de todos los derechos. El autor menciona que para realizarse personalmente el individuo debe tener la posibilidad real

de trabajar de forma remunerada, ello de acuerdo a su vocación y con una remuneración digna que le permita formar una familia, lo que implica educación, una vivienda digna, dando sentido a la vida, como seres únicos e irrepetibles. Sin embargo, Chuaqui (2008) no otorga exclusividad al aspecto laboral como único constituyente de la realización personal, también considera que los sujetos pueden recibir herramientas para desarrollarse en la vida gracias a sus subjetividades. La realización personal, a diferencia del concepto de adaptación social, implica la acción comunicativa y el reconocimiento de la persona como sujeto moral. Ambos aspectos resultan claves en el equipo y en la persona para evitar enfoques adaptativos y estilos comunicativos verticales, que finalmente, al no existir reciprocidad como la define Giannini (2011), no hay acción comunicativa.

En síntesis, es relevante mencionar que todas las personas en algún momento de su desarrollo moral se ven afectadas por la “normalización” y la adaptación social, lo cual se representa en el modelo clínico de atención en salud. Siguiendo los lineamientos de este tipo de abordaje, la comunicación y sus estilos comunicativos se ven limitados, enmarcados en aspectos netamente sintomatológicos y objetivantes, lo que restringe la constitución de la identidad de la persona y su desarrollo en el contexto social. Es así que el concepto de realización personal se acerca más a lo propuesto por el enfoque comunitario, el cual integra los aspectos constitutivos del sujeto con esquizofrenia, logrando su reinserción socio-laboral en el entorno relacional.

## 4. CONCLUSIONES

A través de la presente investigación fue posible reflexionar acerca de la relación existente entre el acto comunicativo y la dimensión moral del sujeto; y cómo ambos procesos influyen en el proyecto de vida de la persona con esquizofrenia. Los objetivos propuestos se cumplieron, ya que se describió el acto comunicativo, su relevancia e influencia en el desarrollo de la dimensión moral en estos sujetos. Asimismo, fue posible exponer la relación entre el acto comunicativo y el estigma, así como, presentar las implicancias de la intersubjetividad y los tipos de abordajes en contextos de rehabilitación.

A partir de los resultados, en primer lugar, se pudo establecer que la mayoría de los entrevistados reconoció la relevancia del acto comunicativo en el proceso de constitución de la persona. En segundo lugar, se vislumbró que el estigma es un aspecto que está presente, tanto en los contextos personales como sociales de los sujetos con esquizofrenia, lo cual influye en la rehabilitación de estos, especialmente, en relación a su proceso comunicativo. En tercer lugar, gran parte de los participantes del estudio dieron importancia a la intersubjetividad en el proceso terapéutico, favoreciendo la reciprocidad en los espacios de encuentro entre los sujetos. Por último, se constató que los tipos de abordajes terapéuticos referidos por los profesionales fueron el comunitario y el biomédico, siendo más representativo para ellos el primero, por los beneficios que este otorga. Dichos beneficios se caracterizan por otorgar estrategias comunitarias en un área de la comunidad, permitiendo que la persona no se desvincule socialmente. Además, se generan prácticas como asistir a los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas.

Cabe destacar que el tema del estudio ha sido poco explorado en Chile, lo cual permite proyectar nuevos estudios que aborden la dimensión moral y la comunicación de las personas con esquizofrenia desde aspectos referidos a una nueva concepción del abordaje terapéutico, el que debe basarse en la persona con esquizofrenia y su mundo relacional; una valoración de su condición, entre otros. Lo anterior, podría abrir futuros campos laborales para los profesionales vinculados al área de salud mental, estos últimos, estarían orientados a potenciar

metodologías de intervención de tipo inclusiva y centrada en la resolución de problemáticas psicosociales. Así, una forma de potenciar la rehabilitación es a través de un estilo comunicativo que permita generar reales acciones comunicativas. Considerando que el fonoaudiólogo es un profesional idóneo para realizar la rehabilitación de la comunicación y los estilos comunicativos, podría considerarse su participación en el equipo multidisciplinario que atiende a las personas con esquizofrenia. Aunque la mayoría de los participantes del estudio consideraron relevante la rehabilitación del aspecto comunicativo, solo algunos repararon en el hecho de que este profesional no es considerado en la Guía clínica del Ministerio de Salud, lo cual supone una falencia importante en la intervención integral que se pretende desarrollar en los contextos terapéuticos para las personas con esquizofrenia.

A través de la investigación se constataron diferencias importantes en la posibilidad ciudadana ejercida en Chile, respecto a otros países. A nivel nacional se observa una falencia significativa en el plano legal, puesto que se carece de una ley de salud mental, lo cual deja desprotegidos a los usuarios en relación al libre ejercicio de sus derechos. Si bien, esto queda para futuras discusiones, se debe destacar que algunos profesionales vinculados al área están desarrollando una actualización del Plan nacional de salud mental, lo que representa un avance positivo para estas personas.

La investigación también permitió constatar las ambigüedades políticas existentes en la actualidad en Chile, respecto al abordaje de la esquizofrenia. La Guía clínica para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia (2009), propuesta por el Ministerio de Salud, intenta fortalecer la realización personal a través de intervenciones psicosociales, las que incorporan el entrenamiento de habilidades sociales, psicoeducación familiar, rehabilitación cognitiva y empleo con apoyo. Sin embargo, estos planteamientos se contraponen con lo promulgado por la Ley N° 20.584 (2012) que regula los derechos y deberes que tienen las personas en la atención en salud, ya que en el artículo 28 se establece que las personas con discapacidad psíquica o intelectual, que no puedan expresar su voluntad, no podrán participar en una investigación científica. Por el contrario, los sujetos que sí puedan manifestar su voluntad, tendrán que firmar un consentimiento informado, ser evaluados en el

ámbito ético-científico y ser aprobada su participación por la autoridad sanitaria. Además, debe existir una declaración expresa de participar tanto de ellos como de sus representantes legales (Ley N° 20.584, 2012). Por consiguiente, esta ley restringe la competencia para consentir de las personas con esquizofrenia, afectándose la autonomía y la actividad como sujeto en la sociedad, lo que influye en sus relaciones interpersonales.

A su vez, en este estudio, se intentó abordar el problema sociocultural que representa el estigma en las personas con una condición mental diagnosticada. Esta dificultad radica en los constructos estereotipados que posee la sociedad hacia las personas con esquizofrenia, lo cual se traduce en discriminación, aislamiento social y bajas oportunidades de inclusión socio-laboral. Esta situación ha estado latente desde los inicios de esta condición; sin embargo, pocas veces se le ha dado relevancia en los contextos terapéuticos con enfoques clínicos. Gracias al aumento de profesionales que ejecutan abordajes centrados en el sujeto y su comunidad es que el estigma ha surgido como un objetivo en la rehabilitación. No obstante, esto no es labor solo de los profesionales, sino que abarca también al entorno más cercano de la persona, los cuales incluyen a su familia, amigos y comunidad.

En definitiva, para lograr una rehabilitación favorable en las personas con esquizofrenia, se requiere de un compromiso social del equipo de profesionales de salud mental en el abordaje terapéutico. Por lo anterior, es responsabilidad del terapeuta propiciar la intersubjetividad, conocerla, discutir sobre ella y su aplicación, promoviendo instancias deliberativas progresivas, acordes a los contextos, para enriquecer los espacios de interacción. Esto, igualmente, debe ser propiciado por estilos comunicativos horizontales entre los terapeutas y las personas en proceso de recuperación. De esa forma, se favorecerá la construcción de la identidad de estas últimas, al visualizarlas como sujeto de derecho, en su autonomía, individualidad y responsabilidad, siendo partícipes en la realidad social en la cual están insertas.

Una vez conocidos los significados que tienen los profesionales en relación al acto comunicativo con los sujetos con esquizofrenia, sería interesante que en investigaciones futuras se abordaran las perspectivas comunicativas generadas entre los sujetos, junto a sus

familiares, la comunidad y los terapeutas. Esto permitiría generar terapias en contextos reales, fundamentadas en las necesidades, intereses y motivaciones de las personas con esta condición. Lo anterior, efectuado a través de la co-construcción de los lineamientos terapéuticos, es decir, con la participación activa del equipo multidisciplinario, la familia, la red de apoyo y la persona. Junto a ello, otorgando relevancia al aspecto comunicativo, pues este es un eje transversal en contextos psicosociales y psicolaborales.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abatedaga, N., González, V., Haiquel, M., Siragusa, C. & Brondani, L. (2008). *Comunicación. Epistemología y metodologías para planificar por consensos*. (1° Ed.). Argentina: Brujas.
- Abela, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. España: Fundación Centro de estudios Andaluces. [En línea]. Disponible en <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>, visitado el 16 de marzo de 2015.
- Accatino, L. (2012). *Alteraciones del Lenguaje en Esquizofrenia*. *Revista Memoriza.com*, 9, 1-8. [En línea]. Disponible en [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012\\_9\\_1-8.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012_9_1-8.pdf), visitado el 7 de mayo de 2015.
- Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) (2004). *Declaración Nacional de Consenso sobre la Recuperación de Salud Mental*. Santiago: MINSAL. [En línea]. Disponible en <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma05-4129/>, visitado el 15 de octubre de 2014.
- Alanen, Y. (2003). *La Esquizofrenia: Sus Orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente*. Madrid: Janssen-Cilag, S.A.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós Educador.
- Arnaiz A. & Uriarte J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*. [En línea]. Disponible en <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/438/433>, visitado el 5 de octubre de 2015.

- Asamblea General Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York: Asamblea General Naciones Unidas. [En línea]. Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10244/3-10244.pdf>, visitado el 3 de mayo de 2015.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – V*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120. [En línea]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071869242014000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071869242014000200011&lng=es&tlng=es). 10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399, visitado el 26 de diciembre de 2014.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Segunda edición. Editorial Akal.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 44 (3), 215-221. [En línea]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071792272006000300007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272006000300007&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-92272006000300007), visitado el 18 de marzo de 2015.
- Barros E. & Rojas N. (2007). *Personas jurídicas*. Santiago: Universidad de Chile. [En línea]. Disponible en [https://www.ucursos.cl/derecho/2007/2/D122A0207/1/material\\_docente/bajar?id\\_material=144402](https://www.ucursos.cl/derecho/2007/2/D122A0207/1/material_docente/bajar?id_material=144402), visitado el 4 de mayo de 2015.
- Campos-Arias, A. & Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Revista Ciencias Biomédicas*. [En línea]. Disponible en [http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-1/03\\_EDITORIAL.pdf](http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-1/03_EDITORIAL.pdf), visitado el 5 de octubre de 2015.

- Carrasco, J. & Yuing, T (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfases en las producciones de subjetividad. *Revista Psicoperspectivas*, 13 (2), 98-108. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200010&script=sci_arttext), visitado el 19 de octubre de 2015.
- Cerda, M. (2006). La construcción del sí mismo, en relación a las dimensiones intangibles de la pobreza en mujeres jefas de hogar del campamento Eduardo Rodríguez de la ciudad de Temuco, Chile. Ponencia presentada en la Universidad de Valparaíso de Chile correspondiente al marco investigativo de Tesis de Magíster en Psicología.
- Chuaqui, J. (2005). *El estigma en la esquizofrenia*. Ciencias Sociales Online. [En línea]. Disponible en [http://www.uvm.cl/csonline/2005\\_1/pdf/esquizofrenia.pdf](http://www.uvm.cl/csonline/2005_1/pdf/esquizofrenia.pdf), visitado el 5 de octubre de 2015.
- Chuaqui, J. (2007). *Inclusión en la diversidad o en la exclusión*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Americana de Sociología: Guadalajara. [En línea]. Disponible en <http://www.aacademica.org/000-066/1519>, visitado el 23 de octubre de 2015.
- Chuaqui, J. (2008). *Sistema social y realización personal: Criterios Ético-sociales de la Reintegración de Pacientes Psiquiátricos*. Ponencia presentada en el encuentro Pre-ALAS Chile, Universidad de Chile - Universidad de Concepción, Santiago.
- Chuaqui, J. (2008). *Adaptación social: nueva forma de enclaustramiento en la salud mental*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos, Asociación Madres Plaza de Mayo, Buenos Aires.
- Chuaqui J. & Salas A. (2012). *Institucionalización en hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica de la comuna de Valparaíso: análisis cualitativo*. Avance de investigación en curso. [En línea]. Disponible en [http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19\\_Chuaqui\\_Salas.pdf](http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_Chuaqui_Salas.pdf), visitado el 15 de octubre de 2015.

- Corpoeducación (2003). *Competencias laborales: base para mejorar la empleabilidad de las personas*. Bogotá: Corpoeducación. [En línea]. Disponible en [http://www.oei.es/etp/competencias\\_laborales\\_base\\_mejora\\_empleabilidad\\_personas.pdf](http://www.oei.es/etp/competencias_laborales_base_mejora_empleabilidad_personas.pdf), visitado el 4 de mayo de 2015.
- Escríbar, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes y posibles aportes al juicio moral*. (1° Ed.). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Escríbar, A., Pérez, M. & Villarroel, R. (2004). *Bioética: Fundamentos y dimensión práctica*. Buenos Aires: Mediterráneo.
- Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (2013). *Qualitative Forschung*. Ed. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.
- García, A. (2007). La construcción de las identidades. *Revista Cuestiones Pedagógicas*, (18), 207-228, Universidad de Murcia.
- Garrido, L. (2011). Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa. *Revista Razón y Palabra*, 75. [En línea]. Disponible en [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38\\_Garrido\\_M75.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38_Garrido_M75.pdf), visitado el 7 de mayo de 2015.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO. (1° Ed.). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Giannini, H. (2007). *La Metafísica Eres Tú. Una reflexión ética sobre la intersubjetividad*. Santiago de Chile. Editorial Catalonia.
- Giannini, H. (2011). *Dar la palabra o de la insolvencia del yo*. Universidad de Chile, Santiago. [En línea]. Disponible en

[http://www.cepchile.cl/dms/archivo\\_4982\\_3119/rev124\\_HGiannini.pdf](http://www.cepchile.cl/dms/archivo_4982_3119/rev124_HGiannini.pdf), visitado el 6 de abril de 2015.

Grimaldo, M. (2007). La teoría de L. Kohlberg, una explicación del juicio moral desde el constructivismo. *Revista Cultura*, (21), 325-340. Universidad de San Martín de Porres.

Guzmán, A. (2002). Los orígenes de la noción de sujeto de derecho. *Revista de estudios histórico-jurídicos*, (24), 151-247. [En línea]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071654552002002400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071654552002002400007&script=sci_arttext), visitado el 4 de mayo de 2015.

Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Interludio primero: acción social, actividad teleológica y comunicación*. España: Editorial Taurus Humanidades.

Habermas, J. (1985). *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona.

Hernández, J. (2008). Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje. *Revista Facultad Medicina*, 56 (4), 353-362. [En línea]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/viewFile/14493/1533>, visitado el 5 de mayo de 2015.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (5° Ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.

Jiménez, M. (2012). *Jürgen Habermas. Escritos sobre moralidad y eticidad*. (4° Ed.) Barcelona: Ediciones Paidós.

Kant, I. (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. (1° Ed.) Puerto Rico: Editorial Pedro M. Rosario Barbosa.

Kottow, M. & Bustos, R. (2005). *Antropología médica*. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.

- Koppmann, A. (2012).Ética y Psiquiatría. En Beca, J. & Astete, C.; Bioética Clínica (pp. 543-554). Editorial Mediterráneo.
- López, B. (2014).El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5 (2), 112-124. [En línea]. Disponible en <http://aecs.es>, visitado el 16 de marzo de 2015.
- Martín, M. (2007).*Teoría de la comunicación. La comunicación, la vida y la sociedad*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill.
- Martín, M. (2004).*Presentación de la Teoría Social de la Comunicación en La producción social de comunicación*. (pp. 11 - 34) Madrid: Editorial Alianza.
- Martínez, J. (2007).*Autonomía*. Anuario Jurídico y Económico Escorialense. XL: 711-764. Universidad Complutense de Madrid. [En línea]. Disponible en <http://eprints.ucm.es/11331/1/Autonomia.pdf>, visitado el 4 de mayo de 2015.
- Martínez, M. (2006).La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual). *Revista IIPSI*, 9 (1), 123-146. [En línea]. Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v09\\_n1/pdf/a09v9n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf), visitado el 23 de marzo de 2015.
- Mascayano, F., Lips, W., & Moreno, J. (2013).Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Revista Salud Mental*, 36 (2), 159-165. [En línea]. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S01853325013000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S01853325013000200009&script=sci_arttext), visitado el 26 de diciembre de 2014.
- Maturana, H. (1991).*El sentido de lo humano*. (1º Ed.) Santiago: Ediciones Pedagógicas Chilenas, S.A.
- Ministerio de Salud (2009).*Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago: MINSAL. [En línea]. Disponible en

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>,  
visitado el 15 de octubre de 2014.

Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional De Salud Mental y Psiquiatría*. Departamento de Salud Mental. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud (2000). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud (2012). Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Santiago: MINSAL.

Muñoz, F. & Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 98-110. [En línea]. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474502007000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502007000100008&lng=es&tlng=es), visitado el 26 de diciembre de 2014.

Ojeda, N., Peña, J., Segarra, R., Sánchez, P. & Eguíluz, I. & cols. (2009). *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia: El rol de la neurocognición en el primer episodio de la psicosis*. España: Universidad de Deusto.

Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la Identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 539-550, Universidad Pedagógica Nacional, Colombia.

Puhakka, K. (2002). La teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva. En Cloninger, S.; *Teorías de la personalidad* (pp. 369-411). Editorial Pearson Educación.

Rivas, M. (2008). *Procesos cognitivos y aprendizaje significativo*. *Red Interamericana de Liderazgo Educativo*. [En línea]. Disponible en

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DProcesos+cognitivos+y+aprendizaje+significativo+MRivas.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220443509976&ssbinary=true>, visitado el 8 de mayo de 2015.

Rizo, M. (2008). *Comunicología y Comunicación Interpersonal. Reflexiones Sobre un Objeto Olvidado en el Campo Académico de la Comunicación*. [En línea]. Disponible en <http://www.robertexto.com/archivo17/comunicología.htm>, visitado el 4 de mayo de 2015.

Rizo, M. (2012). *Filosofía y Comunicación. Diálogos, encuentros y posibilidades*. (1° Ed.) México: Colección. Altos Estudios.

Rodríguez, R., Fernández, H., Bagny, A., Dompablo, M. & Torio, I. et al. (2013). Cognición y Esquizofrenia: De la Neurocognición a la Cognición Social. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 11 (1), 10-24. [En línea]. Disponible en [http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N1/Indice14\\_ficheiros/Psilogos\\_Roberto\\_Rodriguez\\_Jimenez\\_pag10\\_24.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N1/Indice14_ficheiros/Psilogos_Roberto_Rodriguez_Jimenez_pag10_24.pdf), visitado el 7 de mayo de 2015.

Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.

Ruiz, J., García, S. & Fuentes, I. (2006). *La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia*. *Apuntes de Psicología*, 24, 137-155. [En línea]. Disponible en [http://www.researchgate.net/profile/Inmaculada\\_Dura/publication/28185912\\_La\\_relevancia\\_de\\_la\\_cognición\\_social\\_en\\_la\\_esquizofrenia/links/0fcfd50b68f707ed38000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Inmaculada_Dura/publication/28185912_La_relevancia_de_la_cognición_social_en_la_esquizofrenia/links/0fcfd50b68f707ed38000000.pdf), visitado el 7 de mayo de 2015.

Salavera, C., Martínez, M. & Barcelona, A. (2009). *El lenguaje en esquizofrenia: patologías*. Psicología. Avizora Publicaciones. [En línea]. Disponible en

[www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067\\_lenguaje\\_esquizofrenia\\_p\\_atologias.htm](http://www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067_lenguaje_esquizofrenia_p_atologias.htm), visitado el 7 de mayo de 2015.

Saúl, L., López, M., Rubio, F. & González, M. (2012). Construcción del sí mismo y categorización de los significados personales de acuerdo con las fortalezas del carácter: estudio comparativo en pacientes con trastornos depresivos. *Acción Psicológica*, 9 (2), 3-20. [En línea]. Disponible en <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/4100>, visitado el 6 de Mayo de 2015.

Torres, M. (2013). *Cómo influye la autoestima en las relaciones Interpersonales*. Facultad de ciencias de la Educación, Universidad de Almería. [En línea]. Disponible en <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2298/1/Trabajo.pdf>, visitado el 4 de mayo de 2015.

Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, 30 (5), 276-287. [En línea]. Disponible en [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias\\_de\\_genero\\_en\\_esquizofrenia.pd](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pd), visitado el 28 de abril de 2015.

Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). *Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud*. Instituto de políticas públicas. Universidad Diego Portales. N°11.

Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Tarrés, M.; *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 63-93). México: Colegio de México y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

## 6. ANEXOS

Anexo N° 1: Etapas de interacción según Kohlberg.

Anexo N° 2: Etapas del desarrollo de la conciencia moral según Kohlberg.

Anexo N° 3: Desarrollo estratégico de una red de servicios de salud mental y psiquiatría.

Anexo N° 4: Consentimiento informado y acta de consentimiento.

Anexo N° 5: Guión temático de entrevista semiestructurada.

Anexo N° 6: Guión temático asociado a dimensiones.

Anexo N° 7: Categorías.

**Anexo N°1: Etapas de interacción según Kohlberg.**

<b>Etapas</b>	<b>Descripción</b>
1	Esta etapa adopta un punto de vista egocéntrico. Una persona en esta etapa no considera los intereses de los demás ni reconoce que difieran de los del actor y no relaciona dos puntos de vista. Los actos se enjuician en función de las consecuencias materiales antes que en función de los intereses psicológicos de los demás. La perspectiva de la autoridad se confunde con la de uno mismo.
2	Esta etapa adopta una perspectiva individualista concreta. Una persona en esta etapa separa los intereses y puntos de vista propios de los de la autoridad y los otros. La persona es sabedora de que todo el mundo tiene intereses individuales que satisfacer y que estos entran en conflicto, de modo que lo justo es relativo (en el sentido de los individualista concreto). La persona integra o relaciona intereses individuales en conflicto unos a otros por medio de intercambios instrumentales de servicios, por la necesidad instrumental del otro y del bienestar del otro y por medio de la justicia de dar a cada uno lo mismo.
3	Esta etapa adopta la perspectiva de la persona en relación con otras personas. La persona en esta etapa es conocedora de sentimientos, acuerdos y expectativas compartidas y que tienen prioridad sobre los intereses individuales. La persona relaciona puntos de vista a través de la «regla de oro concreta» de ponerse uno en el lugar del otro. La persona no tiene en cuenta una perspectiva «sistémica» generalizada.
4	Esta etapa diferencia el punto de vista social de los acuerdos y motivos interpersonales. Una persona en esta etapa adopta el punto de vista de sistema, que define las funciones y las normas. Esta persona considera las relaciones individuales en función del lugar en el sistema.
5	Esta etapa adopta una perspectiva previa a la sociedad, la de una persona racional conocedora de valores y derechos previos a las lealtades y pactos sociales. La persona integra perspectivas mediante mecanismos formales de acuerdo, pacto, imparcialidad objetiva y procedimiento legal. La persona toma en consideración el punto de vista moral y el jurídico, reconoce que entran en conflicto y le parece difícil reconciliarlos.
6	Esta etapa toma la perspectiva de un punto de vista moral en el que se originan o del que derivan los acuerdos sociales. La perspectiva es la de cualquier ser racional, que reconoce la naturaleza de la moral o la premisa moral fundamental del respeto debido a las otras personas en su condición de fines y no de medios.

**Anexo N° 2: Etapas del desarrollo de la conciencia moral según Kohlberg.**

<b>ORDEN A. PRECONVENCIONAL</b>	
<b>Etapa 1. Castigo y obediencia.</b>	Contenido: Lo justo es la obediencia ciega a las normas y a la autoridad; evitar el castigo y no causar daño material.
	1. Lo justo es evitar el quebrantamiento de las normas, obedecer por obedecer y no causar daños materiales a las personas o las cosas.
	2. Las razones para hacer lo justo son evitar el castigo y el poder superior de las autoridades.
<b>Etapa 2. Propósito e intercambios instrumentales individuales.</b>	1. Lo justo es seguir las normas cuando va en el interés inmediato de alguien. Lo justo es actuar en pro de los intereses y necesidades propios y dejar que los demás hagan lo mismo. Lo justo es también lo que es equitativo, esto es, un intercambio, un trato, un acuerdo iguales.
	2. La razón para hacer lo justo es satisfacer las necesidades e intereses propios en un mundo en el que hay que reconocer que los demás también tienen sus intereses.
<b>ORDEN B. CONVENCIONAL</b>	
<b>Etapa 3. Expectativas, relaciones y conformidades interpersonales mutuas.</b>	Contenido: Lo justo es realizar una buena función; preocuparse por los demás y por sus sentimientos, respetar la lealtad y la confianza entre colaboradores y sentirse interesado por cumplir las normas y lo que de uno se espera.
	1. Lo justo es vivir de acuerdo con lo que de uno espera la gente cercana en general, de las personas como uno mismo, en condición de hijo, hermana, amigos, etc. «Ser bueno» es importante y significa que se tienen motivos buenos y se está preocupado por los demás. También significa mantener las relaciones mutuas, guardar la confianza, la lealtad, el respeto y la gratitud.
	2. Las razones para hacer lo justo son que se necesita ser bueno a los ojos propios y a los de los demás, preocuparse por los demás y por el hecho de que, si uno se pone en lugar de otro, uno quisiera también que los demás se portaran bien.
<b>Etapa 4. Sistema social y mantenimiento de la conciencia.</b>	Contenido: Lo justo es cumplir con el propio deber en la sociedad, mantener el orden social y contribuir al bienestar de la sociedad o del grupo.
	1. Lo justo es cumplir los deberes que uno ha aceptado. Las leyes deben cumplirse excepto en los casos extremos en que coliden con otros deberes y derechos socialmente determinados. Lo justo es también contribuir a la sociedad, al grupo o la institución.
	2. Las razones para hacer lo justo son mantener el funcionamiento de las instituciones en su conjunto, el autorrespeto o la conciencia al cumplir las obligaciones que uno mismo ha admitido o las consecuencias: «¿Qué sucedería si todos lo hicieran?».
<b>ORDEN C. POSCONVENCIONAL Y DE PRINCIPIOS</b>	
	Contenido: Lo justo es respaldar los derechos, valores y pactos legales fundamentales de una sociedad, incluso cuando coliden con las normas y leyes concretas del grupo.

<p style="text-align: center;"><b>Etapa 5.</b></p> <p><b>Derechos previos y contrato social o de la utilidad.</b></p>	<p>1. Lo justo es estar consciente del hecho de que la gente sostiene una diversidad de valores y opiniones y que la mayor parte de los valores y normas tiene relación con el grupo de uno mismo. No obstante, se deben respetar estas normas «de relación» en interés de la imparcialidad y por el hecho de que constituyen el pacto social. Sin embargo, algunos valores y derechos que no son de relación, como la vida y la libertad, deben respetarse en cualquier sociedad con independencia de la opinión de la mayoría.</p> <p>2. las razones para hacer lo justo, en general, son sentirse obligado a obedecer la ley porque un ha establecido un pacto social para hacer y cumplir las leyes, por el bien de todos y también para proteger los derechos propios, así como los derechos de los demás. La familia, la amistad, la confianza y las obligaciones laborales son también obligaciones y contratos que se han aceptado libremente y que suponen respeto por los derechos de los demás. Uno está interesado en que las leyes y los deberes se basen en el cálculo racional de la utilidad general: «la máxima felicidad para el mayor número».</p>
<p style="text-align: center;"><b>Etapa 6.</b></p> <p><b>Principios éticos universales.</b></p>	<p>Contenido: Esta etapa supone que habrá guía por parte de unos principios éticos universales que toda la humanidad debiera seguir.</p> <p>1. Con respecto a lo que es justo, la etapa 6 se guía por principios éticos universales. Las leyes concretas o los acuerdos sociales son válidos habitualmente porque descansan en tales principios. Cuando las leyes violan aquellos principios, uno actúa de acuerdo con el principio. Los principios son los principios universales de la justicia: la igualdad de derechos humanos y el respeto por la dignidad de los seres humanos en cuanto individuos. Estos no son únicamente valores que se reconocen, sino que también son principios que se utilizan para generar decisiones concretas.</p> <p>2. La razón para hacer lo justo es que, en la condición de persona racional, uno ve la validez de los principios y se compromete con ellos.</p>

**Anexo N° 3:** Desarrollo estratégico de una red de servicios de salud mental y psiquiatría.

<b>DESARROLLO ESTRATÉGICO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA*</b>	
<b>A.- NIVEL PRIMARIO DE RESOLUCIÓN (barrio-comuna)</b>	
Los establecimientos a este nivel deben realizar tanto promoción y prevención en salud mental, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación de enfermedades mentales, de acuerdo a su capacidad de resolución. Las principales estrategias para este nivel son:	
1. Programa nacional de salud mental y psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimientos: postas rurales, consultorios rurales y generales urbanos, centros de salud familiar y hospitales tipo 3 y 4.</li> <li>• Conformado por: jefe de Programa de salud mental y psiquiatría, quien debe programar las horas de técnicos y profesionales necesarias.</li> </ul>
2. Consultoría de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo es que el equipo de salud general reciba información y adquiera habilidades para realizar las acciones del Programa.</li> <li>• Consiste en actividades conjuntas e interactivas con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, tales como reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes.</li> <li>• La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una sesión al mes por equipo de salud general o establecimiento.</li> </ul>
3. Psicólogos en los centros de salud familiar y consultorios generales urbanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un psicólogo debe trabajar al menos una jornada completa (44 horas/semana).</li> <li>• Su función consiste en realizar actividades del Programa nacional de salud mental y psiquiatría.</li> <li>• Capacitar y asesorar a los técnicos y profesionales del establecimiento en las intervenciones psicosociales necesarias para el cumplimiento del programa.</li> </ul>

\*Se describen a continuación, por nivel de resolución y cobertura poblacional, los componentes de la red de servicios de salud mental y psiquiatría que han sido priorizados para el país en su etapa inicial de desarrollo, los que podrán tener una expresión flexible en cada Servicio de Salud de acuerdo al diagnóstico epidemiológico, a las necesidades expresadas localmente por la población y a sus características socioculturales.

<b>DESARROLLO ESTRATÉGICO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA</b>	
<b>B.- NIVEL SECUNDARIO DE RESOLUCIÓN (comuna-provincia)</b>	
1. Equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponden a los coordinadores y articuladores de la red de salud mental y psiquiatría.</li> <li>• Conformados por: psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor.</li> <li>• Son responsables de ejercer en un área territorial y de una determinada población beneficiaria, capacitar y asesorar a los dispositivos del nivel primario, a la comunidad organizada y establecer vínculos intersectoriales.</li> <li>• Son encargados de definir e implementar un flujograma de atención del paciente que asegure el cumplimiento de los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y continuidad de la atención de los beneficiarios.</li> <li>• Deben evaluar y monitorizar en forma sistemática el funcionamiento y estado de la red.</li> </ul>
2. Centros de Salud Mental Familiar (COSAM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben estar dotados de los recursos técnicos y profesionales necesarios para actuar como equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.</li> <li>• Realizan todas las actividades del nivel secundario (a excepción de la internación), incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto con acciones directas con las personas como a través de consultorías de salud mental a los equipos de atención primaria.</li> </ul>
3. Equipos de psiquiatría de niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrados al menos por un psiquiatra infantil y otros profesionales con especialización en niños y adolescentes.</li> <li>• La mayoría de los problemas y enfermedades mentales de niños y adolescentes se resuelven en el nivel primario y por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Solo se derivan los casos más severos, resistentes al tratamiento o con comorbilidad.</li> <li>• El equipo debe apoyar el trabajo y recibir referencias de dos o más equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.</li> </ul>
4. Hospital de día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituye una alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de la internación.</li> <li>• Recibe a los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía.</li> </ul>
5. Servicio de psiquiatría de corta estadía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido hacia el manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros servicios clínicos.</li> <li>• Recibe pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y de otros servicios clínicos del hospital general. Todos los hospitales tipo 1 del país deben contar con este servicio de psiquiatría.</li> </ul>
6. Servicio de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe alcanzar una mayor capacidad para la detección de problemas de salud mental, el manejo farmacológico agudo, la intervención en crisis y la derivación.</li> <li>• Requiere de al menos ocho horas al día de psiquiatras de preferencia</li> </ul>

	con sistema de turnos, cubriendo las 24 horas.
7. Hogares protegidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizados con componentes flexibles y diversificados según necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, etc.) como para larga estadía.</li> <li>• Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria.</li> </ul>
8. Agrupaciones de usuarios y familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con apoyo técnico y financiero, favoreciendo el desarrollo organizacional, terapéutico y de rehabilitación.</li> <li>• En una primera etapa se prioriza su participación en grupos de autoayuda para alcoholismo y drogadicción, y en clubes de integración social, centros de rehabilitación y hogares protegidos para personas con discapacidad psíquica severa.</li> </ul>
9. Comunidades terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfocado en personas con dependencia severa a alcohol y drogas, con internación total (24 horas) o en forma ambulatoria (tipo hospital de día), durante varios meses.</li> <li>• Los servicios de salud deben disponer de fondos para la compra de servicios a las instituciones que están acreditadas para proveerlos.</li> <li>• Los pacientes son referidos por los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.</li> </ul>

<b>DESARROLLO ESTRATÉGICO DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA</b>	
<b>C. NIVEL Terciario de Resolución (provincia-región)</b>	
Establece mecanismos de articulación entre los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria y los equipos de las distintas sub especialidades del nivel terciario, con el fin de mejorar la resolución y evitar referencias innecesarias a sub especialistas.	
1. Hospital de día para niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborado con fines de observación diagnóstica, contención de conductas de riesgo físico, tratamientos intensivos farmacológicos y psicosociales.</li> </ul>
2. Servicio de psiquiatría de corta estadía para adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designado a personas entre 10 y 19 años en los hospitales pediátricos o anexo a un servicio de psiquiatría de corta estadía.</li> <li>• En niños menores con cuadros agudos deben ser atendidos en hospital de día u hospitalizados en servicios de pediatría con apoyo de psiquiatría de enlace.</li> </ul>
3. Servicio de psiquiatría de mediana estadía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido a pacientes con patología de alta complejidad, resistentes a tratamientos, o con complicaciones físicas o psicológicas severas.</li> <li>• Requiere de un período mayor a dos meses de hospitalización máximo tiempo de hospitalización de 12 meses.</li> <li>• Considera una dotación apropiada de recursos profesionales, técnicos, farmacológicos, de rehabilitación y de procedimientos especiales.</li> </ul>
4. Unidad de adicciones ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica que presentan una red social con capacidad de apoyo y contención.</li> <li>• Cuenta con tratamientos farmacológicos y psicosociales, con permanencia de cuatro a ocho horas diarias, de lunes a viernes por alrededor de seis meses.</li> </ul>
5. Unidad de adicciones con hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para pacientes con adicciones severas y comorbilidad psiquiátrica que presentan una red social disfuncional o que no son capaces de desintoxicación ambulatoria.</li> </ul>
6. Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientado a víctimas y familiares de secuestro, ejecución, tortura, detención, enfrentamiento, amedrentamiento, persecución, exilio y exoneración política.</li> <li>• La atención ambulatoria está a cargo de equipos multidisciplinarios (médico general, psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera y terapeuta ocupacional) con especialización específica en este tema, con el apoyo de los distintos dispositivos de la red general de salud y salud mental y psiquiatría.</li> </ul>
7. Unidades de psiquiatría forense	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde a servicios de psiquiatría con medidas de protección especial para la hospitalización de personas que han cometido delitos graves y que han sido sobreesidos a causa de una enfermedad mental.</li> <li>• Su objetivo es el tratamiento integral, la rehabilitación psicosocial y la reinserción en la comunidad.</li> <li>• Se requieren al menos dos niveles para responder a las necesidades de estas personas (en cuanto a la patología psiquiátrica y la peligrosidad contra sí mismos y terceros): mediana complejidad y alta complejidad.</li> <li>• El cumplimiento de los objetivos de estas unidades requiere de su coordinación con las redes generales de salud mental y psiquiatría, de modo de facilitar el flujo progresivo de estas personas desde ellas a servicios de psiquiatría generales, hospitales de día, hogares</li> </ul>

	protegidos, centros de rehabilitación, programas de seguimiento ambulatorio y reinserción social y laboral.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------



#### **Anexo N° 4: Consentimiento informado y Acta de consentimiento.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES CON EXPERIENCIA LABORAL EN SALUD MENTAL**

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Significados que los profesionales vinculados al área de salud mental le otorgan a la acción comunicativa en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia”, cuyo investigador principal es el Fonoaudiólogo Marcelo Sandoval Ramírez y las tesis participantes en la investigación son Bárbara Fernández Toro, Isadora Gutiérrez Cabrera, Paulina Palacios Cuevas y Romina Vera Olguín, alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en las regiones de Valparaíso y Metropolitana durante el año 2015.
2. El presente trabajo busca aportar a la reflexión sobre la relación entre la acción comunicativa y la rehabilitación moral de la persona con esquizofrenia y cómo este proceso puede aportar a la autonomía de las personas con esquizofrenia al ser abordado sistemáticamente.
3. El objetivo de esta investigación es conocer los significados que profesionales vinculados a Salud Mental de las regiones Metropolitana y Valparaíso le otorgan a la acción comunicativa en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia.
4. Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y consiste en acceder a una entrevista focalizada, de entre 30 a 60 minutos de duración y que será grabada en audio para su posterior transcripción y análisis. Usted podrá elegir el lugar de entrevista según su comodidad y preferencia; asimismo, podrá retirarse de la participación en cualquier momento que desee antes, durante o después de la entrevista, sin tener que dar ninguna razón para ello y sin que esto le acarree consecuencias de ningún tipo o pérdida de beneficios ya adquiridos por usted. Las entrevistas serán realizadas por dos de las alumnas tesis participantes en la investigación.
5. La participación no tendrá ningún riesgo para usted, tampoco tendrá un beneficio directo para su persona; sino el beneficio se manifiesta en el aporte al desarrollo disciplinar.
6. No recibirá pagos por participar, pero tampoco deberá asumir gastos, ya que las alumnas tesis se desplazarán al lugar indicado por usted para realizar la entrevista.

7. En cualquier momento usted podrá dirigirse al investigador principal Marcelo Sandoval en forma personal, correo electrónico [marcelo.sandoval@uv.cl](mailto:marcelo.sandoval@uv.cl) o a su teléfono celular particular: 9199 9724 para aclarar cualquier duda que tenga respecto este estudio. Además, podrá retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal con previo aviso.
8. La identidad de los participantes plasmada en las entrevistas, será resguardada y no será revelada en ningún caso, utilizando un código alfanumérico en su defecto.
9. En todo el proceso de investigación se respetará la confidencialidad de los datos entregados por usted durante la entrevista. Estos serán guardados en el computador personal de una de las tesis y en una base de datos creada para este fin con acceso exclusivo para el investigador principal y las tesis, sin que nadie ajeno a la investigación tenga acceso a ellos. Las transcripciones serán guardadas por 5 años y solo podrán ser utilizadas por los investigadores para fines académicos y de investigación.
10. Los resultados obtenidos podrán ser publicados en alguna revista del área disciplinar, sin que se revele la identidad de los participantes. Asimismo, si usted lo desea podrá informarse sobre los resultados obtenidos por esta investigación, a través del investigador principal, señalándole sus datos de contacto para que la información le puede ser enviada.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador:

---

Marcelo Sandoval Ramírez  
RUT: 16.143.109-5  
Título/grado: Fonoaudiólogo

Ciudad de ..... de ..... de 2015



## ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES CON EXPERIENCIA LABORAL EN SALUD MENTAL

Yo,.....,RUT.....DECLARO que el investigador principal Fonoaudiólogo, Marcelo Andrés Sandoval Ramírez y las alumnas Bárbara Fernández Toro, Isadora Gutiérrez Cabrera, Paulina Palacios Cuevas y Romina Vera Olguín, pertenecientes a 5° año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Alcalde Prieto N° 452 de la ciudad de Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación titulado “Significados que los profesionales vinculados al área de salud mental le otorgan a la acción comunicativa en el reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia” y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de esta investigación es conocer los significados que profesionales vinculados a Salud Mental de las regiones Metropolitana y Valparaíso le otorgan a la acción comunicativa en el proceso de reconocimiento de la dimensión moral en el contexto de rehabilitación de la persona con esquizofrenia.
2. Mi participación en este estudio es absolutamente voluntaria y consiste en acceder a una entrevista focalizada de entre 30 a 60 minutos de duración y que será grabada en audio para su posterior transcripción y análisis. Además podré elegir el lugar de entrevista según mi comodidad y preferencia; asimismo, podré retirarme de la participación en cualquier momento que desee antes, durante o después de la entrevista, sin tener que dar ninguna razón para ello y sin que esto me acarree consecuencias de ningún tipo o pérdida de beneficios ya adquiridos anteriormente. Las entrevistas serán realizadas por dos de las alumnas tesistas participantes en la investigación.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí, tampoco tendrá un beneficio directo para mi persona; sino el beneficio se manifiesta en el aporte al desarrollo disciplinar.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código alfanumérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico----científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.

6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
7. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
8. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y/o a las alumnas tesistas en cualquier momento de la investigación, a quien/es podré contactar en el fono 9199 9724 y/o al correo electrónico marcelo.sandoval@uv.cl .
9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

---

Firma Director Establecimiento

Nombre:

RUT:

Establecimiento:

---

Nombre y Firma Participante

RUT:

---

Marcelo Sandoval Ramírez

RUT: 16.143.109----5

Fonoaudiólogo

Ciudad de ..... ,... de ..... de 2015

**Anexo N° 5:** Guión temático de entrevista semiestructurada.

1. Nos podría comentar, ¿cómo ha sido su vinculación en salud mental, específicamente a las personas con esquizofrenia?
2. ¿Qué puede comentar respecto al desarrollo de la autonomía de las personas con esquizofrenia?
3. ¿Qué significa para usted la realización personal dentro del proceso de rehabilitación de las personas con esquizofrenia?
4. En su experiencia laboral, ¿cómo considera que se fomenta la ciudadanía de las personas con esquizofrenia?
5. ¿Qué significado le otorga usted al intercambio comunicativo de las personas con esquizofrenia?
6. ¿Qué relación encuentra usted entre el intercambio comunicativo y la construcción de la identidad de la persona con esquizofrenia?
7. ¿Qué relación establece usted, entre el intercambio comunicativo y la autonomía de las personas con esquizofrenia?
8. ¿Considera que la rehabilitación de la comunicación es un eje relevante en el proceso de las personas con esquizofrenia? ¿Por qué?
9. De acuerdo a su contexto laboral, ¿qué significado le otorga usted a la intersubjetividad en el proceso de rehabilitación?
10. Dentro de su vinculación a la salud mental ¿cómo maneja usted el intercambio comunicativo con las personas con esquizofrenia?
11. Para finalizar, ¿hay algún otro tema que usted quisiera abordar en relación a lo conversado?

**Anexo N° 6:** Guión temático asociado a dimensiones.

<b>Preguntas</b>	<b>Dimensiones</b>
1. Nos podría comentar, ¿cómo ha sido su vinculación en salud mental, específicamente a las personas con esquizofrenia?	_____
2. En su experiencia laboral, ¿cómo considera que se fomenta la ciudadanía de las personas con esquizofrenia?	Perspectiva de la dimensión moral
3. ¿Qué puede comentar respecto al desarrollo de la autonomía de las personas con esquizofrenia?	Perspectiva de la dimensión moral
4. ¿Qué significa para usted la realización personal dentro del proceso de rehabilitación de las personas con esquizofrenia?	Perspectiva de la dimensión moral
5. ¿Qué significado le otorga usted al intercambio comunicativo de las personas con esquizofrenia?	Perspectiva comunicativa
6. ¿Qué relación encuentra usted entre el intercambio comunicativo y la construcción de la identidad de la persona con esquizofrenia?	Perspectiva comunicativa- Perspectiva de la dimensión moral
7. ¿Qué relación establece usted, entre el intercambio comunicativo y la autonomía de las personas con esquizofrenia?	Perspectiva comunicativa- Perspectiva de la dimensión moral
8. Considera que la rehabilitación de la comunicación es un eje relevante en el proceso de las personas con esquizofrenia? ¿Por qué?	Perspectiva comunicativa
9. De acuerdo a su contexto laboral, ¿qué significado le otorga usted a la intersubjetividad en el proceso de rehabilitación?	Intersubjetividad
10. Dentro de su vinculación a la salud mental ¿cómo maneja usted el intercambio comunicativo con las personas con esquizofrenia?	Perspectiva comunicativa
11. Para finalizar, ¿hay algún otro tema que usted quisiera abordar en relación a lo conversado?	_____

## Anexo N° 7: Categorías.

### Categoría 1

#### ENFOQUE DEL PROFESIONAL EN SALUD MENTAL

Método de trabajo y fundamento teórico en que se basan los profesionales para el abordaje de las personas con esquizofrenia.

### Subcategoría 1

**Enfoque comunitario:** abordaje orientado a la generación de procesos participativos, otorgando grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja en conjunto con usuarios del sistema de salud mental y su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales (EC).

#### RESULTADOS

**E.1-EC:** “Entonces claro, hay que informar y también hay que generar ese vínculo, porque el hecho que no se le pregunte al psiquiatra en este caso, también tiene que ver con ese vínculo, con cómo le pregunto al psiquiatra, o sea esta figura jerárquica, «no le puedo hacer perder tiempo»”.

**E.1-EC:** “...desde ahí hay que transformar esta situación, o sea para poder realmente brindar una atención integral que tiene mucho que ver con la ética, para mí hay que transformar esa situación. O sea no puede ser que una persona no sepa qué está tomando, no sepa su tratamiento, no sepa qué implicancias tiene su diagnóstico y cuáles no, o que vaya y revise en internet todo lo que le va a pasar y piense que en algún momento le va a pasar todos los síntomas...”

**E.1-EC:** “En el proceso de rehabilitación debiese, no está establecido así, pero desde mi perspectiva debiese existir un proceso de co-construcción en todo sentido: o sea co-construcción de la demanda, co-construcción del plan de intervención, cuáles son las necesidades y las expectativas reales que podemos tener tanto tú como persona en rehabilitación, como yo persona «a cargo» de este proceso”.

**E.1-EC:** “...para mí la rehabilitación debiese estar enfocada en más bien en los procesos de fortalecimiento personal, de autonomía y para eso también necesito ser honesto en decir qué es lo que yo te puedo ofrecer”.

**E.1-EC:** “En mi experiencia de rehabilitación también hemos procurado tener estas experiencias de empleo con apoyo, incluso de relaciones sentimentales...”.

**E.1-EC:** “...la idea es que no le enseñes a la persona a cómo reaccionar con el micrero en este ejercicio ficticio en el que estamos encerrados en una oficina, sino que en la micro, es la mejor forma y ver lo que siente y cómo maneja lo que siente. No porque sea una persona que está en rehabilitación, sino porque a todos nos pasa...”.

**E.1-EC:** "...y de contemplar o visualizar a una persona que ha sido diagnosticada, no como una persona que ha sido diagnosticada sino que como una persona, entre más integral sea su atención siempre va a ser mejor".

**E.1-EC:** "...intento hacer los cambios para la profesión desde mi militancia en salud mental desde diferentes frentes y lo mismo le corresponde a cada uno, tanto a los usuarios y usuarias de salud mental, a los familiares, a los fonoaudiólogos y fonoaudiólogas, a los médicos etc. etc. O sea, en el fondo, la transformación de las lógicas y la incorporación de estas dimensiones tan importantes son trabajos de todos y todas y deberíamos hacernos cargo".

**E.2-EC:** "...el que sea incluido socialmente, que tenga un trabajo, que pueda elegir su propia pareja, eso yo creo que es lo más relevante".

**E.2-EC:** "...se quiebran las relaciones sociales y esas relaciones sociales hay que verlas en sus múltiples dimensiones, no solo comunicativas, o sea como les explicaba antes, es decir, creo que tiene, que el abordaje el punto de las ciencias sociales en las terapias de rehabilitación es más importante que el abordaje psicológico comunicativo aisladamente".

**E.2-EC:** "...el tratamiento está orientado hacia los intereses y valores de la persona, lo que esa persona considera más importante o más legítimo, y siempre que sean valores aceptables socialmente, aunque no sean los valores de su contexto de pertenencia".

**E.2-EC:** "...pero que la interacción de la persona en los sistemas le permita a la persona elegir en qué actividad en qué tipo de sistema va a participar y de qué manera".

**E.2-EC:** "...en mi caso tengo una orientación social en el sentido de buscar favorecer a las demás personas...".

**E.2-EC:** "...ahora a través de las organizaciones estoy tratando de ayudar a las personas (*con esquizofrenia*)".

**E.3-EC:** "...a mí lo que me interesa ahora es el usuario como actor social, entonces he tenido que buscar formas de acceder a ellos que no pase por la mediación institucional ni por, ni por ningún tipo de servicio de salud...".

**E.3-EC:** "...pero yo encuentro que de repente como lo que hay que hacer es como tirarse más pa` las ciencias sociales y tratar de seguir a los usuarios en sus trayectorias de vida más allá del espacio clínico y ahí ver qué pasa...".

**E.3-EC:** "Lo que yo siempre he pensado es que hay que eliminar esas bambalinas o que al usuario lo inviten a esa conversación de pasillo donde están fumando un cigarro y donde están diciendo «oye, no sé qué chucha hacer con el usuario», ¿por qué no lo pueden invitar?, ¿por qué no triangulan?, por qué no se juntan todos...".

**E.3-EC:** "...entendiendo que el proceso de ese usuario va a depender totalmente de la red de relaciones en la cual él esté instalado ¿cachai? y no solo de su intención personal, o sea si no te hacé cargo de las redes, el usuario te puede decir miles de cosas y tú podí creerle y podí operar en

base a eso, pero no tenía idea de lo que pasa en su casa, no tenía idea quiénes son sus amigos, cuáles son sus apoyos, quién los va a venir a buscar cuando lo internamos en la urgencia psiquiátrica al otro día, si va a venir alguien; tal vez no va a llegar nadie ¿cachai? necesitamos saber esas cosas...”.

**E.3-EC:** “...hay una línea en salud mental y en investigación y en la acción, que está adoptando el modelo social ¿cachai? más en serio ¿cachai?, no como una declaración, sino como un instrumento clínico...”.

**E.3-EC:** “Generar el espacio, generar un cambio de roles ¿cachai? donde el usuario sea experto por experiencia (...) donde se acepte que el usuario sabe más de lo que le pasa que uno ¿cachai? Que conoce más en detalle las consecuencias sociales, culturales, familiares de tener un diagnóstico y que lo que él sabe, es algo que nosotros necesitamos saber...”.

**E.3-EC:** “Mi acercamiento ha sido igual privilegiado ¿cachai? porque he podido compartir espacios de acción social, o sea, actualmente. Entonces, en el fondo, la categoría diagnóstico no tiene ninguna relevancia en el contexto en que estoy desarrollándome...”.

**E.3-EC:** “En el grupo en el que estoy, por ejemplo, se podría definir como un grupo de autoayuda, pero a la vez tiene como una dimensión como de crear conciencia en torno a los derechos de las personas con diagnóstico. Crear conciencia en torno a los abusos de la medicina y de la psiquiatría ¿cachai? Entonces, por un lado tiene una dimensión activista, una dimensión de autoayuda... así, cada grupo se basa en tratar de apoyar, es como apoyar la aventura...”.

**E.3-EC:** “...el grupo tiene una función como vital, pero para todos, no hay uno que esté coordinándolo ¿cachai?, no hay uno que se vaya para su casa y tenga todas sus necesidades cubiertas y no dependa del grupo ¿cachai? No está la división profesional-usuario...”.

**E.3-EC:** “...en el fondo mi modelo es como la etnografía, entonces como viendo qué se siente estar ahí (...) y aprendiendo de eso, como de mi reacción personal ante estas discusiones y ante estos procesos y estas como metas que se ponen. Entonces, probablemente mi acercamiento es distinto al que ustedes van a encontrar en otros profesionales...”.

**E.3-EC:** “...todos los profesionales interesados en salud mental deberían buscar la oportunidad, en algún momento de su formación o rápidamente después de su formación, participar en estos grupos como de autoayuda como uno más...”.

**E.4-EC:** “...creo que es interesante realizar que hoy en día un modelo de salud mucho más comunitario en el abordaje de las patologías, también te hace mirar las áreas sanas de la persona y no estigmatizarla por estar enferma, sino que por todas las otras áreas con las que puedes seguir trabajando...”.

**E.4-EC:** “...hoy con el modelo por lo menos teórico o la brecha entre la teoría y la práctica, se aborda, se da espacio al derecho, al deber del usuario o de la persona que tiene la enfermedad, se da espacio al empoderamiento del usuario, a que la persona pueda decidir sobre si misma tiene algo que decir en relación a su enfermedad...”.

**E.4-EC:** “...yo creo que hoy en día con este modelo de atención más comunitario es

importantísimo ¿ya? Porque se apuesta a que la persona con esquizofrenia en este caso pueda empoderarse... ser partícipe de su recuperación, mirar la enfermedad como una oportunidad de aprendizaje en la vida”.

**E.4-EC:** “Mirando a esta persona no con un modelo custodial sino con una mirada mucho más comunitaria, en relación a que yo puedo poner mi conocimiento al servicio de este, que tiene una enfermedad, pero el otro también tiene historia de vida no una tabla rasa, por lo tanto, también contribuye a mi formación como persona ¿cierto?, y en mi vida también sobretodo pa` las personas como nosotros que hemos decidido dedicar nuestra vida a la psiquiatría y a la salud mental, por lo tanto, hace sentido para uno trabajar con personas que tienen este tipo de enfermedades, porque en el fondo son personas igual que uno...”.

**E.5-EC:** “...cuando llegué ahí, llegué con toda una ideología mucho más clínica y patologizante, como trabajar los aspectos como el síntoma, en realidad como disminuir la sintomatología. Ese era como la manera en la cual yo llegue ahí a trabajar y lo cual me di cuenta que no era la manera más adecuada ni tampoco lo que se necesitaba en ese lugar. Entonces, de a poco tuve que ir incorporando otro tipo de estrategias y, en definitiva, otra manera de posicionarme frente al trabajo ¿ya? Fue mutando, también yo me fui deformando como profesional, y me di cuenta que las personas que asisten a ese lugar tienen múltiples necesidades, pero que van más allá de un diagnóstico, sino que como de la persona...”

**E.5-EC:** “...entonces, hay una sensación de que ellos no se sienten tan personas como los demás y ese es el trabajo en realidad, como que ellos se sientan de nuevo como seres como cualquier otra persona, como validados, que sus palabras sí tienen peso, sus opiniones valen en un sistema de salud donde no se les toma la palabra...”.

**E.5-EC:** “Y lo que nosotros nos dimos cuenta y nos ha resultado es que nosotros tenemos que trabajar con ellos. Y claro, trabajando juntos porque ellos también son parte del trabajo. Como si hay que hacer alguna actividad, ellos también son parte de ese equipo, porque si dice que uno está con este discurso, que si uno quiere estar con ellos y no para ellos, entonces, uno tiene que trabajar con ellos y hacer que ellos trabajen también, darles las herramientas y eso es mucho más largo”.

**E.5-EC:** “Nosotros vemos el trabajo de esa manera allá, y de forma solidaria, colaborativa, no competitiva. En realidad trabajamos de una manera bien comunitaria y de como... el sentido del grupo”.

**E.6-EC:** “...esa es la modalidad y creo por lo menos me ha dado resultado, no he podido comparar mucho, no tengo mucho con qué comparar acá. Pero del extranjero lo que hay son modelos o abordajes que apuntan a eso, habilidades cognitivas, al concepto de cognición social que acuñó Adolphs hace rato, que él lo plantea así, en realidad es saber qué hacer, cómo interpretar, cuándo actuar, cuándo no actuar”.

**E.6-EC:** “...nosotros hacemos hartas actividades donde ellos tienen que hacer referencia a su sentir, a su vivenciar”.

**E.6-EC:** “...soy mucho de conocer la biografía de ellos”.

**E.6-EC:** "...yo creo que el punto mayor en el abordaje con estas patologías en general, y con todas las patologías, es el deber de nosotros de comprender al otro. Ellos no nos tienen que comprender a nosotros, nosotros tenemos que comprenderlos, y en esa comprensión sacar aquello que considero que sea relevante, pertinente pa` poder lograr la re-inclusión".

**E.6-EC:** "(referido a la rehabilitación) Yo pienso así como un muro en blanco que tenía que ir pintándolo pa` él, y él te va ir diciendo pa` dónde va, pa` dónde se mueve, y tú oscilas con él nomas, de acuerdo cómo te va oscilando, te va a oscilar mejor o peor. Pero sí, muévete con él, y si te mueves bien perfecto, y él lo va a sentir y te lo va a agradecer".

**E.8-EC:** "Yo la veo unida a la rehabilitación psicosocial completa, no la puedo ver aislada...".

**E.8-EC:** "...entonces, a través de la actividad adquiere significación, adquiere una validación en el entorno social..."

**E.8-EC:** "...uno también tiene que tener una habilidad integral de las personas, entonces, no puede solamente recuperar que la persona se sepa asear independientemente o recupere sus hábitos de higiene, si al mismo tiempo no recupera contestar un teléfono o dar una noticia o no sabe dar una información. Tiene que ir todo unido al mismo tiempo que la atención tiene que ser integral..."

**E.9-EC:** "A los veintiocho años comencé a trabajar en psiquiatría comunitaria en un centro comunitario, con pacientes también con trastornos psiquiátricos severos..."

**E.9-EC:** "...he tenido la oportunidad de trabajar mucho con pacientes con trastornos psiquiátricos severos, y desde una perspectiva de rehabilitación y de integración social, tanto directamente yo como jefe de servicio, organizando mi servicio tras esos objetivos desde la perspectiva del modelo comunitario de atención en salud mental".

**E.9-EC:** "...se ha hecho un esfuerzo sistemático por desarrollar primero servicios, mucho más amplios en número, más fácil de acceder e intentando orientarlos con el modelo comunitario de atención en salud mental..."

**E.9-EC:** "...hay muy poca integración en la elaboración de las estrategias. Cuesta mucho. Eso fue lo que me decían, me decían, fue bueno porque también yo creo que salieron como alternativas positivas en la formación de médicos psiquiatras, en hacia el modelo comunitario".

**E.9-EC:** "...y ver que el estudiante de medicina, por ejemplo, iba al centro de salud mental (...) a hacer un internado de medicina, o los pasos prácticos de quinto año de medicina. Si tú se lo haces en un hospital psiquiátrico o se lo haces en un centro comunitario de salud mental hay una tremenda diferencia".

**E.9-EC:** "...las circunstancias o porque la necesidad lo reclama, pero sigue siendo parte del proceso terapéutico. Ese es un desafío también dentro del modelo comunitario, lo es... claro, porque el modelo más paternalista más clásico está el súper doctor, la súper psicóloga, la súper enfermera".

**E.9-EC:** "...y es complejo entre otras cosas en salud mental comunitaria pasa que se sobrevalora el rol del médico psiquiatra que da los medicamentos, entonces, muchas veces los mismos pacientes

no están dispuestos o cuesta involucrarlos en procesos más integrales de trabajo de rehabilitación en la reintegración social porque no valorizan los mismos trabajos de los otros profesionales...”.

**E.9-EC:** “...ojalá que persistan, que sean profesionales creativas, dinámicas, que amplíen el campo y las prácticas en el mundo de la salud mental comunitaria, desde su especialidad profesional”.

**E.11-EC:** “...en el fondo es verlos desde lo sano y no desde lo enfermo. O sea, tratando de rescatar todas las fortalezas, los puntos fuertes que ellos tienen y que les quedan digamos todavía posibles de fortalecer más”.

**E.11-EC:** “...la mirada debe ser de la persona y no desde uno, entonces, de esa manera lo trabajábamos nosotros”.

**E.11-EC:** “...entonces, la verdad que aquí la capacidad de escucha es importante... tal vez, siempre es importante para los pacientes. Pero tal vez aquí mucho más, en el sentido de tener como la tolerancia también de escuchar y de tratar de entender”.

## Subcategoría 2

**Enfoque biomédico:** modelo dualístico que considera el cuerpo y la mente como entidades independientes. En este enfoque la cuantificación es indispensable para el tratamiento de la enfermedad (EB).

### RESULTADOS

**E.7-EB:** “...lo importante es mientras tú sepas tus objetivos, es irrelevante si es con contexto o no. Van a haber algunos aspectos obviamente los pragmáticos que van a propender a tener mayor posibilidad de hacer actividades relacionadas con el contexto, pero no creo que sea el determinante en cuanto al éxito de la terapia...”.

**E.10-EB:** “... la esquizofrenia es un conglomerado de enfermedades, de una patología que tiene varias dimensiones y además es una enfermedad que tiene varias etapas...”.

**E.10-EB:** “Cuando uno vive en el mundo científico, uno está acostumbrado a preguntarse las cosas de forma más concreta. Y más medible...”.

## Categoría 2

<b>ESTIGMA EN SALUD MENTAL</b>
Etiqueta de tipo negativa generada por la sociedad hacia una persona con esquizofrenia, dificultando la inclusión socio-laboral efectiva y una promoción de derechos en los sujetos (ESM).

<b>RESULTADOS</b>
<p><b>E.1-ESM:</b> "...bueno la ética y el sujeto tienen obviamente una relación directa, pero en el caso de las personas con esquizofrenia parece que es aún mayor dada la carga simbólica, la carga histórica, y la carga subjetiva que esto implica, o sea a diferencia de otras áreas de la salud, no sé po, nosotros nos podemos enfermar y estar diagnosticados con una patología física y eso no nos va a convertir en.... no sé po, si tenemos hepatitis no nos va a convertir en hepáticos. En el caso de la salud o la enfermedad mental más bien en este caso sí se convierte en una etiqueta y se atribuye a la persona un proceso identitario. Es muy difícil que una persona deje de tener ese diagnóstico...".</p> <p><b>E.1-ESM:</b> "<i>(imprecisiones diagnósticas por parte de los profesionales)</i> o sea, creo que eso abre un montón de temáticas que aluden al sistema de salud en particular a los profesionales que ahí se desempeñan, a... estigma y también asociado a la política pública que pasa a ser otro sujeto... pasa a ser un sujeto de protección y de dependencia, por tanto se configuran una serie de intervenciones a tu alrededor y sobre intervenciones en algunos casos".</p> <p><b>E.1-ESM:</b> "En el caso de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia estas barreras estigma, discriminación, sobreprotección, del ámbito familiar, de la atención en salud y de la política pública, no es visible, son cuestiones más bien subjetivas, entonces, es más difícil combatir porque no son concretas, no se arreglan con una rampa, es un poco más complejo".</p>
<p><b>E.4-ESM:</b> "...sus vidas están cargadas de sufrimiento, de estigma social, pese a que hoy el modelo declarado por lo menos en la teoría, es de un abordaje mucho más comunitario que el modelo más custodial, pero sin duda, personas que se aproximan al sufrimiento".</p> <p><b>E.4-ESM:</b> "Pero la comunicación claramente está interferida sobretodo en las fases agudas, pero también continúa interferida siento yo en la fase de estabilización, por el estigma que tiene la enfermedad...".</p> <p><b>E.4-ESM:</b> "...porque la enfermedad tiene bastante estigma y entonces qué le pasara a esa persona de declarar y decir «tengo esquizofrenia», «soy esquizofrénico», «soy esquizofrénica»".</p> <p><b>E.4-ESM:</b> "<i>(el hecho de que una persona tenga esquizofrenia)</i> qué provoca en otros y cómo él recibe la comunicación desde un otro que está recibiendo una información que tiene un tremendo estigma social...".</p> <p><b>E.4-ESM:</b> "<i>(personas con esquizofrenia)</i> un tema que sigue generando estigma...".</p>

<p><b>E.4-ESM:</b> “...o sea yo creo que en el espacio cotidiano de cada uno, uno trabaja por ir rompiendo sus estigmas... que también el colectivo social te mira raro porque cómo te interesa ese tema”.</p>
<p><b>E.5-ESM:</b> “Como en todo grupo uno tiende como a... y más en el caso de personas que tienen como un estigma, que es el diagnóstico, hay una especie de jerarquización de los que están mejor de los que están peor...”.</p>
<p><b>E.5-ESM:</b> “De hecho la gente con esquizofrenia es menos violenta que en general del común de las personas, porque tienden a reprimirse mucho por el estigma”.</p>
<p><b>E.6-ESM:</b> “... si ellos van (...) a una feria de discapacidad, y compiten con otras personas con otras discapacidades, por el hecho de no tener ningún estigma físico, netamente son segmentados...”.</p>
<p><b>E.6- ESM:</b> “... hay todo (...) un sesgo que es lo que yo veo en los usuarios, que les cuesta mucho encontrar pega, o las pega son como de bajas opciones económicas, entonces difícilmente les van a respetar (<i>la sociedad</i>) que tienen que ir al médico, o si saben que tienen, por ejemplo, un cuadro como eso (...) se imaginan al loco de condorito con un cuchillo detrás de ellos, entonces eso es un poco la limitación que tienen ellos por su patología ...”.</p>
<p><b>E.6- ESM:</b> “...pacientes con esquizofrenia que están trabajando como jardineros, a cargo de otras cuestiones, (<i>la sociedad</i>) siempre dicen «el tipo hizo algo malo». Entonces es un constructo social. Y mientras no se resuelva ese constructo, difícilmente tú vas a poder modificarlo de manera real...”.</p>
<p><b>E.7-ESM:</b> “Pero la esquizofrenia tiene un componente cinematográfico terrible que lo han estigmatizado y la gente que tiene esquizofrenia no tiene posibilidades de insertarse laboralmente...”.</p>
<p><b>E.7-ESM:</b> “Cualquier persona, por mucho que conozca la patología incluso se lo cuestiona por este prejuicio social que se ha hecho. Se han estigmatizado, tremendamente”.</p>
<p><b>E.7-ESM:</b> “(<i>postura frente al estigma</i>) Absolutamente en contra. Bueno, creo que hay una película que establece que las personas con esquizofrenia tienen grados de inteligencia, cosa que no tienen por lo general, pero el resto son todas personas con serios problemas de comportamiento, con muy poca regulación, en el fondo el estigma es absolutamente negativo...”.</p>
<p><b>E.7-ESM:</b> “...pero el tema del prejuicio social yo creo que es algo que estigmatiza a estas personas y justamente no les permite auto realizarse...”.</p>
<p><b>E.8-ESM:</b> “...me gustaría ver trabajar lo que es el estigma social de la comunicación de la persona con esquizofrenia, que generalmente queda desvinculada en los diálogos, en la participación por eso”.</p>
<p><b>E.9-ESM:</b> “(<i>familiar con esquizofrenia</i>)... tenía algunos elementos que la hacían diferente y, por lo tanto, favorecían que se le tuviese miedo por parte de las personas, que se estigmatizara</p>

su condición”.

**E.9-ESM:** “...yo creo que ha habido un cambio, pero estamos lejos de tener logros abrumadores por el estigma”.

**E.9-ESM:** “El estigma aún sigue siendo una barrera importante que se expresa en todo. Se expresa en la prioridad que tiene el tema de salud mental para los tomadores de decisiones, se expresa en los presupuestos, la lucha anti-estigma tampoco importa tanto”.

**E.9-ESM:** “Ella (*persona con esquizofrenia*) vive con un hermanastro que se apoyan mutuamente, el hermano tiene trabajos irregulares, pero le ayuda a cuidar a su hija, de repente el hermano también la estigmatiza un poco, también la descalifica un poco, pero en concreto la apoya mucho”.

**E.9-ESM:** “Yo creo que uno de los graves problemas que hay es el componente de auto estigmatización que está presente en muchos de los actos comunicativos de las personas que sufren trastornos psiquiátricos severos, especialmente esquizofrenia”.

**E.9-ESM:** “La auto estigmatización es el principal obstáculo digamos que logren poner en acción digamos, manifestar sus demandas, sus necesidades más sustantivas. Imaginarse formas de vida más, con mayor grado de autorrealización”.

**E.9-ESM:** “Ese acto comunicativo a lo mejor si intervenimos precozmente en el proceso de enfermedades de esa persona, no tenga tanta carga de auto estigma y podamos actuar precozmente y evitar que haya una auto identificación con el rol de enfermo, con el rol de psicótico...”.

**E.9-ESM:** “O sea, auto estigma sí, por supuesto, es un grave problema”.

**E.9-ESM:** “Lo concreto es que (...) este auto concepto, y en este caso teñido de auto estigma, es muy determinante en el proceso de interacción”.

**E.9-ESM:** “Ahora, este auto estigma no surge de la nada, surge también de una serie de conceptos culturales, sociales, pero también de la interacción inmediata con otros”.

**E.9-ESM:** “(*estudiantes de medicina en práctica*) Iban a aprender psiquiatría pero estaban con los jóvenes jugando ping pong, tomándose un trago de bebida, fumándose un cigarro en el intertanto en los espacios...en el centro de salud mental, y esos pacientes llegaban en la mañana y después se iban a sus casas, entonces les parecía tan atrocamente normales estos estudiantes de medicina, que nunca habían tenido un concepto de alguien que tiene una enfermedad mental que pudiese ser tan normal, tan persona, eso habla más que miles de clases...”.

**E.9-ESM:** “Claro, llegan con el estigma de su casa (*estudiantes en práctica*), antes... es de la casa... o dice «mamá hoy día voy a ver... va a ser mi primer día que me va a ver el paciente psiquiátrico», «cuídate hijo mío»...”.

### Categoría 3

<b>PERSPECTIVA COMUNICATIVA</b>
Punto de vista entregado por el profesional de salud en torno al acto comunicativo que se genera en los diversos contextos sociales de las personas con esquizofrenia.

#### Subcategoría 1

<b>Significado del acto comunicativo:</b> concepto que los profesionales tienen acerca del acto comunicativo de las personas con o sin esquizofrenia (SAC).
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>RESULTADOS</b>
<b>E.1-SAC:</b> "...tiene un rol fundamental que trasciende lógicamente la comunicación o la expresión oral, sino que tiene una serie de significados que aluden también a la relación, al vínculo, a la intención comunicativa, al contexto desde el cual nosotros nos estamos comunicando, y por tanto, es fundamental para el desempeño de todas las áreas..."
<b>E.2-SAC:</b> "...es un punto de vista limitado...la acción comunicativa se queda solo en comunicación, pero la comunicación es parte de la conducta mucho más amplias, entre los cuales están los impulsos, están los intereses económicos, están los intereses sociales, está el luchar por un ideal que todo son intereses que muchas veces puede haber mucha comunicación, pero si los intereses no se hacen coincidentes, la comunicación falla..."
<b>E.3-SAC:</b> "...es como el mundo de la vida, así es como son como las formas de interacción, espontánea que ocurren en un contexto que van más allá como de un plan o de una estrategia, o de un proceso como diseñado previamente..."
<b>E.3-SAC:</b> "Acción comunicativa. Claro, con inmediatez, espontaneidad, sentido común y aquello que no se enmarca en un proceso instrumental, eh y por otro lado también lo asocio como con deliberación y acuerdo, consenso, democracia"
<b>E.4-SAC:</b> "...el axioma número uno de la comunicación de tomar conciencia de que siempre estamos comunicando, por lo tanto, es hacer conciencia de que nuestras presencias con otros y en ciertos lugares provocan cosas en los otros y a nosotros nos pasan cosas con los otros...la importancia y la relevancia de la comunicación... con todos sus componentes, o sea desde la comunicación verbal hasta la física, en cómo estás de una u otra manera, siempre expresando quién eres, lo que eres, que te importa..."
<b>E.4-SAC:</b> "...comunicación claramente está interferida sobre todo en las fases agudas, pero también continúa interferida siento yo en la fase de estabilización..."
<b>E.4-SAC:</b> "... la comunicación nos cruza en todo... y por cierto que al estarse comunicando constantemente, ya sea a favor o en desmedro de, pero comunicándose al fin y al cabo..."
<b>E.5-SAC:</b> "...entonces, como la comunicación en ese sentido es súper importante, o sea cómo yo, y no quizás solamente lenguaje, sino que como cuerpo, posición del cuerpo, así como pucha

estoy”.

**E.6-SAC:** “Pa` mí la comunicación es la herramienta básica para interactuar. Y la comunicación no me lo estoy sesgando con comunicación con lenguaje. Comunicación en amplio sentido de la palabra...”.

**E.6-SAC:** “...y ellos tienen esas dificultades, no porque no tengan las herramientas comunicacionales, sino que hay otros elementos que van más allá del lenguaje. En general, su lenguaje está en parte conservado (...) le faltan otro tipo de herramientas, que van a este hecho de invadir tu espacio, de lograr interpretar tus inferencias, de saber qué decir, cómo decir y dónde decir. Entonces, es una herramienta básica y que te tilda rápidamente te ubica en el lado oscuro de la luna socialmente hablando si tú cometes esos errores sociales...”.

**E.7-SAC:** “...la comunicación, sin duda, que es prioritaria para cualquier ser humano. Tenga o no esquizofrenia. Es absolutamente relevante, nosotros somos seres de interacción, nos desarrollamos en sociedad, no vivimos de otra forma. Por lo tanto, cualquier ser humano va a tener dentro de sus prioridades aspectos comunicativos, tenga o no esquizofrenia”.

**E.7-SAC:** “...el intercambio comunicativo lo que sin duda nos permite llevar a las interacciones, establecer cualquier tipo de interrelación, por lo tanto, es absolutamente relevante para cualquier persona...”.

**E.7-SAC:** “... a veces, no monitorizan los contextos, a veces no monitorizan los cambios de tópico, pero son sujetos que necesitan algunas aclaraciones o algunos quiebres y luego, se les puede guiar una conversación...”.

**E.7-SAC:** “La función referencial es una alteración que ellos tienen y está establecido... es algo que hace que las conversaciones que ellos mantienen a pesar de que puedan respetar los turnos, a pesar de que incluso mantengan el tópico, ya que ellos mantienen una coherencia local, pero la estructura discursiva a nivel global se ve alterada y eso también tiene que ver con la poca regulación y la poca monitorización del contexto”.

**E.7-SAC:** “...tiene que ver con que la comunicación es fundamental para todos los humanos...”.

**E.8-SAC:** “Es vital. Es fundamental. Ahora si nosotros valoramos como acción comunicativa todo lo que es forma de expresión, no solamente la verbal, ¿no cierto? Entonces, porque justamente hay un estilo comunicativo que tiene una persona con esquizofrenia. Un estilo comunicativo que justamente es poco comunicativo (...) que hay expresiones físicas que van acompañando a la comunicación que a veces te reemplazan frases, palabras, (...) porque psicopatológicamente, el lenguaje verbal está alterado, es un lenguaje verbal que tiene muchas digamos modificaciones y variaciones de lo que es el uso normal que nosotros le damos al lenguaje verbal. Entonces, las personas con esquizofrenia pueden tener alterado lo que es el flujo de su el ritmo de su lenguaje y hablar mucho de forma digamos, verborreica, y no esperar feedback y hablar y hablar, como también hay personas que no hablan nada, no cierto, que es el mutismo y también hay personas que hablan en forma disgregada, incoherente...”.

**E.9-SAC:** “...entendiendo el acto comunicativo en una dimensión más de sentido (...)

comunicación... entendida... sí, en su amplio sentido, su desempeño social incluida la comunicación en todas sus formas que está presente en muchos de los actos comunicativos de las personas que sufren trastornos psiquiátricos severos, especialmente esquizofrenia...”.

**E.9-SAC:** “...en la comunicación de los pacientes que tienen esquizofrenia específicamente, hay una serie de fenómenos que se presentan ahí que constituyen un obstáculo para que ellos puedan tener un desempeño más efectivo socialmente, para que logren un contacto y un intercambio más recíproco de nuevo, con las personas de su entorno...”.

**E.10-SAC:** “El mundo del esquizofrénico es distinto al nuestro, o sea, en el sentido que es un mundo cerrado en sí mismo (...) tienden como a conectarse no hacia el exterior, sino más bien a sí mismo, y esto le da por supuesto una cierta enajenación comunicacional”.

**E.10-SAC:** “...la esquizofrenia tiene más bien comunicación hacia ellos mismos que hacia afuera. Digamos la comunicación está cortada y cuando la comunicación es como intentada a hacer el problema de los pacientes que tienen un lenguaje disgregado, o sea, un lenguaje incoherente en sentido de la comprensión lógica, de la expresión. Por lo tanto muy difícil comunicarse hacia afuera, pero se comunica hacia dentro a través de sus delirios, de sus miedos, de sus resquemores”.

**E.11-SAC:** “Importante y complejo, justamente dependiendo también en qué etapa de la patología esta. Si una persona que está en etapa aguda de la enfermedad obviamente que la comunicación va a ser más compleja, porque va a estar interferida por los delirios, por las alucinaciones. O sea en el fondo la persona está completamente interferida, entonces comunicarse a veces es bastante complejo, pero justamente es muy importante, porque uno a través de esta comunicación también puede detectar riesgos que puede estar teniendo una persona o el entorno donde se desenvuelve. Entonces, obviamente que sí es importante esta comunicación (...) Entonces, uno puede de todas maneras comunicarse bastante mejor que en otros casos”.

## Subcategoría 2

**Ejecución del acto comunicativo:** forma en que los profesionales realizan los actos comunicativos con las personas con esquizofrenia (EAC).

### RESULTADOS

**E.1-EAC:** “No tengo mayores... más allá de cuestiones de... claro, de objetivos de trabajo, de intervención, me parece que la acción comunicativa en el trabajo o con personas que han sido diagnosticadas con una patología psiquiátrica no debería... no debiese diferir de la acción comunicativa con cualquier otro u otra...”.

**E.1-EAC:** “...me parece que la acción comunicativa tiene que ser más natural posible y lo más normalizada entre comillas, que tampoco es una palabra que me guste mucho, pero no se me ocurre otra para decir, que tiene que ser para las actividades de la vida cotidiana, o sea, en el fondo idealmente en la vida cotidiana...”.

**E3-EAC:** "...la paciencia es una cuestión clave, evitar la ansiedad ¿cachai?, como evitar la instrumentalización de la relación ¿cachai? y dejar que las cosas fluyan. Así aunque suene como muy hippie, pero darle tiempo a los procesos ¿cachai?, pa' que se generen conexiones entre las personas...mi acercamiento ha sido igual privilegiado ¿cachai?, porque he podido compartir espacios de acción social...".

**E3-EAC:** "...no está la división profesional usuario. Y yo, que soy profesional, no estoy ahí como profesional, estoy ahí como X...".

**E.4-EAC:** "...o sea, a lo mejor haciendo algunas distinciones de acuerdo a la etapa en la que se encuentre de la enfermedad de la persona. Si está en una fase súper aguda y florida, obviamente que no voy a intentar trabajar, por ejemplo, reflexión en la comunicación, porque en ese momento lo que impera son otras lógicas...".

**E.4-EAC:** "...para mí hay elementos interesantísimos en la comunicación, que el desarrollo de la relación terapéutica con mi autoconocimiento, mi autoconciencia de qué me pasa a mí con este otro y cómo yo puedo apoyar en su desarrollo... en este desarrollo de relación terapéutica a este otro, pero comunicándome como me comunicaría con cualquier otro haciendo el alcance de la distinción de las fases de la enfermedad en la que se encuentra la persona...".

**E.4-EAC:** "...porque si la persona está en una fase aguda o está coprolálico...a lo mejor ahí mi comunicación se va a limitar a una contención ambiental, emocional, y si es que es necesario una contención farmacológica, administrar medicamentos, y a lo mejor no voy a tener, ya que comunicarme tanto desde la expresión verbal, pero sí con el gesto...".

**E.5-EAC:** "...súper de manera muy auténtica y concreta y simple. Me he dado cuenta que perdiendo la burocracia uno obtiene más con ellos, porque la burocracia, me refiero con la burocracia con esto de que manda traer a la persona a la oficina, en la entrevista formal, los datos, «cuénteme de su vida, dónde vivía cuando nació», y uno anotando, ya es una acción comunicativa, la persona nos está comunicando su vida, no sé, pero es muy, como te decía muy poco natural po', la persona no me va a decir nada...".

**E.5-EAC:** "...la comunicación y una buena comunicación como con harta comprensión, cariño, qué sé yo, o a veces quizás no comunicación de lenguaje, sino que acciones, como por ejemplo, la señora de la cocina que le dé a esta persona un queque, un té, que le sirva un té, «oiga, tiene frío, ¿un tecito?, gracias», entonces es como si se demuestra una preocupación como más auténtica... los mismos chicos, que están interactuando ahí entre ellos, es diferente a cuando llega el profesional.. es muy importante que sí sea natural, que se dé, y que no se den... que uno vaya respetando el grupo o las personas, respetando como la acciones de ese grupo y potenciando esas acciones y no meter cosas que son artificiales que no las van a entender o se van a sentir como evaluados o algo así...".

**E.5-EAC:** "...mostrarse a sí mismo cómo es, y eso las personas lo perciben. Y las personas cuentan contigo y tú estás con ellas. Si tú te muestras auténtico con ellos, significa que tú también vas validar la manera de ser de ellos...".

**E.6-EAC:** “Ya que ahí hay diferentes parámetros depende de cada sujeto, en realidad depende de cada momento del sujeto...”.

**E.6-EAC:** “...cuando él esté delirando, cuando esté mal, no le niegues nada, no vayas al frente... Depende de cómo anden ellos, pero en general no hay nada así que tú tengas que facilitar en extremo (...) es empatizar con el otro, yo creo que es eso, es intentar entender un poco qué le está pasando al otro, no negar nada y cambiarle ese switch y sacarlo de ahí sin tener que entrar en conflicto...”.

**E.6-EAC:** “...solamente con el respeto, creo que esa es la clave en términos del todo lo que es la rehabilitación y de saber leer al otro...”.

**E.6-EAC:** “...lo único es que tú no puedes entrar a conflictuar y a negar algo”.

**E.8-EAC:** “...la acción comunicativa en este proceso es vital para poder validar al otro, yo necesito entregarme a una comunicación, tengo que abandonar la mía para poder entender como está hablando el otro, porque tengo la responsabilidad ética de hacerla. Es mi responsabilidad por no tener esa alteración en el momento de acercarme o de vincularme a una persona esquizofrénica es mi responsabilidad ética ponerme en el lugar de facilitar el entendimiento...”.

**E.8-EAC:** “Yo generalmente con las personas que me comunico...son personas que conozco durante años... entonces sucede que ya conozco la lógica, entonces me puedo entender...”.

**E.8-EAC:** “...entonces, sucede que ya conozco la lógica, entonces me puedo entender. Pero ya también una adquiere otro método que no es el mismo método digamos profesional de antes, uno adquiere un método más de confianza más de amistad, y ya empieza a bromear con las cosas a ponerse también sarcástico entonces aceleré de forma casi burlona estos detalles o bien caricaturizarlas”.

**E.8-EAC:** “...es mejor salirse e ir llegando a ese contexto, meterse en esa realidad de entender que está pasando, por qué esa lógica. Esa es digamos la experiencia”.

**E.8-EAC:** “...es importante como profesionales, primero tener periodos de evaluaciones como para ver cuál es el tipo de comunicación que tiene y cómo se estructuró, cómo se está estructurando esa comunicación verbal, y después aprenderse estos tips para facilitarla”.

**E.8-EAC:** “...hay que empezar a detectar códigos, en el estilo, en esa lógica, y uno detectando el código, puede lograr establecer una comunicación...”.

**E.8-EAC:** “Entonces, en esto de la acción comunicativa a uno le sirve para ir llegando más a la profundidad de la persona, que mejor que adaptarse al lenguaje que la persona tenga al modo de comunicarse para entender plenamente qué le está pasando y no como otros profesionales que siempre lo tratan de llevar constantemente a la normalidad... y eso los constriñe de tal manera que al final la comunicación no se da (...) entonces, es mejor salirse e ir llegando a ese contexto, meterse en esa realidad de entender qué está pasando por qué esa lógica. Esa es digamos la

experiencia”.

**E.9-EAC:** “Yo diría que trato de escuchar, no solo con el oído, sino de tratar de escuchar como más sustantivamente al otro, y como también vivo presa de esta realidad tan apremiante, le concedo muchísimo valor a los primeros contactos. Creo que el primer contacto es fuertemente definitorio de lo que va a ser la relación, no en términos absolutos, pero creo que el primer contacto debe ser un contacto en que haya una profundidad intersubjetiva relevante, de modo que es el primer eslabón en que se afianza una relación terapéutica de verdad”.

**E.9-EAC:** “Tratar de estar ahí con todo lo que uno puede y tratar de escuchar al otro en toda su profundidad, y por supuesto un compromiso que uno establece, un compromiso porque eso se tiene que sustentar en el tiempo después, en la confianza que se genera... se pueda activar”.

**E.9-EAC:** “...en la medida que los equipos terapéuticos establezcan con él (*persona con esquizofrenia*) una relación de respeto, en que la comunicación también sea una comunicación que promueva una cosa tan simple como el reconocerse como un otro válido, tan válido como los miembros de un equipo terapéutico, con los cuales se puede reír de igual a igual, a los que le puede hacer una broma, con los que puede compartir un cigarro... que no es muy sano pero en fin...con los que se encuentra en algo que hacen juntos, que es trabajar en estar mejor, pero que no son unos otros superiores que le otorguen su tiempo para... sino una serie de elementos que sean en la relación y que te hablan de tu valor personal, de tus posibilidades personales, de tu plena validez y de la posibilidad de tu esfuerzo por estar mejor en un proyecto de vida significativo, eso hace un camino que constituye un espacio de sentido, en el cual las acciones, las interacciones, las comunicaciones se van ordenando en una dirección que es la recuperación”.

**E.10-EAC:** “Yo no trabajo en terapias individuales. Yo lo trabajo a través de la rehabilitación. Y eso se consigue dándole al paciente una estructura real, un mundo real en el cual se puedan comunicar”.

**E.11-EAC:** “...con bastante más disposición a escuchar que hablar yo en el fondo. Porque, como te decía antes, a través de lo que expresa la persona, independiente de que esté psicótico, que esté con su lenguaje, cierto disgregado, uno igual obtiene o saca elementos que le sirven para un poco entender más lo que le está pasando (...) en el sentido de tener como la tolerancia también de escuchar y de tratar de entender. Porque la verdad que a veces, la persona puede comunicar ciertas cosas, y a lo mejor el equipo de salud no toma mucho en cuenta lo que la persona dice (...) la verdad es que si uno pone bastante atención, trata de sobretodo cuando está muy agudo de mantener la conversación, de ir indagando a través de lo que la persona manifiesta. O sea tiene bastante información que es muy valiosa para el diagnóstico, un poco para saber lo que le está pasando, para poder determinar riesgos (...) la verdad es que si uno pone atención, puede realmente obtener datos que te sirvan para tener más cuidado por último. Para prevenir eventos más graves”.

### Subcategoría 3

**Rehabilitación del acto comunicativo:** importancia que los profesionales le dan a la recuperación comunicativa en las personas con esquizofrenia (RAC).

## RESULTADOS

**E.1-RAC:** "...las habilidades sociales en personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia es uno de los componentes como más críticos en el ámbito de la psicopatología..."

**E.1-RAC:** "...la rehabilitación como ustedes la nominan a nivel comunicativo, permite el despliegue de muchas cosas más...los procesos comunicativos también sientan las bases para enunciar desde mi identidad y para poder ir conformando mi identidad".

**E.1-RAC:** "...yo creo que la rehabilitación a nivel comunicativo puede ayudar a reparar y revertir ese proceso (*proceso de convertirse en paciente psiquiátrico*) que para mí no es poco, me parece que es súper intenso, tiene una potencia muy grande..."

**E.2-RAC:** "...yo no veo el problema por ese lado. Ehhh, yo creo que más que... (pausa) yo creo que la comunicación puede servir para dejar tranquilos a las otras personas respecto a lo que, a la persona con esquizofrenia".

**E.3-RAC:** "Rehabilitación de la comunicación, eso es como, sí, o sea por lo que...entiendo así como las habilidades para la vida, y que incluyen como comunicación y socialización..."

**E.4-RAC:** "...hay habilidades sociales que ellos a lo mejor por manifestación de su enfermedad nunca desarrollaron, como la expresión verbal así tal cotidiana como la que estamos teniendo nosotras, a lo mejor desde el léxico (...) sin duda, que yo creo que habría que realizar rehabilitación en el ámbito de la comunicación, porque hay elementos muy básicos en la comunicación que a lo mejor ellos no tienen desarrollado por expresión de su enfermedad..."

**E.5-RAC:** "...hay muchas cosas en comunicación (*que deben rehabilitarse*), claramente que sí. O sea se me vienen a la mente muchos ejemplos, pero a los chiquillos, les digo chiquillos a las personas que tienen una... les cuesta mucho comunicarse y decir las cosas que quieren y cómo decir las..."

**E.6-RAC:** "...yo le agregaría que la comunicación y la cognición. La comunicación por lo que hemos conversado, por el impacto que tiene en la reinserción, por el impacto que tiene en la conducta social, por todo lo que significa si nosotros somos seres sociales. Y eso nos define cómo tenemos que tener algo pa` ponernos en común..."

**E.6-RAC:** "...nuestro deber como terapeuta. No es darles herramientas de lenguaje, es darles herramientas de comunicación que van más allá del lenguaje".

**E.6-RAC:** "...yo creo que tienes que conectarte con él, así como te conectas con todos y conectarte en el amplio sentido de la palabra, también de sentirlo, de ver qué está pasando..."

**E.7-RAC:** "Primordial en base a todo lo anterior, es decir, si la base de todas las interacciones, las interacciones nos permiten a nosotros como sociedad construirnos, sin duda que la comunicación es extremadamente relevante a la hora de la inserción".

**E.7-RAC:** "...creo que es importante la terapia de la comunicación para ellos no porque no esté afectado, sino que porque cuando ellos inician estas conductas comunicativas, si no son guiados van a tender a tener estas incoherencias globales que les mencionaba..."

**E.8-RAC:** "...yo la veo unida a la rehabilitación psicosocial completa...Es relevante

completamente pero no la puedo rehabilitar en forma aislada...”.

**E.8-RAC:** “...la comunicación verbal tiene una determinante neurológica tan fuerte que no va a haber rehabilitación que rehabilite totalmente la acción verbal, sino que más bien son estos códigos de que uno va descifrando y que va incorporando y que va negociando con la persona... Esa sería la rehabilitación, a través de un proceso de razonamiento de la dificultad...”.

**E.8-RAC:** “...en la relación clínica se trabaja mucho con lo que es la acción comunicativa como para hacer psicoterapia, y a través de ese medio es que se va a rehabilitar, o sea va a ser un instrumento para poder rehabilitar la acción comunicativa... va a constituir un instrumento para poder rehabilitar lo que son la relación clínica de una psicoterapia”.

**E.8-RAC:** “...la persona puede que no tenga una acción verbal comunicativa, pero que sí esté un tiempo sentada, de que si tolera la presencia de otros o bien pueda trabajar en compañía de otros y hacer acciones colaborativas, voy considerando el elemento de la acción comunicativa para poder estar con otros trabajando juntos, por ejemplo. Entonces, en ese sentido va a ser relevante también, pero unida a otros elementos...”.

**E.8-RAC:** “Pero el mundo se va adaptando a la comunicación verbal que tiene, a mí me parece que la alteración de la comunicación verbal tiene una determinante neurológica tan fuerte que no va a haber rehabilitación que rehabilite totalmente la acción verbal, sino que más bien son estos códigos de que uno va descifrando, y que va incorporando y que va negociando con la persona...”

**E.9-RAC:** “...yo creo que sí, que la rehabilitación psicolingüística, por decirlo así en la comunicación, sería un aporte importante sin duda...”.

**E.9-RAC:** “...en la comunicación de los pacientes que tienen esquizofrenia específicamente, hay una serie de fenómenos que se presentan ahí que constituyen un obstáculo para que ellos puedan tener un desempeño más efectivo socialmente, para que logren un contacto y un intercambio más recíproco de nuevo, con las personas de su entorno y que en la medida que se trabaja ese aspecto se toma conciencia sobre ellos y ellos se movilizan para poder resolver su gap de la comunicación”.

**E.10-RAC:** “Sí, absolutamente relevante. Si tú puedes sacar al paciente esquizofrénico de su mundo interior y volcarlo hacia afuera es importante para los pacientes”.

**E.10-RAC:** “...si el paciente logra comunicación, no es lograr una comunicación automática, sino que es lograr de alguna manera un ordenamiento lógico de su mundo y su idea con lo cual se puede comunicar hacia afuera”.

**E.11-RAC:** “Es que tal vez, rehabilitación de la comunicación...yo creo que lo vemos como de forma diferente. Ustedes y yo desde mi punto de vista, porque yo no siento que uno rehabilite la comunicación, o sea siento que uno rehabilita la capacidad de desenvolverse de la persona, porque no necesariamente la comunicación está alterada, lo que pasa es que está interferida (...) Entonces, en ese sentido rehabilitación a lo mejor en el sentido de poder comunicar mejor lo que le pasa. Tal vez. Como de aprender, pero más desde un punto de vista psicológico. No sé si, ahí me explico. Pero en el fondo no lo veo como que tenga que tener una rehabilitación como de la comunicación, insisto desde el punto de vista físico. Sino más bien como de adquirir

herramientas, más bien psicológicas”.
---------------------------------------

#### Categoría 4

INTERSUBJETIVIDAD
-------------------

Reconocimiento del otro como sujeto en el espacio cotidiano, donde se comparten, construyen y proyectan significados del mundo a través de la comunicación (I).
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESULTADOS
------------

<b>E.1-I:</b> “...la intersubjetividad también está muy ligada a la relación o al vínculo que nosotros construimos. En el proceso de rehabilitación debiese, no está establecido así, pero desde mi perspectiva debiese existir un proceso de co-construcción en todo sentido: o sea, co-construcción de la demanda...”.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.1-I:</b> “O sea, hay aspectos de la intersubjetividad que tienen que ver con este equilibrio y acomodo de las condiciones en general, de tus condiciones personales, de tus habilidades pero también de tus desafíos como persona en rehabilitación y como profesional que tenemos que lograr, equilibrar”.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.2-I:</b> “Creo que una cosa son las relaciones intersubjetivas, pero si vemos, por ejemplo, una empresa, el gerente o el dueño de una empresa, aparte de la relación intersubjetiva tiene un capital, que no es intersubjetivo es un capital objetivo y eso hace que sus intereses estén ligados a ese capital”.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.2-I:</b> “Entonces, si reducimos la conducta a lo intersubjetivo, dejamos fuera una gran parte de las relaciones de interacción”.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.2-I:</b> “Por ejemplo, el dinero tiene valor no por ser algo intersubjetivo, sino porque con eso se pueden comprar cosas que han sido fruto del trabajo”.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.2-I:</b> “...cuando la persona interactúa en el mercado hay relaciones subjetivas de oferta y demanda que no son puramente intersubjetivas. Entonces, claro, la intersubjetividad tiene un papel, tiene un papel, pero el reducir todo eso me parece que es una simplificación de la realidad”.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.3-I:</b> “A veces, yo no sé si existe la intersubjetividad, así como radicalmente pienso que tal vez no, que más bien existen como, o sea, por ejemplo, pa` darles un ejemplo muy concreto. Estoy apoyando a una organización de usuarios que quiere armar un café. Quiere armar un café no solo pa` encontrar pega, sino más bien pa` que sea un espacio de expresión, ¿cachai? artístico”.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.3-I:</b> “... y todos ponen como interactuar en torno a lo que tienen en frente como que facilita ese proceso como de intersubjetivo entre comillas porque en el fondo como que las mentes en sí las subjetividades no pueden interactuar si no hay una mediación...”.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>E.3-I:</b> “...yo creo que la intersubjetividad no existe sin un objetivo ¿cachai?, no existe así como
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

porque sí, así como hola yo soy X y tú no sé quién eres, eh, conozcámonos ¿cachai? sepamos quiénes somos ¿cachai?, unamos nuestras mentes”.

**E.3-I:** “La intersubjetividad se genera sólo como el resultado de un proceso concreto ¿cachai?, como de un objetivo común de un apasionamiento en torno a algo...”.

**E.3-I:** “...y de todas maneras, se los digo eso, pero de todas maneras no tengo claro qué es la intersubjetividad”.

**E.3-I:** “... los familiares (...) hacen su grupo de autoayuda, autovalidación, de reconocimiento, de intersubjetividad ¿cachai?, porque en el fondo todos tienen necesidades distintas y todos como que necesitan apoyo y necesitan tener como a un otro que esté en la misma situación que ellos ...”

**E.3-I:** “...entonces, como que la intersubjetividad no es una cuestión que tú podai como programar mucho ¿cachai?, por un lado tiene como un cauce natural y cuando tú querí romper eso, como que tení que quebrar las rutinas de las organizaciones ¿cachai? para que ese encuentro se dé”.

**E.4-I:** “... el concepto que manejo de intersubjetividad es: yo tengo un espacio subjetivo ¿cierto? Ese espacio se cruza con tú espacio subjetivo y con el tuyo y eso es la intersubjetividad...”.

**E.4-I:** “El espacio intersubjetivo, yo creo tiene un momento interesante cuando hay un encuentro entre varias personas que tienen esquizofrenia. O sea, varias personas que se pueden entender muy bien o mejor que un otro que no tiene esquizofrenia, frente a este que sí tiene esquizofrenia porque tienen vivencias, situaciones similares”.

**E.4-I:** “Por lo tanto, allí (*cuando personas con esquizofrenia se relacionan*) hay un espacio intersubjetivo interesante que puede ayudar a construir elementos más comunitarios en relación al abordaje de la enfermedad ¿ya? Pero también al espacio intersubjetivo entre, por ejemplo, el equipo de salud ¿ya? Mirando a esta persona no con un modelo custodial sino con una mirada mucho más comunitaria en relación a que yo puedo poner mi conocimiento al servicio de este, que tiene una enfermedad, pero el otro también tiene historia de vida...”.

**E.4-I:** “...en mi vida también sobretodo pa las personas como nosotros que hemos decidido dedicar nuestra vida a la psiquiatría y a la salud mental, por lo tanto, hace sentido para uno trabajar con personas que tienen este tipo de enfermedades porque en el fondo son personas igual que uno ¿ya? Eh... entonces para mi ahí hay un espacio interesante desde la intersubjetividad”.

**E.4-I:** “Otro espacio interesante desde la intersubjetividad pudiera ser ya a lo mejor, en el pensar las políticas públicas hacia personas que tiene estas enfermedades, y enfermedades de otro tipo, pero enfermedad por cierto, en relación a cuánto puede aportar cada uno de nosotros a... contribuir en la calidad de vida ya... de la persona afectada por la enfermedad, pero también de los actores relevantes o involucrados...”.

**E.5-I:** “Intersubjetividad. También es importante, todo es importante, pero sí. No se consigue una rehabilitación solo o porque al hablar de intersubjetividad hablamos como el hecho de la

relaciones sociales y todo eso ¿no? No se consigue una rehabilitación a alguien solo como, por ejemplo, que yo pesque a alguien y lo atienda en una consulta y esa sea mi estrategia de intervención, es bien poco, lo que va a pasar, a lo más la persona va a tener ciertas estrategias para tener un mejor autocuidado, para reflexionar en algunas cosas, pero es muy poco lo que se va a obtener desde el lado del diagnóstico psiquiátrico...”

**E.6-I:** “...y esos espacios mentales compartidos, la única forma de acceder a tu primera persona es a través de la tercera persona, y eso es una habilidad intersubjetiva por definición”.

**E.6-I:** “Entonces, si tú me planteas qué es pa` mí la intersubjetividad es la clave pa`l desarrollo y lenguaje, yo no entiendo el innatismo, no entiendo el interaccionismo”.

**E.6-I:** “Yo me caso con la intersubjetividad, un sujeto que no desarrolla esa capacidad intersubjetiva de inferir, de ponerse en el lugar del otro, difícilmente va a desarrollar el lenguaje y la comunicación de la manera que se espera que lo desarrolle pa` ser un ente social”.

**E.7-I:** “La intersubjetividad es uno de los aspectos que en estos sujetos fallan. Las referencias, las funciones referenciales, todos los aspectos relacionados con lo mismo, con la pragmática que estábamos hablando, en este sujeto se ve alterado...”

**E.8-I:** “Bueno, para mí este proceso de intersubjetividad está dado...es muy importante, especialmente, para la reinserción, la inclusión de las personas, porque por un lado, está el proceso de cómo vive la comunidad como les contaba yo anteriormente... la figura de la persona afectada con esquizofrenia, como las percibe”.

**E.8-I:** “Por lo tanto, la rehabilitación y el cambio de esas subjetividades (*de las personas con esquizofrenia*), también, requiere de un proceso de rehabilitación, donde la persona va a ir al mismo tiempo negociando con el entorno, como debe uno ser”.

**E.8-I:** “Entonces, yo tengo que ir cambiando mi imagen, mi modo de actuar en base a las demandas del medio externo, entonces voy adquiriendo otras subjetividades desde ese punto de vista y decía «yo me gustaría que fuera así, yo pienso que es así y la verdad que yo creo que esta pared es amarilla porque yo la pinte amarilla»...”

**E.8-I:** “Entonces, yo tengo como esa doble subjetividad en torno a lo que realmente pienso de acuerdo a mis ideas y, también, como armo una presencia para los demás”.

**E.8-I:** “Tiene que haber una coherencia de subjetividades, una intersubjetividad social que procure, que colabore en la inserción de las personas, en la participación de las personas y en la aceptación de las características que tenga”.

**E.9-I:** “... o sea, hay que construir un espacio de encuentro, hay que potenciarlo como... incluso cuando te digo espacialmente, o sea, no se da la comunicación, no se da el contacto, no se da el entendimiento y la comprensión mutua por el solo hecho de estar juntos y que haya palabras entre nosotros, no se puede dejar sentado que da”.

**E.9-I:** “(*la intersubjetividad*) Es un tema que hay que trabajar más profundamente para que genuinamente se dé, y requiere una forma de relación, de estar juntos, requiere un tiempo de estar

juntos, requiere una definición de objetivo compartido, valioso para ambos...”.

**E.9-I:** “...ese espacio de significado para que la persona afectada por la enfermedad mental, para que lo apoyen terapéuticamente...”.

**E.9-I:** “... pero creo que el primer contacto debe ser un contacto en que haya una profundidad intersubjetiva relevante, de modo que es el primer eslabón en que se afianza una relación terapéutica de verdad”.

**E.10-I:** “Sí, cuando el paciente...una verdadera rehabilitación incluye obviamente un aspecto de comunicación con los demás. Un aspecto de subjetividad no dirigida hacia sí mismo, sino que dirigida el otro. O sea, que lo subjetivo sea al servicio de la comunicación con el otro”.

**E.10-I:** “...si un paciente esquizofrénico ha pasado durante años encerrado en sí mismo y tú le enseñas una habilidad y lo pones a trabajar no cierto, eso va a redundar en una mejoría de las relaciones entre su subjetividad enferma y el exterior. Y esa mejoría, esa relación con el exterior va a servir para mejorar su interior...”.

**E.11-I:** “...en esta relación que se produce entre la persona y yo, obviamente que tener en cuenta toda esta cosa que es más bien subjetiva. Y la verdad es que a través de eso, uno logra también conocerlos mejor, y poder determinar mejor cómo trabajar con la persona”.

## Categoría 5

### PERSPECTIVA DE LA DIMENSIÓN MORAL

Planteamiento de los profesionales de salud mental, en relación a los valores y creencias con las que la persona tiene un compromiso sólido, permitiendo la formulación del proyecto de vida propio.

## Subcategoría 1

**Procesos de constitución del sujeto:** procesos de reconocimiento de la individualidad del sujeto gracias a la presencia de otros sujetos y las cosas del mundo real (PCS).

### RESULTADOS

**E.1-PCS:** “La ética, también es un asunto absolutamente relevante desde la concepción misma de ese sujeto, o sea, estamos hablando de una persona que como tú dices ha sido diagnosticada con esquizofrenia por otro, o sea, ese otro ha hecho que eso sea una característica de este sujeto. Ahora, esto no significa que sea un proceso identitario que es lo que efectivamente sucede”.

**E.1-PCS:** “Una persona que ha sido diagnosticada con esquizofrenia pasa a tener otra concepción de sujeto, pasa a ser un sujeto de protección más que un sujeto de derecho, y también

conceptualizado desde la dependencia, por ejemplo, y por tanto ahí todos los aspectos relacionados a la ética (...) se van alejando cada vez más”.

**E.1-PCS:** “...lo que tiene que ver con toma de decisiones me parece que son los pisos mínimos para poder (...) abstraerse a nivel más complejo, que tiene que ver con cómo me muevo, dónde decido estar, con quién decido estar, de qué manera decido vivir, qué pensamiento o adscripciones teóricas o de fundamentos etc. voy a tener en mi vida; me parece que tienen esos pisos mínimos de enunciación desde el yo, desde mi conformación de identidad”.

**E.2-PCS:** “...pretender que una persona que tiene esquizofrenia sea más moral, es una forma de coerción (...) porque el resto de la población, como su conducta es menos visible, actúan, transgreden muchas veces normas morales (...) estarle exigiendo a una persona con esquizofrenia que sea plenamente moral es exigirle a esa persona algo que no se le exige al resto de las personas de la sociedad, y en ese sentido es una limitación para él”.

**E.2-PCS:** “La conducta, en la sociedad existen tres tipos de normas: las normas del deber ser o normas ideales, las normas teóricas que es la conducta más frecuente que tienen las personas, y las normas reales que es la conducta de todos (...) cuando se pone énfasis en la conducta moral, se está poniendo énfasis en la conducta en cómo la gente debe actuar y en eso hay mucho más consenso. Pero si se busca que la persona actúe como debe actuar, cosa que no se le exige de la misma manera al resto de las personas, se lo va a estar transformando en un arquetipo, es decir, en una persona que en cierto sentido no es normal de acuerdo a lo que ocurre en la sociedad”.

**E.3-PCS:** “A veces, como que uno tiene la oportunidad de encontrarse con personas en contextos que no son clínicos ni médicos ni rehabilitadores, y es ahí donde más se presentan ellos como actores ¿cachai? O sea, como sujetos que tienen intenciones, y que tienen como ciertos planes y una cierta visión de la vida y de la sociedad. Pero esa dimensión no aparece en todos los contextos (...) cuando yo trabajaba en fundaciones que rehabilitan y que se autodefinen como rehabilitadoras, en el fondo la interacción con los sujetos con esquizofrenia o con un diagnóstico, siempre está estaba orientada hacia la rehabilitación, o sea, y eso era un marco súper igual estrecho a veces, súper limitado para el encuentro con él (...) Entonces, lo que yo soy frente él y lo que él es frente mí, depende del escenario en el que estamos instalados”.

**E.3-PCS:** “Pero solamente llegando a ello en términos de colaborador en una lucha social he podido acceder directamente a su, como a su sustancia moral, ¿cachai? como a lo que ellos quieren de la vida, lo que a ellos les preocupa, lo que ellos experimentan como una injusticia, lo que ellos definen como un enemigo y lo que ellos definen como lo que tienen que hacer y lo que tiene que cambiar”.

**E.3-PCS:** “Mi impresión es que el conocimiento, o sea, el conocer a alguien, y conocerse mutuamente son como la base de cualquier (...) objetivo, de cualquier proceso, de cualquier idea, o sea todo pasa por un proceso inicial de conocimiento o de reconocimiento (...) eso significa, es súper interesante porque cuando los usuarios como que hablan con voz propia ¿cachai? y como que desarrollan capacidad de autorrepresentación, que también es como otro concepto de moda, y de ser ellos mismos como portavoces de sus problemas, eso se da siempre porque se les dio una

oportunidad de hablar de sus problemas”.

**E.3-PCS:** “Todas las personas que tienen un padecimiento o un etiquetamiento deberían tener la oportunidad de poder encontrarle sentido a lo que están viviendo y muchas veces las presiones laborales, familiares, sociales, obligan al sujeto a tener que pasar por la medicación rápidamente ¿cachai? porque es la única manera como de reducir esa alteración de la vida familiar, de la rutina, estar controlado”.

**E.4-PCS:** “Cuesta aproximarse al mundo, cuesta entender el mundo cuando tiene una alteración de juicio de realidad, cuando estás percibiendo en el otro un posible agresor, un supuesto daño por parte del otro o del entorno, entonces cómo entender a este otro que tiene esta enfermedad... Cuando tiene la certeza de que hay cosas, siente cosas, escucha cosas, que la mayoría de las personas no vemos, no sentimos y que tiene la convicción de eso”.

**E.4-PCS:** “...entonces, qué pasará con el aspecto del desarrollo moral de esa persona, o sea, completamente vulnerado y disminuida la persona a la mínima expresión y, entonces, en ese modelo (*custodial*) el desarrollo moral como que no tiene mucha cabida, porque esta persona enferma no tiene derecho a nada, por lo tanto, tampoco cuestionar nada ni a pensar ni reflexionar nada. Afortunadamente, hoy con el modelo por lo menos teórico o la brecha entre la teoría y la práctica, se aborda, se da espacio al derecho, al deber del usuario o de la persona que tiene la enfermedad, se da espacio al empoderamiento del usuario, a que la persona pueda decidir sobre sí misma tiene algo que decir en relación a su enfermedad. Por lo tanto, ahí el desarrollo moral pleno”.

**E.5-PCS:** “Hay una cosa moral como bien rígida en los chiquillos, bueno yo no sé más o menos a que será lo moral... tiene muchos ámbitos, pero hay una cosa bien rígida en ellos, que es como lo que está bien, lo que está mal... algo así muy estructurada, muy rígida, porque claro a ellos les cuesta un poco abstraer (...) la sociedad lo ve de una manera a ellos, los profesionales lo ven de otra manera, entre ellos mismos se ven de otra manera”.

**E.5-PCS:** “(*El proceso de rehabilitación está*) súper despersonalizado, importa el síntoma (...) como que la persona se reduce a un cúmulo de síntomas, y no saben que la persona quizás está mal”.

**E.5-PCS:** “Nuestro espacio era para eso, era como un espacio para sacar todo... las partes sanas de las personas, quizás el arte, el deporte o el oficio, hacer algo, y ya no me presento... mi identidad no es «soy Juanito Pérez y tengo esquizofrenia», sino que mi identidad es «soy Juanito Pérez y escribo» o «juego fútbol y me gusta la música tanto, o toco este instrumento». Ahí hay otra cosa, hay una construcción de identidad diferente y eso a las personas les da ya otra manera de presentarse ante la sociedad, y por otro lado, también la sociedad, cómo yo también impacto en eso, en la sociedad”.

**E.6-PCS:** “Si uno se mete en términos, por ejemplo, si uno quisiera verlo la luz del psicoanálisis, la construcción de la identidad o del self como tú lo quieras llamar, dependiendo si estás tomando a Freud o al que tú quieras, el lenguaje es una manifestación y todo lo de nosotros es una manifestación de lo que tú estás haciendo. El yo se construye y se co-construye con los otros, es decir, tú vas construyendo tu propia imagen y los otros te están retroalimentando positiva o

negativamente en relación a esa imagen”.

**E.6-PCS:** “Y a ellos les pasa eso, que en realidad no saben a dónde están, pa` dónde van, qué son, si están reclusos peor, porque ni siquiera saben en qué día están. Es como un eterno día continuo. Todos los días son lo mismo, entonces, peor todavía, tú ya no sabes a quién perteneces, no tienes un grupo de referencia. Y el grupo de referencia te confirma la identidad”.

**E.8-PCS:** “Yo creo que personalmente, así en el proceso de desarrollo individual, no la veo claro. Yo lo que sí veo es que se da mucho en la relación con el otro porque, por ejemplo, las acciones comunicativas como, por ejemplo, usar un neologismo, muchas veces la persona, este, le da un sentido tan particular, que no es aplicable al mundo de la realidad. Pero sí los otros se lo hacen ver y los otros de cierta forma lo asumen como una característica de esta persona. Entonces, allí la persona se va a identificar. Va ir logrando una construcción, a partir de decir «bueno, yo soy una persona que a lo mejor hablo de una forma distinta», pero en la medida que se vaya dando, digamos el feed-back con el otro, no creo que pueda construirse una identidad por ser sí mismo a través de las acciones comunicativas. Porque generalmente las personas se dan la identidad a sí mismo a través de lo que son las posesiones de su propia imagen...”.

**E.8-PCS:** “Si nosotros vemos a las personas esquizofrénicas con las primeras etapas de su proceso psicopatológico, cuando justamente cuando está más aislada es cuando menos identidad tiene. Cuando tiene no cierto, los límites de su cuerpo puestos en cualquier parte, no tiene identidad, o sea, está unida al todo del mundo. Empieza a adquirir identidad nuevamente cuando los demás lo empiezan a nombrar, o cuando empiezan a identificarlo, o cuando le empiezan a decir «y ¿por qué te vestí así?», por ejemplo, o «¿tú caminai de tal forma?». Cuando se lo hacen notar, entonces, ahí empieza a adquirir nociones para construirse o reconstruirse en torno a una identidad”.

**E.9-PCS:** “(*el acto comunicativo y la construcción de identidad*) O sea, están intrínsecamente relacionadas, se construye la identidad, se construye en la relación (...) Tu autoimagen, tu mirada tiene que ver con lo que ocurre en tu relación con otros. O sea, el otro te valida, o no te valida desde que te escucha, te presta atención, desde que te pregunta, o sea, cosas tan básicas, te mira, no te mira; te responde, no te responde”.

**E.9-PCS:** “Lo concreto es que este autoconcepto (...) es muy determinante en el proceso de interacción”.

**E.10-PCS:** “El nombre esquizofrenia viene de fragmento, o sea, la esquizofrenia es un yo fragmentado, y por lo tanto, los pacientes que sufren esta enfermedad tienen una fragmentación del yo. O sea, no es un yo, sino que son varios yo fragmentados que persisten en un contexto psicótico”.

**E.11-PCS:** “La persona tiene igual construida su identidad, o sea, no creo que uno pueda cambiarla mucho. Siento que ya tienen su identidad, o sea, que obviamente a lo mejor a través de esto yo puedo hacer que él a través de la comunicación que la persona comprenda que tiene esta patología, que aprenda a vivir con esta identidad a lo mejor de ser una persona portadora de esquizofrenia”.

## Subcategoría 2

**Posibilidad ciudadana:** significa tener un conjunto de derechos y ejercerlos frente al Estado Nacional y a la comunidad a la cual se pertenece (PC).

### RESULTADOS

**E.1-PC:** “(*la posibilidad ciudadana*) difícil, la verdad es que más que por la capacidad propia del sujeto, por las barreras del entorno. Claramente, yo creo que hay muchas personas que han sido diagnosticadas con la patología psiquiátrica que tienen muchas capacidades como todos y todas para realizar actividades, pero a diferencia de la mayoría no tienen la oportunidad de hacerlo, por diversos factores, puede ser desde el entorno más cercano, por ejemplo, familia desde sobreprotección que es un elemento fundamental para trabajar también. Muchas veces ven menos valoradas las capacidades reales existentes y minimizan también los logros de las personas, y más allá de eso las otras condiciones como, por ejemplo, de lo familiar al sistema de salud, que en el sistema de salud es muy difícil a veces lograr que la persona pueda realizar acciones de manera independiente sin ser juzgado”.

**E.1-PC:** “Y bueno, de las políticas en general más allá del equipo médico, las mismas políticas son proteccionistas y no permiten tampoco... no hay reales políticas de «discriminación positiva» como, por ejemplo, que faciliten el acceso al trabajo de manera mucho más normalizada de lo que es ahora, porque ahora es un cupo para una persona con discapacidad, o sea, en el fondo tienes que acreditar tu discapacidad, pasar por el COMPIN y un montón de cuestiones”.

**E.1-PC:** “Se especifica que las personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia se evaluará si son capaces para poder participar en una investigación, en el caso de sí ser capaces, que no sé qué significa eso, no sé cómo se evalúan y quien lo evalúan ni nada. Además, se pide que haya autorización por parte de los familiares y de la autoridad sanitaria para dar tu opinión, o para participar de algo que puede ser un beneficio para ti, pensando que toda la investigación es a base de la voluntariedad, por lo tanto, tú eliges si quieres o no participar, tú ves si te va a traer algún beneficio o si va a ser perjudicial”.

**E.2-PC:** “(*La ciudadanía*) se limita a través de muchos sentidos. En algunos casos existe la interdicción, en otros casos la familia tiene aprehensiones, y por ese motivo, prefieren que la persona no asuma desafíos laborales, no confían en que la persona pueda elegir adecuadamente una pareja, es decir, hay muchas limitaciones”.

**E.3-PC:** “No, (*la posibilidad ciudadana*) sí la tienen y la están utilizando (...) yo considero que en el fondo hay como, hay un montón de leyes como de participación social en salud a la cual los usuarios se podrían acoger y ya están ahí, están en la convención de derechos que también obliga a los países involucrar a las organizaciones de usuarios, estimular la «societividad», como el derecho a la participación, al involucramiento a la comunidad”.

**E.3-PC:** “El derecho que está totalmente vulnerado es (...) el derecho al trabajo y el derecho a la participación social”.

**E.3-PC:** “La participación, como la intersubjetividad, no vienen de la nada (...) muchas veces los servicios de salud y como los grandes planificadores tienen este rollo así, como: «No, la gente deberá participar, que en Chile no tenemos cultura cívica, que a la gente le gusta ver tele», basura ¿cachai?, o sea, los servicios mismos y las instituciones no se han preocupado de hacer espacios participativos, eso es lo que está en sus manos ¿cachai?, empezar a culpar a la gente de que no participe es como ser irresponsable ¿cachai?, o sea, es como culpar a la víctima ¿cachai?. Y participación solo se genera cuando hay solo un objetivo común po`, y cuando ese objetivo común no está la participación se disuelve y eso es natural; la participación no puede sostenerse a sí misma como porque sí nomás, como en el aire”.

**E.3-PC:** “«Participatividad» de las instituciones ¿cachai? que no es la participación social, sino es la capacidad o las condiciones que las instituciones entregan pa` que los usuarios se sientan parte de ¿cachai?, por ejemplo, que los consultorios todos ofrezcan una sala libre pa` que la comunidad la pueda usar ¿cachai? o que todos los hospitales también tengan como espacios de acceso común, o bibliotecas, o que cuando uno llegue se sienta cómodo, mientras eso no pase obviamente la participación va a ser baja porque la gente no se va a sentir cómoda, no se va a sentir dueña de los servicios”.

**E.3-PC:** “Salud mental no tiene como leyes específicas pa` la generación de CDL de agrupaciones en torno a los COSAM. Algunos COSAM como porque sí han generado agrupaciones de usuarios, pero porque quieren ¿cachai?, no porque estén obligados. Entonces hay como un desequilibrio legal que tiene súper desamparado a la sección salud mental”.

**E.3-PC:** “Al final la ciudadanía se está dando más como fuera de los servicios de salud mental. Los servicios de salud están perdiendo su capacidad de relacionarse con la comunidad y la comunidad está generando sus propios espacios de activismo”.

**E.4-PC:** “...ninguna posibilidad porque el usuario no tenía derecho a nada, o sea, el usuario estaba institucionalizado, hospitalizado y ahí perdía hasta su identidad ¿cierto? y además, se abolían todas las áreas sanas que tenía conservadas. Pero hoy, con este modelo respaldado por la política pública y el Plan nacional de salud mental y psiquiatría, donde dice el modelo de atención es lo comunitario y sus principios, claramente están respaldados en el empoderamiento del usuario y la participación del usuario en la participación de familiares y de los usuarios en agrupaciones”.

**E.4-PC:** “Yo encuentro que hay un tremendo escenario pa` la participación ciudadana... todos hoy en día, pero si también creo que hay una tensión o una brecha entre lo que es la teoría y lo que es la práctica, o el ejercicio cotidiano diario de uno mismo”.

**E.5-PC:** “Se han abierto más cosas, desde el punto de vista del Estado, del gobierno como que últimamente han subido hartas cosas como de oportunidades, que yo no sé si sean tan las grandes oportunidades, pero se están abriendo ciertos espacios como el SENCE, oportunidades laborales, el SENADIS como que también han hecho varias cosas, pero así con la ciudadanía común y silvestre de la sociedad civil es difícil, es súper difícil”.

**E.5-PC:** “Este tema de la ciudadanía, nosotros consideramos que hay que trabajar con las personas como grupos así micro, pero también hay que trabajar, hay que incidir un poco en la sociedad, en

la gente, en la comunidad y bueno, también en las políticas... es como una responsabilidad de todos. Uno como agente que está en este medio uno tiene que ir como picando la grúa en distintas partes, no te puedes quedar encerrado en las cuatro paredes trabajando con una persona en un box, eso no es trabajo comunitario, no hay inclusión social para nosotros”.

**E.5-PC:** “...la ley en Chile para las personas con discapacidad es proteccionista, por ejemplo, si a ti te declaran como, tienes como una discapacidad y te ocurrió algo como a nivel económico, el abogado decide “declárenlo interdicto”, al tiro, tú vas a la corporación de asistencia judicial y el abogado te dice declárela interdicta, y eso pa la persona es pérdida de todo lo que hemos hablado en estas preguntas, pierde la capacidad de votar, de casarse, de firmar un contrato de trabajo, es menor de edad, vuelve a ser menor de edad y a tener tutor, y (...) perdí todo, entonces hay mucho trabajo que hacer, desde el punto de vista político, legal, con los profesionales”.

**E.6-PC:** “Cuando tú trabajas habilidades de cognición social, dentro de las cuales está ese concepto de ser ciudadano, de participar, de tener opinión, de tener voto, lógicamente que buscan, pero la mayoría de estos son interdictos (...) entonces, algo tan básico como el derecho de votar o a manifestarse no lo tienen. Así de simple. Entonces, si ya partimos de ese hecho de que tú le quitas un precepto porque consideras que esa persona no sana, entonces habría que definir qué es sano. No lo veo. A ver, yo he pasado por cuatro lugares donde trabajamos con eso y en ninguno he visto ningún abordaje serio del tema”.

**E.7-PC:** “(*La ciudadanía*) no se fomenta. De hecho, todo lo contrario, los centros que existen para atender a las personas con esquizofrenia, a pesar de tener algunos talleres inclusivos, no son realmente inclusivos, y las personas con esquizofrenia no tienen ningún tipo de inserción en la sociedad en general, además de todo el prejuicio social que conlleva la esquizofrenia”.

**E.8-PC:** “Hay algunas pautas de justamente que mide la discapacidad como, por ejemplo, la escala GDS que se llama, digamos es una escala que mide los grados de desempeño social y uno de los ítem, mide la participación ciudadana”.

**E.8-PC:** “Las personas con esquizofrenia que están, que viven en lugares protegidos, están claramente digamos divididos por decir así, o categorizados, en torno a los que votan, a los que cobran su pensión, a los que se compran los útiles de aseo, los que manejan el presupuesto, y a los que les cobran la pensión la familia, los que no están inscritos en los registros electorales, entonces se ven los grados de dependencia, de independencia mejor dicho, funcional, que tienen ambas personas teniendo los mismos diagnósticos”.

**E.8-PC:** “Se nota el grado de autonomía, la capacidad de tomar decisiones, la independencia que tienen frente a su propio proyecto de vida aquellas personas que tienen mayor participación civil”.

**E.8-PC:** “Ocurre, digamos, un fenómeno social bien interesante, por ejemplo, estoy pensando en lo que son los hogares protegidos que conozco de Maipú. Entonces, allí se ha ido generando un proceso de incorporación social espontánea diría yo, que ya no tiene que ver con la acción profesional ni con las acciones de determinadas personas, sino del mismo grupo”.

**E.8-PC:** “Ha generado la participación civil, por ejemplo, el grupo que conozco recibe invitación de la Municipalidad para ir a los eventos, a las actividades que... celebraciones de fechas

significativas, por ejemplo, si va a haber una fonda dieciocheras los invita, o si va a haber una fiesta navideña o la presentación de un festival donde van músicos los invitan. Tienen entradas liberadas, entonces, ellos participan, los que quieran por supuesto, y se acostumbran a participar y se mueven bien en ese ambiente, ya conocen a los concejales, conocen al alcalde, el alcalde los identifica, entonces hay toda una, que si tú te has dado cuenta no ha sido acción de una sola persona, sino que ha sido acción de todo el movimiento que se va dando a nivel de un barrio, de una comunidad. Y así se integran”.

**E.9-PC:** “Cuando en el Hospital El Peral se hizo una preparación para que los pacientes fueran a ejercer su derecho a voto. Y además, se estructuró el sistema para apoyarlos de modo que ellos fueran a ejercer su derecho ciudadano de votar. Se hizo turno, los pacientes fueron a votar, pero antes que eso se hizo un ejercicio ¿cierto? en el hospital donde los pacientes deliberaron y los pacientes votaron siguiendo toda digamos, el proceso que iban a vivir después. Y fueron a votar y eso ya es algo que está instalado, por ejemplo, en ese hospital. Los pacientes que viven ahí, que están en condiciones de ejercer su derecho de sufragio lo hacen, y muchos de los dispositivos de salud mental pública en torno al proceso electoral ya se hacen cosas parecidas ¿no? Desde que se debate, se ensaya y se motiva el que voten, por ejemplo”.

**E.9-PC:** “Ahora, ese es un derecho, un elemento de la ciudadanía digamos. Otro elemento de la ciudadanía es discutir con ellos también los elementos como generales digamos de...podríamos decir los criterios que mueven, por ejemplo, la Convención internacional de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o digamos que cómo mueve... esos criterios son temas que también se trabajan en algunos de los dispositivos”.

**E.9-PC:** “...cada día se trabaja más desde la perspectiva de sentido y ahí está la construcción de la ciudadanía como el elemento principal. O sea, el ejercicio de los derechos en el político, económico, culturales, etc., en el más amplio sentido del término, no solo los derechos en la concepción más material de los derechos ¿no? Eso. Ahora, qué es lo que, y algo que de cara a lo que estamos haciendo ahora, que es elaborar un nuevo Plan de salud mental y psiquiatría”.

**E.10-PC:** “El paciente siempre es excluido de la sociedad, los esquizofrénicos y la sociedad tienen dos respuestas frente a los pacientes mentales: o los excluye o les teme, o los protege. Entonces, eso hace que haya... lo que algunos han llamado una «impotencia social», el esquizofrénico no es capaz de valerse por sus derechos civiles, por lo menos la sociedad lo piensa así”.

**E.11-PC:** “La experiencia que tuve allí era que tratábamos con los usuarios de participar en actividades digamos culturales (...) respecto de sus trámites personales, de fomentar su derecho a votar, por ejemplo. Tratar de normalizarlos lo más posible, o sea, que ellos tuvieran sus actividades como cualquier persona”.

### Subcategoría 3

**Autonomía:** capacidad de autolegislarse para preservar la propia individualidad frente a los demás o frente a la colectividad (A).

#### RESULTADOS

**E.1-A:** "...para mí un primer aspecto relativo en la autonomía es ese, es el poder no solamente enunciar, porque esto va asociado a un proceso que tiene que ver con la toma de decisión..."

**E.2-A:** "El forzar la comunicación limita la autonomía. Ahora, dada una comunicación, el lograr un consenso puede facilitar que la persona haga determinadas cosas. En ese sentido, puede ayudar a la autonomía. Pero el pretender que todo sea, que todo esté dentro de la acción comunicativa, creo que limita la autonomía..."

**E.3-A:** "...la autonomía también como responde a ciertos contextos po ¿cachai?, responde tanto a contextos como a intenciones. Entonces, puede haber usuarios que declaren que quieren ser autónomos, y que quieren más independencia material, económica. Pero en el contexto en el que están en la red como familiar o en el tipo de trabajo en los tipos de trabajo a los que pueden acceder en realidad sus grados de autonomía son súper bajos po'..."

**E.3-A:** "...entonces, la autonomía hay que entenderla en el contexto de relaciones y de dependencias institucionales..."

**E.4-A:** "...porque si bien es cierto que se debe favorecer la autonomía y qué sé yo, otra cosa es lo que ocurre en el día a día por ejemplo... cosas he que vivido en relación a esto mismo, de hogares protegidos que se instalan en ciertas comunas..."

**E.4-A:** "...entonces, puede facilitar o puede interferir la autonomía el proceso comunicativo ¿cierto? Fuertemente se aspira a que la persona que se enfrenta a un primer episodio de la enfermedad o que vive con la enfermedad se mantenga lo más estable posible ¿cierto?, para poder desarrollar sus otras áreas conservadas que tiene, eh y eso claramente apuesta al desarrollo de la autonomía..."

**E.5-A:** "...de la responsabilidad, de la libertad, la emancipación, que es como... que va más allá de la autonomía que es emanciparse, que es esto de... más que ser autovalente entre comillas, como que pensar por mí mismo las cosas, tener mi propia opinión, porque claro si me hacen la cama, la cama me la van a hacer como ellos quieren, no como yo quiera..."

**E.6-A:** "...pero en términos de la autonomía ellos pierden eso por otro tipo de dificultades y sus dificultades van principalmente a nivel de funciones ejecutivas si uno lo ve desde la neurociencia..."

**E.7-A:** "...hay sujetos que no están compensados, y que sin duda, que a pesar de que tienen una especie de sobrevivencia, la autonomía es difícil de determinar. A pesar de que ellos muchas veces no puedan tomar decisiones que son relevantes para su propia salud, son personas que están muy conscientes de lo que les sucede, y muy conscientes de su propia vida. Esto no está regulado por supuesto, y también pasa esto de que no están habilitados para tomar decisiones que sí podrían tomar..."

**E.8-A:** "...entonces, vinculados a esas situaciones es que la autonomía se va perdiendo, y se va recuperando, se vuelve perder, se vuelve a recuperar, entonces son ciclos constantes de cambios que tiene el proceso del desarrollo de la autonomía de una persona con esquizofrenia. Podríamos decir de la autonomía mínima que sale en los períodos agudos de la persona está expuesta a muchos riesgos, a lo que es la reincorporación comunitaria plena donde la persona puede adquirir hasta una autonomía bastante digamos igual a la de otras personas que no tienen esquizofrenia..."

**E.9-A:** "...la autonomía es la dimensión crucial respecto a que las personas puedan tener una mejor calidad de vida. Es un proceso bien complejo la construcción de la autonomía. Porque no cierto, la autonomía no es hacer lo que yo quiero, sino es hacer lo que el conjunto de mi necesidad me motiva hacer..."

**E.9-A:** "...lo que uno busca es calidad de vida. O sea, que ella viva una vida lo más autónoma posible, y lo que más la realice ¿me entiende? El mundo del trabajo para ella es importante. O sea, la identidad como trabajador es fundamental..."

**E.9-A:** "...la autonomía es posible, es un resultado de un proceso de construcción entre la persona que posee el trastorno psiquiátrico severo y los sistemas de apoyo, y que el rol, por supuesto, es un sistema tan tradicionalmente autoritario como el sistema médico, y como es el sistema médico además históricamente en nuestro país..."

**E.10-A:** "...en la primera etapa el paciente tiene una cierta autonomía, y la autonomía va disminuyendo a medida que la enfermedad va progresando, y la autonomía tiene que ver directamente con la aparición de síntomas que alteran la expresión del individuo, o sea que alteran el funcionamiento del individuo"

**E.11-A:** "...tratando de verlos desde lo sano, no desde lo enfermo, tratando de hacerlos participar en actividades comunes y corrientes. Las actividades en este lugar se desarrollaban en una casa, por lo tanto, ellos tenían que hacer las actividades propias de una casa, y la autonomía en el sentido de no conseguirle las horas, sino hacerlo que él fuera a pedir sus horas, que hiciera sus trámites, por supuesto, a lo mejor con compañía o con más orientación. Pero siempre tratando que la persona tomara sus decisiones también, y que pudiera hacer sus actividades lo más cercano a la normalidad posible y solo, solamente orientándolo o apoyándolo..."

#### Subcategoría 4

**Realización Personal:** significa que la persona, según su idiosincrasia, bregue por sus valores más queridos, que pueden no ser los de su familia o contexto y que pueden tener valoración social de otros contextos sociales, y que la persona les imponga su propio sello (RP).

## RESULTADOS

**E.1-RP:** "...la adaptación tiene que ver más con esto, como con un entrenamiento para que sea funcional ante la sociedad, y que es totalmente disímil de proceso de fortalecimiento personal y de autonomía, en el cual yo incluso me puedo declarar como rebeldía ante este sistema, o sea yo puedo decir voy a ser... no sé, pastor de oveja y no voy a estudiar en la universidad, y no voy a

trabajar asalariado y voy a tener mi terreno, mis animales y chao. O declararme directamente en rebeldía y ser una persona que está contra el sistema y que quiere, reniega y debate y se conflictúa directamente contra un sistema, por ejemplo, neoliberal. Y esas son decisiones y creo que en el proceso de adaptación no hay, no media un proceso de toma de decisiones, yo no estoy tomando decisiones, no estoy reflexionando, estoy siendo entrenado para el logro de algo, para encajar, pero no para ser un ciudadano, una persona activa en la comunidad”.

**E.2-RP:** “...el eje más relevante es el empoderamiento de la persona con esquizofrenia, el que, el proceso de la realización personal, el que sea incluido socialmente, que tenga un trabajo, que pueda elegir su propia pareja, eso yo creo que es lo más relevante. Ahora, si la comunicación ayuda para eso, bienvenida...”.

**E.2-RP:** “...si se pone el sistema acomodado, y la persona tiene que adaptarse al sistema, eso va a tener como consecuencia conductas de tipo conformistas, van a tener, van a ser unos «yes man», personas que dicen a todo que sí, tienen una conducta pasiva y la conducta pasiva no sirve en los trabajos de calidad. En el trabajo de calidad hay que ser creativo, hay que estar empoderado...”.

**E.3-RP:** “...en el fondo todas las personas son distintas y como que no se pueden generar un modelo de rehabilitación basado como en un sujeto abstracto ¿cachai?, sino en experiencias reales, como en posibilidades reales, en oportunidades. La rehabilitación tiene que ofrecer oportunidades ¿cachai? Si la rehabilitación es solo rehabilitarte para que puedas aquello que la sociedad determina como normal ¿cachai?, no existe esa normalidad po. O sea es rehabilitarte pa` que tú llegues al objetivo que tú te has propuesto...”.

**E.3-RP:** “...entonces, el proceso como recuperación de la pasión y como de la ambición ¿cachai? yo creo que es clave pa` la autorrealización...”.

**E.4-RP:** “...un elemento interesante, porque el modelo (*comunitario*) apuesta también a que la persona aprenda a vivir con la enfermedad, por lo tanto, debe aceptar la enfermedad, desarrollar conciencia de enfermedad, adherencia a tratamiento y mantenerse estable, y una vez que se superan todas esas... o algunos de esos elementos podemos pensar como rehabilitarlas ¿cierto? Para finalmente reinsertarlas en su entorno más cotidiano y común, por lo tanto, el quehacer en la rehabilitación es gravitante, es súper interesante poder seguir manteniendo a la persona con un proyecto de vida y donde realmente visualice la inclusión de su... de que se conserven sus áreas sanas, y que se trabajen esas áreas sanas, que se puedan poner y saber y a sanar al servicio de lo que él puede hacer ¿ya? Y de lo que él puede hacer, de lo que es bueno pa` él y no de lo que es bueno pa` la sociedad”.

**E.5-RP:** “Es una de las grandes cosas que uno trabaja porque... (...) quizás suene muy grande realización personal como desde el punto de vista (...) desde el sentido común uno dice pucha «usted que está a próxima a obtener su título profesional»... y esa es como una realización personal ¿cierto? Pero bajándolo quizás a lo cotidiano, lavarse los dientes solo sea una realización personal o que te llegue el dinero este de la pensión solidaria que son las ochenta lucas mensuales y que las puedas administrar tú y que no te las administre el papá o la mamá, eso es una realización personal, o que la plata te alcance pal mes, que hay chiquillos que en una semana se lo gastan todo, en completos, se compran cds y al final queda sin plata el resto del mes. Es súper importante eso, validar ese tipo de avances, son realizaciones personales...”.

**E.5-RP:** “...*(en relación a la superación de los desafíos)* sabemos que hay un trabajo detrás de esa persona, facilitado por otros más, y en realidad son esas cosas las que quedan po`, porque los objetivos terapéuticos cumplidos del profesional pueden ser «la persona está más tranquila», «la persona está más controlada» (...) Pero para las personas esas no son sus realizaciones personales, sino que es como, no sé, «fuimos de paseo a Olmué y comimos todos juntos en un restorán». Y eso es la realización personal, porque nunca lo había hecho, o hace muchos años que no iba a un restorán, o hace mucho tiempo no iba a Olmué”.

**E.5-RP:** “...entonces, como validar también eso, como lo que a lo mejor para nosotros es como cotidiano, pero para ellos son realizaciones personales o grupales también. Porque a veces, no tan solamente como tanto individuales, sino que por ejemplo, hacemos algo, un producto grupal, por ejemplo, una obra de teatro”.

**E.6-RP:** “... *(La realización personal)* en general, yo diría que no es muy buena, porque el grupo de los pacientes que están afuera que viven en sus hogares y que están, por ejemplo, buscando pega en este periodo que es un periodo sensible porque viene el 18 y después navidad. Hay un alto, como una alta resiliencia en ellos, en general, eso es lo que uno ve”.

**E.6-RP:** “...tú tienes la responsabilidad de exponerlo al propio mundo, entonces uno en términos de rehabilitación intenta traerle el mundo al ambiente donde ellos estén. Me refiero principalmente a los que están institucionalizados. Pero después el objetivo de eso es que ellos se reinserten con todo lo que significa reinsertarse en ambientes sociales como en el de nosotros”.

**E.6-RP:** “...en el mundo real, están un tiempo, presentan su primer cuadro, se desajustan un poquitito y rápidamente son desechados. Esa es la verdad. Entonces, no lo pasan muy bien. No es bueno el nivel de reinsertión que ellos tienen. Pero no es por ellos, o sea hay una condición que tenemos que hacernos responsables todos en ese aspecto”.

**E.6-RP:** “A mi parecer, ¿Cómo pruebas tú que un usuario que tiene una patología se reinserte socialmente de manera eficiente y efectiva? Insertándolo en un lugar que sea con todas las variables que involucra un lugar humano”.

**E.7-RP:** “...yo creo que en general el objetivo de la realización de estas personas debiera ser muy relevante a la hora plantear cualquier tipo de intervención sea de base comunitaria o no. Poco sentido tiene tener una cantidad de recursos implementada para la rehabilitación no, la inserción de estos sujetos, más inserción que rehabilitación la verdad si esto realmente no apunta a lo que ellos quieran, sino que apunta a lo que es posible darles...”.

**E.7-RP:** “En la actualidad, se les da solamente talleres de inserción laboral, que no tienen relación con lo que ellos podrían querer hacer. Entonces, claro, si me hablas de realización, lo más probables que ellos, que estas instituciones no estén apuntando a eso y ellos por supuesto, no lo estén logrando”.

**E.8-RP:** “...una alternativa terapeuta que es justamente utilizar la ocupación como una herramienta terapéutica. Entonces, cuando los... desde esa mirada como profesional, nosotros

estamos constantemente buscando los procesos de realización. O sea, nosotros utilizamos una actividad y hacemos que la persona le dé un sentido y un significado diferente a lo que le dan el resto de las personas. Entonces, a través de la actividad, adquiere significación adquiere una validación en el entorno social...”.

**E.8-RP:** “...la realización personal para nosotros (...) se adquiere en la medida que la persona se hace importante para su grupo social”.

**E.8-RP:** “Entonces, desde ese punto de vista esa realización personal va a influir en todo lo que es el proceso de rehabilitación”.

**E.8-RP:** “La persona que adquiere niveles de independencia, o sea, que se rehabilita, es porque justamente está adquiriendo significación de lo que él hace. Se siente seguro de su actuar, de sus roles protagónicos que puedan tener en el grupo social”.

**E.9-RP:** “...hay un respeto personal sustantivo y uno va viendo que a lo largo del tiempo, porque este es un proceso que cada persona vive a su ritmo según, su lógica. Las personas que logran autonomizarse y asumir también autorresponsabilidad, hacen una mejor vida y me refiero a vidas súper duras...”.

**E.9-RP:** “...como recuperación o construcción de un proyecto de vida con sentido para la persona. Que sería yo creo, lo fundamental. Y en esa perspectiva es importante entender que la rehabilitación laboral, por ejemplo, es solamente una alternativa. Porque alguien genuinamente puede no querer trabajar. Su proyecto de vida puede ser simplemente escribir poemas, viajar, tocar música, no sé, ¿me entiendes tú? Pero que tenga sentido genuino para esa persona. Si es así, si hay sentido genuino esa persona, va a poder contribuir al bienestar de esa persona y el bienestar, ese bienestar lo va a motivar a tomar decisiones que sustenten ese bienestar...”.

**E.10-RP:** “...se entiende por el cumplimiento de un destino que cada uno tiene que cumplir...”.

**E.11-RP:** “...que la persona pueda desarrollar el máximo de sus potencialidades acorde a las necesidades y los intereses propios. O sea, en el fondo no estarlo restringiendo a cosas que nosotros imponíamos, sino que la persona hiciera lo que quisiera de su vida... como insisto, en base a sus propios intereses y necesidades (...) a veces, el profesional tiende a ver las necesidades por el otro, a determinar qué necesita, a determinar qué tiene que hacer. Pero la mirada debe ser de la persona y no desde uno, entonces, de esa manera lo trabajábamos nosotros...”.