



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

“EL SIGNIFICADO DE VIVIR CON ESQUIZOFRENIA”.

PROYECTO PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER DE ENFERMERÍA

MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

Autor : Piera Cacciuttolo Herrera.

Profesor Guía : Lorena Betancourt Ortega.

Programa Magister de Enfermería

Valparaíso – Chile Agosto 2016.

I. ÍNDICE.

CONTENIDO.

II.	RESUMEN.....	5
III.	ABSTRACT.....	6
IV.	CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
1.1	INTRODUCCIÓN.....	7
1.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3.1	OBJETIVO GENERAL.....	10
1.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
V.	CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.1	CONCEPTUALIZACIÓN EVOLUTIVA DE LA ESQUIZOFRENIA.....	11
2.2	ENFRENTANDO EL ESPEJO DE MI YO IRREAL: LA ESQUIZOFRENIA.....	15
2.3	ESQUIZOFRENIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	23
2.4	ENFERMERÍA PSIQUIATRICA Y DESARROLLO.....	27
VI.	CAPITULO 3: MARCO EPISTEMIOLÓGICO.....	31
3.1	LA TEORIA DE LAS TRANSICIONES: DRA. AFAF MELEIS.....	31
VII.	CAPITULO 4: MARCO CONTEXTUAL.....	39
4.1	IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.....	39

4.2	CARTERA DE SERVICIOS.	40
4.3	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
VIII.	CAPITULO 5: MARCO METODOLOGICO.....	44
5.1	ENFOQUE: ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO.....	44
5.2	RELACIÓN SUJETO- OBJETO ESTUDIO.	45
5.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y CONFIABILIDAD.	45
5.4	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	45
5.5	ROL O PAPEL DEL INVESTIGADOR.	47
5.6	RELACIÓN DEL INVESTIGADOR CON LA INSTITUCIÓN.	47
5.7	ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.	48
5.8	TRABAJO DE CAMPO.	50
5.9	METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	50
6.1	REGISTRO DEL TRABAJO DE CAMPO.	51
6.2	DESCRIPCIÓN DEL ANALISIS DE LOS DATOS.....	51
IX.	CAPITULO 6: ANALISIS DE RESULTADOS.	53
1.	EXPERIENCIA SUBJETIVA.....	53
2.	RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA.	58
3.	ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.....	62
3.1	DISCRIMINACIÓN EN LA COMUNIDAD Y TRABAJO.	63
3.2	DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD.....	68
3.3	DISCRIMINACIÓN AL INTERIOR DE LA FAMILIA.	72

4.	CRECIMIENTO PERSONAL	77
5.	ROL DEL EQUIPO DE SALUD.....	83
X.	CONCLUSIONES.....	87
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	90
XII.	ANEXOS.....	95
1.	CARTA GANTT.....	95
2.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	96
3.	CARTA SECRETARIA REGIONAL MIISTERIAL DE VALAPARISO.	99
4.	CARTA COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD DE ACONCAGUA.....	100
5.	CARTA DE DIRECTORA DE ESTABLECIMIENTO.....	102

II. RESUMEN.

La esquizofrenia como trastorno psiquiátrico, es una enfermedad crónica que causa un impacto importante en la vida de las personas. Esta condición, genera no sólo cambios en las capacidades organizativas y funcionales, sino que además emergen aspectos poco valorados en el plano subjetivo de las personas.

A partir de lo mencionado, el presente trabajo de investigación, tiene como propósito comprender el significado de vivir con esquizofrenia a partir de la experiencia de usuarios en control en un Centro de Salud Mental de la V región de Chile. A través de la Metodología Cualitativa, se logra responder interrogantes sobre cuál es el significado de los usuarios en el desarrollo vivencial de la enfermedad. El estudio, fue conformado por un total de seis usuarios en etapa de recuperación y/o estabilización de la enfermedad. La técnica cualitativa utilizada, fue la entrevista en profundidad, que incluyó ejes temáticos elaborados a partir de la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meléis.

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

Palabras claves: Esquizofrenia, Estigma, Salud Mental. (Fuente: DeCS, Bireme).

III. ABSTRACT.

Schizophrenia as a psychiatric disorder is a chronic disease that causes an important role in the lives of people impact. This condition generates not only changes in the organizational and functional capabilities, but also unappreciated aspects emerge on the subjective level of individuals.

From the above, the present research, aims to understand the meaning of living with schizophrenia from the experience of users in control in a Mental Health Center of the V region of Chile. Through qualitative methodology, it is possible to answer questions about what is the meaning of users in the experiential development of the disease. The case study was comprised of six users in recovery phase and/or stabilization of the disease. The qualitative technique used was the in-depth interview, which included themes drawn from the Theory of Transitions of Dr. Afaf Meleis.

Thus, it gains access to the world of their individual meanings through stories where feelings of fear, sadness, loneliness and rejection, strongly related to the lack of social support and discrimination emerge. Also consents be the bearer of a mental illness is an enabler towards achieving a higher level of satisfaction and personal conscience, final process will be essential for the improvement of psychotherapeutic processes in the field of Mental Health

Keywords: Schizophrenia, Stigma, Mental Health. (Source: DeCS, Bireme).

IV. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.

1.1 INTRODUCCIÓN.

Las personas con trastornos psiquiátricos severos tales como la esquizofrenia, presentan una condición crónica de carácter permanente. Esta condición que se diagnostica en algún momento en el transcurso de sus vidas forma parte de un contexto biopsicosocial único, con características singulares desde la misma experiencia de la persona, emergiendo a lo largo de todo este proceso, diferentes sentimientos, emociones y vivencias, que desde lo humano tienen un significado particular. Este significado, como marco de la experiencia humana, a lo largo de la historia y desde sus inicios se enmarca en la existencia de una mirada socialmente sesgada por prejuicios hacia las personas con alguna alteración mental (1). De esta manera, la ciencia psiquiátrica ha tenido como función primordial la defensa de la sociedad frente al que, por su alteración mental, pudiese cuestionarla o simplemente incomodarla (1).

Es así que históricamente desde el diagnóstico psiquiátrico, la sociedad, la autoridad, y la familia, representan una singular respuesta, entendiéndose que podían liberarse del presunto enfermo con toda real facilidad y por tiempo ilimitado dejándolo a la deriva en una institución de salud u otro similar (1). Junto con estas acciones, la visión social representada en el valor poder-saber médico, donde estaba estrechamente unido con la autoridad represiva y la arbitrariedad de la detención, finalmente quedaba encubierta con la racionalización científica, mediante el uso y empleo de tratamientos abusivos como: el uso de tratamientos de choque farmacológicos, comas insulínicos y manipulaciones microquirúrgicas, con efectos permanentes e irreversible (1). Esta respuesta manifiesta ser un claro ejemplo de la sobrevaloración técnica científica por sobre la comprensión histórica e importancia de la valoración y entendimiento de la subjetividad emocional por parte de la persona desde sus inicios (2).

En el siglo XXI, si bien se es reconocido un enorme progreso científico y tecnológico, cuyos avances en la administración de la farmacoterapia han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización y han mejorado en parte la calidad de vida de las personas portadoras de un

trastorno mental (2), se reconoce que se ha mantenido una escasa preocupación de preguntar a los verdaderos protagonistas sobre cual significado y experiencia de ser portador de enfermedad mental, hecho manifiesto en las escasas publicaciones evidenciadas.

Es por ello, actualmente existe un insuficiente conocimiento de cuáles son sus narrativas, sus vivencias, sus experiencias y sus sentimientos. Agravándose esta situación por razones derivadas del estigma, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales y el desconocimiento de la salud y la enfermedad mental (2). Todo ello unido, a la falta de conciencia de enfermedad que presentan estas personas, lo que dificulta el correcto cumplimiento del tratamiento, cuya consecuencia es una agudización de la enfermedad, recaídas y reingresos en los diferentes servicios de salud mental (2).

A nivel de América Latina y el Caribe, los trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente, lo que se evidencia en el incremento de su carga de enfermedad en los últimos 20 años, pasando de 8,8% del total de AVISA por muerte prematura y discapacidad en 1990, a 22,2% en 2002 (3). Las bases epidemiológicas de una llamada a la acción se han hecho patentes durante el último decenio, siendo la tendencia de los estudios en Salud Mental el abordar temas desde esta mirada con un enfoque fundamentalmente biomédico.

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

Lo observado hasta ahora en los contextos locales, sigue siendo un hecho que las personas con alteración mental y especialmente las personas portadoras de psicosis y trastornos psiquiátricos severos, aún permanecen como un grupo marginal y temido, siendo esto un obstáculo para un trato más humano hacia ellos. A nivel institucional, se desconoce fundamentalmente sobre cuáles son las experiencias por parte de los mismos usuarios portadores de esquizofrenia, en el desarrollo vivencial y el significado que trajo consigo el ser diagnosticado con esta enfermedad. Se observa un vacío sobre cuáles han sido los procesos personales que tenido que vivenciar los usuarios en torno a la etapa diagnóstica, como factor decisivo en los diversos cambios ocurridos a nivel psicoemocional, laborales, sociales y familiar como proceso de transición hacia su estabilización.

Asimismo el diagnóstico de esquizofrenia tiene una particularidad, que se suma a todo lo mencionado, lo cual deriva muchas veces desde el alejamiento de sus funciones, el cambio de área de trabajo, hasta la pérdida de la función laboral y/o jubilación anticipada de las personas portadoras de esquizofrenia. Esto ha generado un plano particularmente de pérdida de las capacidades laborales, organizativas y funcionales, acompañada de una fuerte repercusión en el plano subjetivo de la persona portadora con esquizofrenia. De igual manera, la condición de portador de patología crónica mental tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida de la persona, se reafirman en el menoscabo y alteración psicoemocional de la persona y su familia, influidos por experiencias, sentimientos y emociones, que aún no han podido ser comprendidos por el equipo de Enfermería de Salud Mental.

Concomitantemente y a partir de lo señalado, surge la necesidad de conocer el significado de ser portador de esquizofrenia de los usuarios en el desarrollo vivencial de la enfermedad. De esta manera, el presente trabajo investigativo pretende ser un aporte no sólo al desarrollo investigativo cuyo análisis es iluminado desde los principales conceptos de la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meléis, sino además pretende vincular el conocimiento a la práctica diaria de las enfermeras y enfermos que trabajan con usuarios portadores de patología mental, por medio del reconocimiento de los significados de las mismas personas.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

A partir de los antecedentes mencionados, la situación presentada marca el cuestionamiento y reflexión sobre ¿Cuál es el significado de vivir con esquizofrenia en personas que son atendidas en el Centro de Salud Mental, del Servicio de Salud de Aconcagua?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

- Conocer la experiencia de personas diagnosticadas con esquizofrenia atendidas en el Centro de Salud Mental, del Servicio de Salud de Aconcagua.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

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

V. CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL.

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN EVOLUTIVA DE LA ESQUIZOFRENIA.

“Aceptar nuestra vulnerabilidad en lugar de ocultarla...
... es la mejor manera de adaptarse a la realidad”

David Viscott.

La historia de la aceptación de la Psiquiatría como un campo de la medicina y el inicio del estudio científico de los trastornos mentales, es una narrativa plagada de creatividad y coraje, de estancamiento y dudas, debido a que la mente ha sido conceptualizada históricamente como una entidad separada del cuerpo de sus vivencias y experiencias e independiente de los procesos emocionales. El tradicional énfasis de la Psiquiatría en los factores biológicos de la conducta humana, la ha distanciado algo de las otras especialidades médicas. A medida que el científicismo de la medicina fue creciendo en los aspectos biomédicos, de diagnósticos y tratamiento farmacológico, se ha reconocido hoy la importancia en observaciones desde un abordaje integral y holístico del individuo para el logro de intervenciones oportunas y efectivas.

El campo de la psiquiatría, los seres humanos están influenciados en sus emociones, pensamientos y conducta, por su herencia genética, las condiciones de su nacimiento y desarrollo, así como por los estresores y apoyos de su entorno (2). La psiquiatría, a través de la comunicación persona - persona, observaciones sistemáticas, y pensamiento racional, ha continuado generando conceptos e hipótesis que han ayudado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Sin embargo, a pesar de todo el conocimiento empírico en el ámbito de la Salud Mental, la comprensión de la esfera psicoemocional, en la práctica, aún se encuentra en penumbras. Hecho que se logra fundamentar desde la comprensión histórica de la psiquiatría.

Es así que históricamente, la concepción en la Edad Antigua de la enfermedades mentales, eran consideradas como posesiones demoniacas, cuyo tratamiento se fundaba en métodos mágico religiosos. Hipócrates, fue el primero en describir y clasificar algunas enfermedades mentales (5). Platón a su vez, clasifica el alma en racional e irracional, de modo que la “locura” se producía cuando el alma irracional escapaba a la influencia del alma racional o cuando una alteración divina del alma producía conductas inspiradas o divinas (5). De esta manera, como tratamiento se postuló la dialéctica verbal entre el médico y el paciente. Posteriormente, Aristóteles atribuyó el origen de las enfermedades mentales a cambios en la temperatura, la bilis negra y las emociones. Para los romanos, son las pasiones y deseos insatisfechos las que actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales.

Transversalmente, teólogos y filósofos toman la mente como un atributo especial de los seres humanos, aparte de lo físico. Particularmente, desde Descartes, han subdividido la esencial unidad del hombre en cuerpo y psique. Todo aquello que fuese corpóreo podría ser relegado al científico, pero la psique humana, como atributo divino, no podría ser sometida a tan distante escrutinio. De esta manera, conductas o modos de pensar aberrantes eran considerados teológicamente como señales de locura divina o pérdida del alma (2).

De esta manera, el tratamiento a su vez, podía incluir exorcismo, oración, inmolación o confesión forzada. Los trastornos de la mente eran terreno de los sacerdotes e inquisidores y el contenido de la locura no era interpretado a la luz de la historia personal, sino que desde la perspectiva del dogma religioso en boga (1,2). Pese a que las positivas contribuciones que las experiencias religiosas pueden hacer a la salud mental, se debe también tener conciencia de que la medicina luchó por siglos para lograr que el estudio y tratamiento de las personas perturbadas mentalmente estuviera libre de las restricciones impuestas por diversas creencias religiosas.

La dominancia de la teología sobre el estudio de la mente, produce una contrarreacción. Por siglos desde entonces, empiricistas rígidos, escépticos de las interpretaciones filosóficas o teológicas de los trastornos psíquicos, han descartado dádivas divinas o maldiciones como el origen de estas enfermedades y les han atribuido una causalidad orgánica (1). Si bien como

posibles causas han podido ser consideradas un útero errante (histeria) o un exceso de bilis negra (melancolía), lo importante es que los síntomas mentales fueron vistos como manifestaciones de procesos corpóreos y no como influencias divinas o demoníacas (2).

Dentro de este marco social, el concepto de esquizofrenia se inicia históricamente a mediados del siglo XIX a partir de los postulados establecidos por el médico francés Bénédict Morel, quien considera a la deficiencia mental como la etapa final de un proceso de deterioro mental, concibiendo el término de “demencia precoz” para describir un desorden mental que afecta inicialmente a los seres humanos en la adolescencia o juventud adulta, y finalmente lleva al deterioro de las funciones mentales y a la discapacidad. En 1860 publica el libro “Tratado de las enfermedades mentales”. Para finales del siglo XIX existían hospitales para enfermos mentales en todos los países, algunos privados y otros de caridad, sostenidos por religiosos o por el Estado, pero no fue sino hasta el siglo XX que la atención en esos hospitales se humanizó y comenzó a tratar a estos pacientes a partir de principios de respeto y consideración (5).

En 1883, el psiquiatra Emil Kraepelin creó una clasificación, con una clara distinción entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, que se utilizó hasta épocas recientes (6). Para él la base del conocimiento era la observación cuidadosa de los pacientes y la conducta que presentan, el empirismo clínico y luego la hipótesis diagnóstica. Pudiendo señalar que a Kraepelin se le debe la fundación de la Psiquiatría Moderna. Eugen Bleuler (1857 – 1939) sustituyó el concepto de demencia precoz, por el de esquizofrenia, y fue el primero en introducir el psicoanálisis. Empleó la hipnosis para tratar la histeria y la relacionó con algunos problemas sexuales (7).

Posteriormente, científicos del área han postulado que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por desórdenes biológicos y genéticos, lo que delimitó dentro de lo que se conocía como demencia precoz en otros trastornos mentales.

Actualmente se reconoce que: “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las

funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (4, 8, 9). En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivo.

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

La teoría revela que ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico exige una serie de signos y síntomas, así como un deterioro de la actividad laboral y social (7). El aislamiento se debe tanto a las dificultades que presenta la persona para comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por la discriminación resultante del estigma asociado a la enfermedad y a las personas que la padecen (4).

2.2 ENFRENTANDO EL ESPEJO DE MI YO IRREAL: LA ESQUIZOFRENIA.

“Si hablas con Dios estas rezando...
...si Dios te habla, tienes esquizofrenia”.

Tomas Szasz.

La esquizofrenia es un tipo especial de psicosis que se caracteriza por múltiples y distintas áreas de funcionamiento perturbadas que configuran una manera irreal de apreciarse a sí mismo y al mundo. Las consecuencias poco favorables de adaptación al medio, la falta de integración de la personalidad, la cronicidad y el deterioro concomitante hacen de esta una de las enfermedades mentales más graves conocidas hasta hoy.

Es menester considerar que el diagnóstico de esquizofrenia ha variado marcadamente a lo largo del tiempo, ya que al menos 23 definiciones del concepto han sido descritas en el último siglo (10). Uno de los hechos fundamentales de tal variación, es la inexistencia de un paradigma unitario sobre el que se basa la definición de la enfermedad. Se reconoce que al menos existen tres diferentes paradigmas de alteración de las funciones psíquicas han dominado: El deficitario (Kraepelin), el de desorganización (Bleuler) y el de la incomprendibilidad de los síntomas psicóticos (Schneider).

En segundo término, existe una correlación inversa entre un diagnóstico restrictivo de esquizofrenia y la etiología, ya que la heredabilidad aumenta conforme se expande el fenotipo (10). En tercer lugar, tampoco existe una correlación entre el mal pronóstico, uno de los hechos considerados más característicos de la esquizofrenia, respecto a otras psicosis funcionales, y la etiología, ya que conforme se expande la definición de la esquizofrenia a todos los trastornos del espectro, el pronóstico global mejora. Es decir, existe una triple disociación entre una definición restrictiva de la esquizofrenia, la etiología y el pronóstico.

Un diagnóstico categorial de esquizofrenia, asume implícitamente el concepto de entidad nosológica. Sin embargo, no hay datos suficientes que apoyen esta noción (11). Los síntomas de la esquizofrenia no son fenómenos de todo o nada, ni tienen una estructura taxonómica, si no que se dan con diferente grado de expresividad en el propio trastorno esquizofrénico.

En el último siglo diferentes tipos de síntomas han sido considerados como característicos del trastorno, tal es el caso de los síntomas negativos, trastornos formales del pensamiento, síntomas catatónicos y determinados tipos de delirios y alucinaciones. Actualmente, los síntomas a los que se les atribuye mayor valor diagnóstico son los síntomas de primer rango o de Schneider: voces dialogantes o comentadoras y vivencias de influencia a nivel del pensamiento, sentimientos, voluntad y corporalidad (8, 10). Sin embargo, aunque determinados síntomas son más prevalentes en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos, esta prevalencia diferencial no es lo suficientemente grande para que los síntomas sean considerados como específicos de la esquizofrenia, y esto es especialmente válido para los síntomas de primer rango (12).

Sin perjuicio de lo anterior, la esquizofrenia se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delirios bizarros, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo (4). De la misma manera, esto significa que no todas las personas tendrán los mismos síntomas ni experimentarán la enfermedad de la misma manera.

Conrad (1964) señala que unos lo describen como presión o tensión, inquietud, angustia, a veces también como animación alegre, como ocurre en la esperanza. Otros experimentan culpa y condenación, como si tuvieran pendiente un castigo o hubiesen cometido un crimen. Otros, a su vez, no se sienten más que inhibidos, sin voluntad, abandonados y sin esperanza (13).

Concomitantemente, la mayoría de autores ha coincidido en que por lo general existió un turbulento conflicto, tensión, ansiedad, hostilidad o desapego general en la familia del paciente desde sus años formativos. Afirman además, que esto no es suficiente para explicar la esquizofrenia, pero sí es una condición necesaria (14).

Asimismo, se destaca que la depresión es un aspecto común en el primer episodio de la esquizofrenia, en mucha gente el primer episodio incluso coincide con los criterios de un episodio de depresión mayor (15). De esta manera, una de las formas de comienzo de la enfermedad, se apreciarían con los primeros síntomas neurasteniformes y depresivos, como el cansancio fácil, la dificultad en la concentración, la hiperestesia a los ruidos y el malhumor, lo que ha sido descrito en los inicios desde un cambio esquizofrénico y que más tarde es llamado depresión inicial por Conrad (13).

En la actualidad, las manifestaciones propias de la esquizofrenia son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones (4):

1. **Síntomas positivos:** alucinaciones, ideas delirantes, síntomas catatónicos, agitación, trastornos del pensamiento.
2. **Síntomas negativos:** ensimismamiento, aplanamiento afectivo, abulia, falta de proyectos y propósitos, pasividad, retraimiento, discurso desorganizado, conducta desorganizada, retraimiento social, apatía, anhedonia.
3. **Síntomas cognitivos:** déficit en la atención, memoria y función ejecutiva, déficit en el procesamiento de la información.
4. **Síntomas afectivos:** disforia, humor depresivo, impulsividad

Algunos autores plantean que de esta gama de síntomas, habría algunos denominados de primer orden (16), estos son: delirio primario, sonorización del pensamiento, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que comentan los propios actos, robo y otras influencias sobre el pensamiento, divulgación del pensamiento, percepciones delirantes, influencia corporal (lo vivido como hecho o influenciado por otros).

En relación a la aparición de los primeros síntomas, el 20-40% de los pacientes manifiestan los primeros síntomas psicóticos antes de los 20 años, siendo la incidencia máxima entre los 20-25 años en hombres y entre los 25-30 en mujeres (10). La incidencia global de la enfermedad

psicótica es similar en hombres y mujeres, aunque por tipo de trastorno psicótico, la esquizofrenia es ligeramente superior en varones y los trastornos no esquizofrénicos en mujeres. Esto es congruente con el hecho de que los hombres presentan más síntomas negativos y las mujeres más síntomas afectivos.

En las mujeres, la sintomatología incluye con frecuencia depresión, mientras que los hombres suelen presentar más a menudo apatía, pobreza del habla, alteraciones de la función cognitiva y asilamiento social (17). A pesar que el número de hombres y mujeres que desarrollan la esquizofrenia es similar, los hombres experimentan la sintomatología en fase temprana y muestran un pronóstico peor que las mujeres. Estas diferencias tienen implicaciones respecto al tratamiento, la clasificación y la descripción de la esquizofrenia.

Por otra parte, las características con especificidad de género de la esquizofrenia sugieren que los factores que dan lugar a las diferencias sexuales normales en el cerebro se pueden asociar al desarrollo de la esquizofrenia (18). Por ejemplo, los estrógenos (17-beta-estradiol) parecen inducir a un efecto neuroprotector (19), de manera que las disminuciones en las concentraciones de estrógenos que tiene lugar en la menopausia pueden estar relacionadas con el segundo peak de incidencia en el inicio de la esquizofrenia que se observa en las mujeres mayores de 50 años de edad.

Asimismo, es frecuente que el diagnóstico de esquizofrenia se hace luego de un episodio agudo con muchos síntomas positivos, sin embargo, la enfermedad suele comenzar de manera insidiosa y se presenta inicialmente con síntomas muy inespecíficos, razón por la cual el proceso diagnóstico exige una actitud de búsqueda activa para descartar o confirmar la sospecha de esquizofrenia. Por lo general, en el primer episodio agudo prevalecen síntomas llamados positivos, en cambio en la esquizofrenia crónica es más frecuente encontrar síntomas negativos. Aunque la mayoría de las veces el inicio de la esquizofrenia es con un síndrome agudo, con muchos síntomas positivos, esto no siempre es así, y puede comenzar de manera insidiosa, lo que tiene peor pronóstico (4).

Considerando la complejidad del cuadro clínico y la multiplicidad de términos para designar los distintos cuadros clínicos que presenta la esquizofrenia, dentro del primer episodio de esquizofrenia y su tratamiento integral posterior, las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designan en la terminología médica habitual, son:

1. **Esquizofrenia Paranoide:** incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide (4). Es la forma más frecuente y se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones. El delirio puede ser de persecución, de referencia, de transformación del cuerpo etc. Las alucinaciones auditivas pueden aparecer como voces nítidas o murmullos, risas o silbidos. Menos frecuentes son las alucinaciones olfatorias, gustativas o cenestésicas (20).
2. **Esquizofrenia Hebefrénica:** incluye además los términos de esquizofrenia desorganizada, hebefrenia (4). Los trastornos conductuales como el payaseo permanente (a diferencia del sujeto normal que se modula en distintas situaciones), una tendencia a la pseudofilosofía (con conocimientos superficiales) y el consumo de drogas en una forma sintomática son frecuentes en este tipo de esquizofrenias. En general son de mal pronóstico y paulatinamente se van agregando síntomas positivos (20).
3. **Esquizofrenia Catatónica:** incluye además el término catatonía esquizofrénica (4). La función principalmente comprometida es la psicotricidad. Puede variar desde el mutismo y estupor hasta la franca agitación y agresividad. Son frecuentes la flexibilidad cética (el examinador moviliza las extremidades sin que el paciente oponga resistencia y las que pueda dejar en posición antieconómicas), las estereotipias, las posturas mantenidas y la obediencia automática para actos o movimientos. Este tipo de esquizofrenia puede llegar a ser peligrosa es actos de violencia por la heteroagresividad o autoagresividad (20).
4. **Esquizofrenia Indiferenciada:** incluye además los términos esquizofrenia aguda, esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico residual (4).

5. **Esquizofrenia Simple:** Es una forma crónica, insidiosa, con un paulatino empobrecimiento en que no destaca ninguna de las características antes enunciada. Lo central es el autismo, el desgano, la apropositividad vital (falta de perseverancia y repercusión afectiva de un proyecto de vida) y la desconcentración primaria (o intelección derruida, que consiste en la imposibilidad de coger el significado de una palabra o de no poder concentrarse a pesar del esfuerzo puesto en ello, sin que existan factores externos distractores (20).

6. **Otras esquizofrenias:** incluye además los términos esquizofrenia atípica, esquizofrenia latente, esquizofrenia pseudoneurótica, esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, folle a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico (4).

7. **Esquizofrenia sin Especificación** (4).

Según lo señalado en la Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia (4):“Toda persona con un episodio psicótico sin diagnóstico previo de esquizofrenia o en la que se sospeche un primer episodio de esquizofrenia, debe ser evaluada por un equipo multidisciplinario de psiquiatría y salud mental, en un proceso de evaluación diagnóstica que dura entre 30 días y 6 meses y que para casos de alta complejidad diagnóstica en menores de 20 años puede extenderse hasta 12 meses.

Además de las intervenciones descritas para realizar el diagnóstico de esquizofrenia (evaluación clínica, examen mental, evaluación psicológica, evaluación social, evaluación de discapacidad y habilidades, exámenes de apoyo, diagnóstico de comorbilidad, diagnóstico diferencial), el proceso de evaluación diagnóstica incluye tratamiento de prueba, según el mismo esquema recomendado para la etapa aguda de la esquizofrenia”.

Con respecto a la evolución natural de la enfermedad, se manifiesta por fases: premórbida (inespecífica), prodrómica (semiespecífica) y psicótica (específica). Entre la aparición de los primeros síntomas y el primer tratamiento adecuado, pueden transcurrir varios años (10).

De esta manera, la esquizofrenia presenta un amplio espectro de posibles resultados y patrones evolutivos, lo cual hace muy difícil la tarea de predecir su curso, ya que depende de múltiples factores (21). Entre estos últimos destacan la cantidad y calidad de la red social de apoyo, accesibilidad al sistema sanitario, accesibilidad y flexibilidad en el empleo y las circunstancias biográficas específicas de las personas. Factores asociados a una peor evolución son: antecedentes familiares de esquizofrenia, sexo masculino, mal ajuste premórbido, baja capacidad intelectual, edad de comienzo precoz, comienzo insidioso, ausencia de factores desencadenantes, síntomas negativos marcados en el primer episodio y falta de conciencia de enfermedad o de colaboración con el tratamiento. Sin embargo, todos estos factores como máximo explican un 25% de la variabilidad del curso y pronóstico (10).

Según la teoría, los principales patrones evolutivos son: episodio único con remisión total, episodios repetidos con remisión total, recurrente con síntomas residuales estables, recurrente con síntomas residuales progresivos, y crónico. La prevalencia de estos patrones está en función de los criterios diagnósticos de esquizofrenia o de sistemas nosológicos específicos, aunque se estima que un 10-20% de los pacientes tienen un único episodio, otro 10-20% un curso crónico y un 40-60% un patrón recurrente con defecto estable (10).

Es importante diferenciar la remisión sintomática de la funcional, ya que pacientes con buena remisión sintomática pueden presentar deterioro en una o más áreas de funcionamiento (social, laboral, autonomía personal) en un grado variable y que suele incrementarse con el tiempo. A este respecto, sólo un tercio de pacientes con trastornos de aparente buen pronóstico como las psicosis afectivas o los trastornos psicóticos breves tienen una recuperación funcional total a los dos años de comienzo de la enfermedad. La expectativa de vida de los pacientes es menor que la de la población general. La tasa global de suicidio es del 10%, siendo especialmente importante en los trastornos esquizo-afectivos (10).

Concomitantemente, la esquizofrenia compromete las funciones esenciales que dan a la personas la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (4). Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas.

El aislamiento, se debe tanto a las dificultades que presenta la persona para comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por la discriminación resultante del estigma asociado a la enfermedad y a las personas que la padecen. De esta manera, la esquizofrenia es una clara expresión de dicha realidad. No puede negarse que en todo grupo social existen diferencias entre sus miembros formando ello parte de una sana diversidad y pluralismo. Sin embargo, cuando estas diferencias se acentúan haciéndose arbitrarias e injustificadas no surge más espacio que para la discriminación.

Reconocida desde sus orígenes como una patología altamente incapacitante desde el punto de vista clínico, la esquizofrenia también desde sus albores se ha venido consolidando socialmente como una condición digna de ser ocultada. La estigmatización de las personas que padecen un trastorno mental tiene consecuencias negativas en cuanto a encontrar un trabajo, una vivienda o de mantener relaciones sociales con amigos o en pareja (22).

Por otro lado, estas consecuencias representan un empeoramiento de su situación llevándoles a una desadaptación social, una baja autoestima, depresión y un aumento de la carga familiar (23). Lo cual dificulta la reinserción real en la comunidad, no facilitando la rehabilitación psicosocial. Y la paradoja no deja de sorprender, pues tal como está propia enfermedad intrínsecamente importa un progresivo deterioro de la condición de salud del que la padece, del mismo modo avanza el proceso de degradación personal, familiar y social.

De esta manera, la visión subjetiva del que porta la enfermedad, en cuanto a cómo es percibido por los otros, especialmente los más próximos, y sobre su enfermedad, influirá directamente en su integración en la comunidad a todos los niveles: vivienda, relaciones sociales, trabajo, etc (24).

2.3 ESQUIZOFRENIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

“La esencia de la desigualdad es tratar de igual manera a aquellos que son desiguales”

G. Alleyne.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2% (25, 26).

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud, son igualmente importantes. En un reciente estudio del Foro Económico Mundial se calculó que el impacto global acumulado de los trastornos mentales, en términos de pérdidas económicas, ascenderá a US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (10).

Según estadísticas nacionales (4), se ha evidenciado que la mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico en Chile no buscan atención de salud mental. Menos de la mitad de aquéllos que presentan un trastorno prevalente, 46,9% recibieron atención de salud en los últimos seis meses, en tanto que solamente 38,5% recibió algún tipo de atención de salud mental, ya sea de parte de un especialista o generalista. Paralelamente, los servicios especializados se utilizaron escasamente, sólo en 13,1%. Aunque hay una mayor proporción de individuos con trastornos severos que hacen uso de los servicios de salud mental, sólo 24,9% de estos recibe atención mental especializada (4).

La Política de Salud Mental de un país, define la visión para el futuro y establece un modelo general para las acciones encaminadas a lograr esta visión, mientras que su Plan de Salud Mental expone en detalle las estrategias, las actividades y los recursos requeridos para poner en práctica la visión y alcanzar los objetivos de la política dentro del contexto del Sistema de Salud como un todo. Entre los pilares fundamentales identificadas al formular Políticas y Planes de Salud Mental eficaces, están un compromiso fuerte por parte de los gobiernos y participación de todos los interesados directos (27).

El actual Sistema de Salud Mental en Chile se basa en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, el cual plantea múltiples propuestas sobre el financiamiento y enfermedades prioritarias, enfatizando un Modelo Comunitario en el tratamiento y prevención de enfermedades mentales (11,13). En éste plan se definieron seis áreas prioritarias: 1) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Niños; 2) Víctimas de Violencia Intrafamiliar; 3) Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas; 4) Depresión; 5) Esquizofrenia, y 6) Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en adultos mayores (11). Actualmente tres de estas seis áreas (Depresión, Esquizofrenia, Abuso y Dependencia de Sustancias) son cubiertas por AUGE/GES, plan que establece garantías de acceso, oportunidad, protección financiera, calidad de la atención entregada y entrega de los medicamentos garantizados (30).

De las 80 patologías que actualmente cubre AUGE/GES, cuatro (5%) corresponden a patologías Neuropsiquiátricas, las que constituyen casi un cuarto de la carga total de enfermedades en Chile (AVISA) (28, 31). De las 10 patologías agregadas en 2010, y 11 agregadas en 2013 al plan AUGE GES, el trastorno bipolar es la única patología que corresponde al área de salud mental, quedando fuera el déficit atencional, la depresión adolescente y el maltrato infantil, las cuales estaban dentro las patologías a evaluar para ser incorporadas (30). Dentro de este contexto, el Ministerio de Salud de Chile en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, ha formulado el nuevo Plan de Salud Mental 2016-2025 (32). Durante el año 2015 se inició una discusión nacional, con los diversos niveles de Atención de Salud y con las diferentes entidades relacionadas a la Salud Mental, en base a este nuevo Plan Nacional de Salud Mental, emanado desde la Subsecretaría de Salud pública.

El nuevo Plan de Salud Mental (32) propone dentro de sus ejes centrales el fortalecimiento y desarrollo del Modelo de Psiquiatría Comunitaria, en el contexto de una red integrada de los servicios de Salud Mental. Sin embargo el actual Modelo de Psiquiatría Comunitaria ha excluido los Hospitales Psiquiátricos, instituciones que han demostrado ser un aporte al desarrollo de la salud mental y psiquiatría del país, dando respuesta en distintas instancias a las diversas necesidades de la población con problemas psiquiátricos de alta complejidad, constituyéndose en centros de referencia macro-regionales, absorbiendo muchas veces una dura realidad clínica social que sobrepasa las capacidades de respuesta de otros dispositivos de salud mental. Dichos establecimientos además han realizado importantes esfuerzos por avanzar en sus procesos de transformación, en cuanto al modelo de gestión clínica y administrativa en red.

Lo significativo del nuevo Plan de Salud Mental, dentro de otros datos, es que señala y reconoce una importante brecha de recurso humano: “el déficit de psiquiatras adulto es de 3124 horas semanales, y 512 horas de psiquiatra infante - juvenil. Por su parte, faltan 17.087 horas semanales de psicólogo, 10.071 de enfermera, 16.983 de trabajador social, 19.145 de terapeuta ocupacional, 34.776 de técnico en rehabilitación, 7445 de técnico paramédico. Además hay una brecha de 15.448 horas semanales de personal administrativo.

Los servicios más carentes de recursos humanos para salud mental son casi todos los de la Región Metropolitana, Maule, Araucanía Sur y Viña del Mar – Quillota” (32). Dicho estudio está basado en las recomendaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (29). De acuerdo a ello, existen una brecha 186 equipos especializados a nivel nacional.

Es posible reconocer, que en el área de Salud Mental en el Sistema Público de Salud, existe una sub-dotación de recursos humanos, con cargos vacantes por la falta de incentivos apropiados, las plantas están sub dimensionadas y falta oferta en algunas profesiones: médicos psiquiatras, enfermeras y terapeutas ocupacionales (32). Un alto número de profesionales y técnicos del área están en situación contractual inestable. Del mismo modo existe falta de formación de pregrado, postgrado y educación continua y capacitación que sigan un plan coherente que impacte en la calidad del trabajo y en su pertinencia con el modelo (32).

Desde el punto de vista del financiamiento, el Ministerio de Salud ha reconocido crecientemente la relevancia de los problemas de salud mental, sin embargo el financiamiento de la salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos (28). El porcentaje del presupuesto total del Sistema Público de salud destinado a Salud Mental se mantuvo estable (2,14% el año 2004 y 2,16% el año 2012), aún por debajo del 5% establecido como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (29).

Por lo anterior, se logra evidenciar que a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, los recursos son escasos y limitados. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales. Si bien existe una alta prevalencia de trastornos de salud mental en Chile, y hasta la fecha el país no ha destinado los recursos necesarios para enfrentar esta situación, podría argumentarse que la salud mental no debería ser una prioridad nacional y que los individuos y sus familias deberían encargarse de este problema. Sin embargo, las enfermedades mentales imponen altos costos económicos tanto para las personas como para el país.

De esta manera, los costos indirectos asociados a las enfermedades mentales incluyen el gasto gubernamental en vivienda, bienestar, educación y justicia, además de los costos vinculados a la pérdida de productividad de las personas (28). Considerando diversos países, la tasa de ausentismo laboral por problemas de salud mental se ha estimado entre 35% y 45% (33). En Chile, los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar en el gasto por licencias curativas, concentrando 19,3%, del gasto total por subsidio de cargo de las Isapres (34).

Por ende, la consolidación de este modelo y su continuo desarrollo futuro aún están amenazados por la falta de respaldo legal específico y por la falta de recursos. Tomando en cuenta la fragilidad de muchos procesos sociales y sanitarios en América Latina y la experiencia fructífera de algunos países latinoamericanos que cuentan con leyes de Salud Mental, se recomienda redoblar los esfuerzos para lograr la promulgación en Chile de leyes que respalden las nuevas redes de salud mental y la plena inserción social de las personas con enfermedades mentales (35).

2.4 ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y DESARROLLO.

La enfermería ha existido desde el comienzo de la civilización. Antes de 1860, el énfasis de las instituciones psiquiátricas recaía sobre los cuidados de la custodia, y de los asistentes que eran contratados para mantener el control de los pacientes. A menudo los asistentes eran personas con un entrenamiento escaso y los cuidados psiquiátricos eran pobres (36).

La enfermería como profesión comenzó a surgir a finales del siglo XIX, y ya en el siglo XX había evolucionado como una especialidad con funciones únicas (36). Esto se produce con las aportaciones de Florence Nightingale, que define los conceptos de salud y enfermedad en relación a la Enfermería, el objetivo de los cuidados, la forma de actuar y el concepto mismo de Enfermería; de tal manera que modifica el modo de atender las necesidades de una sociedad cambiante (37). Para la posteridad quedó ese legado que es: “Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es”, publicado por primera vez en diciembre de 1859 (37).

Es importante resaltar que el final del siglo XVIII y principios del XIX es una etapa en la que se desarrolla lo que se ha considerado la era del “tratamiento moral”, en el cual estaba continuamente presente la tortura y privación de la libertad (37). Se debe a Philippe Pinel (1793) en Francia, y a Willian Tuke (1796) en Inglaterra, el inicio de la lucha por liberar de las cadenas a los pacientes mentales y suprimir la angustia por la responsabilidad que supone el tratamiento en libertad de la locura (37).

En el año 1882, surge la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde 90 enfermeras egresan. La primera escuela de preparación de profesionales de enfermería para cuidar enfermos mentales se abrió en el Hospital de McLean en Waverly, Massachussets, Estados Unidos. El programa duraba dos años y el cuidado era principalmente custodia, enfocado en las necesidades físicas del paciente, tales como medicaciones, nutrición, higiene y actividades de sala. Hasta finales del siglo XIX, hubo pocos cambios en la enfermería psiquiátrica (36), las enfermeras tenían un entrenamiento limitado en psiquiatría y principalmente aplicaban los principios de la enfermería médico-quirúrgica en un contexto psiquiátrico. En ese momento, el cuidado psicológico consistía en amabilidad y tolerancia a los pacientes (36).

En 1873 Linda Richards obtuvo el título de enfermera en el New England Hospital for Women and Children de Boston (38). Su trabajo se enfocó en mejorar la atención de enfermería psiquiátrica que recibían los pacientes, organizando programas educativos. Fue una de las primeras enfermeras que establece el énfasis en la valoración de las necesidades físicas como emocionales de los pacientes (38). Ella creía que: “las enfermedades mentales deben atenderse al menos con la misma motivación, y eficiencia que las enfermedades médicas”¹.

Emil Kraepelin, en 1899, consideraba en su Tratado de Psiquiatría los inicios de una construcción clínica encaminada a desarrollar una nosografía que identificase para cada trastorno una base orgánica de tipo cerebral (37). Durante el primer cuarto del siglo pasado aparecen las teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental (37). En este periodo inicial de la historia de la enfermería, la formación en enfermería separó estas dos necesidades, al personal de enfermería se le enseñaba en el hospital general o en el hospital psiquiátrico.

En el año 1913 Johns Hopkins fue la primera escuela de enfermería que incluía un curso totalmente desarrollado en el currículo para enfermería psiquiátrica, prontamente otras escuelas lo siguieron. En 1920 Harriet Bailey elabora el primer Manual de Enfermería Psiquiátrica, conocido como el Nursing Mental Disease (38).

No fue hasta finales del de la década de 1930 cuando la formación de enfermería reconoció la importancia del conocimiento psiquiátrico en los cuidados de enfermería general para todas las enfermedades (36).

Un factor importante en el desarrollo de la enfermería psiquiátrica fue la aparición de varios tratamientos somáticos, incluidas las terapias mediante shock insulínico (1935), psicocirugía (1936) y terapia electroconvulsiva (1937) (36,38). Todas estas técnicas requerían habilidades médico-quirúrgicas del personal de enfermería y en la medida en que el personal de enfermería se vio más implicado en los tratamientos somáticos, comenzó a luchar para definir su papel como profesional de enfermería psiquiátrico. Un editorial de 1940 en el American Journal of Nursing

¹ Videbeck S. Enfermería Psiquiátrica. 5ta ed. Barcelona (Es): Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 470 p.

describía el conflicto entre enfermería y facultativos, dado que el profesional de enfermería intentaba implementar lo que valoraba como el cuidado apropiado para los pacientes psiquiátricos (36). Consideraban que la dimensión interpersonal era la clave y el fundamento de la práctica diaria de la enfermería psiquiátrica, una idea que actualmente constituye la base más importante de la especialidad en enfermería (38).

Consecutivamente, el periodo posterior a la segunda guerra mundial fue uno de los de mayor crecimiento y cambio no sólo en la enfermería psiquiátrica sino en la psiquiatría y medicina general. Debido al gran número de problemas psiquiátricos relacionados con el servicio militar y el aumento de los programas de tratamiento ofrecidos, solicitando por ello personal de enfermería psiquiátrica con amplia experiencia. Los contenidos de psiquiatría fueron aplicados a otras áreas de la práctica de enfermería general, pediátrica y de salud pública. En 1947 se habían iniciado ocho programas de graduación en enfermería psiquiátrica (36).

En 1951, June Mellow escribió sobre el trabajo que realizaba con pacientes esquizofrénicos, y denominó a estas actividades como la “terapia de enfermería”. Un año más tarde, Tudor publicó un estudio en el que describía las relaciones entre enfermera y paciente, caracterizadas por un cuidado incondicional y anticipación de necesidades del paciente (36). Estos artículos fueron algunas de las primeras descripciones por personal de enfermería psiquiátrica de la relación entre enfermería y paciente y de la naturaleza de su proceso terapéutico.

En la medida que el profesional de enfermería se involucró en esta clase de actividades surgieron preguntas. ¿Son estas actividades terapéuticas o son terapia? ¿Qué es una relación terapéutica o una relación entre personal de enfermería y paciente? ¿Cómo se diferencia de la psicoterapia? Estas preguntas fueron dirigidas por la Hildegard Peplau, una enfermera líder cuyas ideas y creencias modelaron la enfermería psiquiátrica, siendo considerada “la madre de la enfermería moderna en psiquiatría” (36).

De esta manera, la enfermería psiquiátrica tuvo un cambio muy importante cuando se publicó “interpersonal relations in nursing” de Hildegard Peplau en el año 1952, en el que se describía el primer marco teórico para la enfermería psiquiátrica y las habilidades, actividades y funciones específicas del personal de enfermería psiquiátrico (36). Peplau definió la enfermería como “un

proceso terapéutico significativo”². Mientras estudiaba el proceso de enfermería vio surgir personal de enfermería para varias funciones: como una persona de recursos, una profesora, una líder en situaciones locales, nacionales e internacionales, un padre suplente y una consejera. Peplau escribió: “el asesoramiento en enfermería tiene que ver con ayudar al paciente a recordar y a comprender completamente qué es lo que le está pasando en la situación actual, por lo que la experiencia puede ser integradora más que disociadora de otras experiencias de la vida” Peplau, 1952 (36).

En 1963 se revolucionó la manera de proporcionar la atención a la salud mental al poner énfasis en la prevención y el tratamiento descentralizado. Las funciones de enfermería se clasificaron en dos niveles: nivel básico y nivel avanzado.

En 1968, Mellow publicó *Nursing Therapy*, donde describe su método centrado en las necesidades psicosociales y en los puntos fuertes de los pacientes. Mellow sostenía que el personal de enfermería es muy adecuado para trabajar como terapeuta en el contexto de las actividades de la vida diaria con los pacientes con trastornos mentales, y que debía centrar su actividad terapéutica en el aquí y en el ahora con el fin de dar respuesta a las necesidades psicosociales de estas personas (1986). Tanto Peplau como Mellow contribuyeron decisivamente al desarrollo de la enfermería psiquiátrica.

En 1973, la sección de enfermería de psiquiatría y salud mental de la American Nurses Association (ANA) publicó criterios y recomendaciones relacionadas con la responsabilidad legal de la enfermería psiquiátrica. En las normas para la práctica profesional se explican las fases del proceso de enfermería en el contexto de la atención psiquiátrica y a la salud mental (38). Ahora bien, la enfermería psiquiátrica podría definirse como una especialidad de las ciencias de la salud y antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes. Esta evolución en el cuidado de pacientes, marca un gran desafío para enfermería en la integración de los conocimientos desde una mirada holística y multidisciplinaria.

² Stuart G, Laraia M. *Enfermería Psiquiátrica, Principios y Práctica*. 8va ed. Madrid (Es). Elsevier Masson; 2006. 280 p.

VI. CAPITULO 3: MARCO EPISTEMIOLÓGICO.

3.1 LA TEORIA DE LAS TRANSICIONES: DRA. AFAF MELEIS.

“Creo firmemente que, aunque el conocimiento es universal, los agentes para desarrollarlo deben reflejar la naturaleza de las cuestiones enmarcadas y dirigidas por diferentes disciplinas sobre la salud y el bienestar de individuos o poblaciones.

Dra. Afaf Meléis.

Esta investigación se orienta con los supuestos teóricos de la teoría de mediano rango sobre la Teoría de las Transiciones (39), teoría que es creada por la Dra. Afaf Ibrahim Meleis. Desde el desarrollo de su biografía, la Dra. Afaf Meleis inicia una carrera docente como instructor en enfermería en la Universidad de Alejandría donde completa sus estudios de grado en enfermería en 1961. Posteriormente, se traslada con una beca Rockefeller, a Estados Unidos a la Universidad de California en San Francisco (UCSF) para continuar con su educación universitaria, ganado sus maestrías en enfermería y sociología. A continuación, obtuvo su doctorado en psicología social médico en 1968. En 1971, se desempeña en la UCSF como profesor adjunto y en 1980 llega a ser profesor titular. Actualmente es profesora emérita de la UCSF en la que enseñó e hizo la administración durante 34 años. También es el Margaret Bond Simon Decano de la Universidad de la Escuela de Enfermería de Pennsylvania (40).

En relación al desarrollo investigativo, la Dra. Afaf Meléis centra su investigación en la salud global, salud de emigrantes e internacional, salud de las mujeres y desarrollo teórico de la disciplina enfermera.

La teoría de las transiciones empezó a desarrollarse en la década de 1960 (40), cuando la Dra. Afaf Meléis trabajaba en su tesis y puede seguirse en sus años de investigación con estudiantes y compañeros. En su libro *Theoretical Nursing: Deveolpment and Progress* (41), describe como empezó su viaje teórico desde la práctica y los intereses de la investigación. En la investigación del Máster y de su Tesis, la Dra. Afaf Meleis investigó fenómenos de planificación de embarazos

y procesos implicados para llegar a ser padres y dominar los roles de crianza. Se centró en la comunicación e interacción de los cónyuges en la planificación efectiva o no del número de hijos en las familias. Posteriormente, logro comprender que sus primeras ideas eran incompletas al no considerar las transiciones.

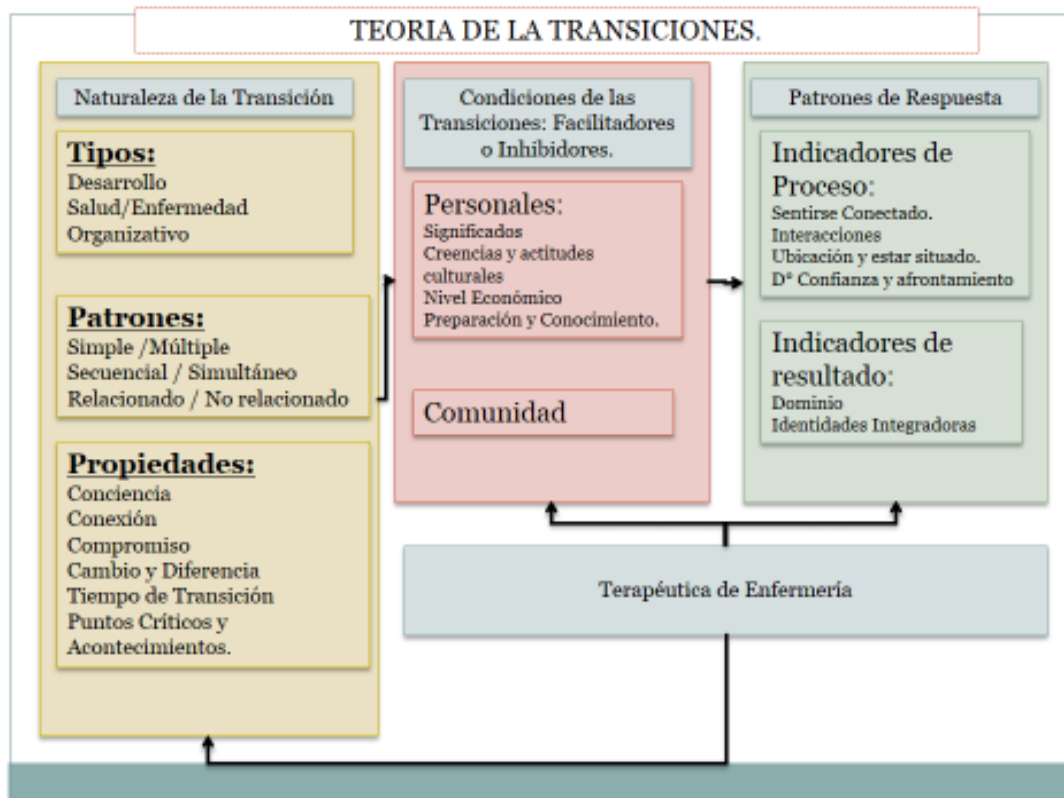
Posteriormente, sus intereses en la investigación se centran en personas que no hacen transiciones saludables y el descubrimiento de intervenciones que las facilitarían, dando relevancia al interaccionismo simbólico, el cual tuvo un papel importante en los intentos por conceptualizar el mundo simbólico que modela interacciones y respuestas (40). Los primeros trabajos de la Dra. Afaf Meleis sobre transiciones, definían transiciones no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Esta conceptualización determinó la creación en la definición de objetivos de una transición saludable, como un dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos (40,41).

A través de un proceso complejo y diversos estudios realizados, la Dra. Afaf Meleis construye la Teoría de las Transiciones (39) en dos grandes partes. La primera es una intervención realizada para facilitar la transición y promover el bienestar y el dominio de los cambios. Lo que incluye conceptualmente, en brindar apoyo a través de otras personas importantes, así como un equipo de atención de las enfermeras de práctica avanzada. A través de las visitas a domicilio, y conferencias telefónicas son las herramientas para aclarar lo que la persona está pasando y pasará por al proporcionar conocimientos, habilidades, estrategias y competencias tangibles y psicosociales para hacer frente a la experiencia de la transición.

La segunda parte en la construcción de la Teoría de las Transiciones, se desarrolla en la comprensión de la propia experiencia de transición que se define como la experiencia durante un paso de un estado a otro estado. Pero esas experiencias y las respuestas se definen en función de si la transición es el desarrollo normal, la salud y la enfermedad, aguda o crónica, de entrada o salida del hospital, el divorcio, o de organización. También, está mediada por curso de procesos individuales de la misma persona, es decir si la persona está pasando por transiciones individuales o múltiples, el significado de la transición y lo que más está sucediendo en la vida de

la persona. Existiendo condiciones que actúan para agravar o atenuar las respuestas a éstas personal, familiar inmediato, la comunidad o transiciones sociales. Dentro de la Teoría de las Transiciones, la Dra. Afaf Meleis considera que una de las principales funciones de las enfermeras es preparar a las personas para las transiciones del desarrollo, de situación y de la enfermedad y el cuidado de la salud para asegurarnos que éstas emergen hacer frente bien y sano de una transición (40).

A continuación, se presentan los conceptos y definiciones de la Teoría de las Transiciones (39), propuesta en el año 2010. Los conceptos principales incluyen: Tipos y patrones de las transiciones, las propiedades de la experiencia de la transición, las condiciones de las transiciones (facilitadoras o inhibidoras), los indicadores de proceso, los indicadores de resultado y la terapéutica de enfermería. Se expone a continuación Cuadro 1.1 del Modelo de la Teoría de las Transiciones:



a) TIPOS Y PATRONES DE LAS TRANSICIONES.

Los tipos de transiciones incluyen desarrollo, salud y enfermedad, situacional y organizativo. La transición de desarrollo, incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud enfermedad, incluyen proceso de recuperación alta hospitalaria, y diagnóstico de enfermedad crónica. Las transiciones organizativas, incluyen cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores (39-42).

Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad. Muchas personas sufren múltiples transiciones al mismo tiempo en vez de presentar una, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de sus vidas diarias. Se considera importante conocer y valorar si las transiciones múltiples son secuenciales o simultaneas.

b) PROPIEDADES DE LA EXPERIENCIA DE LA TRANSICIÓN.

Las propiedades de la experiencia incluyen: conciencia, compromiso, cambios y diferencias, tiempo, puntos críticos y acontecimientos. Afirmaron que estas propiedades no necesariamente son aisladas, sino que están interrelacionadas como un proceso complejo. Se señala en la Teoría de las Transiciones las siguientes propiedades (39):

- **Conciencia:** Percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce y las respuestas de individuos sometidos a transiciones similares. Si bien la afirmación de que una persona en transición puede tener cierta conciencia de los cambios que se producen, Chick y Meleis (1986) plantearon que una ausencia de conciencia del cambio podría significar que un individuo puede no haber iniciado la experiencia de transición (43). La no manifestación de la conciencia de los cambios no excluye por necesidad el inicio de una experiencia de transición. Sin embargo aún no se ha resuelto la tensión entre conciencia de transición conocida por los usuarios y enfermeras (40).

- **Compromiso:** La cual es definida como el grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición. Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuando a que este no sucede sin conciencia. El nivel de compromiso de una persona que es consciente de cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno sería un factor facilitador de los procesos de transición (39, 40).
- **Cambios y diferencias:** Todas las relaciones comportan un cambio, pero no todos los cambios se relacionan con la transición. Se sugiere que para entender bien un proceso de transición es necesario describir los efectos y significados de los cambios implicados y sus dimensiones. Es sugerido que la confrontación de las diferencias podría ejemplificarse con expectativas no cumplidas o divergentes a sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver al mundo o a los otros de forma diferente. Se sugiere en el rol enfermera considerar el nivel de comodidad y dominio para abordar cambio y las diferencias (39).
- **Tiempo:** todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo. Es posible también definir como un tiempo como un punto de partida identificable que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés y llega a un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad. Sin embargo, también es señalado que podría ser difícil y quizás incluso contraproducente poner límites al tiempo de ciertas experiencias de transición (39).
- **Puntos críticos y acontecimientos:** Son la propiedad final de las transiciones, se definen como marcadores como nacer, morir, fin de la menstruación o diagnosticar una enfermedad. También es aceptado que acontecimientos marcadores específicos no se evidenciarían en algunas transiciones, aunque estas suelen tener puntos críticos y acontecimientos. Los puntos críticos suelen asociarse a una mayor conciencia de los cambios o diferencias o a un compromiso más activo al tratar las experiencias de transición. Además, la Teoría de las Transiciones conceptualiza que hay puntos críticos finales, caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, nuevas habilidades, estilos de vida y autocuidado y que un periodo de incertidumbre está marcado por fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad (39, 40).

c) **CONDICIONES DE LAS TRANSICIONES.**

Las condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en como una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable. Estas condiciones incluyen:

- **Condiciones personales:** Las cuales incluyen los significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico y la preparación o conocimiento anticipado o falta de este, pueden facilitar o inhibir las experiencias de transiciones. Meleis et al. (2000) consideraban que los significados atribuidos a los acontecimientos que desencadenan una transición y al propio proceso de transición pueden facilitar o impedir transiciones saludables. Las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición, influyen en la experiencia de transición (40).
- **Condiciones comunitarias o sociales:** Condiciones que podrían facilitar o inhibir las experiencias de las transiciones. Ejemplos de factores inhibitorios es la marginación y escases de recursos comunitarios (40).

d) **PATRONES DE RESPUESTA O INDICADORES DE PROCESO Y DE RESULTADO.**

Los patrones de respuesta se conceptualizan como indicadores de proceso y de resultado, y caracterizan las respuestas saludables.

- **Indicadores de proceso:** Mueven a los usuarios en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo, permiten una valoración e intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, y desarrollar confianza y afrontamiento. Mediante la interacción el significado de la transición y las conductas desarrolladas en respuesta a la transición pueden descubrirse, aclararse y reconocerse (39, 40).

- **Indicadores de resultado:** Pueden unirse para comprobar si una transición es saludable o no. Incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas (39).

El grado de dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar las nuevas situaciones, es indicador de una transición saludable. La reformulación de la identidad también representa completar una transición saludable (40).

e) **TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA**

Schumacher y Meleis (1994), conceptualizaron en tres medidas ampliamente aplicables a la intervención terapéutica durante las transiciones (40, 42).

- Valorar la preparación: Requiere esfuerzo multidisciplinar y conocimiento completo del usuario a través del conocimiento de su transición.
- La preparación para la transición: Incluye educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición.
- El suplementario del rol: clarificar y adoptar roles que pueden ser preventivos y terapéuticos

f) **PRINCIPALES SUPUESTOS.**

Concomitantemente y a través de su desarrollo investigativo de la Teoría de las Transiciones sobre suplementario del rol, del marco de transición y de la teoría intermedia, pudieron deducirse los siguientes supuestos (39):

- Las transiciones son complejas y multidimensionales.
- Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.
- La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones y patrones de respuesta.
- La transición incluye un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de vida. Cambio y diferencia no son intercambiables, ni sinónimos de transición.
- Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.
- Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.

- La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones, y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial., una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.
- Las enfermeras son las principales cuidadora de clientes y familias, que sufren las transiciones.

g) AFIRMACIONES TEORICAS.

Las afirmaciones teóricas en la Teoría de las Transiciones se dedujeron en los primeros trabajos de la Dra. Afaf Meleis (39,40) y reúnen los siguientes conceptos:

- Las transiciones de salud/enfermedad y desarrollo son básicas en la práctica de enfermería.
- Los patrones de transición incluyen: multiplicidad de transiciones, secuencialidad, simultaneidad, grado de superposición, la naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos.
- Las propiedades de la experiencia son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.
- Las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud/enfermedad, están influidos y a su vez influyen en las condiciones en que se produce la transición.
- La transición saludable se caracteriza por indicadores de proceso y de resultado.
- Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y cliente (terapéutica de enfermería). Esta relación es un proceso recíproco que les afecta a ambos.

El enfoque en las transiciones proporciona un marco que reconoce los aspectos universales de la enfermería, mejora de las enfermeras potencial en el apoyo a las identidades emergentes y los patrones de vida, es compatible con el rol de enfermera ante preocupaciones sobre el cambio de los sistemas y las sociedades, y desafía a las enfermeras a desarrollar terapias de apoyo de las experiencias positivas y resultados saludables (39).

VII. CAPITULO 4: MARCO CONTEXTUAL.

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en instalaciones del Centro de Salud Mental (CESAM) dependiente del Servicio de Salud Aconcagua, ubicado en la comuna de San Felipe de la V región. Dentro del contexto histórico el Centro de Salud Mental, inicia su funcionamiento en San Felipe con su traslado desde el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo en el año 1992, situándose en el Complejo de Salud Ambulatoria Luis Gajardo Guerrero, en calle Cajales N° 1900 de San Felipe.



Dentro del ámbito local, se encuentra equidistante de los trece consultorios de atención primaria, hospitales generales y otros centros de referencia. Esta interrelación geográfica, ha permitido establecer un mejor el acceso y la oportunidad de la atención especializada en psiquiatría y salud mental de la población beneficiaria del Servicio de Salud de Aconcagua.

Con respecto a la misión del establecimiento³: “Somos un dispositivo de la red de salud mental, que brinda atención ambulatoria en salud mental y psiquiatría de forma programada, desde una perspectiva biopsicosocial, a los usuarios provenientes de los distintos puntos de la red asistencial

^{3 3} Centro de Salud Mental (CESAM). Manual Organizacional 2015-2017. San Felipe (Chile); 2015.

del Servicio de Salud Aconcagua, con énfasis en la calidad, con un equipo profesional competente e integrador vinculado a la comunidad”.

La visión del establecimiento es: “nuestra visión es brindar atención ambulatoria, propendiendo a la aplicación del enfoque comunitario en salud mental y psiquiatría, con un equipo profesional que promueva, apoye y desarrolle las capacidades de las personas y grupos organizados, vinculados con el área de salud mental, para integrarlos a su propio proceso de salud en la comunidad”.

El horario general de atención en las áreas de consulta y procedimientos ambulatorios se extiende desde las 8:00 a 17:00 horas de lunes a jueves y de 8:00 a 16:00 horas los días viernes. En forma adicional, en el Centro de Salud Mental, se otorgan atenciones del Plan Ambulatorio Básico de Drogas y del Programa Ambulatorio Intensivo de Drogas, los horario de funcionamiento van de 17:00 a 21:00 horas de lunes a jueves y de 16:00 a 20:00 los viernes.

4.2 CARTERA DE SERVICIOS.

Asimismo el Centro de Salud Mental, ofrece una Cartera de Servicios que incluye atención por psiquiatra adulto y psiquiatra infantil, enfermera/ro, asistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo entre otros. A continuación, se detalla la cartera de servicios⁴:

1.1 Psiquiatra:

- Consulta psiquiatra Recepción Infantil.
- Consulta psiquiatra recepción adulto.
- Psicoterapia individual.
- Controles psiquiatra
- Consultorías
- Consulta abreviada.

⁴ Centro de Salud Mental (CESAM). Manual Organizacional 2015-2017. San Felipe (Chile); 2015.

1.2 Enfermera/ro:

- Consulta enfermera/ro.
- Encargado de Programa Clozapina
- Intervención psicosocial grupal.
- Programa Infantil
- Encargado de Programa GES
- Exámenes de laboratorio.
- Visita domiciliaria integral.

1.3 Psicólogo.

- Consulta psicólogo
- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia grupal
- Consultarías.

1.4 Terapeuta ocupacional:

- Consulta salud mental por otro profesional
- Intervención psicosocial grupal
- Visita domiciliaria de salud mental por otro profesional.

1.5 Asistentes sociales:

- Consulta Social.
- Visita domiciliaria
- Intervención psicosocial grupal
- Consulta salud mental por otro profesional

1.6 Procedimiento de apoyo diagnóstico y terapéutico:

- Evaluación de personalidad
- Evaluación de coeficiente intelectual
- Evaluación de organicidad
- Evaluación de PANSS
- Peritajes.
- Taller laboral
- Asesoría trabajo con organizaciones de usuarios y familiares
- Asesoría Club de Integración
- Evaluación diagnóstico COMPIN.

Las horas para consultas ambulatorias se agenda a través del Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME) por los siguientes mecanismos: Para atención abierta (consultas): Por las interconsultas provenientes de los Consultorios de Atención Primaria o desde las propias consultas del CESAM (Centro de Salud Mental) u Hospital. Una vez agendadas se dará aviso al teléfono registrado en la interconsulta en el primer caso y por la entrega de hora en el módulo de admisión en los otros casos de control. Respecto de las atenciones derivadas por GES, las citas se hacen a través de los Consultorios y además se confirman telefónicamente, en estos casos de GES se pueden dar hasta 2 citas.

4.3 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Con respecto al tiempo considerado para el desarrollo de la investigación, este comprendió un periodo de 4 años, desde el planteamiento del problema a la aplicación en terreno de la investigación (Ver Anexo N°1). La Secretaría Regional Ministerial de Valparaíso autoriza la realización de la investigación el día 31 de julio de 2014 (Ver Anexo N° 3). El trabajo de campo se inicia en agosto del 2015 y finaliza en enero del 2016, teniendo una duración de 6 meses. Posteriormente, la fase de análisis de los datos recolectados en el trabajo de campo finaliza en marzo del 2016.

Dentro de los criterios de inclusión se incluyen como participantes a usuarios portadores de esquizofrenia compensados psicopatológicamente, y que son atendidos en el Centro de Salud Mental. Se excluyen a los usuarios que presenten algún criterio de exclusión: usuarios que se encuentren en fase psicótica de la enfermedad, usuarios que presenten descompensación durante la ejecución de los procesos investigativos, usuarios que por razones médicas no sean autorizados a participar en dicha investigación y usuarios que no deseen participar luego de haber aplicado el Consentimiento Informado (Ver Anexo N° 2).

La muestra obtenida en el trabajo realizado, no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, vale decir, hasta cuando el dato adicional que se recolectó, no agregó información significativa a lo que ya se tenía. Finalmente la muestra obtenida de los usuarios entrevistados reúne a seis personas que participan del presente trabajo investigativo.

VIII. CAPITULO 5: MARCO METODOLOGICO.

5.1 ENFOQUE: ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO.

La Enfermería es una disciplina que se desarrolla identificando conceptos, teorías y modelos para ser aplicados en la práctica del cuidado a las personas, debido a ello necesita profundizar el conocimiento para ampliar su visión del mundo y desarrollar un pensamiento crítico en la atención de enfermería y de la salud de la comunidad. De esta manera, al analizar las características de la profesión, podemos comprender la aceptación que ha tenido en Enfermería desde sus inicios. La definición de Virginia Henderson (1971), aprobada como la definición del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), nos da una de las claves más importantes: “la enfermería se coloca en la subjetividad de las personas para identificar sus necesidades. Es un grupo profesional que trabaja con un método inductivo y enfocado en las personas” (44,45). Además, debido al contacto permanente con el usuario, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etiopatogénico. Poder comprender su experiencia y utilizar la inducción para construir teoría, son dos de los elementos más importantes de la metodología cualitativa.

Concomitantemente, el aporte de la metodología cualitativa en la presente investigación, propicia la comprensión de la experiencia de ser portador de una enfermedad psiquiátrica, como lo es la esquizofrenia y lo hace poniendo el énfasis en la subjetividad. Este enfoque no pretende, por tanto, predecir el comportamiento ni identificar las diversas causas que lo propician, sino que trata comprenderlo al conocer la intencionalidad de las acciones y hacerlo desde el punto de vista del otro, permitiendo aprehender su naturaleza subjetiva y racional (44).

De esta manera, la aplicación de la metodología cualitativa en la disciplina y en el área de salud mental y psiquiatría, son una herramienta potencial para mejorar la práctica de enfermería ya que facilitan la contextualización de los cuidados, proporcionan información para el cuidado anticipatorio y las intervenciones oportunas. Esto significa que pueden orientar las actividades de

promoción, prevención y de asistencia. Los estudios cualitativos también contribuyen al desarrollo de la disciplina: generan teoría basada en la realidad de los profesionales (44).

5.2 RELACIÓN SUJETO- OBJETO ESTUDIO.

El fenómeno a investigar tiene lugar al desconocimiento de la esfera psicoemocional en relación a los procesos vivenciados en torno a la fase diagnóstica de la enfermedad mental (esquizofrenia) de la persona atendida en la práctica clínica. Este fenómeno, por tanto, se analizará a partir de la perspectiva de la misma persona atendida y lograr comprender el significado de vivir con esquizofrenia. Hecho que muestra la importancia de buscar el significado en la persona en relación y congruencia con sus propias experiencias vividas.

5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y CONFIABILIDAD.

Se considerará dentro de los criterios de exclusión a:

- Usuarios que se encuentren en fase psicótica de la enfermedad.
- Usuarios que presenten descompensación durante la ejecución de los procesos investigativos.
- Usuarios que por razones médicas, no sean autorizados a participar en dicha investigación.
- Usuarios que no deseen participar luego de haber aplicado el Consentimiento Informado.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Para el desarrollo del trabajo de investigación se consideraron fielmente los principios éticos en la interacción con los participantes y los procesos investigativos, iniciando por la: Aprobación de la investigación por Comités de ética: Comité de ética del Servicio de Salud (Ver Anexo N° 4) y Secretaría Regional Ministerial de Valparaíso (Ver Anexo N° 3), la autorización de los usuarios a participar de la investigación a través de la aplicación de Consentimiento Informado (Ver Anexo N° 2).

Concomitantemente se otorga garantía y protección del anonimato como parte de la protección de sus derechos, se realiza codificación de los datos y el resguardo de toda información de los usuarios siendo de uso exclusivo por parte del investigador y el docente guía.

En relación la obtención del Consentimiento Informado, fue realizado bajo las normas establecidas según Protocolo de la Universidad de Valparaíso y lo establecido en la Ley 20.584 (46). Se hace presente que, con el fin de es asegurar el que los individuos que participaran en la investigación propuesta, se respeta la decisión de asentir sólo cuando ésta fuese compatible con sus valores, intereses y preferencias; sea voluntaria con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos (46).

Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyeron la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación (Ver Anexo N° 2). Y en la investigación, una debida comprensión del sujeto de esta información, hecho fundado en una decisión libre, no forzada sobre si participar o no. De esta manera el consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas.

Se considera a los participantes como seres humanos con sentimientos e intereses, que muchas veces están temerosos ante el trabajo de campo, por lo que es importante considerar que ante la posible descompensación psicoemocional se tuvo presente la detención de los procesos investigativo, dando lugar a la contención verbal por parte del investigador. Razón por la cual también se contó con el apoyo logístico del Centro de Salud Mental, en caso de una descompensación grave, con el fin de proteger su bienestar físico, mental y social, en resguardo los derechos humanos.

5.5 ROL O PAPEL DEL INVESTIGADOR.

El papel del investigador se orienta a alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del contexto objeto de estudio: su lógica, sus ordenaciones, sus normas explícitas e implícitas. De esta manera, desde el proceso investigativo, el investigador intenta capturar los datos sobre las percepciones de los usuarios a través de un proceso de profunda atención, de comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones sobre los tópicos objeto de discusión. Asimismo, es comprendido como tarea fundamental, explicar las formas en que las mismas personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas, en función de cómo le han dado significado a su experiencia, como portador de esquizofrenia. En este proceso se incluye capturar las percepciones, emociones, sentimientos y experiencias de los usuarios, teniendo presente además que la investigación cuantitativa fundamenta su búsqueda en las causas, persiguiendo la explicación del fenómeno y la comprensión, a través de la indagación de los hechos, de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad.

5.6 RELACIÓN DEL INVESTIGADOR CON LA INSTITUCIÓN.

A partir de la experiencia como Enfermera de Salud Mental y Psiquiatría, la relación laboral ejercida desde el año 2011 hasta la fecha, en instituciones públicas y privadas, ha permitido no sólo conocer y participar directamente en la ejecución de los procesos de intervención, rehabilitación y tratamiento en la salud de las personas que ingresan al servicio de Hospitalización Psiquiátrica; sino que a partir de ello, se logra evidenciar un cuestionamiento e inquietud representada en los procesos vinculados con la falta de conocimiento de la esfera psicoemocional de las personas de forma transversal. Hecho mediante el cual, se logra dar interpretación a la pregunta investigativa a desarrollar en la investigación.

5.7 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

La entrevista en profundidad o, como algunos investigadores la denominan, el estudio de caso, es la entrevista que se realiza entre un entrevistador y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona (47). En esta técnica, el entrevistador es un instrumento más de análisis, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas, desde cuál es la información más relevante para los intereses de la investigación y por medio de ellas se conoce a las personas lo suficiente para comprender qué quieren decir (47).

Desde el análisis comprensivo de la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meleis, se construye un guión de preguntas donde se plasmaron las principales dimensiones y/o ejes de la Teoría de las Transiciones, incluyendo: la naturaleza de la transición, las condiciones de las transiciones, los patrones de respuesta y la terapéutica de enfermería. Asimismo, se incluye la visión de futuro como factor facilitador o inhibidor del proceso de transición vivenciado.

El guión de preguntas fue sometido a prueba en dos entrevistas realizadas, no presentando dificultades tanto en la esfera cognitiva y psicoemocional de los usuarios. Asimismo docente guía realiza evaluación del instrumento, siendo construido de esta manera con un total de 14 preguntas, las cuales se encuentran divididas en las dimensiones planteadas para una mejor comprensión. Al inicio de cada entrevista, se realizó una introducción del encuentro, donde el entrevistador informó el propósito de la entrevista y aclaró dudas existentes, momento donde también se evalúan aspectos informales de relación, tales como afectividad, estado de ánimo y disposición de los mismos, en la bitácora del investigador.

Es importante mencionar que se establece el resguardando en todo momento de la confidencialidad de los datos, el respeto a dignidad, informándolo también a los entrevistados y señalándolo asimismo en el Consentimiento Informado (Ver Anexo N° 2).

A continuación, se señala el guión de preguntas donde se plasmaron las principales dimensiones y/o ejes de la Teoría de las Transiciones:

DIMENSIONES	PREGUNTAS
PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación de entrevistador. – Aplicación de consentimiento informado. – Resolver dudas del entrevistador.
NATURALEZA DE LA TRANSICIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me puede contar usted ¿cómo ha sido su vida con la esquizofrenia? 2. Se acuerda ¿cuándo fue diagnosticado?... ¿qué pasó en ese entonces?
CONDICIONES DE LAS TRANSICIONES (sociales)	<ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Ha sentido usted apoyo de sus cercanos? ¿Cómo ha sido? ¿Quiénes lo han apoyado? 4. ¿De qué manera usted ha recibido apoyo en este proceso? 5. ¿Se ha sentido integrado a su comunidad o lugar donde vive? ¿De qué forma se ha sentido integrado?
CONDICIONES DE LAS TRANSICIONES (personales)	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Actualmente se encuentra ejerciendo algún trabajo? 7. ¿Ha trabajado antes? ¿Cómo ha sido esa experiencia de trabajar? ¿Se ha sentido integrado a su trabajo?
PATRONES DE RESPUESTA (indicadores de proceso y resultado)	<ol style="list-style-type: none"> 8. A largo de este proceso ¿Usted considera que ha adquirido herramientas y/o conocimientos para enfrentar de mejor forma su enfermedad? ¿Cómo ha sido eso? ... 9. ¿Considera que ha ganado autoconfianza a través de este proceso? ¿Cómo ha sido eso? ...
TERAPEUTICA DE ENFERMERÍA	<ol style="list-style-type: none"> 10. ¿Qué ha significado para usted el ser diagnosticado con esquizofrenia? 11. ¿Siente que su vida ha cambiado en algún aspecto, tras ser diagnosticado con esquizofrenia?... ¿En qué? ...¿cómo ha cambiado? 12. Según su experiencia ¿Qué ha sido lo más difícil de enfrentar en este proceso? 13. ¿Cómo ha logrado superar estas dificultades?
VISIÓN DE FUTURO	<ol style="list-style-type: none"> 14. Mirando a futuro ¿Cómo se ve usted en 10 años más? ¿Y en 40 años?

De esta manera, la entrevista en profundidad se constituye como una herramienta fundamental en el presente estudio de investigación, ya que permite iluminar y conocer el significado de ser portador de esquizofrenia desde la experiencia de las mismas personas.

5.8 TRABAJO DE CAMPO.

La fase de trabajo de campo se inicia posterior a la elaboración del Pre Proyecto de Tesis., iniciado en agosto del 2015 y finalizado en enero del 2016, teniendo una duración de 6 meses. Posteriormente, la fase de análisis de los datos recolectados en el trabajo de campo finaliza en marzo del 2016.

Durante el trabajo de campo, se realizan acciones tales como: el ajuste del guión de preguntas realizadas a partir de la Teoría de las Transiciones, la convocatoria de los usuarios, las visitas al Centro de Salud Mental y las entrevistas en profundidad. Estas últimas fueron realizadas en sala de atención del Centro de Salud Mental exclusiva para la realización de las entrevistas desde el inicio al final de las mismas. La sala contó con un sillón para usuarios y una silla para el entrevistador, además de una adecuada iluminación y temperatura ambiental, permitiendo el confort y tranquilidad de los usuarios.

Durante el trabajo de campo, el principal instrumento de recolección de datos en la investigación es el propio investigador, quién desarrolla un trabajo a través de un encuentro dialogante circunscrito a los objetivos propios de la investigación. A partir de lo mencionado, el presente trabajo investigativo incluyó la entrevista en profundidad, la observación participante, el registro en la bitácora de campo donde se incluyó aspectos informales de relación, tales como afectividad, estado de ánimo y disposición de los usuarios.

5.9 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El análisis de contenido es una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto. El propósito fundamental del análisis de contenido es realizar inferencias. Por tanto el investigador precisa ejercitar su creatividad y sensibilidad, para penetrar y darles un significado a

los acontecimientos que muestran los datos. Precisa ver más allá de lo obvio para descubrir lo nuevo, uniendo el conocimiento y experiencia personal (48).

En ese último sentido, se define el análisis de contenido como una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. El elemento que añade esta definición es el contexto como marco de referencias donde se desarrollan los mensajes y los significados. Con lo cual cualquier análisis de contenido se realiza en relación con el contexto de los datos y se justifica en función de éste. En definitiva, el investigador reconoce el significado y experiencias de vivir con esquizofrenia situándolo dentro del contexto vivencial manifestado por el propio usuario.

6.1 REGISTRO DEL TRABAJO DE CAMPO.

Las evidencias fueron registradas en bitácora de investigador, previa información y consentimiento a participantes y registro en audio.

6.2 DESCRIPCIÓN DEL ANALISIS DE LOS DATOS.

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

En este proceso, se examinó el contenido de las transcripciones con la intención de producir una descripción objetiva y sistemática de las mismas, dando lugar a un listado de categorías emergentes, las cuales se integraron de acuerdo a la Teoría de las Transiciones.

A continuación se presenta el cuadro de integración de categorías emergentes con la Teoría de las Transiciones:

CATEGORIAS EMERGENTES DE LA INVESTIGACION	INTEGRACION DE LAS CATEGORIAS	TEORIA DE LAS TRANSICIONES
experiencia subjetiva de la enfermedad 20 consciencia 11 creencia de la enfermedad 5 sentimientos de miedo 9 sentimientos de dolor 2 sentimientos de soledad 5 sentimientos de culpa 1 sentimientos de perdida de control 1 sentimiento de carga familiar 9 sentimiento de preocupacion 1 punto critico 9	EXPERIENCIA SUBJETIVA	NATURALEZA DE LAS TRANSICIONES
discriminacion 20 drogadicción 1 apoyo familiar 24 experiencia familiar 6 apoyo social 10	APOYO V/S DISCRIMINACION Y ESTIGMA	CONDICIONES DE LAS TRANSICIONES FASCILITADORES E INHIBIDORES
patrones de respuesta 18 afrontamiento 12 autoconfianza 6 autoestima 2 afrontamiento 12 desarrollo laboral 7 visión futura 5 proceso de adaptación 6	CRECIMIENTO PERSONAL	PATRONES DE RESPUESTA
tratamiento farmacológico 10 hospitalización psiquiátrica 6 diagnostico medico 2 apoyo medico 2 apoyo psicológico 1 rol enfermero 1	ROL EQUIPO DE SALUD	TERAPEUTICA DE LA ENFERMERIA

De esta manera, las categorías emergentes tales como: experiencia subjetiva, consciencia, creencias de la enfermedad, sentimientos de miedo, sentimientos de soledad, sentimientos de culpa entre otros, se agrupan dentro de los conceptos fundamentales de la Naturaleza de la Transición, la cual es definido en un concepto final como experiencia subjetiva. De la misma forma ocurre con las siguientes categorías emergentes, las cuales se reúnen en conceptos fundamentales de la misma Teoría de las Transiciones (39).

IX. CAPITULO 6: ANALISIS DE RESULTADOS.

En este proceso, se analizó el contenido de las transcripciones con la intención de producir una descripción objetiva y sistemática de las mismas, dando lugar a un listado de 4 categorías integradas de acuerdo a la Teoría de las Transiciones: la experiencia subjetiva, apoyo v/s discriminación y estigma, crecimiento personal y rol del equipo de salud, las cuales a su vez se interrelacionan con los ejes principales de la Teoría de las Transiciones (39).

1. EXPERIENCIA SUBJETIVA.

Es posible evidenciar durante las entrevistas a los usuarios, las diversas formas de alteración en la sensorio percepción que son recordadas con un alto grado de conciencia. Los entrevistados mencionaron diversos síntomas y vivencias que fueron capaces de reconocer evocando el recuerdo que sin lugar a dudas, se encuentra intacto en la memoria. Las manifestaciones más frecuentes fueron: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, ideas extrañas, seguidas de sentimientos de miedo en forma transversal en las entrevistas. Asimismo se valoran sentimientos de soledad, angustia y pena. Se detalla a continuación el siguiente relato:

Usuaría: “Todo iba bien... Hace 20 años me diagnosticaron de esquizofrenia, tenía muchas ideas de matarme y cosas feas que pasaban por mi cabeza, recuerdo que tenía mucho miedo. Las cosas me parecían distintas... había mucho que escuchar y yo no quería hacerlo...”. (Codificación: E2F55).

Emerge en el discurso del usuario, la expresión de vivencias negativas, matizadas fuertemente con ideas de autoagresión y automutilación. Los síntomas positivos predominan en el inicio de la enfermedad siendo un factor importante en la valoración del discurso por el miedo que causa las alucinaciones auditivas. Asimismo se destaca en el análisis, que a diferencia de ideas obsesivas predominantes, en el caso particular del usuario llama la atención en el hecho que no haya un rechazo y/o enjuiciamiento del absurdo del contenido, sino más bien una actitud ambivalente

frente a ella, es decir, la aceptación de la realidad vivenciada por el sujeto “... *había mucho que escuchar*” por un lado el temor a su realización “*y yo no quería hacerlo...*”.

Como proceso de transición, se logra evidenciar que se encuentra vinculado con otros procesos. Según la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meleis (39), muchas personas sufren múltiples transiciones al mismo tiempo en vez de presentar una, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de sus vidas diarias, que según lo valorado informa que había un factor familiar afectando negativamente la vida del usuario (40).

Usuario: “...cuando yo estaba viviendo solo... me sentía mal (pausa)... no me sentía bien. (...) me faltaba algo, dormía poco... andaba nervioso... otros días de capa caída... señorita, sin deseos de hacer ninguna cosa... Lo que le comento ahora, lo puedo decir, ese momento, creo haber sentido que, el miedo... me tomaba las piernas y no me dejaba después respirar, a veces. Yo corría a la ventana para respirar y lo lograba. Esta persona ya no está en mi vida y ya no la veo. Me daba miedo, yo cerraba... intentaba cerrar los ojos pero tenía miedo que se acercara, y yo no era malo pero este me perseguía...Pero por mucho tiempo creí estar mal y no quería enfrentar la situación. (Codificación: E3M51)

La experiencia subjetiva de la enfermedad, es relatada con una destacada conexión entre lo vivenciado y lo racionalizado. Usuario evoca el recuerdo desde la percepción de las alucinaciones visuales que enfrentaba diariamente, llegando a ser una amenaza vital importante. Refiere “*el miedo... me tomaba las piernas y no me dejaba después respirar, a veces. Yo corría a la ventana para respirar y lo lograba. Esta persona ya no está en mi vida y ya no la veo*”.

El miedo es un sentimiento importante tras la alteración de la sensorio percepción, el cual puede llegar a generar estados de angustia e intranquilidad. Dentro de este ámbito, es menester reconocer que existe en el usuario una serie de experiencias corporales extrañas que se encuentran en línea con la despersonalización. Este tipo de sensaciones corporales extrañas, que

para algunos como Karl Jasper K, definiría como alucinaciones hápticas, constituirían el grupo sintomatológico central del cuadro, que posteriormente fue descrito con el nombre de esquizofrenia cenestésica (49). Asimismo, como condición de la transición se desarrolla como un factor inhibitor para el logro de respuestas frente al afrontamiento efectivo. Momento en que la terapéutica de enfermería cobra vital importancia (39,40).

Usuaría: “Yo tenía como 25 años y fue un momento donde no comprendía muchas cosas, me aislaba mucho de la gente... (Pausa) y bueno... recuerdo una sensación como de ahogo en un comienzo, esto fue sintiéndose con miedo y entonces no lograba hacer muchas cosas”. (Codificación: E4F43)

Emerge en el discurso la experiencia subjetiva de la enfermedad. Usuario relata vívidamente el recuerdo de los síntomas de la enfermedad. Arieti, (1974) refiere que el paciente esquizofrénico de alguna manera siente que no vive la plena realidad de la vida, como si algo no natural y extraño lo separara del mundo (14). Asimismo se valoran sentimientos de miedo y angustia. Destaca el nivel de conciencia de los síntomas negativos de la enfermedad durante la fase aguda de la enfermedad, sin embargo el miedo emerge como un sentimiento transversal en el discurso. Se destaca la presencia de la figura del padre la cual representa un importante apoyo, quien según la propia usuaria reconoce los primeros cambios y síntomas de la enfermedad en ella.

Usuaría: Fue el año 2000 hace 15 años que llevo con esto... Si bueno yo me encontraba mal de la cabeza, mi hermana me decía qué te pasa y yo recuerdo que estaba con miedo de muchas cosas, la vida no ha sido fácil... (Pausa), pero es el recuerdo que no me entendían lo que me pasaba, era la persona que me veía y yo la veía. Es un mal recuerdo. (...)Bueno, yo estaba complicada, es como que uno no entiende mucho, y hay cosas que no sé si pasaron. (Codificación: E5F47)

La experiencia subjetiva de la enfermedad, se encuentra teñida con sentimientos de miedo y angustia. La fase psicótica de la enfermedad, es valorada por la usuaria como un periodo confuso.

Según la literatura, se puede producir una extrañeza del yo, se siente distinto, cambiado o raro. Con frecuencia se acompaña de la vivencia de extrañeza con el mundo, lo que se denomina desrealización (20). Dentro de este ámbito, a los usuarios les cuesta trabajo encontrar la palabra adecuada para expresar su estado de ánimo. La mayoría de los autores ha coincidido que por lo general existió un turbulento conflicto, hostilidad, desapego o tensión interna (14).

Según la teoría, la enfermedad suele comenzar con una serie de manifestaciones que no son siempre las mismas. Un usuario puede reportar un conjunto de síntomas que otro quizá no los tuvo en un inicio. Cuando los usuarios relatan sobre el inicio de su enfermedad, parecen recordar más las sensaciones corporales y síntomas que están en relación consigo mismos y menos en relación con los otros. Las alteraciones fisiológicas, las voces "al interior de sus cabezas", los trastornos del pensamiento, la intranquilidad, y las dificultades para captar información de afuera parecen ocupar más su atención (20). Cutting y Dunne (1989) han señalado que la mayoría de personas que se han recuperado de una psicosis pueden recordar su primer quiebre psicótico con una gran claridad, incluso muchos años después del evento (50).

Asimismo, se destaca que el sentimiento de miedo es un factor común en todas las personas entrevistadas. El miedo expresado en los usuarios, logra emerger en el discurso como causa de un estado psicótico "*por las voces*" o el contenido psicótico, "*el miedo a descompensarme*", otras veces se presentaba como una sensación de miedo inespecífica "*yo recuerdo que estaba con miedo de muchas cosas*" y otras veces se presenta en los usuarios como un miedo que es capaz de detener la conducta... *recuerdo una sensación como de ahogo en un comienzo, esto fue sintiéndose con miedo y entonces no lograba hacer muchas cosas*".

Para la psiquiatría de Emil Kraepelin (6), la esquizofrenia es un proceso biológico que irrumpe en la historia vital de un individuo, quebrándola, de un modo parecido a lo que ocurre con las enfermedades orgánicas. Es comprensible entonces, que el miedo y temor no sólo se origine en la propia experiencia psicótica, el cual sea el propio causante el contenido de lo vivenciado, sino cobra relevancia la forma del síntoma, lo cual finalmente en algunos casos originaría el miedo y temor en la persona. De esta manera se destaca en el discurso:

Usuario: “Mi enfermedad no es confiable, yo tenía mucho miedo imagínese escuchar estas cosas que le he dicho, eso no se lo doy a nadie. Nunca vi nada raro como me preguntan, pero tenía mucho miedo de seguir lo que me decían las voces y más con todo lo que me pasaba, estaba asustada. Eso que yo le digo cuesta entenderlo, pero ahora lo entiendo porque estoy como se dice “compensada”... y cuando uno está... como se dice (pausa) “descompensada” no hay confianza. Ahora estoy con confianza de estar mejor, pero espero seguir así.” (Codificación: E2F55)

Desde la mira de la Teoría de las Transiciones (39), es posible visualizar que cada persona vive una transición diferente entrelazada con otras transiciones. En un primer momento, y a través del análisis cobra vital importancia las transiciones de salud y enfermedad que incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Este último proceso, constituye el primer acercamiento hacia el enfrentar un proceso de transición saludable.

Usuaría: “Ha sido una vida muy penosa. El hecho de vivir con las voces me significaba una situación muy difícil de explicar. No sabía por qué me sucedía esto a mí, ni lo que querían decir, porque daba miedo enfrentar las voces. Da mucha pena saber que tendrá que vivir con esto toda la vida y ver que uno es una menos para el mundo”. (Codificación: E2F55)

De esta manera, se logra valorar que los usuarios en las entrevistas manifiestan diversos síntomas clínicos enmarcados al inicio del proceso de enfermedad tales como: síntomas psicóticos, negativos, cognoscitivos y síntomas afectivos como el sentimiento de miedo y angustia, ideas suicidas, la desesperanza y la depresión, síntomas que alteran la función social y ocupacional de los usuarios dificultando sus relaciones interpersonales y disminuyendo su calidad de vida.

Logra emerger que la experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores sociales, es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de qué hacer cuando

siente miedo o dolor, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no verbalmente, de quién requerir ayuda y de lo que se espera de los roles y normas, las cuales deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. Es así que se conforma una condición de la transición única para cada usuaria, según la experiencia vivenciada.

Es importante mencionar que los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad (39,40). A partir de lo evidenciado, las usuarias presentan múltiples transiciones, que no puede distinguirse fácilmente de los contextos de sus vidas diarias.

2. RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA.

A través del relato, emerge la categoría de “Recuperación de la Conciencia”. Esta categoría surge desde primeras entrevistas con los usuarios, donde es reconocida por los mismos desde un proceso personal al reconocerse como portador de una enfermedad mental, tras un largo proceso de aprendizaje de sus vivencias. Asimismo, reúne las propiedades de la experiencia de la Transición de la Teoría de las Transiciones (39), para luego continuar con un proceso de recuperación y/o estabilización de la enfermedad. De esta manera se es posible identificar en los relatos:

Entrevistador: ¿Qué ha sido lo más difícil de enfrentar en este proceso?

*Usuario: “Estar cuerdo, estar cuerdo y ver que lo que sufrí... todo lo que sufrí. (...) Claro porque uno chuta y antes estaba loco no veía las cosas como era, porque estaba loco, no tenía conciencia... era un inconsciente. Ahora tengo conciencia se discernir, se razonar. Antes no me importaba lo que hicieran los demás porque estaba loco, no los podía entender, ahora sí porque esta persona sí... esta persona no valoriza mi trabajo o digo porqué esta persona se comportó mal conmigo y me reto... si yo no le hice nada... me entiende. Usuario de 45 años de edad, portador de esquizofrenia”.
(Codificación: E1M45)*

Emerge en el discurso la categoría de “recuperación de la conciencia” como punto crítico en el proceso de transición vivenciada. Según la Dra. Afaf Meléis, la conciencia es parte de las propiedades de la experiencia, siendo definida la conciencia como la percepción y reconocimiento de la experiencia, siendo reflejada a menudo por el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y respuestas, y percepciones de los individuos sometidos a transiciones similares (39,40).

Asimismo el nivel de conciencia de enfermedad puede ser influido por creencias falsas o distorsionadas acerca del proceso vivenciado. Dentro de este contexto se presenta a continuación el relato de la siguiente usuaria:

Usuaría: El problema de mi vida fue que tuve mucho miedo y creí que los remedios también me harían mal, por eso no me los tomé...causé a ellos miedo también porque me decían que yo lloraba mucho... tenían miedo de que me hiciera algo malo. Pero eso ya pasó. (Codificación: E2F55)

La usuaria reconoce creencias falsas frente al tratamiento farmacológico “*creí que los remedios también me harían mal, por eso no me los tomé*”. Según la Dra. Afaf Meléis, las percepciones humanas y los significados unidos en situaciones de salud y enfermedad están influidos, y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición (39). Asimismo, se logra analizar que el proceso salud/enfermedad es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su estado actual, enfermedad o padecimiento, que condiciona las personas en ciertos aspectos.

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

Es menester mencionar que emerge en discurso la capacidad de reconocer “el tener” una enfermedad, lo que en la teoría es conocido como insight. La capacidad de insight, también le confiere la habilidad para la autoobservación y el autoconocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, una vez que el usuario se encuentra compensado y/o estabilizado (51).

Desde la psiquiatría, Jaspers (1959) distinguía el reconocimiento de una enfermedad del verdadero insight. Consideraba el simple reconocimiento de la enfermedad como el sentimiento de estar enfermo y haber cambiado, pero pensaba que el insight era más difícil de conseguir y comprendía una “estimación objetivamente correcta de la severidad de la enfermedad y un juicio objetivamente correcto del tipo particular de enfermedad” (49).

Actualmente el insight se define de una forma menos estricta y se considera de forma multidimensional, aceptando que una persona con esquizofrenia puede tener insight en unos aspectos y en otros no. De la misma forma y tal como un proceso de transición que se da en forma personal y única, se mueve en un determinado tiempo para la elaboración de esta capacidad. Se destaca en esta categoría el discurso de usuaria:

Usuaría: Yo creo que de a poco... (Pausa) las cosas en mi mente entran lentas y salen rápidas. Por eso necesito tiempo para ver las muchas cosas. La experiencia que tengo en esta vida que me tocó vivir....que no decidí vivirla con esta enfermedad... (Pausa) ha sido muy difícil señorita. Las cosas son difíciles con esta enfermedad... y todos los que yo he conversado con esta enfermedad lo dice. (Codificación: E2F55)

Durante el proceso vivenciado, la usuaria logra desde un nivel consciente, el reconocimiento de su experiencia de aprendizaje, caracterizado por la vivencia de la naturaleza de transición como múltiple, relacionado en gran medida por la enfermedad y simultaneo por acontecimiento de ser madre cuando es diagnosticada de esquizofrenia. Relata a continuación: “yo tenía un hijo y una enfermedad a cuesta... yo lo sentí difícil para criar tiene que saber cuidar y yo tenía que tener que alguien me ayudara”. Según la Dra. Afaf Meléis el estado de consciencia es un elemento

fundamental como propiedad de la experiencia y que se encuentran interrelacionadas como un proceso complejo (39,40). Importante mencionar que el apoyo familiar emerge como condición facilitadora de la transición vivenciada. Es posible evidenciar también dentro de esta categoría el siguiente relato:

Usuario: la cosa que es yo tengo experiencia en esto, y he ayudado a otros pacientes a que miren igual el vaso medio lleno. Está bien somos enfermos pero no estamos inválidos. Uno tiene familia gracias a Dios, yo conozco amigos que están súper solos y aparte de enfermos son drogadictos y no salen a flote... su barco se hunde... mi barco ahora esta fuerte. (Codificación: E3M51)

El ser consiente de portar una enfermedad mental, es clave como elemento facilitador hacia el logro de un mejor nivel de satisfacción y conciencia personal (43). La transición puede causar cambios de identidad, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta (40). A este nivel cobra relevancia la terapéutica de enfermería, en la preparación de la transición, que incluye educar como principal modalidad para preparar condiciones óptimas en la preparación de la transición. Asimismo se evidencia como patrón de conducta la empatía desarrollada a través del “darse cuenta” de la realidad de sí mismo y de la de otros que viven el mismo proceso de salud/enfermedad. El usuario demuestra espíritu de colaboración frente a la realidad vivenciada por otros. Expresa “*la cosa que es yo tengo experiencia en esto, y he ayudado a otros pacientes a que miren igual el vaso medio lleno. Está bien somos enfermos pero no estamos inválidos*”.

Un completo insight se refiere no sólo al trastorno en el presente, sino también al trastorno en el pasado y a la posible evolución futura. El insight es un conocimiento que permite tener una visión nueva y distinta de nosotros mismos. Es un proceso y al mismo tiempo la meta del tratamiento (51). En el abordaje de la esquizofrenia la falta de conciencia de la enfermedad y sus consecuencias supone uno de los principales problemas. Una persona que no se considera enferma difícilmente aceptará algún acercamiento terapéutico. Concomitantemente, la Teoría de las Transiciones, nos señala que el grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a éste no sucede sin conciencia (39,40).

3. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.

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

Estas vivencias mencionadas, emergen tras la reflexión sobre qué ha significado en sus vidas el ser portador de esquizofrenia. Exhibiendo en los integrantes sentimientos de rabia, impotencia, dolor, frustración y muchas veces angustia y soledad por la sensación de marginación vivenciada. Los ámbitos que emergen en el discurso, son distinguidos en tres áreas: La discriminación en la comunidad social y laboral, aquella comunidad que insiste en separar los límites de lo normal con lo anormal, mediante verbalizaciones descalificatorias apelando alguna etiqueta “*loco pasado a corriente*”, “*ellos hasta ni me saludan*”, entre otras.

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

Y dentro de contexto familiar, quizás una de las áreas que menos ha emergido en los discursos, pero que desde el punto de vista emocional y como función inherente de protección de la familia, cobra aún más relevancia en el proceso salud/enfermedad. Dentro de este contexto encontramos verbalizaciones como: “*Hay gente que sigue pensando que uno es la oveja negra de la familia...*” reflejan un claro sentido de discriminación y estigmatización vivenciado al interior del hogar familiar.

3.1 DISCRIMINACIÓN EN LA COMUNIDAD Y TRABAJO.

Los juicios morales negativos parecen ser una constante en la forma en cómo las sociedades y las culturas han considerado a los grupos de personas que no por voluntad propia presentan alteraciones en su salud mental. Tras la revisión de literatura, es mencionada la esquizofrenia como una enfermedad que juega un papel fundamental en los estereotipos populares sobre la enfermedad mental y los mecanismos de la estigmatización. Dotada de poderes ocultos, es interpretada como una enfermedad misteriosa, extraña e inexplicable. El esquizofrénico es objeto de un total y absoluto rechazo social, como si todo su ser estuviese destrozado por la enfermedad (52).

Según Pont (1999) la imagen pública predominante del esquizofrénico es la de un individuo con una personalidad desintegrada, dividida en varios cuadros inconexos. Señala también que el estigma acrecenta por la distorsión de imagen que la misma persona tiene de sí mismo. De esta manera las personas portadoras de esta enfermedad, presentan mayor número de rasgos que conducen al rechazo y a la exclusión social (52). Dentro de las expresiones que emergen de los discursos, se menciona:

Usuaría: “De mi familia... pero de mis vecinos buuuu... también... ellos hasta ni me saludan hasta el día de hoy uno siente algo que se llama discriminación, y esa palabra es más grande. Me tiene triste pensar que pude haber hecho más cosas para que me sienta bien en mi casa con mis vecinos. Pero quiero que ellos sepan... que yo no podía hacer más cosas, que no dependía mucho de mí y que yo estaba mal porque mi cabeza no funcionaba. Pero mi cabeza, mi cabeza estaba mal... (Pausa) yo quiero que ellos no me saluden. Me encuentro hoy mucho mejor, porque asisto a terapia porque yo entendí que aunque yo no tenga mucho apoyo de otros, yo salí por mis hijos y tomo mis remedios por ellos y por mí. (Pausa)”. (Codificación: E2F55)

La usuaria da cuenta en la entrevista, sobre la importancia de contar con apoyo social para poder sobrellevar procesos vivenciados. Los patrones de respuesta en la usuaria logran transmitir un estado de satisfacción lograda. Sin embargo, transmite sentimientos de tristeza y pena frente a discriminación vivenciada en su comunidad. Esta relación a ello y a la Teoría de las Transiciones, se desarrolla como una condición inhibitoria en el proceso de transición salud/enfermedad, que no propicia una transición saludable (39,40).

Por otro lado y no menos importante, existe un amplio desarrollo del nivel consiente que permite lograr un entendimiento frente a la conciencia enfermedad, lo cual es referido por la usuaria: *“asisto a terapia porque yo entendí que aunque yo no tenga mucho apoyo de otros, yo salí por mis hijos y tomo mis remedios por ellos y por mí”*.

La percepción de la comunidad, en el discurso de un segundo entrevistado, se percibe como una condición inhibitoria en el proceso de transición salud/enfermedad vivido, donde se logra evidenciar desde una posición crítica, la sensación de rechazo y abandono de la propia comunidad donde vive. Emerge el siguiente discurso:

Usuario: la comunidad debe ser comunidad, debe... como de... acogerte, pero no es así. Tú sabes que estás sola en esto y que ellos no entienden cuando te dan las crisis, ellos te dicen con los ojos raros “eres una loca de patio”... (Codificación: E4F43)

Se destaca la fijación de algunas frases que ha percibido la usuaria de gente de la comunidad. Refiere: *“y que ellos no entienden cuando te dan las crisis, ellos te dicen con los ojos raros “eres una loca de patio”... da pena porque uno quiere un abrazo solamente, hay mucho miedo en esos momentos...”*. Los sentimientos de soledad emergen en los recuerdos. Concomitantemente, emerge además dentro del contexto laboral, sentimientos de rabia e impotencia tras situaciones recordadas. Usuaria refiere *“Cuando les digo que tengo epilepsia y soy esquizofrénica me dicen “ok te llamamos” y... nunca llaman de vuelta”*.

Según la teoría de las Transiciones, la vulnerabilidad está relacionada con la experiencia, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo (39,40).

Se reconoce que la esquizofrenia puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente en adolescentes y en el adulto joven (20), donde se desarrolla a menudo entre los 18 y los 35 años, etapa crítica para la formación educativa o la elección de una carrera profesional o técnica. Ante esta situación, muchas personas portadoras de esquizofrenia no consiguen tener la formación necesaria para un trabajo cualificado, lo que condiciona a muchos usuarios el vivenciar un proceso dificultoso de transición que se encuentra teñido con condicionantes inhibitorias del proceso. Sin embargo, hay quienes han logrado completar sus estudios y de igual manera se logra evidenciar procesos de discriminación, se señala en discurso de usuaria:

Usuario: Yo era buena alumna, mis estudios son técnicos y que es lo que pudo darme mi familia... igual tengo recuerdos que son dolorosos.... me pasa que no entendía que era mucho lo de la esquizofrenia y tenía claro que era de gente loca... pero no estaba segura si yo era como lo tenía en mente.... (Pausa) Lo más difícil es la gente, ¡es básica y es hipócrita!, es como... No se dan cuenta que tu como persona ¡vales! y sabes más que ellos... pero como eres loquita, eres enfermita... y la gente piensa que apenas sabes leer y escribir. (Codificación: E4F43)

Por lo anterior señalado, la habilidad para obtener y mantener un empleo se considera un factor determinante en la valoración de resultados y un proceso de transición saludable. La disfunción en el funcionamiento laboral también se considera característico de la esquizofrenia, y este déficit puede que persista sin mejoras durante los primeros años, esto es a merced de múltiples factores que se pueden asociar a tal situación, tales como: recaídas, abandono de tratamiento, crisis familiar, negación del diagnóstico médico, escaso insight, sentimientos de soledad, falta de apoyo social y familiar, entre otros (42).

A pesar de lo expresado, los aspectos psicosociales del empleo generalmente se desatienden en este tipo de población. Los propios usuarios manifiestan verbalizaciones como: *“La gente que nos rodea nos ve como gente rara y yo no me siento así.”*, *“hay cosas que uno gana con esto pero poca gente se da cuenta”*.

Algunos autores señalan que una persona con discapacidad psiquiátrica es más susceptible de ser estigmatizada, culpada y condicionada en una situación de empleo que cualquier otra persona discapacitada (53). Por lo tanto, en comparación con los discapacitados físicos o con trastornos del desarrollo, los problemas para integrarse en el trabajo se pueden entender como un fallo de la persona con minusvalía de causa psiquiátrica.

A su vez, es importante mencionar que el trabajo proporciona los medios para conseguir independencia económica, establecer la identidad personal y aumentar las relaciones sociales de los sujetos. El empleo desempeña un papel central en la integración social en la cultura occidental, donde estar fuera del mercado de trabajo significa estar fuera de la sociedad (53).

De la misma forma, el trabajo debe representar un lugar de realización y valoración de la persona, sin embargo durante los procesos investigativos, emergen situaciones en los que se logra valorar que el usuario se encuentra activo laboralmente, percibiendo un trabajo remunerado, mas no recibe un buen trato o el trato que hubiese deseado. A partir de la pregunta *¿Se ha sentido integrado a su trabajo?*, usuario señala:

Usuario: “Si, bueno... al principio era medio raro el cuento. (Pausa) Pero finalmente me entendieron, igual yo le digo me molesta que me digan “oye po loco ven pa acá”... eso lo tengo que aceptar no más... porque necesito trabajo. (Codificación: E3M51)

Por lo anterior señalado por el usuario, es inminente el atentado contra la propia autoestima del usuario, su autonomía e independencia. Inevitable es asimismo la sanción del mundo laboral que

le despoja de su función productiva, e inquietante todavía más es la escasa conciencia social y comunitaria por quienes la sufren. La visión subjetiva del que porta la enfermedad en cuanto a cómo es percibido por los otros, especialmente los más próximos, y sobre su enfermedad, influirá directamente en su integración en la comunidad a todos los niveles: vivienda, relaciones sociales, y trabajo (39,42).

Sumado al proceso mencionado, se logra evidenciar que desde el propio diagnóstico médico, la sociedad, bajo la penumbra del escaso conocimiento de la patología, de su origen, sus síntomas y su tratamiento, construye etiquetas y signos que marcan los procesos de salud/enfermedad como condición inhibitoria hacia la estabilización o recuperación. En los procesos investigativos esta situación emerge en el siguiente usuario:

Usuario: “Tener el diagnóstico, yo hace mucho tiempo... si fuera posible pero no hay manera. Si fuera posible que el diagnóstico desapareciera...porque uno es discriminado, algunos vecinos son igual son discriminadores, pero yo me hago el tonto, no les hago caso (...) Si yo no los pesco, igual cuando estaba en el colegio, un día me hicieron una clase e hicimos una carta en donde tenían que ir diciendo que pensaban del otro y ahí me pusieron “loco pasado a corriente”... en el colegio era pura envidia porque yo era el capo, por eso...”. (Codificación: EIM45)

El significado de la experiencia es evaluado de forma negativa en el usuario, ya que existen recuerdos que emergen relacionados con condiciones inhibitorias a nivel de la comunidad y sociedad. Se logra reconocer un sentimiento de angustia frente a situaciones de discriminación de las cuales ha sido víctima. Sin embargo, emerge un alto compromiso en mantener los factores facilitadores del proceso tales como la valoración en la preparación y conocimiento. Paralelamente, este mismo hecho puede ser interpretado como mecanismo de defensa ante la crítica negativa arremetida “en el colegio de pura envidia porque yo era el capo, por eso”. Lo cual, al contrario con lo tácitamente expresado, representaría una condición inhibitoria para el logro de una transición saludable.

El estigma social asociado a los trastornos mentales, constituye el principal obstáculo para el éxito del tratamiento y la recuperación de los pacientes con esquizofrenia. El desconocimiento de la población sobre la esquizofrenia conlleva a que, en numerosas ocasiones, el trastorno se vea asociada con numerosos estereotipos, caso de la peligrosidad y los actos violentos, de la falta del control por el paciente o de la incapacidad para realizar las tareas cotidianas. Romper ese estigma dando paso a la tolerancia e inclusión de estos pacientes a partir de su valiosa experiencia es el desafío actual.

3.2 DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

A través de la Carta de Derechos de los Pacientes creada en base a un cuerpo normativo legal vigente (46), se ha logrado impulsar de forma insipiente el mejoramiento de la relación entre los proveedores de servicios de salud y los usuarios de dichos servicios. Sin embargo, esta relación, no se ha encontrado exenta de críticas por parte de los propios usuarios pertenecientes tanto al sistema público como privado, más aun cuando se trata de la atención de pacientes psiquiátricos, quienes por su naturaleza y sumada a otros aspectos propios de la cultura, presentan condiciones particulares. Estereotipos que resultan en la aparición del estigma y la discriminación no solo entre la población general, sino también en los profesionales sanitarios, es lo que emerge en los discursos de quienes ni por acto voluntario y consciente, han querido vivenciar una condición inhibitoria en su proceso de transición salud/enfermedad entre otros. Durante los proceso investigativos, logra emerger el siguiente relato:

Usuario: "... (Pausa) Bueno también recuerdo que un médico en Catemu me derivo a la atención en hospital. Cuando fui diagnosticada hace muchos años atrás, mi madre me acompañó al hospital psiquiátrico, el que queda en Putaendo... y tras esperar mucho tiempo, fui atendida por un médico de no tanta edad. El me entrego los medicamentos, en realidad, a mí no, a mi madre. Yo estaba consciente de todo, pero no me trato como si estuviera

consciente. Mi mama estuvo hablando con él. Al final yo no recibí ningún medicamento, eran muchos recuerdos... Yo nunca entendí para que servían y mi madre tampoco. Eso debe haber sido hace 20 años recuerdo...".
(Codificación: E2F55)

El relato de la usuaria se encuentra enmarcado por sentimientos de pena, tristeza y desesperanza. En él emerge la existencia de una percepción negativa respecto a la atención de salud recibida, la cual se relacionan con largos tiempos de espera, sensación de haber sido atendido de forma impersonal “no me mira”, “le habla a mi madre”, “era como si no estuviera presente”, “pero no me trato como si estuviera consciente”. Resultado de ello, es menester mencionar que la calidad de la comunicación entre el equipo de salud y el usuario está en relación directa con los resultados positivos que se pueden obtener de ese encuentro, tanto sanitarios como de otro tipo.

La información que el médico le entrega al familiar se asocia a dos ideas fundamentales: disminuye la ansiedad y entienden mejor lo que tiene la persona, por lo que le pueden apoyar en su recuperación y tratamiento. Según la teoría la esquizofrénica no es una persona inconsciente, merece un trato digno como cualquier otro usuario del sistema de salud. Asimismo se reconoce que si la persona entiende correctamente el mensaje y se siente acogido tiene más probabilidades de cumplir el tratamiento y al mismo tiempo mejorará su percepción de la atención (39).

El significado del derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan. Sin embargo, lo que los usuarios expresan en palabras respecto de este concepto es un pequeño fragmento de las asociaciones que emergen de los procesos mentales y emocionales que se vinculan a él. De esta manera, emerge el siguiente relato:

Usuaría: La vida igual me ha tocado a veces difícil porque la confianza se aprende a tomar. Yo un día fui a un control con la matrona porque no me llegaba la regla, si po yo me acuerdo de eso. Y la matrona me dijo “si es porque es enferma psiquiátrica... yo me sentí con tan poca confianza en pedirle otra cosa, que me fui... discriminada pienso yo (pausa). Pero bueno

después no fui más y me trate con otra persona, al final... (Pausa) no era porque era psiquiátrica o por los medicamentos, sino porque tenía un problema hormonal. Al insistir me empezó a ver un ginecólogo... (Pausa) eso no está bien de la gente de salud. (Codificación: E2F55)

Concomitantemente, emerge en el discurso punto crítico, con un alto compromiso emocional. Usuaría detalla situación de discriminación dentro del contexto de una atención con profesional de salud. Existe un vívido recuerdo acompañado de llanto en el discurso, el cual se desarrolla con un adecuado nivel de afrontamiento y crítica del trato de profesionales de la salud hacia las personas portadoras con enfermedad mental. Da cuenta, del estigma que existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen. Lo cual al ser enfrentados, son retenidos de una forma muy vívida en la usuaria. Sin embargo, a pesar de lo mencionado usuaria logra desarrollar de forma parcial construir patrones de respuesta, existiendo un destacado sentido de realidad y afrontamiento del proceso vivenciado.

Por lo tanto, a merced de lo mencionado, no parece estar tan claro cuáles son los procesos y mecanismo que despliegan los usuarios ante situaciones de discriminación. A partir de esta reflexión surgen las siguientes interrogantes: si un usuario portador de esquizofrenia sufre discriminación en un espacio que en esencia debiera resguardar la dignidad de la persona, ¿cómo se restablece su confianza con el sistema?, ¿qué es trato digno para los usuarios?, ¿es una idea única o es un estándar de ideas o conceptos? y ¿cómo se concreta en un significado más específico para saber si efectivamente se cumple? Pues se deja la ventana abierta en la posibilidad de realizar otros estudios investigativos para poder conocer las opiniones, emociones, pensamientos y experiencias de los usuarios portadores de patología psiquiátrica sobre el significado de trato digno en la atención de salud. Y de esta manera también poder identificar los elementos subjetivos y objetivos que componen el concepto de trato digno (54). Lo cual en su resultado, aportaría esencialmente en mejorar no sólo la percepción de los propios usuarios frente a la atención que reciben día a día, sino además en construir un proceso de transición que permite

abarcar mayoritariamente condiciones facilitadores del proceso según la Dra. Afaf Meléis, desde la reconstrucción de la confianza (39,40).

Sin perjuicio de lo anterior, es menester reconocer que el brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla. En este sentido y para contextualizar, en el año 2005 se creó la Ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, en el año 2012 se crea la Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas (46), que está relacionada con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley, cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas

Haciéndose eco también a esta necesidad, el Ministerio de Salud, por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, diseñó un plan destinado a mejorar la práctica del Buen Servicio y Calidad de Atención a los usuarios que se atienden en los centros de salud (55). Sin embargo, propiciar una atención de calidad es una tarea constante para todo el servicio público de salud que supera largamente los alcances de la atención de salud. Para avanzar, se debe considerar múltiples factores, desde la capacitación del recurso humano, la infraestructura y la coordinación con las redes y macro redes de salud.

Importante reconocer que las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos y libertades fundamentales que el resto de los seres humanos y existen principios internacionales que protegen a estas personas, especialmente debido a su particular condición de vulnerabilidad e impotencia. En nuestro país, esta figura se encuentra en el Art. 19 N°2 de la Constitución Política de la República el cual consagra el principio de igualdad ante la ley y de no discriminación arbitraria.

3.3 DISCRIMINACIÓN AL INTERIOR DE LA FAMILIA.

La familia representa en ámbito mundial, el ente social donde conviven las personas la mayor parte del tiempo. Se reconoce que universalmente que las familias proveen de un ambiente de apoyo, pero también se convierte en una fuente de presiones psicológicas. La interacción entre vulnerabilidad psicológica e influencias psicológicas, relaciona los componentes psicoemocionales en el desarrollo de la enfermedad mental una vez diagnosticada (56).

De esta manera, el brindar cuidados a un usuario portador de esquizofrenia es una tarea compleja que conlleva a limitaciones en la vida cotidiana del cuidador, fuertes gastos económicos, un desgaste emocional y físico, sensación de falta de control, entre otros. A esto se suma la escasa información con la que cuentan los familiares, lo cual les impide desarrollar su función de cuidado plenamente (56).

A merced de lo mencionado, es posible reconocer en los discursos de los propios usuarios, sentimientos de tristeza y pena por situaciones de discriminación vivenciadas al interior de la familia. Las cuales, las mismas familias, sin haber sido objeto de estudio, muestran el otro lado de la realidad muchas veces oculta por quienes comparten o no con sus propios hermanos, hijos, tíos, abuelos, cuñados, sobrinos o padres. Esta realidad emerge de los discursos de algunos usuarios entrevistados:

Usuaría: Sí, mi hermana. Pero... yo trato de hacer las cosas sola lo más independientemente. La gente cercana que es mi familia me ha apoyado que me quiere bastante... (Pausa) enfermera bueno...yo he tenido problemas con mi cuñado que no quisiera llamarlo cuñado, pero lo respeto por ser esposo de mi hermana no más. Hay gente que sigue pensando que uno es la oveja negra de la familia... y ése es mi cuñado. (Codificación: E4F43)

Connotaciones negativas, son percibidas en la usuaria, desde los sentimientos de rabia y discriminación vivenciadas. Refiere “...*Hay gente que sigue pensando que uno es la oveja negra de la familia... y ése es mi cuñado*”. En el discurso se eleva un fuerte sentido de rechazo a la figura mencionada, emergen sentimientos de impotencia, sin embargo no se logra reconocer la causa de tal rechazo durante la entrevista realizada.

Asimismo, se reconoce que el cuidado de los usuarios portadores de esquizofrenia podría producir consecuencias negativas tanto para el usuario como para los familiares. En el caso de los familiares, estas consecuencias pueden ser: limitaciones en su vida cotidiana, desgaste emocional, irritabilidad y mayores posibilidades de desarrollar alguna enfermedad, lo que podría incrementar el riesgo a recaer de los usuarios. Todo esto genera un incremento en los estresores familiares y en la capacidad de los miembros de la familia para afrontarlos (39,56).

Durante los procesos investigativos, emerge el relato de un usuario, quien narra la experiencia relacionada con la violencia intrafamiliar de hermanos hacia su persona tras situación de fallecimiento del padre. Usuario señala:

Usuario: “... me discriminó mi familia, mi hermano sobre todo y tuve que irme de mi casa... Lo que demostraba era feo, sentí por dentro inútil, incapaz, me sentía impotente, de no poder hacer nada porque al regresar ya mi taita estaba muerto... Ahí mis hermanos me pegaban, sentía que me torcía la columna y me caía al suelo, y tenía delirios y alucinaciones, hablaba incoherencias...”. (Codificación: E1M45)

El usuario debe dejar el hogar familiar tras situación de discriminación del núcleo familiar en especial con hermano. Al regresar al hogar padre fallece, la causa se desconoce. Usuario informa haber sentido sentimientos de impotencia al no poder salvar a padre tras fallecimiento. Existen además antecedentes de violencia intrafamiliar en el momento en que hermanos se dan cuenta del fallecimiento del padre, según lo mencionado “*mis hermanos me pagaban*”, existiendo un alto nivel de estrés, confusión e inestabilidad.

La violencia implica una situación en la que una persona con más poder abusa de otra que tiene menos poder, ya sea estructural o situacional. La Organización Mundial de la Salud la define como: “es el uso intencional de fuerza o poder físico, real o en forma de amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que resulta en o tiene una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, desarrollo inadecuado o privación” (57).

Las conductas violentas no tienen organización por grupo social y se caracterizan por la relación víctima y agresor. Se pueden distinguir varios tipos de violencia; la violencia doméstica familiar e íntima, la violencia entre conocidos y la violencia entre desconocidos (57), temas de los cuales no pretender ocuparse en el presente trabajo. Sin embargo, se hace menester mencionar que las causas de este fenómeno, pueden evidenciar de cierto modo una alteración en la dinámica interpersonal familiar. Asimismo, emerge el cómo se enfrenta el duelo del padre, el uso de mecanismos de agresión y violencia hacia integrantes más vulnerables. Y finalmente en el relato emerge de forma vívida el recuerdo de la experiencia subjetiva del usuario “...sentía que me torcía la columna y me caía al suelo, y tenía delirios y alucinaciones, hablaba incoherencias”. Este punto crítico se relaciona con el inicio de los primeros síntomas “conscientes” y el recuerdo de presentar delirios y alucinaciones.

La importancia del apoyo familiar, en el proceso salud /enfermedad, es primordial y juega un rol protagónico como elemento facilitador en los procesos de recuperación y reorganización del rol (40,41). Es así que uno de las usuarias que participa del estudio, acerca su experiencia personal hacia el mostrar su realidad sobre lo fundamental de esta relación, desde el marco de las vivencias acontecidas y de igual forma, relata desde su rol protagónico, el vivenciar directamente la estigmatización frente a la etiqueta “el ser esquizofrénica es un impedimento para cuidar los hijos”. Siendo un concepto errado en gran medida, por el escaso conocimiento y acercamiento de la misma enfermedad. A partir de lo mencionado, es posible señalar:

Usuario: No he sentido mucho apoyo de mi familia. Mi madre se murió a los pocos años de haber sido diagnosticada, lo que me trajo un llanto grande y saber que no estaría conmigo me hizo sentir mal, vacía y sin nada. Mis hijos quedaron solos al morir su padre y yo estar internada un tiempo... mi hermana los cuidaba y yo me sentía tranquila por eso. Mi hermana es una mujer así confiable pero me criticaba mucho y bueno hasta el día de hoy... me decía que la enfermedad "me ganaba" que tenía que poner de mi parte... Mis hijos la quieren mucho, bueno ellos están grandes ya... pero igual la visitan como a mí también. La familia de mi esposo nunca me presto ayuda tampoco. A los años después mi cuñada quiso quitarme a mis hijos, pero no deje que eso sucediera. Ella no estaba de acuerdo que yo criara a mis hijos y a mí nunca se me paso por la mente eso. Ella me dijo que antes de morir mi esposo le había dicho a ella, que los hijos los debía cuidar ella. Yo no entiendo, no hay nada escrito y yo nunca creí eso. Saque a mis hijos adelante como pude con la ayuda de mi padre y hermana y eso mejoro todo. (Codificación: E2F55)

Usuaría demuestra falta de apoyo durante el proceso más crítico de su enfermedad. Refiere "No he sentido mucho apoyo de mi familia. Mi madre se murió a los pocos años de haber sido diagnosticada", lo cual evidencia otro proceso de desarrollo en la vida. Esto origina un cuadro depresivo, acompañado de sentimientos de soledad. Refiere "...me trajo un llanto grande y saber que no estaría conmigo me hizo sentir mal, vacía y sin nada". El apoyo en esta etapa lo brinda la hermana de la usuaria con quien comparte el cuidado y la crianza, manteniendo buenas relaciones. Según D. Addington, J. Addington y Patten (15), la depresión es un aspecto común en el primer episodio de la esquizofrenia, en mucha gente el primer episodio incluso coincide con los criterios de un episodio de depresión mayor.

Emerge en el discurso, situación problema sobre custodia de hijos. Relata “*A los años después mi cuñada quiso quitarme a mis hijos, pero no deje que eso sucediera. Ella no estaba de acuerdo que yo criara a mis hijos y a mí nunca se me pasó por la mente eso. Ella me dijo que antes de morir mi esposo le había dicho a ella, que los hijos los debía cuidar ella*”. Según la teoría de las transiciones las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia transición influirían en experiencia de la transición (39,40). A partir de lo vivenciado, el patrón de respuesta obtenido bajo esta creencia, emergió en la usuaria el desarrollo de indicadores de resultados, como respuesta saludable, tales como el desarrollo de la confianza y afrontamiento. En este proceso la implicancia de la familia como apoyo surgió como una necesidad vital.

De esta manera, el apoyo familiar comprende también la protección y ayuda que la familia otorga a un pariente con trastornos psiquiátricos severos que se encuentra recibiendo tratamiento en servicios de atención ambulatoria (58). A partir de lo mencionado, emerge en el relato de usuaria la cual vive en hogar familiar, donde hermano cursa patología psiquiátrica, se señala:

Usuaría: Si señorita... mi familia, mi hermana quien es quien me ha dado harto, se ha preocupado mucho, y mis padres aunque están viejitos ellos en su momento también me ayudaron mucho. (Pausa) Bueno mi hermano menor también tiene la esquizofrenia pero él vive en Santiago con su familia, él le ha tocado más pesado y no se ha recuperado tanto como yo. (Codificación: E5F47)

Emerge en el discurso, el apoyo familiar como condición facilitadores del proceso de transición. De esta forma, este acontecimiento es relacionado con la experiencia familiar, ya que posterior a su diagnóstico hermano menor es diagnosticado con esquizofrenia. Sin embargo los procesos vivenciados por el hermano, relata la usuaria, son distintos y dan cuenta que permanece en estado agudo de la enfermedad. Relata “*...Bueno mi hermano menor también tiene la esquizofrenia pero él vive en Santiago con su familia, él le ha tocado más pesado y no se ha recuperado tanto como yo*”. A pesar de estas dificultades, el sistema familiar de la entrevistada parece haberse adaptado adecuadamente, ya que mantienen buenas relaciones intrafamiliares y sociales, superando las

dificultades, lo que marca a diferencia de otras transiciones vivenciadas un proceso que se empapa de condiciones facilitadoras, tales como la calidad de los cuidados, el soporte familiar, la experiencia previa, entre otros (41,42).

Es menester reconocer, que tras el análisis de las entrevistas, surge la importancia de la sensibilización del personal de salud para que identifique la violencia doméstica, es relevante en términos de mejorar el funcionamiento familiar cuando un integrante es enfermo mental. Además, se hace imprescindible identificar los principales factores generadores de violencia familiar, analizando la fuente de estrés, las estrategias de enfrentamiento empleadas y sus efectos en la familia como red más cercana de apoyo. Acompañar a las personas en el tránsito desde la luz a la oscuridad, desde la autonomía a la dependencia es lo que se propone para conocer su verdad y experiencia, y ayudarles a caminar con un algo más de alivio en esta travesía.

4. CRECIMIENTO PERSONAL

Las personas con alteración en su salud mental, también logran dar significados a las diversas experiencias vividas. El diagnóstico de esquizofrenia, sin lugar a dudas, la persona a consecuencia de ello presenta una desorganización y desestructuración de la personalidad, esta condición en etapas iniciales marca el proceso de significación de la misma (20).

A lo largo de este proceso, la persona desde el periodo de disminución de los síntomas psicóticos empieza a entender qué ha pasado en su vida. De primer momento y como es lógico, no existe un significado propiamente tal de la enfermedad. Sin embargo, las luces de su significación se dan a partir del momento en que la persona establece un plano consciente. Este plano consciente, permite iniciar un proceso de recuerdos y asimismo de evocación de la experiencia que permite entonces a lo largo de un periodo establecer el significado (40,41).

Entendido de esta manera, la Dra. Afaf Meléis, da cuenta y reflexiona en la Teoría de las Transiciones (39), sobre la importancia de encontrar durante este proceso al concepto de los significados, como parte de las esencias a descubrir en el otro. Poniendo énfasis en descubrir y

comprender los procesos mentales para la generación de un estado de conciencia de la Transición. Asimismo, la teorista señala que todas las personas vivimos procesos de transición.

Dentro de los patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultados mencionados en la Teoría de las Transiciones (39), caracterizan las respuestas saludables. Los indicadores de proceso mueven a los usuarios en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo, permiten una valoración e intervención precoz de los equipos de salud, para facilitar resultados saludables. Incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, y desarrollar confianza y afrontamiento.

Los indicadores de resultado pueden unirse para comprobar si una transición es saludable o no, e incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas. Es por ello que, estos procesos de transición son complejos e incluyen un movimiento de recursos personales que van encaminados a lograr que la transición sea positiva. Se señala a continuación el relato de una usuaria quien tras el proceso salud/enfermedad unido a otros procesos, logra desarrollar confianza y afrontamiento. Se señala a partir de lo mencionado:

Entrevistador: ¿Qué ha significado para usted ser diagnosticada con esquizofrenia? Usuario: No sé... yo creo que es igual una carga, aunque ahora es leve, ahora me preocupo solamente de tomarme los medicamentos, y me preocupo de no pasar tantas cosas fuertes, porque ahí me puedo descompensar...Pero ser esquizofrénica... (Pausa) es una razón más para seguir adelante, muchas razones tenemos para levantarnos temprano y seguir luchando, mi razón es mi hija y soy yo como motor de mi familia. Si yo estoy mal, mi hija tiene a sus abuelos pero no es lo mismo, la madre debe ser un pilar (pausa) y yo quiero serlo para ella. (Codificación: E6F41)

Logra emerger que el significado de ser diagnosticada con esquizofrenia, es enfrentado desde el sentimiento de carga de la enfermedad, que posteriormente es minimizado tras la autovalencia que demuestra tras el desarrollo acciones de autocuidado durante el proceso de transición

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

Destaca en el discurso patrones de respuesta desarrollados tales como el nivel de afrontamiento, el compromiso y la conciencia generada en el proceso de transición salud/enfermedad. Destaca en el discurso “*Pero ser esquizofrénica... (Pausa) es una razón más para seguir adelante, muchas razones tenemos para levantarnos temprano y seguir luchando, mi razón es mi hija y soy yo como motor de mi familia*”. Existiendo fuertes hilos de congruencia ideo-afectiva frente a la evaluación de los cambios experimentados tras ser diagnosticada con esquizofrenia. Lo cual da paso a relacionar el estado de conciencia frente a los cambios vivenciados.

También emerge en el proceso investigativo, el relato de usuaria que por más de 27 años ha convivido con la esquizofrenia, acompañada en este proceso de ambos padres quienes se encuentran en estado de postración, debiendo ser cuidados de forma permanente. Esta tarea la ha asumido, junto con el rol de autocuidado de su propia enfermedad. Se señala relato vivencial de usuaria lo siguiente:

Usuaría: Estoy más aliviada, me costó sí, ahora soy dueña de casa, me preocupo de mis padres que están viejitos, de la cocina y muchas cosas. Es como de ser cuidada a ayudar a cuidar... hay mucho aprendizaje. Creo que bueno... he aprendido a tener mucha paciencia y fortaleza sobre todo. Usuaría de 47 años de edad, portadora de esquizofrenia. (Codificación: E5F47)

Durante la transición salud/enfermedad, usuaria desarrolla patrones de respuesta tales como el afrontamiento y la autoconfianza. Según la teoría, los indicadores de proceso sugeridos (39,40) incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento. Asimismo se destaca en el discurso, el desarrollo de habilidades para el cuidado de los padres y

del nivel de aprendizaje en el autodesarrollo. Destaca en el discurso “...*Es como de ser cuidada a ayudar a cuidar... hay mucho aprendizaje.*”

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

A continuación, se dará a conocer otro es el relato de usuaria de 43 años de edad, donde emerge un sentido de independencia y autocuidado a través del proceso de transición logrado, señala:

Usuaria: Yo creo que ahora como estoy, es para mejor saber que lo que... tengo. Recuerdo las cosas que pase antes (pausa), la vergüenza en el trabajo, la gente... eh... las personas en la calle y el esposo de mi hermana riéndose (pausa)..., a que ahora tenga la mente clarita para defenderme y ser capaz de ser independiente, eso me hace grande. Tengo metas de ser mejor, quiero aprender a cocinar... antes no podía por el temblor en mis manos ahora eso ya no pasa... y podre aprender. (Codificación: E4F43)

La usuaria, da cuenta del cambio que ha experimentado su vida a lo largo de la transición salud/enfermedad, desde una importante conexión con sus emociones. Se valoran patrones de respuesta desarrollados, tales como: la autoconfianza, el desarrollo del afrontamiento y el autodesarrollo. Este proceso de cambio, es logrado según la usuaria, gracias a la recuperación de la conciencia la cual le permite enfrentar de mejor forma las dificultades mencionadas. Refiere “*a que ahora tenga la mente clarita para defenderme y ser capaz de ser independiente, eso me hace grande*”.

Usuario de 51 años de edad, comunica desde una destacada conexión con sus emociones, la sensación de desconocimiento frente a la enfermedad y las creencias que vivenció tras el diagnóstico, relata:

Usuario: mire yo pensé que la enfermedad era más grave, cuando me dieron el análisis de la esquizofrenia fue difícil... Ni entendía que era, hasta pensé que era algo resfrió de la mente, pero no era así, esto es para toda la vida. Yo pienso que ahora que es un logro... mire yo no podía dormir, yo no me sentía integrado a la comunidad... Después de haber sido diagnosticado me siento más sociable, duermo lo que corresponde, me siento ocupado en buenas cosas, para no sentirme mal. Para mí es un buen logro este diagnóstico. (Codificación: E3M51)

La definición de enfermedad fue cambiando a través de la transición salud/enfermedad, siendo fuertemente vinculado con el logro de frente a la satisfacción de necesidades y la efectividad del tratamiento médico. Comenta el cambio positivo, que giro su vida en torno al diagnóstico médico. Relata “*Después de haber sido diagnosticado me siento más sociable, duermo lo que corresponde, me siento ocupado en buenas cosas, para no sentirme mal. Para mí es un buen logro este diagnóstico*”. Existe como propiedad de la naturaleza de la transición un cambio y diferencia que se muestra en el relato. A través de este proceso logra en forma saludable dar respuestas positivas a la transición salud/enfermedad (40).

La trayectoria del proceso de salud/enfermedad, apunta también a que la enfermedad tiene un movimiento que es flexible. En este sentido, la trayectoria no es el curso de la enfermedad, sino el resultado de lo que el individuo, su familia y los profesionales hicieron durante el desarrollo de la enfermedad, y por ello solo se construye a posteriori (43).

De esta manera, sobre la forma en que se moldee la enfermedad, van a actuar voces variables entre las que se producen desacuerdos y conflictos sobre las distintas proyecciones e ideas entorno al crecimiento personal. Ante esta situación logra emerger en el discurso el siguiente relato de usuaria:

Usuaria: ... porque me he puesto fuerte con tanta cosa que me ha pasado... la esquizofrenia te pone fuerte sin que uno se dé cuenta. Yo digo fuerte como fuerte de corazón, de que no le duela lo que digan de usted, que le quieren quitar a su hijo... fuerte para que eso no ocurra, fuerte para tomar los remedios e ir pal control y digan por qué no tomo medicamentos. Hay que ser fuerte señorita nadie más sabe que nosotros mismos.

Entrevistador: ¿Siente que su vida ha cambiado tras ser diagnosticado con esquizofrenia?

Usuario: Si mi vida ha cambiado, pero quiero decirle señorita que ahora después de todo lo que he vivido tengo más... como se dice... experiencia para poder ayudarme también. Eso me hace vivir mejor, vengo a control porque entendí que debo venir a ver como estoy y que la esquizofrenia puedo llevarla mejor. Mi familia igual está conmigo y yo no quiero volver a pensar en todo lo malo. Me han ayudado harto aquí pero afuera uno está sola igual.

(Codificación: E2F55)

El significado de la experiencia es evaluado de forma positiva en la usuaria, ya que existen recuerdos que emergen relacionados con condiciones inhibitoras que refuerzan las condiciones facilitadores, desarrollando finalmente patrones de respuesta positivos. Es destacable la fuerza generada a partir de la vivencia como portadora de esquizofrenia y el desarrollo del afrontamiento frente a situaciones de discriminación. Refiere “*Yo digo fuerte como fuerte de corazón, de que no le duela lo que digan de usted, que le quieren quitar a su hijo... fuerte para que eso no ocurra...*”

Desde la teoría, la motivación ha sido un útil y eficaz recurso para el logro de la mantención de conductas positivas en salud. Las personas portadoras de esquizofrenia, tampoco exceptúan el caso, de ellas emana un sentido particularmente excepcional frente a las vivencias de la motivación (50).

Muchas veces los sentimientos de estigma y discriminación son factores que influyen de manera determinante en cómo la persona le da significado a su enfermedad. Entonces dentro de este proceso la motivación y la esperanza como recursos personales hacia el logro de una meta determinada son herramientas necesarias para la mantención de su salud.

Se entiende desde la vinculación de su yo dentro del mundo, y desde también su estructuración como personas, logran dar significado a su experiencia. Y dentro de este marco, las personas portadoras de esquizofrenia, deben mantener su sistema motivacional como recurso personal indispensable para el seguimiento del plan de tratamiento integral.

5. ROL DEL EQUIPO DE SALUD.

La esquizofrenia es una realidad transversal a toda la sociedad es caracterizada como una enfermedad altamente incapacitante, la esquizofrenia representa una carga social y económica de dimensiones respetables que afecta entre el 0,5 y 1,5 % de la población mundial, de la que a su vez entre un 10 y 15 % fallece por suicidio, y al menos un 50% intenta una vez en la vida suicidarse (59). Explorar el contexto cultural en el que se han desenvuelto y transitado las personas que son portadoras de algún trastorno psiquiátrico resulta ser un compromiso ético y humano, insoslayable para ilustrar y comprender la verdadera significación y experiencia de usuarios con esquizofrenia, los cuales han expresado la necesidad de contar con el apoyo suficiente para poder definitivamente sobrevivir a la esquizofrenia. Relata una de la usuaria:

Usuario: Bueno es extraño esto, el apoyo es una palabra muy grande. Cuando uno tiene las voces vivas en su cabeza quiere apoyo para que dejen de hablar. Esto que le digo es algo que es así, y le juro que cuando uno las tiene es terrible. A mí me han dicho “matate” “muérete” y yo si no hubiera tenido apoyo de personas quizás no estaría aquí. Pero pude hacer esto por mis hijos, salir con esto es difícil y lo lleva para siempre. (Codificación: E2F55)

Surge en la entrevista, la descripción de la experiencia psicótica, la cual es vivenciada en relación a episodios agudos alucinatorios. Las nociones, actitudes, sentimientos, percepciones y expectativas desarrolladas respecto de su enfermedad constituyen lo que se define como la experiencia subjetiva de la enfermedad. Durante este proceso agudo, la usuaria presenta temor por las alucinaciones vivenciadas, siendo el apoyo social un recurso necesario para enfrentar el contenido de las mismas. Si bien el apoyo evidenciado, se enmarca en el proceso más crítico de la fase aguda de la enfermedad. Este apoyo, por parte del equipo de salud debe ser entendido como un proceso de acompañamiento y aprendizaje durante la transición vivenciada. A su vez, la persona necesita sentirse capaz de ocupar el rol y desarrollar los comportamientos esperados. Esa motivación y confianza en la habilidad o en la capacidad individual podrán ayudarla a su éxito.

Además la persona también necesita tener bienestar emocional para desempeñar su papel. Asumir uno o más roles nuevos puede ser estresante y requiere de cierta habilidad y estabilidad emocional para facilitar todo el proceso. Entonces el equipo de salud y en especial la enfermera en su rol del cuidado, debe generar mediante la terapéutica de enfermería los espacios necesarios para dialogo de esta transición en el desarrollo de elementos facilitadores que promuevan una transición saludable.

Ante esta situación, cuando la persona está desarrollando un rol o moviéndose de una posición principal hacia otra con cambio en el comportamiento, se pasa por un proceso llamado de "transición". El cual ya puede haber sido interpretado a lo largo del desarrollo de los procesos investigativos, sin embargo es menester mencionar que éste se define como crecimiento en un nuevo rol con efectividad creciente de comportamientos expresivos e instrumentales.

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

De esta manera, se logra evidenciar en el relato de una usuaria, la insatisfacción respecto al déficit de personal de salud, específicamente en relación a la atención médica solicitada. Usuaria relata:

Usuario: ...La fuerza en enfrentar la tontera de la gente, la paciencia de esperar a tener un psiquiatra que me escuche... porque igual hay pocos psiquiatras aquí y tampoco puedo pagar afuera. Pero bueno... estoy bien... (Pausa) yo y sin mis medicamentos y mi hermana estaría re mal. (Codificación: E4F43)

Según la teoría, las percepciones humanas y los significados unidos en situaciones de salud y enfermedad están influidos y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición (40,41).

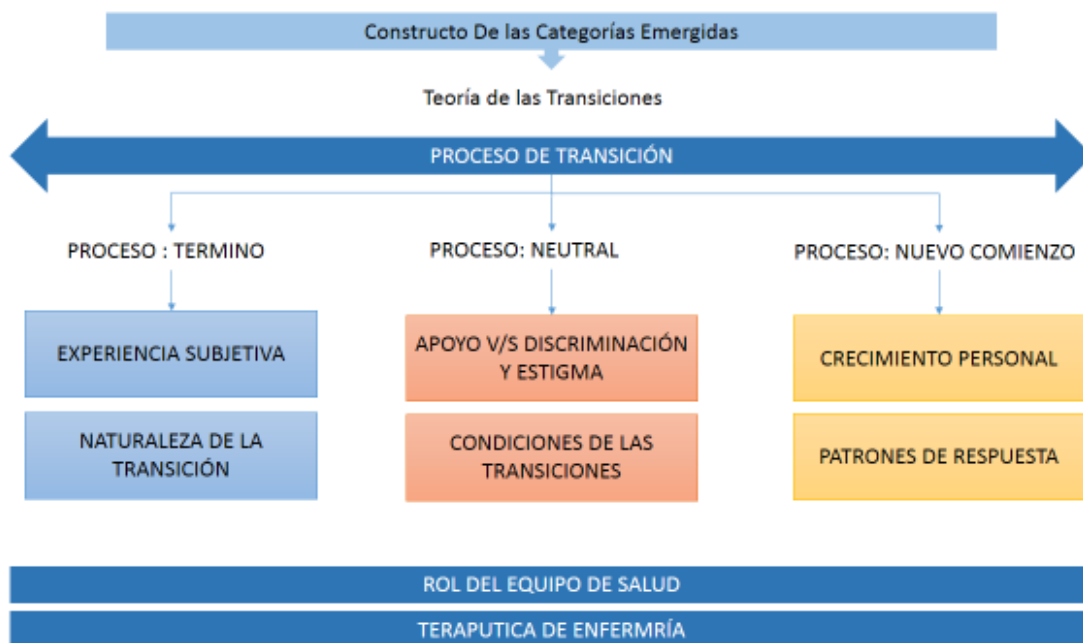
Entrevistador: Según su experiencia ¿Qué ha sido lo más difícil de enfrentar en este proceso? Usuario: Las personas, la gente que no sabe que uno tiene esto que está llevando con paciencia y pucha... así son...eso que les falte entender lo que pensamos nosotros. Yo vengo acá porque me escuchan y me ajustan mis remedios para estar mejor pero afuera nadie hace eso, bueno... si... tu familia. (Codificación: E4F43)

Asimismo, se otorga significado personal a la experiencia de ser portadora de esquizofrenia y emerge entonces la conciencia del escaso apoyo desde la comunidad. Según la teoría, la transición es un fenómeno personal, no una nota estructurada. Los procesos y los resultados de las transiciones están relacionados con las definiciones y redefiniciones de uno mismo y de la situación.

De acuerdo al análisis realizado y las categorías emergentes es posible realizar la construcción de las categorías iluminada desde la Teoría de las Transiciones de la Dra. Afaf Meléis. De esta manera, se logra comprender los procesos vivenciados desde tres grandes procesos vivenciados:

un proceso de término, un proceso neutral y proceso de un nuevo comienzo. Cada una de estas etapas se ven influidas por múltiples factores los cuales posibilitan o inhiben a que un proceso de transición sea positivo y constructivo para los usuarios.

Si bien el primer paso se conforma como proceso de término, su génesis nace de la experiencia subjetiva de la enfermedad del usuario. Desde el proceso salud/enfermedad, iniciándose con la experiencia de los primeros síntomas, las emociones y sentimientos asociados, emergiendo una ruptura del pasado y creando nueva realidad de lo que habitualmente era. Se destaca los elementos de transición como factores que deben ser valorados por los equipos de salud a lo largo de todo el proceso, poniendo énfasis en descubrir y comprender los procesos mentales para la generación de un estado de conciencia de la Transición. Consecutivamente, el proceso neutral ocurre conforme a las propias condiciones de las transiciones, siendo relevado el estado de conciencia para la generación o no de factores que posibiliten un compromiso para un cambio futuro. Y finalmente nace un proceso final que se desarrolla en un nuevo comienzo, que desarrolla patrones de respuesta de los usuarios, hacia el afrontamiento de la enfermedad, la motivación, el establecimiento de nuevos vínculos de apoyo permanente, entre otros.



X. CONCLUSIONES.

A la luz de la Teoría de las Transiciones, es posible describir y conocer que cada persona vive un proceso de transición personal, autónoma e intransferible, y que esta transición a su vez se encuentra unida a otras transiciones de vida. A través del análisis cobra vital importancia las transiciones de salud/enfermedad que incluyen el proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica. Se reconoce que este último proceso, constituye el primer acercamiento hacia el lograr enfrentar un proceso de transición salud/enfermedad de forma saludable.

El inicio de estas vivencias en los usuarios entrevistados, se desarrolla con la experiencia subjetiva de la enfermedad, evidenciando las diversas formas de sensaciones, sentimientos y emociones que conforman los primeros recuerdos de este largo proceso. El camino de esta enfermedad, se inicia con algunos síntomas previos al diagnóstico, emergiendo en el recuerdo de los propios usuarios una sensación de extrañeza interna, intranquilidad, desapego, tensión, disminución del ánimo y en algunos casos, también se hace presente el recuerdo de haber vivido un proceso hostil y doloroso desde el aislamiento, la falta de apoyo y la vivencia de la propia tristeza frente a la pérdida de control del yo hacia el darse cuenta de cómo han cambiado las circunstancias en las que se encuentran y enfrentan de forma paulatina.

De esta manera, se enmarca la vivencia en la propia fase aguda de la enfermedad, emergiendo recuerdos de las distintas alteraciones sensorio-perceptivas de los usuarios, destacando en cada una de ellas la espontaneidad del mismo recuerdo, siendo destacada la evocación desde un alto grado de conciencia, lo cual confirma desde la Teoría de las Transiciones que el estado de conciencia es un elemento fundamental como propiedad de la experiencia y que se encuentra interrelacionadas como un proceso complejo. De esta forma, es posible confirmar también que el grado de conciencia influye desde el inicio de la enfermedad en el nivel de compromiso en cuanto a éste no sucede sin conciencia.

Concomitantemente, durante las entrevistas los usuarios lograron comunicar lo vivenciado, no evidenciando mecanismo de defensa del yo tales como represión, negación o resistencia, entre otros. Los usuarios expresan recuerdos significativos de sus experiencias, los cuales son unidos por medio de la manifestación de diversos síntomas propios de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes reconocidos por los usuarios fueron: alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, ideas extrañas, seguidas de sentimientos de miedo, soledad y angustia.

Se destaca en el análisis, que se marca de forma intensa y como punto crítico en la vida misma de las personas, el momento de diagnóstico de esquizofrenia, surgiendo el sentimiento de miedo, el cual emerge como denominador común en las respuestas de los usuarios, tras recordar este proceso. El miedo invade la vida los usuarios desde la vivencia psicótica, el diagnóstico médico y el tratamiento. Los usuarios expresan que el miedo los inmoviliza, asusta, genera conflictos internos, causa angustia y temor a lo conocido y desconocido.

Además se reconoce que el miedo, abarca otros procesos de transición en torno a las recaídas en el proceso de tratamiento y recuperación, el miedo al sentido de rechazo en el trabajo y comunidad, al igual se expresan sentimientos de soledad fuertemente relacionados con falta de apoyo social. De esta manera y según la Teoría de las Transiciones, la importancia de la Terapéutica de Enfermería incluye valorar la preparación del usuario, sobre los propios mecanismos que posee para enfrentar la transición, sino que además y a partir de este estudio de investigación se eleva a un punto trascendental las funciones de orientación y apoyo psicoemocional al usuario en este proceso salud/enfermedad, además de la intervención en crisis, técnicas de comunicación y el manejo del miedo y el estrés, tan relevantes como elementos facilitadores hacia el logro de una transición saludable de los usuarios.

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

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

Es relevante mencionar, que durante las entrevistas en profundidad, todos los usuarios que participan del estudio son protagonistas en algún momento de sus vidas de diferentes formas de discriminación, entre los cuales se mencionan: verbalizaciones descalificadoras, discriminación laboral, escaso apoyo social, actos de ridiculización, actos descalificatorios, aislamiento social entre otros mencionados. Estas formas de discriminación se encuentran cargadas de un alto contenido emocional que se imprime en el discurso de quienes expresan sus vivencias. Estas situaciones de poder pueden ocasionar situaciones de discriminación y estigma a nivel laboral, social, en la atención de salud y a nivel familiar, que causan un profundo daño psicoemocional en los usuarios.

Asimismo, el ser consciente de portar una enfermedad mental es clave como elemento facilitador hacia el logro de un mejor nivel de satisfacción y conciencia personal. La transición puede causar cambios de identidad, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta. A este nivel cobra relevancia la terapéutica de enfermería en la preparación de la transición, que incluye educar, guiar, motivar y orientar como principal modalidad para preparar condiciones óptimas en la preparación de la transición.

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

BIBLIOGRAFÍA.

1. Carvajal C, Florenzano R, Weil K. *Psiquiatría*. 2da ed. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012. 409 p.
2. Fischman P. Modelo Biopsicosocial Evolutivo en Psiquiatría. *Boletín Escuela de Medicina*, P. Universidad Católica de Chile. 1994; 23: 86-91.
3. Ministerio de Salud. *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago de Chile; 2010.
4. Ministerio de Salud. *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia*. Santiago (Chile); 2009.
5. Ramos A. *Diario de Una Enfermedad Mental, Esquizofrenia*. 4ta ed. Madrid (Es). Editorial Club Universitario; 2009. 187 p.
6. Silva H. *La Esquizofrenia de Kraepelin al DSM-V*. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012. 199 p.
7. Jaramillo Antillón, J. *Historia y Filosofía de la Medicina*. San José, (C.R): Editorial de la Universidad de Costa Rica; 2005. 408 p.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra; 1992.
9. Pastor M. *Esquizofrenia*. En: Rodes Lloret, F. *Enfermedad Mental Aspectos Médico-Forenses*. Madrid (Es): Ediciones Díaz de Santos; 2006. p.107.
10. Peralta V, Cuesta M. *Esquizofrenia y psicosis relacionadas*. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría*. Madrid (Es): Editorial Ene Life Publicidad; 2009. p. 267-83.
11. Cuesta M, Ugarte MD, Goicoa T, et al. *A Taxometric Analysis of Schizophrenia Symptoms*. *Psychiatry Rev* 2007; 150: 245-53.

12. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic Significance of Schneider's First-Rank Symptoms In Schizophrenia: Comparative Study Between Schizophrenic And Non-Schizophrenic Psychotic Disorders. *Br J Psychiatry*. 1999; 147: 243-8.
13. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio. Madrid (Es): Ed. Alhambra S.A; 1958. 199 p.
14. Arieti, S. Interpretation of Schizophrenia. 2da. ed. Nueva York (EEUU): Basic Books; 1974. 1005p.
15. Addington D, Addington J, Patten Y. Depression in people with first episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172 (33): 90-2.
16. Schneider K. Clinical Psychopathology. New York (EEUU): Grune and Stratton; 1959. 173p.
17. Usall J, Araya S, Ochoa S, et al: Gender differences in a sample of schizophrenia outpatients. *Compr Psychiatry*. 2004; 42:301-5.
18. Goldstein JM, Seidman LJ, O'Brien LM, et al: Impact of normal sexual dimorphisms on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 154-64.
19. Rao ML, Kolsch H: Effects of estrogen on brain development and neuroprotection implications for negative symptoms in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28 (2): 83-96.
20. Carvajal C. Esquizofrenia y Trastornos Relacionados. En: Carvajal C, Florenzano R, Weil K. *Psiquiatría*. 2da ed. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo; 2012.p 123-37.
21. Chinchilla A. Las Esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Barcelona (Es): Elsevier Masson; 2007. 585 p.
22. Penn D, Martin J. The stigma of severe mental illness: some potencial solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr Q*. 1998; 69: 235-47.
23. Autonell J, Ballús-Creus C, Busquets E. Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica de Psiquiatría*. 2001; 1: 53-8.

24. Ochoa S, Martínez F, Ribasc M, García-Francod M, López E, Villellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011 (jul-sep); 31(3): 477-489.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra; 2001.
26. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-Effectiveness Of A Primary Care Treatment Program For Depression In Low-Income Women In Santiago, Chile. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:1379–87.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan Global de Acción en Salud Mental 2013-2020. Ginebra; 2012.
28. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. Financiamiento de la Salud Mental en Chile: Una Deuda Pendiente. *Rev Med Chile.* 2015; 143: 1179-86.
29. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago; 2000.
30. Ministerio de Salud. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Diario Oficial de la República de Chile, N° 40.492 del 5 de febrero de 2013.
31. Ministerio de Salud de Chile. Informe Final. Estudio de Carga por Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago: 2007.
32. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025. Santiago; 2015.
33. World Health Organization. Investing In Mental Health. Evidence for Action. Geneva; 2013.
34. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Año 2011. Santiago: Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013.
35. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 18 (4/5): 346-58.

36. Stuart G, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica, Principios y Práctica. 8va ed. Madrid (Es). Elsevier Masson; 2006. 280 p.
37. Belmont A. La evolución de la enfermería psiquiátrica. *Enf Neurol*. 2011; 10 (1): 53-55.
38. Videbeck S. Enfermería Psiquiátrica. 5ta ed. Barcelona (Es): Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 470 p.
39. Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York (EEUU): Springer Publishing Company; 2010. 641p.
40. Im E-O. Teoría de las Transiciones. En: Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ma ed. Barcelona (Es): Elsevier Masson; 2011.p.416-33.
41. Meleis A. *Theoretical Nursing: Deveolpment and Progress*. 5ta ed. Philadepphia (EEUU): Lippincott Williams and Wilkins; 2011. 688 p.
42. Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *Image:Journal of Nursing Scholarship*.1994; 26 (2):119-27.
43. Chick N, Meleis A. *Transitions. A Nursing Concern*. Nursing research methodology. Colorado (EEUU): Aspen Publication; 1986. 257 p.
44. Cuesta C de la. Investigación Cualitativa y Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2000. [acceso 26 jun 2016]; 7-8. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php
45. Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de Investigación en Enfermería. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2005. [acceso 26 jun 2016]; 11(1): 17-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100003>
46. Ministerio de Salud. Los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. *Diario Oficial de la República de Chile*, N° 20.584 del 24 de abril de 2012.
47. Robles B. La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*. 2011(sep-díc); 18(52): 39-49.

48. Lenise Do Padro M, Quelopana Del Valle AM, Compean L, Resendiz E. El diseño en la investigación cualitativa. En: Lenise Do Padro M, Lourdes de Sousa M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. 9na ed. Washington, D.C (EEUU): Serie Paltex Salud y Sociedad; 2008.p.87-100.
49. Saubidet R, Santillán D. Psicopatología general de Karl Jaspers. 4ta ed. Buenos Aires (Ar): Editorial Beta; 1977. 973p.
50. Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. Schizophr.Bull. 1989; 15 (2): 217-31
51. Markova I, Berrios G. Insight and clinical psychiatry revisited. Comprehensive Psychiatry. 1995; 36: 367-76.
52. Guimón J. La discriminación de pacientes mentales. Un reto para los derechos humanos. Bilbao (Es): Universidad de Deusto; 2004.140 p.
53. Carulla L, Guillén C, Rodríguez C. Trabajo y Esquizofrenia: aspectos conceptuales. Intervención Psicosocial. 1996; 5(14): 83-90.
54. Ministerio de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo. Qué es Trato Digno para los Pacientes. Elementos que componen el trato digno. Informe Global. Santiago (Chile); 2013.
55. Ministerio de Salud. Manual del buen servicio. Santiago (Chile); 2011.
56. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximising outcomes for their relatives. Dis Manag Health Out. 2000; 8(4): 211-21.
57. Rascón-Gasca M, Dias ML, Diaz L. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. Gac Méd Méx. 2003; 139 (4): 371-76.
58. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Psicothema 2008; 20 (4): 577-82.
59. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 11va ed. Madrid (Es): Lippincott Williams &Wilkins; 2015. 1.460 p.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



FORMATO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “*El Significado de Vivir con Esquizofrenia*”, cuyo investigador principal es la Enfermera Srta. Piera Cacciuttolo Herrera. 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. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación:** La investigación se realizará en las dependencias del Centro de Salud Mental de San Felipe en la oficina de enfermero Don Carlos Pizarro, durante los meses de julio a diciembre 2015.
2. **Relevancia del estudio y beneficios:** Su participación en el estudio es muy importante ya que nos permitirá conocer su realidad como paciente portador de esquizofrenia. La mejor comprensión de su realidad lo beneficiará directamente hacia una mejor atención.
3. **Objetivos:** Este estudio tiene como propósito conocer desde su experiencia personal cuál ha sido el significado de vivir con esquizofrenia.
4. **En qué consiste su participación:** De forma voluntaria, usted decidirá participar en una entrevista con el investigador. La entrevista tiene una duración de 45 minutos. La entrevista que contendrá preguntas relacionadas con su enfermedad, su evolución y el apoyo familiar. Si

usted no desea contestar las preguntas que se realizaran, puede decidir libremente no seguir participando en todo momento.

5. **Riesgos:** A través de la entrevista usted puede presentar recuerdos que le generen angustia y/o ansiedad. Sin embargo, esta situación se encuentra resguardada ya que usted en todo momento será apoyado emocionalmente por el investigador. Igualmente tendrá la libertad de terminar la entrevista cuando usted lo desee.
6. **Costos y pagos:** Usted no recibirá dinero por participar en el estudio.
7. **Derechos del participante:** Usted como beneficiario tiene derecho a ser atendido las 24 horas día por el equipo de salud ante cualquier situación o necesidad que requiera. Ante cualquier duda, usted tiene derecho a comunicarse con el investigador al celular: 09-74996523. Importante mencionar que **usted puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario.** Su retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá en el tratamiento que este siguiendo ni se interrumpirá su atención.
8. **Reserva de la identidad del participante:** Se **encuentra totalmente reservada su identidad**, no será revelado su nombre y en su lugar se utilizará un código en letra y número: Ejemplo: G123.
9. **Confidencialidad de los datos:** El registro de los datos no será reservado, sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y que serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina personal.
10. **Utilización y Publicación de los hallazgos:** los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas y podrán ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad del participante.

11. Evaluación Comité Bioética y contacto: 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 :

Antecedentes del Investigador	
Nombre:	Piera Constanza Cacciuttolo Herrera
Rut:	16.306.653-k
Fono:	74 99 65 23 (celular particular)
Mail de contacto	cacciuttolopiera@gmail.com

Nombre y Firma de Usuario

Fecha: _____



PIERA CACCIUTTOLO HERRERA

16.306.653-K

Investigadora Responsable

3. CARTA SECRETARIA REGIONAL MIISTERIAL DE VALPARISO.



ORD.: Nº 1054

ANT.: Su carta de 15-07-2014

MAT.: Informa lo que indica

VALPARAÍSO, 31 JUL 2014

**DE: SRA. M^ª GRACIELA ASTUDILLO BIANCHI
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGIÓN DE VALPARAÍSO**

**A: SRA. PIERA CACCIUTTOLO HERRERA
ENFERMERA COORDINADORA HOSPITAL DR. PHILIPPE PINEL**

Junto con saludarle y después de analizar su solicitud de autorización por Autoridad Sanitaria por su Proyecto de Tesis denominado "El significado de Vivir con Esquizofrenia", para optar al grado de Magister en Enfermería de la Universidad de Valparaíso, puedo informar a usted que esta Secretaria Regional Ministerial de Salud respalda su proyecto.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



**SRA. M^ª GRACIELA ASTUDILLO BIANCHI
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGIÓN DE VALPARAÍSO**

DISTRIBUCION:

- La que indica
- C.c. - Archivo
- Of. de Partes

4. CARTA COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD DE ACONCAGUA.

 <p>Servicio de Salud Aconcagua Región de Valparaíso Ministerio de Salud</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HOSPITALARIA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE / DRA.VOG/DR.LFC/EJ.LCS/MAT. CMG/MAT. PSG/cebv Nº 130 05.05.2016</p>
ORDINARIO N° 1220	
<p>ANT.: No Hay.</p> <p>MAT.: Emite Certificado Comité Ética Científico.</p> <p>SAN FELIPE, 13 MAY 2016</p>	
<p>DE :</p>	<p>DRA. VILMA OLAVE GARRIDO DIRECTORA SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA</p>
<p>A :</p>	<p>DIRECTOR HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. PHILIPPE PINEL</p>
<p>A través del presente, envío a usted Certificado del Comité de ética Científico, CEC. Del Servicio de Salud Aconcagua, en el cual se detallan los estudios de investigación que han sido presentados y aprobados para ejecución en la institución que usted dirige. El periodo certificado es desde Enero 2014, hasta Abril de 2016.</p> <p>Recordar además que el Hospital Dr. Philippe Pinel, se encuentra adscrito al CEC y resulta obligatorio que toda investigación a ejecutar en dicha institución deberá ser Autorizada por el Director y Aprobada por el CEC.</p>	
<p>Sin otro particular, saluda atentamente.</p> <p><i>"Por Orden de la Directora del Servicio de Salud"</i></p> <p> DR. LUIS FONCEA CALDERON SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA</p>	
<p>DISTRIBUCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">• Director Hospital Dr. Philippe Pinel• Subdirección de Gestión Asistencial• Jefe Departamento de Gestión Hospitalaria• Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente – Mat. Paola Sazo.• Oficina de Partes	



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO /
EU. CCS/cbv

San Felipe, 05 de Mayo 2016

Certificado-C.E.C

Estimado:
Director
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel
Presente

A través del presente certifico que durante el periodo:

Desde Enero del 2013 hasta Abril de 2016, **No se han aprobado** estudios.

NOMBRE DEL ESTUDIO	INVESTIGADOR RESPONSABLE	Nº ORD. /CARTA	FECHA APROBACIÓN	RESOLUCION FINAL
EL SIGNIFICADO DE VIVIR CON ESQUIZOFRENIA	PIERA CONSTANZA CACCIUTTOLO HERRERA	14	13-06-2014	APROBADO

Sin otro particular, saluda Atentamente a Ud.




DR. PATRICIO WEIRA GUERRA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Distribución:

- Oficina de Partes CEC-SSA

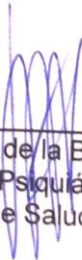
5. CARTA DE DIRECTORA DE ESTABLECIMIENTO.

Putando 7 de mayo 2014

De : Sra. Jeannette de la Barrera Yáñez.
Directora Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

A : Srta. Piera Cacciuttolo Herrera.
Enfermera Coordinadora Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

1. Visto los antecedentes presentados, se entrega autorización para acceder a la Enfermera Coordinadora Piera Cacciuttolo Herrera de nuestro establecimiento, para realización de una investigación científica sobre "El significado de vivir con esquizofrenia" a partir de la perspectiva de los usuarios. A través de la Metodología Cualitativa, se logrará responder interrogantes sobre cuál es el significado de vivir con esquizofrenia y los procesos personales en torno a la etapa diagnóstica de la enfermedad.
2. La realización de este trabajo de investigación debe comenzar una vez autorizado por el CEC del Servicio de Salud Aconcagua.
3. Se entrega esta autorización para ser presentada al CEC del Servicio de Salud Aconcagua como antecedente del Proyecto.



Jeannette de la Barrera Yáñez.
Directora Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel
Servicio de Salud Aconcagua.