

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

*Una aproximación hacia las Representaciones Sociales del diagnóstico
esquizofrenia construidas por los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes
“Perspectiva Joven”*

Profesor Guía: Francisco Jeanneret Brith

Metodólogo: Francisco Kamman Campaña

Alumna: Romina Pizarro Cáceres

Tesina para optar al grado de Licenciada en Psicología

Santiago, enero 2011.

RESUMEN

La presente investigación, se constituye como una primera aproximación hacia las Representaciones Sociales del diagnóstico esquizofrenia, construidas por un grupo de adolescentes y jóvenes que se encuentran en tratamiento ambulatorio en el Hospital de Día para Adolescente “Perspectiva Joven”, ubicado en la comuna de Pudahuel.

Dicho dispositivo, clínico-comunitario, se enmarca dentro del contexto de las Políticas Públicas en Salud Mental, en las cuales el acto de diagnosticar se constituye como necesario e indispensable, pues este se convierte por un lado, en la garantía para que adolescentes y jóvenes puedan acceder a un tratamiento y por otro, en la puerta de entrada a una determinada posición en lo social.

De esta forma la investigación busca explorar las imágenes, actitudes y conocimientos que los adolescentes y jóvenes poseen con respecto al diagnóstico esquizofrenia, para poder construir el núcleo figurativo del cual se desprenden dichos elementos, esto, tomando en cuenta que el discurso científico psiquiátrico generado en torno a los sujetos sobre los cuales se pronuncia, generan y construyen realidades que inciden directamente en la identidad, relaciones y realidades de los sujetos a los cuales se refiere.

El enfoque metodológico utilizado para desarrollar la investigación es cualitativo, constituyéndose como un estudio de carácter exploratorio-descriptivo. El instrumento utilizado para realizar la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, de carácter individual, estandarizada- no programada. Las entrevistas fueron aplicadas a una muestra no probabilística-intencional, constituida por 4 adolescentes y jóvenes que se encuentran en tratamiento en la institución anteriormente mencionada. La técnica utilizada para analizar la información fue, el análisis de contenido.

De los resultados obtenidos destaca, la Representación Social presente en el grupo de entrevistados con respecto al diagnóstico, cuyo núcleo central es el diagnóstico “esquizofrenia” como “condición” de extranjero. Esta representación da cuenta de los efectos sociales y subjetivos que tiene el acto de diagnosticar una enfermedad como la esquizofrenia, a una edad tan temprana y por si misma vertiginosa. De esta forma, el diagnóstico los transporta a nuevos territorios y al mismo tiempo los excluye de otros, son parte de un grupo social, pero se integran a este mediante su inclusión en instituciones sociales que son sindicadas como lugares de exclusión.

DEDICATORIA

A Mónica, por la fuerza, esperanza y compañía que con tanto afecto me has brindado durante todos estos años, por creer en mí, por mostrarme a Ariadna y ayudarme en el intento de descubrir en qué reside el misterio de aquello que vanamente solía llamar “locura”.

A Carolina, mi hermana, porque aún sigo esperando a que regreses y veas lo valiosa que has sido en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer a mis amigos, por la paciencia, apoyo, entusiasmo y dedicación con la cual me han acompañado en el camino. Por las extensas conversaciones junto a las cuales fuimos creciendo y develando poco a poco el misterio de nuestras existencias... hoy sé que no fue el azar el que nos reunió, hay sentido en cada una de sus presencias, como un telar que se entretejía mucho antes de que nos conociéramos. Gracias por abrirme las puertas de sus vidas y aceptarme con todo lo que “soy”.

En especial, a Carolina, Vicente, Deissy y Edwar.

También quisiera agradecer a mi familia, ya que pese a que las distancias que nos separan son enormes, no fue hasta hace poco que comprendí que hoy no sería quién soy si no hubiese sido por todo lo que viví junto a ustedes, aquella historia que creía tan particular fue la que me impulsó a abrir caminos y desde entonces, uno de los tantos por los cuales me he aventurado a transitar ha sido este, en el cual encontré la valentía necesaria para regresar...

Por último, quisiera agradecer con especial cariño a todos los adolescentes y jóvenes que asisten al Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”, quienes hicieron posible la creación de este trabajo. Gracias por permitirme conocerlos más allá de lo que las creencias científicas señalan sobre ustedes y el

curso de sus vidas, por enseñarme lo que encubre aquel concepto “Trastornos Mentales Severos”. Por otorgarle tanta magia y pasión al final de un camino y al comienzo de otro, en el que indudablemente estarán siempre presentes.

A todos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	p. 11
1.1. Antecedentes	p. 11
1.2. Planteamiento y formulación del problema de investigación	p. 24
1.3. Pregunta de investigación	p. 17
1.4. Relevancia de la investigación	p. 24
1.4.1. Relevancia clínica	p. 24
1.4.2. Relevancia social	p. 25
2. OBJETIVOS	p. 27
2.1. Objetivo general	p. 27
2.2. Objetivos específicos	p. 27
3. MARCO TEÓRICO	p. 28
3.1. La Construcción Social de la Realidad	p. 28
3.2. Las Representaciones Sociales	p. 33
3.2.1. El concepto de Representación Social	p. 34
3.2.2. Estructura y funcionamiento de las Representaciones Sociales	p. 39
3.3. El Sujeto de la Representación: Adolescentes con Primer Episodio de Esquizofrenia	p. 42
3.3.1. Una aproximación al concepto de adolescencia	p. 43
3.3.2. La formación de la identidad	p. 46
3.3.3. Esquizofrenia y adolescencia en el DSM-IV, CIE-10 y las Políticas de Salud Mental en Chile	p. 48
3.3.3.1. Una aproximación hacia la conceptualización de la esquizofrenia	p. 48

3.3.3.2. Clasificación de la esquizofrenia en adolescentes DSM IV y CIE-10	p. 49
3.3.3.3. Esquizofrenia y adolescencia desde las Políticas de Salud Mental en Chile	p. 50
3.4. El Objeto a Representar: Taxonomía, clasificación y diagnóstico	p. 54
4. MARCO METODOLÓGICO	p. 61
4.1 Enfoque metodológico	p. 61
4.2. Tipo y diseño de investigación	p. 62
4.2.1 Tipo de investigación	p. 62
4.2.2. Diseño de investigación	p. 63
4.3. Delimitación del campo a estudiar	p. 64
4.3.1 Universo	p. 64
4.3.2. Muestra	p. 64
4.4 Técnica e instrumento de recolección de la información	p. 67
4.5. Plan de análisis de la información	p. 69
4.5.1. La técnica	p. 69
4.5.2. Procedimiento del Análisis	p. 70
5. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	p. 73
5.1. Dimensión Campo de Representación	p. 73
5.1.1. Imágenes asociadas al diagnóstico esquizofrenia	p. 73
5.1.2. Imágenes asociadas a la causa del diagnóstico	p. 74
5.1.3. Imágenes vinculadas al tratamiento	p. 76
5.1.4. Imágenes que explican la Hospitalización de Corta Estadía	p. 77
5.1.5. Imágenes asociadas a la institución “Hospital de Día”	p. 78

5.1.6. Imágenes que explican la incorporación a un “Hospital de Día”	p. 79
5.2. Dimensión Actitud	p. 81
5.2.1. Actitudes hacia el diagnóstico esquizofrenia	p. 81
5.2.2. Actitudes hacia el tratamiento	p. 82
5.2.2.1. Actitud hacia el tratamiento farmacológico	p. 82
5.2.2.2. Actitud hacia la Hospitalización de Corta Estadía	p. 84
5.2.3. Actitud hacia la incorporación en un “Hospital de Día”	p. 85
5.2.4. Actitud hacia la institución “Hospital de Día”	p. 86
5.2.5. Actitud hacia las relaciones existentes en el “Hospital de Día”	p. 88
5.2.6. Actitud hacia la red social familiar	p. 89
5.2.7. Actitud hacia las reacciones sociales que se generan en el encuentro con otros que se hayan fuera del entorno “cercano”	p. 90
5.3. Dimensión Información	p. 91
5.3.1. Conocimientos sobre la esquizofrenia antes de recibir el diagnóstico	p. 91
5.3.2. Conocimientos sobre la esquizofrenia después de recibir el diagnóstico	p. 92
6. SINTESIS INTERPRETATIVA: NUCLEO FIGURATIVO	p. 94
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	p. 97
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 99
9. ANEXOS	p. 105
9.1. Recolección de la información	p. 105
9.2. Consentimiento informado para participar en la investigación	p. 188

*“...una afectividad intensa e inestable, que sonríe, ríe y llora, ansioso y angustiado,
un ser egoísta, ebrio, estático, violento, furioso, amoroso,
un ser invadido por la imaginación,
un ser que conoce la existencia de la muerte y que no puede creer en ella,
un ser que segrega la magia y el mito,
un ser poseído por los espíritus y por los dioses,
un ser que se alimenta de ilusiones y de quimeras,
un ser subjetivo cuyas relaciones con el mundo objetivo son siempre inciertas,
un ser expuesto al error, al yerro,
un ser úbrico que genera desorden.
Y puesto que llamamos locura a la conjunción de la ilusión, la desmesura, la
inestabilidad, la incertidumbre entre lo real y lo imaginario, la confusión entre lo
objetivo y lo subjetivo, el error y el desorden, nos sentimos complejidad a ver al
homo sapiens como homo demens”.*

(Morin, 1974)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos que más estudios ha motivado en la historia de la psiquiatría, tanto por la característica de sus cuadros clínicos como por las discusiones que se generan en torno a las causas de la enfermedad, las cuales aparecen unidas en el discurso científico a una especial indefinición.

Por un lado se sospecha que este trastorno responde a una disfunción biológica-cerebral (...) y por otro, aún resulta creíble afirmar que es el resultado de problemas existenciales y morales, de razones psicológicas y subjetivas, de presiones sociales e incluso de estrategias de mistificación del sistema capitalista (Martínez, 1998. p 13).

Pese a tal indefinición, la esquizofrenia y los trastornos mentales en general existen como una entidad real que atraviesa el imaginario social colectivo, de tal forma que en nuestro país se convierten en una de las prioridades de las Políticas Públicas en Salud Mental, esto dentro del contexto de la reforma psiquiátrica emprendida desde Europa hacia América en los años 60, la cual tuvo como objetivo fundamental la desinstitucionalización de los sujetos diagnosticados con enfermedades psiquiátricas. Entonces se comienza a denunciar públicamente la

ilusión que suponía pensar al manicomio como un espacio de cuidado y tratamiento, ya que en la práctica se habían convertido en la cristalización de la violencia, segregación y exclusión que la sociedad, en su conjunto, ejercía hacia la figura de la locura.

Es así como durante el año 2.000 el Ministerio de Salud elaboró y oficializó primeramente, el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2000a), y a continuación el Programa de Salud Mental (MINSAL, 2000b). Ambos documentos programáticos apuntan a poner en práctica un modelo de atención en Salud Mental y psiquiatría cuyas características esenciales son la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el énfasis en la atención ambulatoria, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial.

En dichos documentos, se reconoce que la aparición y persistencia de los problemas en Salud Mental no sólo se encuentran atravesados por factores biológicos y demográficos, sino también, por aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental determinado, afirmándose que “(...) los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización acelerada, generándose cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la Salud Mental de la población” (MINSAL, 2000, p. 9).

La esquizofrenia se presenta entonces, como un horizonte preocupante al ser concebida como una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente, conllevando un alto riesgo de suicidio y menoscabo en la calidad de vida de la persona (MINSAL, 2000).

Según La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002), sólo recientemente en la literatura sobre Salud Mental se comienza a utilizar el término trastorno mental severo “(...) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan a un grado variable de discapacidad y disfunción social” (p. 5). Anteriormente, se utilizaba la palabra cronicidad para aludir a dichos trastornos, la cual poseía una connotación negativa y estigmatizante (AEN, 2002).

Dicha definición fue emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) en el año 1987 incluyendo tres criterios principales:

- Diagnóstico: Se incluyen los trastornos psicóticos funcionales (quedando excluidos los de origen orgánico) y algunos trastornos de la personalidad.
- Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años, descartando los casos que, pese a presentar síntomas o diagnósticos de

gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por lo tanto, un pronóstico no muy claro todavía.

- **Presencia de discapacidad:** Se refiere a la existencia de una disfunción entre moderada y severa del funcionamiento global (laboral, social, familiar), medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning) o Escala de Funcionamiento Global. Se trata de una discapacidad o dificultad que produce limitaciones en el desempeño de roles sociales y en la interacción con los demás, lo cual trae como consecuencia la estigmatización, el rechazo social, la marginación, el desempleo y el aislamiento social, entre otros (NIMH, 1987 citado en AEN, 2002).

Tomando en cuenta la definición de trastorno mental severo presentada, las enfermedades mentales consideradas bajo esta denominación, serían aquellas que se incluyen en el apartado de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV). En este grupo se encuentran los diagnósticos de: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido (folie à deux), trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado (American Psychiatric Association [APA], 1995).

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002) sostiene que las personas que padecen un trastorno mental severo, presentan problemas muy complejos que no es posible reducir a la sintomatología psicopatológica involucrada, ya que además existen repercusiones en variados aspectos de sus vidas, como lo son el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

En un intento por establecer los elementos comunes presentes en quienes sufren un trastorno mental severo, la AEN (2002) plantea las siguientes dificultades derivadas del padecimiento de los síntomas propios de cada trastorno mental severo [TMS]:

- Mayor vulnerabilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo (que en muchos casos se limita sólo a su familia) y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social, además de favorecer la dependencia económica, situaciones de pobreza y marginación.

Sin embargo, la AEN (2002) advierte acerca de la generalización de estas dificultades en la población con TMS, ya que a pesar de ser comunes, se concretan en cada individuo “(...) de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia de vida de cada uno de ellos y asimismo, en función de la atención” (p. 11) que reciben y servicios a los que tienen acceso.

Los datos epidemiológicos sobre la esquizofrenia plantean que su prevalencia es de alrededor del 0,5% en población mayor de 15 años, con una incidencia que se puede calcular en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, siendo responsable del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile (MINSAL, 2005). Pese a la baja magnitud de la cifra en términos cuantitativos, ésta se plantea relevante ya que cualitativamente “(...) no representa todo el sufrimiento que experimentan las personas que las padecen y que se expresa en un significativo costo emocional, social y económico, también para sus familias, sus comunidades, y para el país”. (MINSAL, 2000, p. 7).

Para poder llevar a cabo el Plan de Salud Mental y Psiquiatría, en lo que a esquizofrenia se refiere, se plantean como recursos fundamentales los avances científicos de las últimas décadas, los cuales permiten disponer de recursos terapéutico efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los

demás, favoreciendo las posibilidades de reinserción social y laboral. Se afirma “(...) que los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosociales, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, que alcanza al 60% de los casos” (MINSAL, 2000, p. 97)

El énfasis de las Políticas Públicas sobre los problemas en Salud Mental que atañen a la población, se ve reforzado en el año 2005, momento en que se incorpora el tratamiento del Primer Episodio de Esquizofrenia como el primer problema de Salud Mental con tratamiento garantizado por la ley 19.966, del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud.

La iniciativa se plasma en la elaboración de la Guía Clínica Primer Episodio de Esquizofrenia, en la cual se sistematizan una serie de recomendaciones a los equipos de salud multidisciplinarios que manejan al paciente con sospechas o diagnóstico de esquizofrenia y sus familias, con el objetivo de mejorar los síntomas y recuperación funcional de ellos lo más precozmente posible, pues la hipótesis del período crítico señala que un menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico (Vallina, 2007).

Así mismo se enfatiza, que en los casos en que no se requiera de una hospitalización completa se debe priorizar el tratamiento de carácter ambulatorio en dispositivos terapéuticos insertos en la comunidad (MINSAL, 2009)

Uno de estos dispositivos son los hospitales de día los cuales son definidos “(...) como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación” (MINSAL, 2000, p. 6). En él converge el enfoque clínico y comunitario, instalándose como un recurso que contribuye a la desinstitucionalización, sosteniendo y acompañando la reinserción en la comunidad.

En Chile existen antecedentes de estructuras llamadas Hospital de Día tanto en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual Instituto Psiquiátrico), en 2 períodos iniciados en 1972 y 1979, encabezados respectivamente por los Drs. Enrique París y Patricio Olivos (Olivos, 1985), como en la Clínica Psiquiátrica Universitaria desde 1975 (Naranjo, 2001). El resto de los Hospitales de Día del país surge con posterioridad a 1990 y destacan entre ellas las del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Borja-Arriarán (Consultorio N° 1) de Iquique y Valparaíso.

Actualmente en nuestro país sólo existen dos hospitales diurnos orientados al tratamiento de adolescentes afectados con trastornos psiquiátricos severos. Uno de ellos es el Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” de Pudahuel dentro del cual se enmarca la presente investigación. Su Dirección se encuentra a cargo de la Escuela de Psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano siendo obtenida mediante licitación en el año 2007. Su trabajo terapéutico está orientado a la atención y tratamiento de adolescentes entre 14 y 19 años con trastornos psiquiátricos severos, en especial con diagnóstico de Primer Episodio de Esquizofrenia, derivados

desde la Red de Salud del Servicio Metropolitano Occidente una vez confirmado el diagnóstico. En él se sostiene una concepción de la patología mental severa que implica pensar la afección como una psicopatología del lazo social. A su vez, se considera que el adolescente posee una vida psíquica propia desde la cual se relaciona con el mundo, así como un conjunto de recursos potenciales donde se incluyen el entorno familiar, los grupos de pares e instituciones formales e informales (Manual de Funcionamiento Hospital Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”, 2010).

1.2. Planteamiento y formulación del problema de investigación

Considerando los antecedentes expuestos, resultan innegables los esfuerzos realizados por el gobierno al tomar como parte de su administración los problemas de Salud Mental que afectan a nuestra población, los cuales se cristalizan en la elaboración de la Guía Clínica Primer Episodio de Esquizofrenia. Para anudar dicha iniciativa, se toman como herramientas los avances tecnológicos y científicos a los cuales hemos podido asistir durante los últimos siglos, en donde lo inter-disciplinar se convierte en un punto de diálogo que soporta con una cierta coherencia prácticas y concepciones disímiles, en su centro, el sujeto, iluminado por un haz de razones discursivas que lo nombran, lo signan y territorializan tanto en el espacio geográfico como en el simbólico, espacio que lo constituye en tanto se inscribe en su trayectoria vital como lugar de tránsito.

Asistimos a la clasificación, nomenclatura central que rige las normativas técnicas de la Guía Clínica, ella por si sola define las respuestas ¿Qué sujeto?, ¿Qué lugar?, ¿Qué intervención? Esto es, para poder acceder a las garantías que en ella se explicitan el sujeto debe contar con el diagnóstico Primer Episodio de Esquizofrenia, “(...) acto que inaugura posibilidades terapéuticas y, asimismo, promueve la circulación de una serie de significados personales, familiares, institucionales y sociales asociados a la esquizofrenia”. (Abarzúa, 2010, p. 9).

Planteada en estos términos, la clasificación del sujeto, futuro soporte del diagnóstico, se presenta como indispensable ya que tanto desde un punto de vista clínico como científico, una taxonomía sirve a fines funcionales, es decir prácticos. Desde el punto de vista clínico, proporciona un medio de organizar los fenómenos patológicos, los signos y síntomas o las manifestaciones de un trastorno mental; formaliza ciertos aspectos clínicos comunes. Desde un punto de vista científico, una taxonomía explícita y definida operacionalmente proporciona una enorme fuerza para organizar las actividades científicas. Las taxonomías se agrupan constituyendo un sistema clasificatorio cuya validez está determinada por su fiabilidad. Cuando los investigadores no se ponen de acuerdo sobre el significado de sus términos, la capacidad de generalización de sus conclusiones queda maltrecha. Finalmente, cuando la fiabilidad disminuye demasiado, las afirmaciones científicas no tienen más objetividad que las opiniones personales. A medida que se dispone de más datos empíricos, algunas unidades de la taxonomía muestran una validez o utilidad limitadas y se descartan. (Millon, 1997). Por tanto, una taxonomía no es un producto

estático, ya que sus condiciones de producción se corresponden con determinados hechos históricos, políticos y culturales desde donde se irradian al conjunto social como hechos objetivos, “naturales”, en donde el sujeto de su práctica ignora las condiciones de su producción y las necesidades a las cuales ellas responden, de tal manera que sólo sabrá de sus efectos, de las atribuciones y valoraciones que de él se haga.

Si tomamos en cuenta que la clasificación al designar y ubicar a los objetos de la práctica y del discurso dentro de un espacio topológico unificado, logra la justificación de un tratamiento correctivo no sin antes brindar a su objeto (en este caso un sujeto adolescente) una sanción, que equivale a un juicio de existencia (Braunstein, 1980). Este a su vez se presenta como una situación tranquilizadora en el que el no saber del paciente acerca de lo que le pasa, es remitido a la ilusión de un saber que esta internacionalmente consagrado por la máxima autoridad “(...) pero que se tenga en cuenta que el diagnóstico es un momento en el camino hacia el saber, nunca un saber en sí” (p. 59). Es a partir del diagnóstico que se abren las fronteras para la ciencia psiquiátrica, la posibilidad de su existencia y su continuidad, objetivándose a sí misma en un cúmulo discursivo que viaja más allá de los territorios de su procedencia, en donde los sujetos recrean su contenido para dotarlo de sentido. Asistimos entonces, a la representación de los saberes científicos por parte de los sujetos a los cuales es remitido.

Si partimos del supuesto de que los discursos que se pronuncian no sólo actúan como significado del objeto al cual se refieren, sino que a través de estos discursos se realizan actos que generan y construyen lo real, produciendo efectos que inciden en la identidad, relaciones y realidad en la cual se desenvuelven el sujeto y en la de los sujetos a los cuales se refieren, las representaciones no sólo serían ideas sobre algo, sino que como señala Foucault, se trata de prácticas discursivas que forman sistemáticamente los objetos de los cuales hablan. (Martinic, 2003).

Entonces, cabe preguntarnos, ¿Cómo se representan este objeto “esquizofrenia” las y los sujetos adolescentes a los cuales es remitido?, tomando en cuenta que “(...) las representaciones individuales o sociales hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser” (Moscovici, 1979, p. 39), pues representarnos una cosa, es reconstruirla, cambiarle el texto, es cambiar uno mismo. Cabe preguntarnos, ¿Cómo se apropia el adolescente de éste nuevo saber?, ¿Cuál es el nuevo texto que comienza a escribirse desde ese no saber hacia ese saber?

Todas estas interrogantes nos llevan ahondar en la teoría de las Representaciones Sociales, ya que constituye un acercamiento para entender el pensamiento común y la construcción de una lógica social ligada a las prácticas cotidianas.

Las Representaciones Sociales se presentan como una modalidad particular del conocimiento; es una organización de imágenes y de lenguaje, que simbolizan actos y situaciones que son o se convierten en comunes, y se reflejan en opiniones, actitudes y comportamientos. La elaboración conceptual y formulación teórica del concepto de Representación Social es relativamente reciente y se debe a Serge Moscovici (1979). En su opinión, éstas no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales, y no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. El propio Moscovici (1979) las define como un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales, siendo su finalidad transformar lo desconocido en algo familiar.

En este sentido, ahondar en las representaciones que los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” construyen sobre el diagnóstico “esquizofrenia” implica profundizar en esa lógica, en ese proceso interno, pero socialmente determinado. Encierra también conocer qué factores influyen para tener cierta representación acerca del diagnóstico, así como lo que se espera del tratamiento al cual son impulsados por dicho diagnóstico.

1.3. Pregunta de investigación

La pregunta que guiará la presente investigación es ¿Cuáles son las Representaciones Sociales construidas por los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” sobre el diagnóstico “esquizofrenia”?

1.4. Relevancias de la investigación

Debido a que la presente investigación, se plantea como una aproximación hacia las Representaciones Sociales del diagnóstico esquizofrenia, construidas por usuarios “adolescentes” de un Hospital de Día, dispositivo que se enmarca dentro de los estatutos de las políticas públicas en Salud Mental vigentes en nuestro país, ésta tendrá relevancias clínicas y sociales.

1.3.1. Relevancia Clínica

Actualmente en nuestro país existe una amplia gama de conocimientos sobre la esquizofrenia que se instituyen dentro del saber científico psiquiátrico. El médico que diagnostica debe informar sobre dicho evento al sujeto de su práctica totalizando lo que se presenta como fragmentado, dotando de sentido lo que se presenta sin sentido, inaugurando la localización del sujeto en un nuevo espacio social, donde se encontrará con otros que ya han poblado dicho espacio. Se comienzan a promover una serie de intercambios sobre las consecuencias, expectativas y significados

asociados entorno al diagnóstico. Se construye un nuevo saber desde las experiencias personales de otros usuarios. Desde aquí se desprenden las posibles relevancias clínicas ya que la investigación aportará antecedentes relevantes sobre la información, imágenes y actitudes que los usuarios han construidos sobre dicho diagnóstico, elementos que pueden influir de sobremanera en el tratamiento que realizan los clínicos que manejan al paciente (las y los adolescentes).

1.3.2. Relevancia Social

Al centrar su atención en las Representaciones Sociales que las y los adolescentes realizan sobre el diagnóstico esquizofrenia, permitirá relevar la palabra de los actores involucrados, legitimando un tipo de conocimiento distinto del conocimiento científico pero igualmente válido. Esto permitirá que la comunidad social reflexione respecto de sus prácticas y trato para con las y los adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, ya que estas pueden transformarse en un obstáculo más para habitar en lo social. Si tomamos en cuenta que en nuestra sociedad los trastornos mentales severos han estado ligados a mitos, miedos y prejuicios que han marcado negativamente a los sujetos diagnosticados, generándose estereotipos sociales estigmatizantes, que devienen en diversas formas de discriminación, segregación y violencia. Se puede pensar que el hecho de nominar a un adolescente como “esquizofrénico” tiene efectos directos sobre ese sujeto y su posición en lo social, ya que lo hace merecedor de categorías que a todas luces devienen en prácticas segregadoras. Así, nos es válido plantear que pese a las importantes iniciativas

impulsadas por las Políticas Públicas en Salud Mental durante los últimos 10 años por incluir y estandarizar el diagnóstico de Primer Episodio de Esquizofrenia, en ellas no se hace mención sobre estudios que aborden los posibles efectos sociales de sus políticas sobre los sujetos de su práctica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Conocer las Representaciones Sociales sobre el diagnóstico “esquizofrenia” construidas por los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”.

2.2. Objetivos Específicos¹

- Identificar y describir los conocimientos o información que los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” poseen sobre el diagnóstico “esquizofrenia”.
- Identificar y describir las disposiciones actitudinales que los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” poseen hacia el diagnóstico “esquizofrenia”.
- Identificar y describir el campo de representación que organiza la imagen que tienen del diagnóstico “esquizofrenia” los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”.

¹ Siendo el fin de la presente investigación, conocer las Representaciones Sociales construidas por parte de los usuarios del Hospital sobre el diagnóstico de “esquizofrenia”, los objetivos específicos responden a lo que Moscovici señala como los tres ejes en torno a los cuales se estructuran los diversos componentes de una Representación Social.

3. MARCO TEÓRICO

La Representación Social de la Realidad

El supuesto tras esta investigación, es que la realidad, en tanto conocimiento del mundo, no puede ser separada de los contextos en los cuales se desarrolla, es decir, no habría realidad objetiva independiente de quien la observe, pronuncie, describa y comience a vivirla como tal. La realidad por tanto, no sería unívoca, existirían distintas versiones de ella en tanto emergen de las diversas relaciones sociales en las cuales nos encontramos inmersos, relaciones que por cierto, se tejen en contextos de poder, por tanto, siempre habrán versiones más instituidas en donde la verdad será más un argumento para obligar. Estas versiones han derivado en visiones de mundo que muchas veces promueven significaciones que contribuyen a un mejoramiento para desenvolvernos en él, pero también hay otras que lo obstruyen, generando prácticas que no dejan de tener efectos nocivos sobre quienes se pronuncian.

3.1. La Construcción Social de la Realidad

Para tales efectos partiremos desde la propuesta de Berger y Luckmann (1989) sobre la Construcción social de la Realidad.

El interés principal de esta teoría es llegar a conocer cómo la gente “común” conoce y vive aquello que conoce como “realidad” en su vida cotidiana. De lo que habría que ocuparse entonces es del conocimiento de sentido común, “del edificio de significados sin el cual ninguna sociedad podría existir” (Berger y Luckmann, 1989, p. 31), ya que es mediante la interacción entre distintas subjetividades que se construye la realidad con sentido y significado. Por tanto, la realidad de la vida cotidiana se presenta a las personas como un mundo que se comparte con otros intersubjetivamente tanto en el espacio como en el tiempo.

En esta construcción, la posición social de las personas así como el lenguaje juegan un papel decisivo al posibilitar la acumulación o acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación. Es decir, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad. Así la relación entre el hombre (productor) y el mundo social (su producto) es dialéctica.

Planteada en estos términos, la construcción social de la realidad, hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada, incuestionable y como algo que se les impone.

El punto de partida del proceso por el cual el individuo es inducido a participar en la dialéctica de la sociedad lo constituye la internalización, esto es “(...) la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí”. (Berger y Luckmann, 1989, p. 164)

En este sentido la internalización, constituye la base para la comprensión de los semejantes y la aprehensión del mundo en tanto realidad significativa y social. En la forma compleja de la internalización, yo no sólo comprendo los procesos subjetivos del otro, sino que comprendo el mundo en que él vive, y ese mundo se vuelve mío.

El proceso por el cual el individuo internaliza la realidad es la socialización, la que se puede definir como “la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él” (Berger y Luckmann, 1989, p. 166).

Podemos distinguir dos tipos de socialización. La socialización primaria, que ocurre en la niñez, mediante la cual el individuo se convierte en miembro de la sociedad. La socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo, ya socializado, a nuevos lugares del mundo objetivo de su sociedad (Berger y Luckmann, 1989).

La formación, dentro de la conciencia, del otro generalizado señala una fase decisiva en la socialización. Implica la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, y, al mismo tiempo, el establecimiento subjetivo de una identidad coherente y continua (Berger y Luckmann, 1989, p. 169).

De esta manera, el individuo llega a ser lo que los otros consideran que es, en un proceso dialéctico entre la auto-identificación y la identificación que hacen los otros. Así, la identidad “(...) se define objetivamente como ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela subjetivamente solo junto con ese mundo. (...) Recibir una identidad comporta adjudicarnos un lugar específico en el mundo” (Berger y Luckmann, 1989, p. 168).

El mundo internalizado por el niño no es uno de los tantos mundos posibles, es el mundo, el único que existe para él. Y lo que se internaliza es, por sobre todo, el lenguaje.

La socialización primaria finaliza cuando el concepto de otro generalizado (y todo lo que esto comporta) se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya es miembro efectivo de la sociedad y está en posesión subjetiva de un yo y un mundo. (Berger y Luckmann, 1989, p. 174).

En relación a la socialización secundaria, podemos decir que es la adquisición del conocimiento específico de roles, es la internalización de submundos institucionales, de tal modo que existe una gran variabilidad histórico-social en las representaciones que comporta la socialización secundaria.

Es importante mencionar que en todo este proceso, el vehículo más importante del mantenimiento de la realidad es el diálogo, pues la vida cotidiana del individuo se encuentra estrechamente relacionada con las conversaciones a las cuales puede acceder desde su posición social, las cuales mantienen, modifican y reconstruyen su realidad subjetiva.

Un elemento clave de la realidad subjetiva, y que se halla en una relación dialéctica con la sociedad es la identidad, la que además posee elementos relativamente estables de la realidad social objetiva.

La identidad se forma por procesos sociales. Una vez que cristaliza, es mantenida, modificada o aún reformada por las relaciones sociales. Los procesos sociales involucrados, tanto en la formación como en el mantenimiento de la identidad, se determinan por la estructura social. Recíprocamente, las identidades producidas por el inter-juego del organismo, conciencia individual y estructura social, reaccionan sobre la estructura social dada, manteniéndola, modificándola o aun reformándola (Berger y Luckmann, 1989, p. 216).

El hombre por tanto, estaría biológicamente predestinado a construir y a habitar un mundo con otros. Ese mundo se convierte para él en la realidad dominante y definitiva. Sus límites los traza la naturaleza, pero una vez construido, ese mundo vuelve a actuar sobre la naturaleza. En la dialéctica entre la naturaleza y el mundo socialmente construido, el propio organismo humano se transforma. En esa misma dialéctica, el hombre produce la realidad y por tanto se produce a sí mismo.

Al respecto Sapiains y Zuleta (1999), nos señalan que la realidad creada intersubjetivamente pasa a constituirse en la realidad social instituida que se constituye y consolida como tal en un devenir histórico y colectivo, la cual a medida que va adquiriendo mayor historicidad se va volviendo más anónima con respecto a su origen, apareciendo como una realidad que nos trasciende y que resulta totalmente evidente. Desde aquí se podrían distinguir discursos que se imponen como verdaderos frente a cualquier otro discurso posible, incluso frente a los agentes en posiciones más desventajosas. En este sentido, el espacio social deviene en espacio simbólico, en el cual los agentes sociales no cuentan con una igualdad de condiciones o posibilidades para participar en la construcción de realidades.

3.2. Las Representaciones Sociales

El modelo de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, nos permite adentrarnos en la construcción social de la realidad desde las subjetividades e intersubjetividades. Su propuesta esboza un planteamiento metodológico interesante

y renovador dentro del análisis del conocimiento del sentido común, el cual resulta útil para los fines de la presente investigación ya que las Representaciones Sociales son consideradas como un nexo, un puente entre lo psicológico y lo social, lo cual nos permite acercarnos a lo psicológico desde un punto de vista que recupera y pone atención a su dimensión social.

3.2.1. El Concepto de Representación Social

Las Representaciones Sociales pueden entenderse como formas específicas y estructuradas de conocimiento o pensamiento social, diferenciables de los mitos, las actitudes o la ideología. Estas formas de pensamiento son verdaderas teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la realidad cotidiana, con la suficiente precisión para poder desenvolverse en ella sin mayores dificultades (Ibáñez, 1988).

Las Representaciones Sociales constituyen:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) tiene una función constitutiva de la realidad, realidad que experimentamos y en la que nos movemos la mayoría de nosotros. Así una Representación Social es alternativamente el signo, el doble de un objeto valorizado socialmente. (Moscovici, 1979. p, 17).

Es una forma de conocimiento socialmente compartido y construido, que junto con intentar comprender y explicar los fenómenos de la vida cotidiana, contiene una dimensión pragmática o funcional, no sólo en términos de comportamiento, sino además de transformación del entorno en que dichas conductas tienen lugar. Permite a un individuo o grupo tomar una posición frente a distintas situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen, y orientar su acción de acuerdo a dicha posición.

El primero en intentar explicar las características del pensamiento social, para diferenciarlo del pensamiento individual fue Durkheim (1947 en Moscovici, 1979). Para tales efectos propone el término “representaciones colectivas”, sin embargo Moscovici (1979) reemplazó colectivo por social para analizar la relación del concepto con la psicología social antes que con la sociología señalando dos diferencias entre ambas. Mientras que las Representaciones Sociales implican una construcción social del conocimiento por parte de los sujetos (la representación es un proceso constructivo del conocimiento de carácter social, al originarse en las conversaciones interindividuales o grupales), las representaciones colectivas de Durkheim son formas de conciencia impuestas por la sociedad a los individuos (la representación es una reproducción de la idea social). En este sentido, las Representaciones Sociales son un modo particular de adquirir conocimiento y de comunicar conocimiento, teniendo un lugar intermedio entre los conceptos y la percepción. La otra diferencia es que las Representaciones Sociales al tener una

dimensión cognitiva en su generación, estabilizan los marcos de palabras e ideas, funcionando como sistema de información de aquello que producimos.

Las ciencias inventan y proponen la mayoría de los objetos, conceptos, analogías y formas lógicas que usamos para encarar nuestras tareas económicas, políticas o intelectuales. A la larga lo que se impone como dato inmediato a nuestros sentidos, a nuestro entendimiento, es en verdad un producto segundo, reelaborado de las investigaciones científicas. (Moscovici, 1979, p. 13).

De esta forma, a los conocimientos que contienen las Representaciones Sociales se les llama saber de sentido común como forma de conocimiento opuesta al conocimiento científico, el cual puede estar condicionado al contexto concreto donde viven los grupos e individuos, al nivel de comunicación existente entre cada uno de ellos, a los procesos políticos, económicos, sociales y culturales y a los sucesos que se aprenden a diario. En síntesis, “(...) se constituyen a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social” (Jodelet, 1986. p 437)

En este sentido, las Representaciones Sociales son formas de pensamiento constituido, en la medida que constituyen productos socioculturales que intervienen en la vida social como estructuras preformadas que sirven como marco de

interpretación; y al mismo tiempo formas de pensamiento constituyentes, en el sentido que intervienen en la elaboración o conformación del objeto mismo que representan, y de esta forma, contribuyen a configurar la realidad social de la que forman parte. Esto permite comprender las Representaciones Sociales como procesos de construcción de realidad. De esta forma se entiende que:

Los individuos, en su vida cotidiana, no son únicamente máquinas pasivas que obedecen a aparatos, registran mensajes y reaccionan a los estímulos exteriores (...) por el contrario, poseen la frescura de la imaginación y el deseo de dar un sentido a la sociedad y al universo que les pertenece. (Moscovici, 1979, p. 37).

Así, el sujeto de la representación se transforma tanto en el autor como en el actor de su propia construcción.

Toda representación es una representación de algo y de alguien. Cada vez que se hace referencia a una representación nos encontraremos ante un objeto o figura en relación a un significado o sentido otorgado por el sujeto. Estos elementos se corresponden mutuamente y no pueden concebirse separadamente. Así, los aspectos figurativo y significante de la Representación Social son inseparables.

Siguiendo lo anterior, entenderemos que una Representación Social no es una introyección de imágenes externas, pues estas constituyen una construcción activa,

más que la reproducción pasiva del objeto representado, en otras palabras, la representación social resulta de una actividad subjetiva o social en el intercambio entre lo que se percibe y el concepto.

El modelo de Representaciones Sociales se sostiene sobre la base de que tanto el objeto como el sujeto tienen una génesis común, a diferencia de otros modelos, en particular el modelo conductista, que consideran al sujeto y objeto como entidades separadas cuya forma de relación se reduce a un esquema de estímulo-respuesta. Como señala Jodelet (1986) “(...) representarse algo, es darse conjunta e indiferenciadamente, el estímulo y la respuesta” (p. 477)

El interés en las Representaciones Sociales apunta, no a las características de los objetos reales percibidos, sino a los conceptos construidos, utilizando elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por el grupo social de referencia y las normas implícitas y explícitas de la sociedad en que se está inserto. La estructura social define la entrada del sujeto en contextos conversacionales más específicos o habituales, a la vez que influyen sobre el tipo de experiencia que se establece en relación al objeto de la representación. De esta forma, se condiciona la relación al objeto así como la naturaleza del conocimiento que se alcanza sobre él. Al mismo tiempo, facilita la conformación de identidades individuales y sociales, produciendo los significados necesarios para una adecuada inserción y adaptación de individuos y grupos a su medio social, posibilitando al mismo tiempo su transformación. Por otra parte, las Representaciones Sociales contribuyen a lograr que las personas acepten la

realidad social instituida, facilitando una integración satisfactoria en la condición social correspondiente a su posición.

3.2.2. Estructura y Funcionamiento de las Representaciones Sociales

Las Representaciones Sociales se presentan como una unidad funcional fuertemente organizada. Con esto, se quiere decir que los diversos elementos que entran en la composición de una representación social (valores, opiniones, actitudes, creencias, imágenes, informaciones, entre otros) se organizan en una estructura integradora (Ibáñez, 1988)

Según Moscovici (1979) existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los diversos componentes de una representación social. Estos son: la actitud, la información y el campo representacional.

La actitud: Hace referencia a “(...) la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto” (Ibáñez, 1988, p. 46). Agrupa y articula a los diversos componentes afectivos de la representación, dinamizando y orientando en forma decisiva las conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona hacia el objeto representado.

La información: Corresponde a la construcción cualitativa y cuantitativa de conocimientos sobre el objeto social.

El campo representacional: Esta “(...) hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma” (p. 47), es decir, a la organización interna y el orden jerárquico de sus elementos, los cuales se organiza en torno al núcleo figurativo, el que constituye la parte más sólida y estable de la representación. El núcleo figurativo ejerce una función organizadora para ella, otorgándole su peso y significado a los demás elementos presentes en el campo representacional.

En la formación y funcionamiento de las Representaciones Sociales intervienen dos procesos: la objetivación y el anclaje.

La objetivación: Hace referencia al proceso de transformación de los distintos contenidos conceptuales relacionados con un objeto, en imágenes, concretizando lo abstracto, sustituyendo las dimensiones conceptuales más complejas por elementos figurativos más accesibles al pensamiento concreto.

El proceso de objetivación presenta tres fases (Ibáñez, 1988):

Construcción selectiva: En esta fase se da la selección o retención de ciertos elementos de información, rechazando otros. Los elementos retenidos tienden a ser

descontextualizados, en el sentido que son extraídos de su fuente originaria, y transformados o adaptados de tal forma que puedan calzar en las estructuras de pensamiento ya constituidas en el sujeto.

Esquematización estructurante: Esta fase se orienta a la construcción de un núcleo figurativo, a través de la organización de los diversos elementos de información seleccionados y adaptados, materializándolos en una imagen más gráfica y coherente del objeto representado.

Naturalización: En esta fase, el núcleo figurativo antes construido pierde su carácter simbólico como representación mental construida socialmente, cobrando existencia real y autónoma, y por tanto, anterior al sujeto. De esta forma, el núcleo figurativo se transforma en la expresión o reflejo fiel de una realidad en la que encaja perfectamente: la distancia existente entre el objeto real y el objeto representado desaparece, el objeto representado se constituye en objeto real.

El anclaje: Es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad “integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido” (Ibáñez, 1988, p. 50). Este proceso de asimilación de las innovaciones, pasa por la adecuación de lo nuevo en nuestros esquemas familiares, sin embargo, se acompaña de un proceso de acomodación, en el sentido que “(...) la integración de la novedad modifica nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características” (p. 50).

El mismo autor agrega como una segunda característica del proceso de anclaje, que éste “(...) expresa el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales” (p. 50). En otras palabras, cada grupo social construye, a partir de sus valores o creencias, una red de significados a partir de los cuales el objeto representado es situado y evaluado como hecho social; los fenómenos nuevos ante los cuales se vea enfrentado un grupo serán tratados a partir de estos valores y creencias propios, haciendo variables los procesos de acomodación y asimilación.

Es a partir de las Representaciones Sociales que intentaremos aproximarnos a los contenidos de los discursos de los adolescentes en proceso de tratamiento frente al diagnóstico de “esquizofrenia” que constituye el objeto social que da sentido a su incorporación a un Hospital de Día.

3.3. El Sujeto de la Representación: Adolescentes con Primer Episodio de Esquizofrenia

Para comprender las Representaciones Sociales que las y los adolescentes construyen del diagnóstico “esquizofrenia”, es necesario acercarnos primero a la etapa del ciclo vital en que éstos/as se encuentran, la que ha sido definida como adolescencia.

3.3.1. Una aproximación al concepto de adolescencia

Si tomamos en cuenta que conceptualmente la adolescencia y la juventud se constituyen como campo de estudio de manera reciente, pudiendo asignarse incipientemente sólo a fines del siglo XIX y con mayor fuerza a principios del XX, entonces esta resulta “(...) un problema propio de la modernidad en las sociedades occidentales, donde el tránsito desde la niñez a la vida adulta se fue tornando cada vez más borroso” (Abarzúa, 2010, p. 31).

De esta forma, los conceptos de adolescencia y juventud corresponderían a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las distintas épocas y sus procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes, susceptibles de cambiar de acuerdo a las transformaciones que experimentan las sociedades en cuanto a sus visiones sobre estos conjuntos sociales cuyas delimitaciones no son del todo claras ya que en muchos aspectos se superponen dependiendo de los enfoques utilizados en donde son conceptualizadas y operacionalizadas.

Disciplinariamente se ha atribuido la responsabilidad analítica de la adolescencia a la psicología, partiendo por el sujeto particular, por sus procesos y transformaciones, dejando a otras disciplinas de las ciencias sociales la categoría de juventud en donde el interés se centra en las relaciones sociales posibles de establecer con éstos y las formaciones sociales en el trazar vínculos o rupturas entre ellos

(Bajoit, 2003 en Dávila, 2004). Pese a tal distinción la utilización de los conceptos adolescencia y juventud suelen utilizarse de manera homóloga entre si, especialmente en el campo de la psicología general, psicología social, clínica y educacional.

Planteadas en estos términos, la conceptualización de la adolescencia y juventud se presentan como una forma de dar cuenta sobre los procesos que los sujetos atraviesan en un ciclo vital definido histórico y culturalmente, el cual puede ser concebido como los enfoques con los cuales se ha operado, habiendo en ellos una multiplicidad de factores, características y elementos, unos más relevantes que otros, pero que transitan por los énfasis en las transformaciones físicas y biológicas, intelectuales y cognitivas, de identidad y personalidad, sociales y culturales, morales y valóricas (Dávila, 2004).

Una definición de adolescencia es la que nos proporciona Bruzzone (1991), quien la entiende como el “(...) correlato psicológico de los cambios somáticos ocurridos en el ser humano, en un periodo que oscila entre los 11-12 años hasta los 20-22 según distintos autores” (p. 99). Dicha etapa de la vida, en que el niño deviene adulto, etimológicamente tiene su origen en el término *adolescere* que significa crecer hacia la adultez. Además, tiene un comienzo biológico a nivel del sistema endocrino, provocando múltiples cambios corporales, siendo su fin psicosocial.

Ahora bien, la definición de un inicio y término entre ambos conceptos es muy discutida y da lugar a confusiones, por lo cual la Organización Mundial de la

Salud (OMS) ha preferido utilizar criterios cuantitativos para definir adolescencia y juventud por grupos de edad. La adolescencia sería la etapa que va entre los 10 y 20 años de edad, coincidiendo con todos los cambios corporales de crecimiento morfológico que al finalizar ponen término a la etapa, y la juventud el periodo que va entre los 15 y 25 años en la cual el sujeto podría asumir sus derechos y responsabilidades de modo pleno, siendo ésta una categoría sociológica. (Florenzano, 1997).

La tarea esencial del adolescente es crecer. El joven debe ingresar a un mundo desconocido e inquietante, el mundo adulto, así como enfrentarse con pérdidas y sufrimientos. Frente a esta sensación se dan en el adolescente actitudes contradictorias, por un lado hay un gran impulso al cambio y, por otro, toda una resistencia a perder la dependencia infantil. Se da así una lucha dinámica y conflictiva entre ambas tendencias, lo que muchas veces explica la imagen y posturas desconcertantes de los adolescentes, coexistiendo actitudes infantiles junto a otras reflexivas y maduras. Para llegar a madurar el niño deberá abandonar sus lazos infantiles hacia sus padres y sustituirlos por nuevos vínculos. (Bruzzone, 1991).

Así, la adolescencia es concebida como “un periodo de crisis al servicio del desarrollo” (Bruzzone, 1991, p. 105). El adolescente sufre los cambios que observa en su cuerpo, pero también vivencia todo un nuevo desarrollo en su mente, incrementándose su labilidad emocional y psíquica. Esto se refleja en su conducta,

tornándose el comportamiento del joven un fenómeno complejo que dependerá de la historia vital, del medio ambiente, la familia y las instituciones por las cuales transite. Se da entonces un paso hacia la individuación, la búsqueda del logro de un sentido de identidad, que se consigue sólo después de una ardua lucha dentro de sí mismo y con su ambiente.

3.3.2. La formación de la identidad

Fierro (1994) plantea que el tema vital más importante en esta etapa, es la formación de la identidad, entendiendo ésta como el núcleo de la persona, que rige otros comportamientos y que está presente, en algún grado, en la conciencia del adolescente en forma de representaciones acerca de sí mismo, de sus proyectos y expectativas de futuro, de la coordinación de las propias experiencias y de la presentación de sí ante los demás. Es en la adolescencia cuando el ser humano comienza propiamente a tener historia, memoria biográfica, interpretando el pasado, enfrentando los desafíos del presente y proyectándose a lo futuro, pasando de lo real a lo posible.

El carácter social de la identidad se explica dentro de la dimensión comunitaria en la que el individuo se encuentra. El sujeto depende de modelos parentales y comunitarios que le permitan integrar una mismidad al estar inmerso en este proceso de ambigüedades y discontinuidades. Ésta etapa dependerá fuertemente de la coherencia ideológica del mundo en el que debe insertarse y del cual debe

hacerse cargo, evaluando si el sistema es fuerte para confirmarlo o si está debilitado y debe ser criticado, renovado o derrocado, dándole así un carácter histórico a la identidad psicosocial.

Junto con la naturaleza psicosocial de la identidad, está la importancia de los elementos de naturaleza cognitiva, ya que el adolescente se observa y juzga a sí mismo, a la luz de cómo percibe que lo juzgan los demás, comparándose con ellos y contrastándose, también, con el patrón de algunos criterios de valor para él significativos. Todos estos juicios pueden permanecer implícitos, no siempre conscientes, y tienen inevitables consecuencias y connotaciones afectivas, que determinan en gran medida la conciencia de identidad, por lo que jamás serán neutros (Fierro, 1994).

El proceso de construcción de identidad puede también ser verificado en los niveles individual, social y generacional. Se observa, así, a un nivel individual, un reconocimiento de características propias que son contrastadas y confirmadas con el reconocimiento externo de los otros, que al ser grupo de pares constituyen un nosotros a un nivel generacional. De modo más amplio, hay un colectivo mayor que define al sujeto a través de la interacción en un nivel social.

Se sostiene que el proceso de formación de identidad que vive el adolescente estará atravesado, y en gran medida delimitado, por factores sociales, históricos,

geográficos y económicos, como parte de un todo que es el ambiente que rodea al sujeto en formación.

Por su parte Bohoslavsky (1984, en Mena & Rittershaussen, 1991) señala que el logro de un sentimiento de “yo soy yo” implica que la experiencia debe organizarse en torno a tres dimensiones: tiempo, espacio y otros. En relación al tiempo, el sujeto siente que es él cuando posee determinados proyectos que le son propios, conjugando y conciliando lo que desea alcanzar con lo que puede lograr de modo realista. Respecto del espacio, el sentimiento de identidad surgiría al diferenciar un espacio propio (interno) y un espacio no propio (externo), discriminando así entre fantasía y realidad. En cuanto a los otros, el sentimiento de identidad tiene que ver con las relaciones con los demás y con la capacidad de percibirse a sí mismo como distinto. Desde el punto de vista de la realidad externa, el logro de una identidad personal significa el encuentro de un lugar para sí mismo en la sociedad, implicando una autodefinición psicosocial (Mena & Rittershaussen, 1991).

3.3.3. Esquizofrenia y adolescencia en el DSM-IV, CIE-10 y las Políticas de Salud Mental en Chile

3.3.3.1. Una aproximación hacia la conceptualización de la esquizofrenia

Como esquizofrenia se designan un grupo de enfermedades mentales con síntomas característico. El nombre de la enfermedad fue adoptado en 1911 por el

psiquiatra Suizo Bleuer para referirse a una división de las funciones psíquicas, con alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior. Éste describe la esquizofrenia como un síndrome que se caracteriza por la presencia de algunos síntomas fundamentales y otros accesorios. Los síntomas fundamentales aluden a lo que se conoce como trastornos de asociación, de la afectividad, la ambivalencia y autismo y los accesorios hacen referencia a las ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del lenguaje, de la escritura y síntomas somáticos como por ejemplo la catatonía. Desde ese entonces se han realizado múltiples conceptualizaciones del término, de las cuales en la actualidad las más utilizadas son las que nos entregan los manuales diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (Silva, 1993).

3.3.3.2. Clasificación de la esquizofrenia en adolescentes DSM IV y CIE-10

El DSM IV y el CIE-10 son los manuales diagnósticos más utilizados en el área de la Salud Mental para facilitar a los clínicos la evaluación de los síntomas de los sujetos.

Podemos señalar que si bien en el DSM-IV existe un apartado específico para los trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia, esto es indicado como un acto que responde sólo a razones de conveniencia ya que con ello no se pretende sugerir que la existencia de distinciones claras entre trastornos “infantiles” y “adultos” pues, en muchos casos los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Cabe destacar que en este apartado no se incluye la categoría

diagnóstica esquizofrenia, señalando que esta “(...) ocurre típicamente en los últimos años de la segunda década de la vida, y mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia” (p.287). En cuanto a la aparición del primer episodio refiere que la edad media es “(...) a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres” (p.288).

En el CIE-10, categorización validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no encontramos referencias que aludan al diagnóstico Primer Episodio de Esquizofrenia, así como tampoco se señala alguna distinción para el desarrollo de la esquizofrenia en la etapa de la adolescencia.

3.3.3.3. Esquizofrenia y adolescencia desde las Políticas Públicas de Salud Mental en Chile.

Comenzaremos señalando que cuando nos referimos al concepto “Primer Episodio de Esquizofrenia” no estamos aludiendo a una población homogénea, pues el concepto mismo nos plantea una serie de controversias en cuanto a su presentación clínica, su forma de inicio y los contextos sociales asociados a los sujetos en los cuales se desencadena (MINSAL, 2009).

Frente a este escenario complejo nos encontramos con otra dificultad, ya que por un lado podemos considerar como primer episodio el período comprendido entre

la aparición de los síntomas prodrómicos y la aparición de los primeros síntomas psicóticos, de modo que en él se englobaría la fase prodrómica y el primer brote, mientras que otra posibilidad es considerar como primer episodio el momento en el que el paciente cumple todos los criterios diagnósticos explicitados en los manuales (Palma, 2007). Sin embargo, si tomamos en cuenta la hipótesis del periodo crítico, es decir, la importancia que tiene en el pronóstico de la enfermedad el tiempo sin el cual se recibe tratamiento, cobraría relevancia la intervención comprendida entre la fase prodrómica y el primer episodio, ya que antes de la aparición de los síntomas típicos de la enfermedad es frecuente hallar una serie de signos y síntomas prodrómicos que se presentan de manera insidiosa y que puede aparecer incluso dos años antes del comienzo de los síntomas psicóticos.

McGorry, McFarlane, Patton y Bell (1995 en Palma, 2007) plantean la importancia de la fase prodrómica ya que es sabido que hasta un 90% de adolescentes presentan algunos de los síntomas que en ella se desarrollan (Palma, 2007, p. 31). Sin embargo, no podemos saber cuántos de ellos cursarán un Primer Episodio Psicótico, ya que la misma adolescencia se plantea como una etapa vertiginosa, llena de cambios e inseguridades con respecto al futuro que se deberá afrontar.

Pese a esta incertidumbre, la Guía Clínica (Minsal, 2009) señala algunos cambios que se dan en las y los adolescentes los cuales deben ser analizados con más detención frente a la sospecha de una esquizofrenia como por ejemplo: el abandono o disminución de la asistencia a clases, descartando que no haya causas definidas e

identificables, retraimiento en el colegio, disminución importante en rendimiento escolar, cambios marcados de otro tipo (reacciones violentas, conducta inadecuada, etc.).

Frente a este escenario, las políticas sanitarias existentes en nuestro país, han realizado una serie de intervenciones como informar a la comunidad, en especial a todas aquellas que trabajen con las y los adolescentes, sobre la importancia de la detección temprana. Lo que se busca con tal estrategia, es que la comunidad sea capaz de reconocer en un otro los síntomas que pueden estar dando curso a un primer episodio, derivándolo a los respectivos servicios de salud y así disminuir la fase de psicosis no tratada ya que en ella se producirían cambios bruscos a nivel neurobiológico y psicosocial, los cuales son determinantes para el pronóstico de la enfermedad.

En este punto nos es importante destacar que pese a que la Guía Clínica señala las posibles conductas que podrían ser sospecha (pródromos) en las y los adolescentes, esta distinción no opera cuando se realiza el diagnóstico ya que los criterios utilizados para dichos fines son los mismos que para todos los grupos etarios.

Así se plantea, que los síntomas más frecuentes en el Primer Episodio de Esquizofrenia son:

- Carencia de introspección.
- Deterioro del rendimiento laboral/académico.
- Alucinaciones auditivas.
- Delirio de referencia o persecución.
- Susplicacia.
- Humor delirante
- Aplanamiento afectivo
- Discurso desorganizado
- Agitación

Ahora bien, ante la ausencia de investigaciones que avalen estrategias de tratamiento en la fase prodrómica, las intervenciones se realizan una vez que aparece el primer episodio ya que los criterios para clasificar a las personas de alto riesgo tienen aún “(...) una capacidad predictiva relativamente baja (40%), por lo que no se puede someter a tratamientos (que tienen efectos nocivos) a personas sin tener una mayor certeza de que efectivamente llegarán a tener un episodio psicótico” (MINSAL, 2009, p. 20).

Las evidencias que existen actualmente, son aquellas que avalan la relevancia de las intervenciones en fases tempranas de la esquizofrenia, pues se señala que los procesos de deterioro son más susceptibles de revertir con intervenciones farmacológicas y/o psicológicas al comienzo de la enfermedad, evidenciándose que a medida que se interviene integralmente en etapas más tempranas, mejora el

pronóstico y por ende la relación del/a individuo/a con su comunidad (MINSAL, 2009).

Por todas estas consideraciones, las personas con un episodio psicótico, sin diagnóstico previo de esquizofrenia y aquellas en las que se sospeche un Primer Episodio de Esquizofrenia, deben ser evaluadas por un equipo multidisciplinario de psiquiatría y Salud Mental. Esta evaluación diagnóstica debe ser entendida como un proceso que se extiende en un plazo comprendido entre los 30 días y hasta los 6 meses para aquellos casos en que no se cumplen los criterios CIE-10 para esquizofrenia, pero existe una alta sospecha de ella. Eventualmente, en personas menores de 20 años, con una presentación clínica muy difusa se podría prolongar el periodo de evaluación diagnóstica por hasta 12 meses.

3.4. El Objeto a Representar: Taxonomía, clasificación y diagnóstico

“En el fondo de la práctica científica existe un discurso que dice que no todo es verdadero, pero en cada punto y en todo momento existe una verdad por decir y por ver, una verdad que acaso dormita, pero que espera sólo nuestra mirada para manifestarse (...) Empero nosotros encontramos anclada en nuestra cultura también esa otra idea que la ciencia y la filosofía contradicen, esto es; que la verdad tiene momentos y lugares propicios para producirse” (Foucault, 1977, p. 135).

Es bajo esta última hipótesis que revisaremos el saber taxonómico utilizado por la psiquiatría, en tanto que su origen, su práctica y sus objetos se encuentran determinados por presiones sociales que emanan de otros procesos históricos posibles de rastrear.

Braunstein (1980) señala que la pretensión de la medicina clasificadora del siglo XVIII, la cual precede al método anátomo-clínico, sería la de aislar a las enfermedades como especies naturales e incluirlas en un espacio clasificatorio homogéneo, cuyo modelo sería coincidente con la clasificación de las especies realizadas por Linneo, en donde el método utilizado es la descripción de los fenómenos tal como ellos se aparecen a los órganos de los sentidos, particularmente la vista. Así, aparece un observador separado del objeto, pudiendo evaluarse a este observador en la medida en que logra captar correcta y objetivamente el fenómeno que observa delante de él. Esto es, hay un sujeto y frente a él una realidad que debe conocer, ambos son distintos y sus interacciones son independientes, no se afectan, o mejor dicho el observador no debe afectar lo que observa, a fin de sostener la objetividad ¿Motivo suficiente para que la taxonomía botánica sea el modelo inspirador para la psiquiatría?

Se trató de describir sobre la base de apariencias, pero olvidando que las especies botánicas tienen un carácter perceptual (...) La descripción del botánico traspone los caracteres formales de las cosas. La confiabilidad

del sistema se acerca al absoluto y por eso sirvió de modelo para todo tipo de clasificaciones de objetos visibles (Braunstein, 1980, p. 17).

Ahora bien, antes del siglo XVIII la locura no era sistemáticamente internada ya que era considerada como una forma del error o de la ilusión, la práctica de la reclusión que comienza en el siglo XIX en coincidente con el momento en el cual:

La locura es concebida no tanto en relación al error como en relación a un comportamiento regular y normal; en el cual aparece ya no como juicio trastornado, sino como trastorno en el modo de comportarse, de querer, de experimentar las pasiones, de tomar decisiones, de ser libre (Foucault, 1977, p. 143).

La locura pasa a ser patrimonio y problema de la medicina delegando en los médicos la investigación y la definición de sus formas. El hospital psiquiátrico se convierte en la “(...) sede del diagnóstico y de la clasificación, rectángulo botánico en donde las diversas especies de enfermedades son subdivididas en pequeños lotes cuya disposición se parece a un vasto huerto” (Foucault, 1977, p. 44), pero a la psiquiatría nada podía darle la vista, era necesario contar con algún aparato nocional que le permitiera introducir la enfermedad dentro de una jerarquía de categorías.

Si se considera, que la preocupación esencial de la psiquiatría procedente de la nosografía alemana es la de mantenerse como especialidad de la medicina, dentro de

una concepción científico-natural, entendiendo que sólo en el cuerpo puede encontrarse la base de una ciencia materialista, su contradicción sería que a diferencia de la medicina “(...) carece de un espacio corporal en el cual plantar sus especies creadas según en modelo botánico” (Braunstein, 1980, p. 19). Razón por la cual en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en el apartado de los trastornos mentales los criterios diagnósticos son casi puramente sintomáticos.

La delimitación de un cuadro clínico, su designación y su clasificación en psiquiatría sin conocimiento etiológico, anatomopatológico, ni fisiopatológico es una actividad de reconocimiento, de correlaciones entre fenómenos llamados síntomas, “(...) las enfermedades mentales sólo existen en el espacio clasificatorio y, desde él, irradian hacia los sujetos- soportes y agentes de la psiquiatría y hacia los referentes, llamados pacientes, que habrán de incluirse en tal espacio” (Braunstein, 1980, p. 20). De esta forma la materialidad de la enfermedad mental se inscribe en el espacio simbólico, existiendo sólo a través de sus efectos; no existiría antes de que se elabore su concepto.

Desde Pinel a Kraepelin y de Kraepelin a los actuales Manuales Diagnósticos la clasificación psiquiátrica ha ido perdiendo en coherencia a la vez que ganando en cobertura por la amplitud de las categorías, que hacen que cualquier comportamiento pueda ser diagnosticado como alteración psiquiátrica. Esto se debe a que se incluyen todos los casos en que el psiquiatra es llamado a opinar o intervenir.

Su campo de acción se va ampliando dentro del conjunto social incorporándose nuevos departamentos al espacio taxonómico. La psiquiatría no clasificaría lo que quiere sino lo que le llega, es decir que actúa siempre respecto a una demanda, provenga del futuro clasificado o del conjunto social.

La psiquiatría como, aparato ideológico del estado recibe a sujetos en función de su diferencia con lo que se considera normal o lo que se espera de ellos (...) Los procesos que se atribuyen a estos sujetos bajo la forma de diagnósticos no son objetos naturales que estén ya ahí, esperando que el psiquiatra los encuentre (...) La psiquiatría crea y, a no dudarlo, seguirá creando los objetos sobre los cuales habrá de discurrir. (Braunstein, p. 28).

Así la psiquiatría se funda no en la conservación sino en la constante modificación y corrección de su discurso, siguiendo de modo implícito ciertas reglas de producción de sus objetos, de elaboración de definiciones diferenciales de los mismos, de enunciación de su discurso, de sistematización de las nociones y de elección de sistemas referenciales para dar cuenta de ello, en donde el ordenamiento jurídico político del Estado encuentra en la taxonomía un punto de engranaje con la práctica psiquiátrica, siendo legitimado y legitimador. Así la clasificación al designar y ubicar a los objetos de la práctica y del discurso dentro de un espacio topológico unificado, logra la justificación de un tratamiento correctivo no sin antes brindar a su objeto una sanción, que equivale a un juicio de existencia (Braunstein, 1980).

Otro elemento a destacar es que la clasificación al fijar su espacio encuadra el terreno de la práctica psiquiátrica en relación con el de las demás prácticas. Así los objetos considerados por ella entran en relación, conflictiva o no, con los objetos propios de otras prácticas, de tal modo que los límites entre las prácticas no están claramente definidos, pudiendo existir conflictos de jurisdicción así como transferencia de una a otra.

En las condiciones de la sociedad capitalista, esta ocupación de un cierto sector de actividades y servicios con relación a otros provistos por otros aparatos ideológicos y corporaciones implica la delimitación de un mercado. La inclusión de un ítem dentro de la clasificación conlleva la justificación de las pretensiones sobre las prácticas presupuestarias destinadas a prevenir, controlar o erradicar ese trastorno. (p. 51).

De esta forma se releva el objeto por sobre el referente, sujeto que será soporte de la categoría, lo cual conlleva a que se desconozca la singularidad psichistórica, proceso de sujetación mediante el cual se particulariza la relación del individuo con el sistema de referencias simbólicas, en donde el diagnóstico pasa a ser el momento más importante de la práctica psiquiátrica, ya que es el modo concreto de existencia de la clasificación.

Se podría plantear que la taxonomía es base para la comunicación sin alcanzar a conferir estatus científico a los términos comunicados ya que no exime de la crítica epistemológica de cada una de las expresiones consagradas por el uso y por la ley. La acumulación de información se plantea como una intención plausible, pero si las categorías clasificadas resultan ser nociones ideológicas, se obstruye la posibilidad de saber uniendo lo heterogéneo. Asimismo, el uso de taxonomías en psiquiatría no serviría como un sistema descriptivo de los objetos de estudio pues estos son producidos mediante un trabajo teórico realizado a partir de lo que resulta inexplicable para los sistemas descriptivos. En cuanto a la formulación de predicciones, el obstáculo reside en la evolución de los padecimientos subjetivos que dependen de una amplia gama de factores donde la historia natural resulta imposible de esquematizar en cuanto no hay historia natural. Los diagnósticos generarían predicciones en relación con la formulación de expectativas sociales que se formulan sobre los sujetos que soportan los diagnósticos y en relación con los tratamientos que el momento histórico impone para esas condiciones. Por último, si la clasificación es asumida como fuente de conceptos para ser utilizados dentro de una ciencia, la clasificación psiquiátrica es útil como fuente de conceptos a utilizar dentro de su teoría, pero si la teoría debe dar cuenta de la caracterización taxonómica y ofrecer criterios para su reformulación en base a conceptos producidos por la propia teoría esto no ha de ser posible en el campo de la psiquiatría mientras no se diferencien las problemáticas biológicas, sociológicas y psicoanalíticas que configuran su campo actual. (Braunstein, 1980, p. 62-65).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Enfoque metodológico: Cualitativo

En tanto que la presente investigación tiene por objetivo constituirse en una aproximación de las Representaciones Sociales sobre el diagnóstico “esquizofrenia” construidas por los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”, se considera que una perspectiva metodológica adecuada para alcanzar dicho objetivo es de carácter cualitativo.

La investigación cualitativa “(...) quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante” (Taylor y Bogdan, 1992, p. 16). En palabras de Lerner (1996), la preocupación central de las investigaciones cualitativas es conocer e interpretar la subjetividad, buscan comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello, estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones.

Taylor y Bogdan (1992) aportan la idea de que “(...) la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo” (p. 21), es

decir que las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que éstas tienen para ellos.

De esta forma, podremos acercarnos a los motivos, creencias, valores e informaciones que este grupo particular posee sobre el objeto social “esquizofrenia” más allá de lo que el saber científico haya instituido sobre él, pues mediante este método pretendemos acercarnos al conocimiento del sentido común en donde conocer un fenómeno social, es conocer lo que éste es para los propios sujetos, entendiendo que este proceso de construcción social, se desarrolla preferentemente a través del lenguaje.

4.2. Tipo y diseño de investigación

4.2.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación a utilizar es de carácter exploratorio-descriptivo, ya que tiene por objetivo examinar un tema de investigación poco estudiado como lo constituyen las Representaciones Sociales del diagnóstico “esquizofrenia” en adolescentes. En esta dirección Shelltitz (en Cabrera y Parrini, 1999) plantea que los estudios exploratorios procuran apoyar “(...) un avance en el conocimiento de un fenómeno, con frecuencia con el propósito de precisar mejor un problema de investigación o para poder explicitar otras hipótesis”. Es decir, sus resultados no son generalizados ni concluyentes.

Esta investigación junto con tener un alcance exploratorio tiene un alcance descriptivo, ya que “los estudios descriptivos se caracterizan por un mínimo de interpretación y contextualización” (Taylor y Bogdan, 1987, p.153), lo que permite recolectar información para describir lo que se investiga desde el propio discurso de los participantes de la investigación.

4.2.2. Diseño de investigación

Corresponde a un diseño no experimental ya que las variables presentes en la investigación no serán manipuladas a priori, es decir “(...) sino como se dan en su contexto natural, para después analizarlas” (Hernández, 2003, p. 287). Este tipo de diseño no pretende construir situaciones, sino por el contrario, conocer las ya existentes y dar cuenta de ellas desde la propia realidad. Es decir, que la subjetividad y la intersubjetividad asociada al diagnóstico de “esquizofrenia” se consideraran como elementos fundamentales para la investigación.

Cabe señalar que el tipo de diseño no experimental que se utilizará, supone un estudio transeccional ya que ésta “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, 2003, p. 270).

4.3. Delimitación del campo a estudiar

4.3.1 Universo

El universo de estudio corresponde a 14 usuarios del Hospital del Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”, ubicado en la comuna de Pudahuel, los cuales se encuentran en tratamiento ambulatorio, en el contexto del protocolo de atención del Primer Episodio de Esquizofrenia. Las edades fluctúan entre los 14 y 24 años, siendo de ambos sexos, con nivel socio económico bajo.

4.3.2. Muestra

Una muestra “(...) es una parte o fracción representativa de un conjunto de población, universo o colectivo, que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo” (Ander-Egg, 1995, p.179).

Si entendemos que la muestra cualitativa tiene por función brindar la información necesaria para levantar la investigación, en ella se impone la profundidad por sobre la extensión. Es por tal motivo que para los fines de la presente investigación se utilizará un muestreo no probabilístico intencional.

La muestra no probabilística implica:

No la reproducción en cantidad y extensión de ciertas características poblacionales, sino la reconstrucción de las vivencias y sentidos asociados a ciertas instancias micro sociales. La representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado. Se pretende, a través de la elaboración de ejes o tipologías discursivas, la representación socio-estructural de los sentidos circulantes en un determinado universo y con relación al tema a investigar (Serbia, 2007, p. 11).

El tipo de muestreo será intencional en tanto:

El investigador selecciona de modo directo los elementos de la muestra que desea participen en su estudio. Se eligen los individuos o elementos que se estima que son representativos o típicos de la población. Se sigue un criterio establecido por el experto o investigador. Se suelen seleccionar los sujetos que se estima que pueden facilitar la información necesaria. (García, 2005).

Se acentúa la preocupación en recoger la información más relevante para los objetivos de la investigación, basados en un análisis previo el cual conduce a la necesidad de obtener perfiles de la fuente de información. Para la selección final de

los entrevistados se toma como criterio la idoneidad de los sujetos informantes, guiando la selección por las cuatro preguntas propuestas por Gorden (1997).

Estas son:

- ¿Quiénes tienen la información relevante?
- ¿Quiénes son los más accesibles físicamente y socialmente? (entre los informados)
- ¿Quiénes están más dispuestos a informar? (entre los informados y accesibles)
- ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? (entre los informados, accesibles y dispuestos).

Estas preguntas tienen el objeto de facilitar el flujo de información optimizando la interacción entrevistador-entrevistado. Los criterios de selección que se aplicarán a la muestra serán:

- Usuarios pertenecientes al Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”.
- Diagnosticados con primer episodio de esquizofrenia.
- Que se encuentren estables desde el punto de vista clínico².
- De ambos sexos.
- Cuya participación sea voluntaria.

² Este criterio se reflejará en el tiempo de tratamiento, a su vez se consultará con cada uno de los terapeutas de referencias.

En fusión del tipo de investigación se estableció una muestra pequeña, de 4 sujetos, para favorecer la profundización en el contenido de sus discursos.

Tabla 1. Caracterización de la Muestra

Femenino	Masculino	Edad	Edad en la cual se realiza el diagnóstico	Número de hospitalizaciones	Tiempo de estadía en el Hospital de Día
Sujeto 1		16 años	14 años	4	1 año
	Sujeto 2	17 años	16 años	1	1 año
	Sujeto3	23 años	15 años	1	4 años
	Sujeto 4	20 años	12 años	2	3 semanas

4.4 Técnica e instrumento de recolección de la información

Para los fines de la presente investigación, se utilizará como técnica de recolección de datos la entrevista “estandarizada no programada” (Valles, 2003, p. 187), basada en un guión y cuyas características son la “(...) preparación de guión de temas a tratar (y tener la libertad del entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo de la entrevista)” (Valles, 2003, p. 180).

Se señala que de las herramientas con que cuenta la metodología cualitativa, la entrevista en profundidad es la que más se acerca a la conversación coloquial o de

la vida diaria. No obstante, al contar con un guión y seguir determinadas técnicas también es diferente a una mera plática (Valles, 2003). Ello porque en la entrevista se ha preestablecido que “uno habla y el otro escucha” y por otra parte, que “el entrevistador anima constantemente al entrevistado a hablar sin contradecirle” (Valles, 2003, p. 181). Esto se torna de vital importancia si lo que se busca obtener información acerca de cómo los diversos sujetos actúan y reconstruyen el sistema de Representaciones Sociales en sus prácticas individuales.

En este sentido, el instrumento ha sido caracterizado como no directivo, no estructurado, no estandarizado y abierto, definiéndose como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, los cuales se encuentran dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras. (Taylor y Bodgan, 1987).

La entrevista permite escuchar y recoger testimonios, de la voz viva y natural, directamente desde los protagonistas y actores sociales, y en ese sentido, sólo puede ser leída como interpretación o elaboración que un individuo en sociedad realiza de sus experiencias. De esta forma la técnica adquiere sentido en el marco de la presente investigación, ya que es a partir del lenguaje, instrumento simbólico mediante el cual se construye la realidad, la que a su vez se construye y reconstruye a través de la entrevista, que se accederá a las Representaciones Sociales que los usuarios del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven” construyen sobre el

diagnóstico “esquizofrenia”. Desde aquí podemos plantear que los ejes temáticos sobre los cuales se estructurarán las entrevistas responderán a los objetivos específicos que guían la investigación.

4.5. Plan de análisis de la información

4.5.1. La técnica

La técnica a utilizar será el análisis cualitativo del contenido en base a categorías emergentes por objetivos. Echeverría (2005) plantea que este tipo de análisis busca que las categorías emerjan del trabajo analítico, lo más cercano al discurso de los sujetos, partiendo de los más concreto, literal y micro hacia lo más abstracto, general e integrador.

Este tipo de análisis es uno de los procedimientos clásicos para analizar el material textual producido mediante las entrevistas aplicadas. Presupone que el contenido de un texto no estaría en el mismo texto, sino en un plano distinto en relación con el cual el texto se define revelando su sentido (Delgado y Gutiérrez, 1995). Es decir el análisis de contenido trabaja sobre la práctica de la lengua teniendo en cuenta las significaciones latentes y profundas, intentando develar que hay detrás de las palabras, así mismo actúa sobre los mensajes comunicativos tratando de establecer inferencias o explicaciones.

4.5.2. Procedimiento del Análisis

Echeverría (2005) define 5 pasos para el procedimiento del análisis en base a categorías emergentes por objetivos:

1. La primera lectura:

Realizar una lectura preliminar de todas las transcripciones para intentar pesquisar un sentido general que cruce los textos, intentando aprehender las cargas de sentido y las distinciones que destacan y quedan presentes.

2. La lectura de cada entrevista:

Se procederá a leer cada una de las entrevistas identificando las citas ligadas a los objetivos específicos planteados en la investigación.

3. Construcción de tópicos emergentes:

Estos emergerán de manera inductiva de las citas, las cuales se agruparán en torno a ideas comunes. Una vez conformados los tópicos y denominados hay que generar descripciones que sinteticen los diversos contenidos anudados en el tópico.

4. Construyendo categorías emergentes:

Corresponde ahora leer todos los tópicos con sus descripciones, a fin de agruparlos en base a sentidos que los conecten, en relación a la pregunta planteada. Se busca, entonces, asociar los tópicos en conglomerados mayores y de mayor nivel

de abstracción y de comprensión. Una vez realizada esta tarea de agrupación, se nombra cada categoría. Esta vez se tiende a usar como denominación unos pocos conceptos que clarifiquen la idea y sentido de cada categoría.

5. Integración final:

Se procede a realizar un ejercicio integrativo e interpretativo. En esta fase se espera superar el nivel descriptivo esbozándose las primeras líneas interpretativas y más conclusivas del análisis. A partir de la lectura de todas las categorías se construye un texto que conecte las mismas, para superar la fragmentación propia del trabajo de análisis. Para esto es importante volver, por una parte, a la pregunta de investigación, así como tomar las intuiciones iniciales que se escribieron en el paso 1 de este análisis. Con estos recursos, se debe ir buscando contestar la pregunta de investigación, a partir de lo dicho en cada categoría construida.

En síntesis, el plan de análisis consistirá en organizar el material de acuerdo a las dimensiones de las Representaciones Sociales: campo representacional, actitud e información. Una vez realizada esta tarea, se iniciará la construcción y desarrollo de posibles núcleos figurativos en torno a los cuales se ordenan e integran todas las categorías emergentes.

Tabla 2. Cuadro resumen del análisis de la información

DIMENSIONES O CATEGORÍAS	TÓPICOS
Campo Representacional	<p>Imágenes asociadas al diagnóstico esquizofrenia</p> <p>Imágenes asociadas a la causa del diagnóstico</p> <p>Imágenes vinculadas al tratamiento</p> <p>Imágenes que explican la Hospitalización de corta estadía</p> <p>Imágenes asociadas a la institución “Hospital de Día”</p> <p>Imágenes que explican la incorporación a un “Hospital de Día”</p>
Actitud	<p>Actitudes hacia el diagnóstico esquizofrenia</p> <p>Actitudes hacia el tratamiento</p> <p>Actitud hacia el tratamiento farmacológico</p> <p>Actitud hacia la hospitalización de larga estadía</p> <p>Actitud hacia la incorporación en un “Hospital de Día”</p> <p>Actitud hacia la institución “Hospital de Día”</p> <p>Actitud sobre las formas de relaciones existentes en el “Hospital de Día”</p> <p>Actitud hacia la red social familiar</p> <p>Actitud hacia las reacciones sociales que se generan en el encuentro con otros que se hayan fuera del entorno “cercano”</p>
Información	<p>Conocimientos sobre la esquizofrenia antes que se realizara el diagnóstico</p> <p>Conocimientos sobre la esquizofrenia después del diagnóstico</p>
Núcleo Figurativo	<p>El diagnóstico “esquizofrenia” como condición³ de “extranjero”</p>

³ La palabra condición es utilizada para aludir a una categoría social.

5. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Dimensión Campo de Representación

5.1.1. Imágenes asociadas al diagnóstico esquizofrenia

Se visualiza que el diagnóstico es asociado a imágenes que se presentan como un territorio de “peligro e inestabilidad” en donde confluyen sentimientos subjetivos de “anormalidad”. Asimismo es sentida como algo con lo que se debe cargar, tal vez, para toda la vida.

(.) Así como te dije, que iba a estar mal, así encierra, me imaginé cómo un verdadero monstruo, me imaginé que yo iba a estar mal, que la enfermedad era así [...] se me vinieron puras cosas a la cabeza, malas y todo eso pasó en el tiempo. (.) Por lo que me decían los doctores, así como feo, así como Scary movie, una cosa así, super feo, como un monstruo, así como Michael Jackson cuando canta thriller, puras cosas feas (risas). (S.1:94)

(.) Es que un mundo muy, un mundo temeroso, el de la esquizofrenia. (S.3:50)

[...] los niños esquizofrénicos no son tan peligrosos como la gente normal, que como están compensados con pastillas no son tan peligrosos... (S.4:56)

[...] la enfermedad igual es como media traicionera porque uno puede estar muy bien un año y de repente de un año pa' otro puede estar mal o puede estar bajoneado... (S.4: 96)

Es como una carga que tengo que llevar, no se poh, me gustaría no tener la enfermedad y ser alguien normal... (S.3:170)

[...] no se poh, la esquizofrenia igual es una enfermedad que es para toda la vida, no sé si por toda la vida pero hay que estar compensado con pastillas... (S.4: 64)

Se observan la presencia de otras imágenes que dan cuenta de los límites que los sujetos colocan al diagnóstico, señalando con ellas lo que es y no es esquizofrenia, las cuales los colocan fuera de los límites de la enfermedad.

[...] yo creo que mi mente lo que me pasa, que yo creo que lo que tengo mal yo no esquizofrenia si no es que me pongo muy nervioso, o no sé, mi postura, yo tengo algo, el nerviosismo, cuando estoy muy cansado, no sé, me llega de repente y estoy muy cansado, eso. (S.3: 182)

[...] yo siento que es como un escape, entre comillas, de la mente, siento que es como una acción de evadir la realidad, como lo mismo que yo hice, pero yo lo hice conciente y en los otros no son concientes, como que sus mentes lo hace, yo lo hice propio, de hecho recuerdo todo, RECUERDO DE LA PRIMERA HASTA LA ULTIMA CRISIS. (S.2: 132)

5.1.2. Imágenes asociadas a la causa del diagnóstico

Encontramos la presencia de imágenes que explican la aparición de la enfermedad desde la visión del paradigma hereditario. La enfermedad es explicada

desde el sentido de pertenencia a una historia familiar que los trasciende, la cual es principalmente transmitida por los padres. Cabe destacar que estas imágenes son señaladas por los entrevistados desde la incertidumbre.

[...] es que también, ehm, mi mamá me dice que puedo haber heredado, podría haber heredado eso de mi abuelita, porque mi abuelita sufría de esquizofrenia, su mamá y mi mamá también tiene algunos problemas, tiene, tiene, así como, es agresiva, eso me dice mi mamá que a lo mejor puede haber sido de mi abuelita. (S.1: 86)

Es que por parte de mi papá todos tienen enfermedades mentales, retardo mental, hartas cosas, entonces yo creo de ahí que me nació, no se si habré nací con esquizofrenia o se me habrá presentado en una etapa de mi vida. (S.3: 100)

A demás encontramos la presencia de otras imágenes que atribuyen como causa de la enfermedad, la confusión por parte de los doctores que realizaron dicho diagnóstico.

[...] empezaron a decir que yo tenía esquizofrenia, como a los 16 años, pero yo estoy seguro que fue por una confusión, porque a parte que yo quería que ellos pensaran eso [...] me tomé cinco pastillas de Olanzapina y cómo 20 Aldol. (S.2: 84)

[...] ya poh y yo me las tomé en la mañana, me fui al liceo ahí mi mamá me dijo [...] “te dio una crisi” ahí está ese, ese, el punto en blanco porque todos desde ese día pensaron que esa había sido una crisis, pero esa no fue una crisis, esa fue una intoxicación y de ahí empezaron, dijeron a ya esto en realidad es una esquizofrenia, como que ahí empezaron, entre comillas, CONFIRMAR... (S.2: 86)

Otras de las imágenes que se presentan, se asociada con problemas al interior de la familia, que atañen principalmente a la relación entre los padres, la cual incluye dinámicas de violencia.

Ah, no cacho, no cacho bien, pero mi papá cuando yo era chico era alcohólico mi papá, cuando yo tenía 12, 13 años era alcohólico llegaba todos los días curao a la casa y todas esas cosas las vi yo y llegaba, retaba a mi mamá, le pegaba y eso como que me afectó hartó, [...] () yo creo que por eso igual salí así medio, medio tímido, yo cuando era chico me refugiaba mucho en mi, en mi casa, no salía, tenía poco amigos, eso, creía que me iban hacer algo, que me iban a pegar. (S.4: 66)

5.1.3. Imágenes vinculadas al tratamiento

Dentro de la imagen asociada al tratamiento, confluyen principalmente elementos relacionados con las Hospitalizaciones de Corta Estadía, las cuales son concebidos por los entrevistados como un “internado”, en donde existe una cierta pérdida de la “libertad”.

Si poh, es que es como un internado, porque habían, había gente, uno tenía que estar ahí no más y no podía salir y no podía ver a los padres, bueno, en mi caso yo podía ver a mi puro viejo... (S.2: 24)

[...] empecé a decirle a la doctora que ya estaba bien, que me sentía bien y ahí empezaron a darme permiso de jueve a vierne o de jueve a domingo para ir a mi casa y después tenía que

volver al hospital de lunes a miércoles, estar tres días ahí y después de nuevo permiso o si me portaba mal no me daban permiso. (S.4: 74)

El espacio además es representado como un lugar destinado para personas con problemáticas “graves”.

[...] Las dos veces fueron como mulas, me dio como lata estar ahí, fue como triste estar ahí porque igual ahí hay gente que tiene más problemas que uno, llega ma enfermo, entonces ver todo eso en un hospital es como fuerte poh, yo cuando estuve en el segundo hospital como a los 19 años había, veía como llegaba gente corta en los brazos, en el cuello, los cuchillos enterrados en el estómago, no sé o dopado con pastillas, gritaban en la noche cuando estaba durmiendo, entonces uno tenía que estar como atento a que no pasara nada ahí en el hospital. (S.4: 70)

5.1.4. Imágenes que explican la Hospitalización de Corta Estadía

Dentro de las imágenes que explican la Hospitalización de Corta Estadía confluyen elementos que aluden a un estado depresivo por parte de los entrevistados con ideación suicida, así como también, descompensación por suspensión de medicamentos.

Porque andaba depresiva por todo, no me podían molestar, nada poh, es que an...anda, andaba depresiva porque tenía miedo de que alguien me molestara, de que, de que me hicieran algo. (S.1: 118)

[...] antes de estar internado, yo para desquitarme por lo que hacían mis viejos, que no recuerdo muy bien ahora que hacían (risas), pero me hacían, yo me sentía muy mal y como no podía desquitarme ni con ellos, ni con otra gente me desquitaba conmigo, me cortaba o me intentaba suicidar, de hecho varias veces me corté el cuello así y me trataba de ahorcar, o no se poh (.) ¿Qué ma hacía? Me tomaba pastillas. (S.2: 28)

Igual, no se poh, me acordaba yo me quería como matar, suicidar porque pensaba muchas cosas tontas, que me iban a pegar en la calle, todas esas cosas me imaginaba y me internaron esa vez, [...] ahí estuve como tres o cuatro años bien, estable con pastillas, después la segunda vez como a los 19 años estuve dos meses y una semana por descompensación de pastillas porque no me las tomaba. (S.4: 26)

[...] como no, no llegaba nunca a la casa, a veces me quedaba a fuera en la casa de un amigo, por eso, por lo mismo me internaron, no se poh, debe ser porque no llegaba, a veces llegaba muy tarde, esto fue de los 11 o 12 años. (S.4: 34)

5.1.5. Imágenes asociadas a la institución “Hospital de Día”

Entre los entrevistados encontramos la presencia de imágenes que asocian la institución “Hospital de Día” con la de un Hospital de Corta Estadía en su representación más clásica del “tratamiento de la locura”.

Pensaba que aquí era un hospital, que habían camas y cosas así, yo pensaba que era, ¿cómo?, como un internado, como una cosa así. (S.1, 22)

Yo pensaba que iba a estar como una enferma no más, que no iba a hacer nada poh, que iba a estar con suero y cosas así. (S.1, 32)

No se, yo pensaba que me iba a encontrar con enfermos, con loco, así, así como por ejemplo, como salen en la...en las comedias, cosa así. (S.1, 56)

Que te encierran, así, te ponen de blanco, una cosa así yo pensaba. (S.1, 58)

También encontramos la presencia de imágenes que relacionan la institución con un espacio de sociabilidad en donde se realizan diversas actividades.

[...] talleres, terapia, no talleres yo sabía, pero terapia con los psicólogos o con el psiquiatra, no lo conocía, yo creía que hacían puro talleres acá, cuando llegué pensé eso,... (S.3, 10)

Que era como, como todos los días talleres, compartir con gente, tener más personalidad, todo eso.

(S.4, 6)

5.1.6. Imágenes que explican la incorporación a un “Hospital de Día”

Entre los entrevistados se vislumbran imágenes que se relacionan con el cambio de comportamiento, el cual es desaprobado por los más “cercaños”.

[...] por como me comportaba poh. (S.1, 24)

Hacía cosas, hablaba cosas incoherentes, ehm, decía cosas que na que ver, por ejemplo, mi papá me decía mira que lindo el gato (risas) y yo decía, no es feo, no se decía puras cosas na que ver. (S.1, 26)

Otra de las imágenes que surgen se vincula con la posibilidad de no ser internado nuevamente en un Hospital de Corta Estadía.

Porque yo no quise internarme de nuevo (S.2, 14)

Ehm...mi psiquiatra del Félix Bulnes, el ex-psiquiatra que tenía me dio dos opciones “o te vai a un hospital diurno o te internamos de nuevo”. (S.2, 16)

También existen imágenes que se relacionan con la posibilidad de realizar “un cambio de vida” y así “conocer otro mundo”.

Es que yo antes que me hospitalizaran en el 2004, iba al COSAM de Cerro Navia, pero antes de ir Cosam no hacía nada, pasaba en la tele, jugando video juegos, era como una vida (.) pobre, no sé si decir miserable, porque lo único que hacía era estar en la cama, ver tele, videojuegos. (S.3: 26)

Otra de las imágenes que se desprenden de las entrevistas se relaciona directamente con el diagnóstico “esquizofrenia”.

Por la esquizofrenia que tenía yo, me diagnosticaron allá en el CRS, ahí me diagnosticaron y lleuçe hasta aquí, desde los doce años que me la diagnosticaron. (S.4: 4)

5.2. Dimensión Actitud

5.2.1. Actitudes hacia el diagnóstico esquizofrenia

Se visualiza la existencia de valoraciones negativas hacia el diagnóstico, siendo asociado a sentimientos subjetivos de tristeza y desesperación.

Ahí yo quedo mal no mas poh, empecé a llorar, no sabía que hacer (.), quedé pah entro, no quería saber de na. (S.1: 68)

Mal, de verdad mal. (S.1: 76)

Sentí como pena, angustia porque antes de los 12 años yo era un niño súper sano, no fumaba, no tomaba, hacía puro deporte, era un cabro super sano y cuando me dijeron que tenía esquizofrenia me sentí mal, con pena, no tenía ganas de na... (S.4: 42)

Pese a lo anterior, también se visualizan valoraciones positivas hacia el diagnóstico al presentarse como la confirmación de un objetivo circunscrito a diferentes sentidos.

Es que yo quería eso. (S.2: 88)

Fue como bien, lo hice, porque dije ya desde ahora lo que haga, soy como entre comillas, intocable. (S.2: 96)

Cambie ehm, no se poh mis viejos se unieron, entre comillas, un poco más, porque empecé a hacer que se unieran por mi hermana no por mi. (S.2: 106)

Yo me ayudé porque cambié mi vida, porque yo aprendí a pensar y a canalizar mis pensamientos, a ordenarlos. (S.2: 118)

[...] conocí a mucha gente que me hace sentir bien y conocí a mucha gente que me hizo, que me hizo cambiar [...] pero el punto es que me sirvió de mucho haber hecho esto, haber creído que lo hice porque logré vivir, pude experimentar lo que es la vida de verdad, porque antes yo no vivía... (S.2: 176)

[...] yo quería que esta mentira me dejara solo, [...], pero me hizo que la gente se me acercara y al no sentirme solo empecé a vivir, yo vivo mi error. (S.2: 186)

5.2.2. Actitudes hacia el tratamiento

Las actitudes de los entrevistados hacia el tratamiento, se circunscriben a elementos relacionados con el tratamiento farmacológico y Hospitalizaciones de Corta Estadía.

5.2.2.1. Actitud hacia el tratamiento farmacológico

Se observa la presencia de valoraciones negativas y positivas hacia el tratamiento farmacológico las cuales se relacionan con las sensaciones subjetivas de bienestar o malestar físico y psicológico.

[...] ahora tomo Olanzapina, que me hace pensar mejor las cosas, yo encuentro, me quedo dormida al tiro en la noche, duermo relajada, no sueño cosas, ese medicamento me hizo super bien... (S.1: 114)

[...] la Paroxetina me mantiene más animoso, porque igual me bajones, me bajones... (S.4: 86)

[...] ahí me inyectaban Amparax, puras cosas que no conocía, Risperidona, andaba super mal, botaba saliva... (S.1: 116)

Yo no me la quería poner, pero no sé, me obligaron, me presionaron mucho los paramédicos [...] con eso también me dieron el Aldol y todos los días tenía que ir a la posta porque me daban distonía con el Modecate. (S.3: 42)

Me inyectaban Diacepam y se me pasaba, se me iba la vista para arriba, una vez estuve super mal, estuvo no sé, tipo depre así, estuve a punto de morir porque me había puesto el Modecate... (S.3: 44)

También se observan actitudes negativas hacia los fármacos que sustentan en las creencias subjetivas de que estos son eficaces en las personas que tienen la “enfermedad”. En este caso observamos que el valor positivo hacia los medicamentos proviene desde los familiares.

Los medicamentos me los tomo porque mi mamá me obliga, si de hecho pasó, esto tampoco se lo he contado a nadie, pero se lo conté a mi mamá una vez, pero se lo conté porque me dio rabia, que yo pasé dos, no, como cuatro meses escondiendo las pastillas, las dejaba en mi

billetera, la cerraba y seguía como si nada, porque yo sabía que las pastillas no me iban hacer nada porque no tenía nada. (S.2: 114)

5.2.2.2. Actitud hacia la Hospitalización de Corta Estadía

De los sujetos entrevistados se desprende una actitud negativa hacia la Hospitalización de Corta Estadía, con opiniones que devalúan el “trato” y “tratamiento” recibido por parte de las instituciones a las cuales fueron remitidos.

Terrible, lo más terrible fue en La Avenida la Paz,... (S.1: 116)

Fue super charcha, ME DIO CUALQUIER RABIA, es que no sé si será como transmitirle ese sentimiento porque, [...] que a uno lo hagan pasar a una parte y le cierren la puerta en la cara y no lo dejen salir y eso fue como super rabia,... (S.2: 120)

Otros sujetos termina valorando positivamente la incorporación a un Hospital de Corta Estadía, sin embargo, la misma es vivida subjetivamente como una experiencia en donde el valor y la paciencia son elementos fundamentales para enfrentarla y lograr el alta.

Ser consiente que estaba ahí por mi bienestar, que, que ellos me ayudaban ahí, era por mi bien y lo acepté y tuve valor y paciencia y hasta que me dieron de alta. (S.3: 72)

Ahí, cuando estaba a mitad de tratamiento, me dije “no debo estar así, al contrario, debo estar contento porque acá me van ayudar”, pero (risas) lo único que no me gustaba y tenía miedo eran los electroshock. (S.3: 74)

[...] mejor que me hayan internado, [...] Porque si no hasta el día de hoy estaría mal, a lo mejor no estaría vivo, yo creo que me habría matao o cortao los brazos, pero nunca hice nada contra mi vida, pensaba no más, nunca llegué a esa instancia. (S.4: 88)

5.2.3. Actitud hacia la incorporación en un “Hospital de Día”

Dentro de las actitudes hacia la incorporación de un “Hospital de Día” encontramos valoraciones positivas que se relacionan con los efectos que esta produjo en sus vidas, la cual le ha permitido conocer un “mundo distinto”, así como también, superar sus “dificultades” señaladas como “avances”.

Me di cuenta de todo, me di cuenta de que aquí eran buenas personas [...] ehm, me ayudan y por eso gracias a dios y gracias a ustedes igual he salido adelante poh y ahora yo me siento igual bien. (S.1: 34)

Mucho mejor poh, ustedes me mostraron cómo es la vida. (S.1: 36)

Si, yo sentí como una gran energía en mi mente, libertad, pensaba que era divertido, me gustó porque yo antes pasaba en la cama viendo tele, entonces era un cambio total en mi vida, venir para acá, no sé, hay muchas cosas que hacer, me acogieron muy bien, y eso, muchas cosas que hacer. (S.3: 14)

No sé, hablo más fuerte, me socializo mejor, ehm no sé, con ayuda de los terapeutas en cosas que me dificultan he avanzado también. (S.3: 20)

También encontramos la presencia de valoraciones negativas asociadas a sentimientos subjetivos de no sentir diferencias en la “forma de ser y sentir” desde la incorporación al “Hospital de Día”.

[...] es que yo no encuentro mucha diferencia desde cuando entre al hospital hasta ahora, no, no me he sentido diferente y entré ahí y era super, ¿cómo se puede decir?... extrovertido [...] así que fui siempre como soy ahora y mis sentimientos, emociones no han cambiado mucho tampoco, porque siempre ha estado esa sensación de que necesito ayudar y esa pena que siempre tenía antes aún la sigo teniendo, pero ahora lo único que ha cambiado es que ahora no lo demuestro, no lo demuestro, ¿cómo se puede decir?...lo puedo fingir al cien por ciento que estoy lo contrario y ahora nadie puede notar que estoy mal o que tengo alguna pena y eso es lo único que podría haber cambiado y eso no creo que sea alguna ayuda,... (S.2: 6)

5.2.4. Actitud hacia la institución “Hospital de Día”

Dentro de los entrevistados la institución “Hospital de Día” es valorada positivamente ya que es considerado como un espacio relacional, de intercambio afectivo y de ayuda para lograr un mayor “desenvolvimiento social”.

[...] los quiero mucho, me di cuenta que todo era bonito aquí, que como me tratan, igual a veces me siento aburría, me aburro, trato de conversar con los chiquillos y como que ahí se me quita el aburrimiento (risas). (S.1: 44)

No se poh, estar opinando cosas cuando uno está en los talleres, dentro de un taller y opina cosas, que igual yo soy medio tímido entonces me ha ayudado hartito esto para tener personalidad, cuando estoy con mis compañeros igual hablo hartito, opino, esas cosas. (S.4: 8)

Es como un proceso para tener como más capacidades mentales, más capacidad física. (S.4: 18)

Una muy importante, es que hay harta gente joven que tiene esquizofrenia y pasan en su casa, y hay pocos hospitales de día, entonces me gustaría que esto fuera más reconocido por la gente, por el gobierno, para que hagan más hospitales de día donde los jóvenes con problema mental vengan, porque muchas veces yo no sabía que existían los hospitales de día y estas cosas y son una gran ayuda,... (S.3: 24)

En cuanto a la ayuda que los entrevistados refieren recibir por parte del “Hospital de Día” existe la presencia de valoraciones negativas hacia ella, la cual es considerada como una forma de crear dependencia, considerando que la ayuda que reciben es la impuesta por el “sistema”.

Creo en la ayuda, pero, siento que en algún momento no va a ser buena para la persona, porque si a una persona lo ayudan mucho se empieza a poner dependiente y una persona dependiente no puede ser autónoma o auto independiente. (S.2: 152)

[...] con la forma que le están dando, onda la forma impuesta por el sistema. (S.2: 148)

5.2.5. Actitud hacia las relaciones existentes en el “Hospital de Día”

Los sujetos entrevistados refieren una valoración positiva hacia las relaciones interpersonales construidas con sus compañeros, las cuales en ocasiones son señaladas como relaciones de amistad, en donde se brindan apoyo y afecto, mirándose mutuamente como personas normales.

[...] eran personas normales poh, normales ehm, en el sentido de hablar, normales como tratar a las personas, que aquí, igual son todos cariñosos. (S.1: 60)

[...] me sentí contenta, me causó emoción, aquí cuando llegué los chiquillos me decían “cualquier cosa cuenta con mi apoyo”, me decían “aquí estamos pa` apoyarte” y ahí me hice una gran amiga de ellos y ahora nos llevamos super bien. (S.1: 62)

[...] los veo como niños normales (1) no se poh, tienen una enfermedad igual que yo pero igual los veo como niños normales, no se poh, niños buenos. (S.4: 92)

[...] es que generalmente la gente se acerca a mi a pedirme consejos oh...no se poh a pedirme ayuda y yo ayudando me siento bien y por eso muchas veces les decía a mi amigos, “pucha yo estoy bien pero igual voy a decir o voy a tratar de hacer que piensen que estoy más o menos no más para seguir aquí”, porque siento que igual yo puedo ser un aporte al hospital, pero siento que para los demás igual puede ser una ayuda y para mi igual siento que igual fue como parte de la ayuda porque ellos fueron los que me empezaron a hacer notar que yo podía ayudar. (S.2: 2)

No obstante, se visualizan valoraciones negativas sobre las mismas al ser consideradas como egoístas, en donde existe un trato irrespetuoso.

[...] son irrespetuosos, es que pasan a llevar a gente piensan en ellos no más, yo comprendo que tienen energía pero yo digo “siempre hay que tener energía, pero siempre respeto a los demás”, porque uno es capaz de guardar esa cosa. (S.3: 140)

5.2.6. Actitud hacia la red social familiar

Se visualizan valoraciones positiva sobre el “trato” que les brindan sus cercanos refiriéndose directamente a sus familiares. Pese a tal actitud, dan cuenta de dinámicas familiares complejas las cuales son valoradas negativamente.

Mi familia siempre me ha tratado bien, pero yo (.) estoy igual agradecida de mi mamá, mi papá, super agradecida por que igual ellos, ellos no, no sabían como tratarme al principio pero después ellos aprendieron, siempre han estado conmigo y como todos pasan por altos y bajos. (S.1: 130)

Que a veces mis papás han peleado, mmm, yo me he sentido a veces mal,... (S.1: 132)

Mi mamá me trata especial, más que nada porque tengo esquizofrenia, por que yo nunca le faltó el respeto, nos llevamos muy bien con mi mamá, pero ella es alcohólica y no está en tratamiento [...] mi papá también es alcohólico estuvo hospitalizado el año antes pasado, en el psiquiátrico estuvo como 2 o 3 semanas y de ahí que ya toma pero no tan seguido, le dieron pastillas igual, controles, pero no va, no se toma las pastillas, a veces veo mal a mi mamá que

toma mucho vino, me dan ganas de morirme, de no hacer nada, de mis proyectos, me da una rabia, UNA IMPOTENCIA, RABIA, TRISTEZA, una mezcla de todo lo malo. (S.3: 146)

Sí, bien, nunca me han dicho nada, nunca me han, me han discriminado en ese sentido, nunca me han discriminado, amigos de mi hermana, [...] todos los amigos me caen bien, son super buena onda y todos saben lo que yo tengo, me dicen que tire pa' arriba, nunca me han dejado botao, nunca me han discriminado así. (S.4: 94)

5.2.7. Actitud hacia las reacciones sociales que se generan en el encuentro con otros que se hallan fuera del entorno “cercano”

Los sujetos entrevistados, muestran una valoración negativa sobre las reacciones sociales que experimentan con aquellos que nunca han estado en el “lugar” que ellos ocupan en la sociedad.

Que igual se den cuenta de las personas, que, que tienen enfermedad y que, que igual ello miren igual a las personas que tenemos esta enfermedad, que, que igual no sean tan orgullosos. (S.1: 142)

Que yo digo que los miren más, que se den cuenta de, de que no solamente nosotros somos como dicen los demás, “locos”, que somos personas como todos no más poh, normales. (S.1: 144)

Pero yo igual me he dado cuenta, que cuando ando con algunos compañeros del hospital que son buenos pah tirar chistes, le sear, los quedan mirando y la gente se ríe de ellos, o los miran

a veces extraño, me gustaría que esto no fuera así, porque somos personas como todos no más. (S.1: 152)

No, que antes de juzgar se culturicen sobre la esquizofrenia que es una enfermedad como cualquier otra y que hay que respetarlos. (S.3: 168)

[...] que no discriminen porque igual es fuerte cuando uno llega a una parte y dice que tiene esquizofrenia y lo discriminen, igual es fuerte, da como pena. (S.4: 100)

5.3. Dimensión Información

5.3.1. Conocimientos sobre la esquizofrenia antes de recibir el diagnóstico

Algunos de los entrevistados refieren no haber tenido conocimientos sobre la esquizofrenia antes de que se realizara el diagnóstico.

No sabía nada, si yo lo único que sabía era jugar... (S.1: 96)

Otros entrevistados refieren haber conocido la esquizofrenia antes del diagnóstico. Conocimiento que se circunscribe mayoritariamente a los síntomas de la enfermedad.

Si poh como esa parte la síntomas más conocidos que puede ser la esquizofrenia paranoidea o la esquizofrenia normal, entre comillas, (risas) que es la, es la, los síntomas más normales es que empezai a escuchar voces o vei visiones o te sentí perseguido... (S.2: 100)

De las voces, de las voces que escuchaba sólo, de la locura de hablar sólo, esas cosas, era algo popular, algo popular hasta ahora, si a una persona normal le preguntan “¿qué es la esquizofrenia para usted?” yo creo que eso es lo primero que se le viene a la mente. (S.3: 86)

[...] la había escuchado pero nunca pensé que me iba a dar, había escuchado que emh la esquizofrenia era las personas que estaban como locas, así, que imaginaban cosas, que se cortaban los brazos... (S.3: 56)

5.3.2. Conocimientos sobre la esquizofrenia después de recibir el diagnóstico

Dentro del grupo de entrevistados se vislumbra que poseen escaso, confuso o nulo conocimiento sobre la esquizofrenia, diagnóstico informado principalmente por psiquiatras, así mismo la información entregada alude principalmente a ciertos síntomas de la enfermedad, a sus causas y estadísticas sobre el porcentaje de la población afectada por la enfermedad.

[...] me lo explicaron, me dijeron que era una enfermedad que, que escuchaban voces, que andaba mirando pah todas partes, que no se sentían seguros, pero, yo no me sentía muy identifica. (S.1: 70)

Me dijo que, que tuviera igual cuidado para andar en la calle, me decía puras cosas... (S.1: 82)

Dicen que esa, así es la esquizofrenia más grave (S.1: 90)

He, la esquizofrenia, no, hasta el momento no lo sé, es que cuando iba a control el doctor me veía, me veía los ojos, escribía y se despedía de mi, no me hacía pregunta ni nada, el otro doctor está al lado con el celular, hacía preguntas no más, conversaban entre ellos, casi no me hacían preguntas y no sé a qué iba yo poh. (S.3: 90)

Esquizofrenia es un problema mental, que me decían en el psiquiátrico que era una venita que se tapaba, las practicantes de enfermería decían eso, una venita que se tapaba en el cerebro (S.3: 184)

Que era una enfermedad para casi toda la vida, que si no tomaba las pastillas uno se descompensa y eso (.) me sacaron electroshock también de la cabeza, me ponían cosa en la cabeza. (S.4: 38)

[...] un examen pa` la mente y ahí nunca supe lo que salió ahí, nunca me dijeron, no me dijeron nunca, solamente me dijeron que tenía esquizofrenia paranoide. (S.4: 40)

No, nada, ahí en el CRS me enseñaron hartó que la enfermedad de la esquizofrenia se le daba a un niño de mil, a un niño de un millón, de cien personas en un grupo a uno le da esquizofrenia, eso me dijeron, me contaron eso y eso no más, no me dijeron nada más. (S.4: 50)

6. SÍNTESIS INTERPRETATIVA: NÚCLEO FIGURATIVO

A partir del análisis del contenido de los sujetos entrevistados, en torno a las dimensiones Campo Representacional, Actitud e Información surge un solo núcleo figurativo que reúne las diversas imágenes acerca del diagnóstico esquizofrenia.

Núcleo Figurativo: El diagnóstico “esquizofrenia” como “condición”⁴ de “extranjero”

El diagnóstico se presenta como un escenario en donde se dan cita el sujeto, su historia vital y el saber médico psiquiátrico, instancia en la cual se produce un giro en la apropiación del saber sobre sí mismos.

La palabra es donada por el sujeto como garante de un alivio al malestar subjetivo, el alivio, un hecho, que a todas luces es claro y “objetivo” para el saber médico psiquiátrico, el cual sintetiza al sujeto en un diagnóstico que hiende todo el trayecto que hasta ese momento habían logrado trazar, de-construyendo, los sentidos y significados anudado a su padecer, pues desde los contenidos entregados mediante las entrevistas se desprende que sus problemáticas y dificultades para habitar en lo social, tiene su origen en lo social. Sin embargo, todo se desarrolla sin su intervención, he ahí el extranjero en tierra de “otros”, en la tierra de aquellos que saben lo que él ignora sobre su saber. Nos encontramos ante un sujeto, sujetado por el

⁴ La palabra condición es utilizada para aludir a una categoría social.

discurso de la psiquiatría, el cual a su vez traza los puntos sociales por los cuales transitará, incluyéndolo a su territorio y a la vez excluyéndolos de otro.

Si tomamos en cuenta que el diagnóstico es representado por los entrevistados, como una “condición” en la cual la diferencia, no es asimilable por los otros, “nosotros”, también se torna un “extranjero” dentro de la comunidad de pertenencia en donde los vínculos sociales se fragmentan. Los entrevistados señalan sentirse mirados por aquellos no cercanos como “extraños”, “raros” y “discriminados”. De ésta forma el “extranjero” se encuentra en el horizonte espacial de un grupo social dado, son parte del grupo, pero se integra a éste mediante su inclusión en instituciones sociales que son señaladas como lugares de exclusión.

Las instituciones destinadas al “trato” y “tratamiento” de los sujetos, son valoradas positiva o negativamente según la experiencia subjetiva de impacto en sus vidas. Todos los entrevistados relatan haber transitado por Hospitales de Corta Estadía, las cuales son asociadas a una experiencia “terrible” en donde se pierde la “libertad”, siendo necesario aspectos como el “valor”, la “paciencia” y “frialdad” para hacerle frente y lograr el alta médica. Otra de las instituciones asociadas al diagnóstico es el “Hospital de Día”, el cual es valorado positivamente como un espacio de intercambio afectivo entre todos los que conforman la institución. Entre ellos se miran como “normales”, comparten sus “experiencia” y se brindan “apoyo” en los momentos difíciles, llegando a conformar redes de “amistades” que se

extienden fuera de los límites de la institución cobrando relevancia la inclusión, el ser-con-otros.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos por la investigación, nos indican que los adolescentes se encontrarían en una posición desventajosa frente al entorno social.

El diagnóstico promueve la circulación de una serie de significados sobre ellos, los que a su vez actúan como limitaciones para ser legitimados como un otro válido en igualdad de condiciones. Si tomamos en cuenta que una de las preocupaciones centrales de los adolescentes es cómo es valorado y definido por los demás, no es de extrañar el fuerte impacto que se produce al ser signado como portador de la categoría diagnóstica “esquizofrenia”. Ésta demarca la fuerte institucionalización que deberán afrontar, en donde vivirá su adolescencia como un desafío aún más complicado, el costo de corregir un defecto, de sentirse distinto, no como una forma de diferenciación, sino como una exclusión.

Los adolescentes entrevistados, nos señalan los sueños que tiene para el futuro, ninguno muy distinto de lo que alguna vez nosotros soñamos, sin embargo el diagnóstico les señala las limitaciones de sus proyectos, la incertidumbre con respecto al futuro.

Cabe reflexionar sobre los efectos que el saber científico, del cual nosotros somos portadores, tiene en los sujetos sobre los cuales se pronuncia. Por todos lados

se les exige un cambio, existiendo soporte práctico y teórico para que se realice, sin embargo no sabemos si la sociedad está preparada para incluirlos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abarzúa, M. (2010). Diagnóstico Primer Episodio de Esquizofrenia Trayectoria en Adolescentes. Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.
2. Alvarado, R. (2005). Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de psicosis. CONICYT, Proyectos en Salud - SA05I20059.
3. American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
4. Ander- Egg (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen.
5. Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones, *Cuadernos Técnicos N° 6*. Madrid: Edición Asociación Española de Neuropsiquiatría.
6. Basaglia y otros. (1977). *Los crímenes de la paz*. México: Siglo XXI.

7. Berger, P. y Luckmann, T. (1989). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
8. Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, Teoría del Sujeto, Psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo Veintiuno.
9. Bruzzone, M. (1991). “Algunas notas acerca del Proceso Adolescente, desde la Perspectiva Psicoanalítica”. En M. Mena & S. Rittershausen (Eds.), *La juventud y la Enseñanza Media: una crisis por resolver*. Santiago: CPU.
10. DAVILA LEON, Oscar. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: DE LAS NOCIONES A LOS ABORDAJES. *Ultima décad.* [online]. 2004, vol.12, n.21 [citado 2011-01-27], pp. 83-104. Extraído el 12 de junio de 2010 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-
11. Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis.
12. Echeverría, G. (2005). *Análisis cualitativo por Categorías. Apuntes docentes de Metodología de Investigación*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Psicología, Santiago.

13. Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones de la Universidad Católica.
14. García, T. (2005). *Etapas del Proceso Investigador: Población y Muestra*.
Extraído el 9 de mayo 2010 desde <http://www3.unileon.es/dp/ado/ENRIQUE/Diversid/Webquest/poblacionmuestra.doc>
15. Hernández R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Colombia: McGraw-Hill.
16. Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. España: Editorial Sendai.
17. Manual de funcionamiento hospital día para adolescentes. (2009). Documento de trabajo del Hospital de Día para Adolescentes “Perspectiva Joven”. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
18. Martínez, H. Ángel. (1998) *¿Has visto llorar un cerezo?* Publicaciones Universitarias de Barcelona.
19. Ministerio de Salud (2000). Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas con esquizofrenia. Santiago: Serie MINSAL.

20. Ministerio de Salud (2001). Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Serie: MINSAL.
21. Ministerio de Salud (2005). Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia. 1° Ed. Santiago: Serie MINSAL.
22. Ministerio de Salud (2009). Guía Clínica Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia. Santiago: Serie MINSAL. Extraído el 01 de octubre de 2010 desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>
23. Millon, T. (1999) *Trastornos de Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
24. Moscovici, S (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
25. Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social. Psicología social y Problemas Sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.
26. Naranjo, C. (2001). Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile. *Monografías de Gestión en*

Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Ciencias Médicas, Unidad de Psiquiatría. Extraído el 16 de junio de 2010 desde http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/hospital_de_dia.pdf

27. Palma, C. (2007). Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE. Tesis para optar al grado Doctoral, Universitat Ramon Llull. Departamento de Psicología de la Facultad de Psicologia, Ciències de l'Educació i del'Esport Blanquerna. Extraída el 02 de agosto de 2010 desde http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URL/AVAILABLE/TDX-0116107_165547//PalmaSevillano.pdf
28. Rodríguez, G., Gil, J. y García, E.. (1996) Cap. I. Tradición y Enfoques en la Investigación Cualitativa (pp. 1-35). En *Metodología de la investigación cualitativa*. Ed. Aljibe. Extraído el 1 de julio 2010 desde <http://www.upch.edu.pe/faedu/documentos/materiales/invcualitativa/tradic.pdf>
29. Sapiains, R. y Zuleta, P. (1999). “Representaciones Sociales de la Escuela en Jóvenes Urbano Populares Desescolarizados” Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

30. Silva, H. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
31. Taylor, J. y Bogdan, R (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós
32. Uribe, C. (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, año/vol. XXIX, número 004, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, Colombia, pp. 345- 366. Extraído el 17 de septiembre de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80629403.pdf>
33. Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2007). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología* 2007, Vol. 24, 1-3, 185-221. ISSN 0213-3334. Extraído el 12 de agosto de 2010 desde http://www.p3-info.es/view_article.Asp?id=14&cat=6
34. Valles, M (2003) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

9. ANEXOS

9.1. Recolección de la información

9.1.1. Entrevista sujeto 1

1. Entrevistadora: Bueno, lo primero que me gustaría saber es ¿cómo te has sentido en el hospital de día?
2. Entrevistada: Bueno, yo igual, al principio yo me sentía como mal, yo dije, ah estoy enferma, me dije pucha, bueno será, pero después descubrí acá que todo era diferente (.), pero yo al principio me sentía mal, aquí me aburría cuando llegué, si, yo llegué en septiembre del año pasao.
3. Entrevistadora: Ah, veo que llevas un poco más de un año aquí, y que recuerdas lo que te sucedía cuando llegaste, entonces, podría preguntarte ¿qué te pareció el hospital cuando llegaste?
4. Entrevistada: Mal, POR QUE YO DIJE, ¡VOY A ESTAR CON PURO ENFERMOS!
5. Entrevistadora: ¿Y qué te estaba pasando en ese momento?
6. Entrevistada: En ese momento yo me sentía mal, una vez escuché voces. Una vez no más escuché voces y después empecé con depresión.
7. Entrevistadora: ¿Comenzaste a escuchar las voces cuando ya habías llegado al hospital de día?
8. Entrevistada: Eh, sí, no, pero antes yo me quería, yo me intenté suicidar tres veces.

9. Entrevistadora: ¿Antes de llegar acá?
10. Entrevistada: Sí, eh, llamaron a los carabineros, yo era agresiva a veces con mi mamá.
11. Entrevistadora: ¿Y eso cómo a que edad fue?
12. Entrevistada: (Suspira), YO EMPECE CÓMO DESDE LOS DOCE AÑOS, mi primer evaluación que hicieron los médicos fue en el hospital Roberto del Río, Salud Mental, ahí empecé, ehm, y yo lloraba por todo.
13. Entrevistadora: ¿Y qué te dijeron los médicos cuando te evaluaron?
14. Entrevistada: No, me dijeron que tenía depresión, me dijeron que era una simple depresión, después más adelante yo seguía haciendo eso, fueron tres veces como cada mes.
15. Entrevistadora ¿Qué seguías haciendo?
16. Entrevistada: Eh, me quería matar y las tres veces me pilló, una vez me pilló mi hermano, la segunda mi hermana y la tercera mi mamá, me llevaron al médico, ehm (suspira), igual eso fue muy difícil para mi porque yo no sabía lo que estaba haciendo, ehm, todo me parecía mal.
17. Entrevistadora: ¿Cómo es eso de que todo te parecía mal, de que no sabías lo que estabas haciendo?
18. Entrevistada: Ehm, no sabía lo que estaba haciendo, ¿en que sentido?, en que andaba por ejemplo, así mal vestida, me ponía el pelo adelante, puras cosas así.
19. Entrevistadora: ¿Y eso qué significaba para ti?

20. Entrevistada: Yo lo trataba cómo depresión no mas poh, (.) después de todo eso llegue acá y yo decía poh que me iban a tratar como enferma y mi papá decía que yo no era enferma, pero ahora me doy cuenta que todo es distinto
21. Entrevistadora: ¿Qué te hacía pensar que te tratarían cómo enferma?
22. Entrevistada: Pensaba que aquí era un hospital, que habían camas y cosas así, yo pensaba que era, ¿cómo?, como un internado, como una cosa así.
23. Entrevistadora: Veo que te diste cuenta, con el paso del tiempo, que este lugar no era como tu imaginabas, entonces, ¿por qué crees que llegaste al hospital de día?
24. Entrevistada: (Suspira), por como me comportaba poh.
25. Entrevistadora: ¿Cómo te comportabas?
26. Entrevistada: Hacía cosas, hablaba cosas incoherentes, ehm, decía cosas que na que ver, por ejemplo, mi papá me decía mira que lindo el gato (risas) y yo decía, no es feo, no se decía puras cosas na que ver.
27. Entrevistadora: Me dices que llegaste aquí por las cosas incoherentes que hacías, pero más allá de tu comportamiento, ¿por qué crees que debes asistir al hospital de día?
28. Entrevistada: Porque es mi tratamiento, para sentirme mejor, para yo estar más estable, para no hacer las mismas cosas que hacía antes.
29. Entrevistadora: ¿Y qué cosas hacías antes que quieres dejar de hacer?
30. Entrevistada: Lo que te dije poh, andaba mal, ehm, no sabía ni siquiera donde estaba.

31. Entrevistadora: ¿Qué ideas tenias de lo que vendrías hacer aquí, antes de conocer el hospital de día?
32. Entrevistada: Yo pensaba que iba a estar como una enferma no más, que no iba a hacer nada poh, que iba a estar con suero y cosas así (risas).
33. Entrevistadora: Y una vez que fuiste conociendo el lugar, ¿qué pasó con eso que creías?
34. Entrevistada: Me di cuenta de todo, me di cuenta de que aquí eran buenas personas, me di cuenta de que aquí sí se podía trabajar, me di cuenta que, que todos son simpáticos, ehm, me ayudan y por eso gracias a dios y gracias a ustedes igual he salido adelante poh y ahora yo me siento igual bien.
35. Entrevistadora: ¿Cómo te sientes ahora?
36. Entrevistada: Mucho mejor poh, ustedes me mostraron cómo es la vida.
37. Entrevistadora: ¿Y cómo es la vida?
38. Entrevistada: Bonita, porque yo antes miraba todo feo, como que lo veía todo negro y cuando chica mis papás me enseñaron que era todo color de rosa y tampoco no es todo así.
39. Entrevistadora: ¿Algo pasó que te diste cuenta que no todo era color de rosa?
40. Entrevistada: Sí poh, ehm, sí, que mi papá empezó a tomar, mi mamá me pegaba, pero gracias a dios eso ya no está pasando ahora, ahora nos tratan bien, los castigan no más, todo ha cambiado gracias a dios.
41. Entrevistadora: ¿Podrías decirme qué lugar ocupa en tu vida el hospital de día?
42. Entrevistada: El espacio feliz.
43. Entrevistadora: ¿Cómo es eso?

44. Entrevistada: Es como algo que, como una parte de mi corazón, que yo los quiero mucho, mucho y a pesar que igual no llevo tanto tiempo como otros de aquí del hospital, pero los quiero mucho, me di cuenta que todo era bonito
45. aquí, que, como me tratan, igual a veces me siento aburría, me aburro, trato de conversar con los chiquillos y como que ahí se me quita el aburrimiento (risas).
46. Entrevistadora: ¿Qué te aburre del hospital de día?
47. Entrevistada: A veces estar, ehm, a veces estar, como muy, muy, a veces muy sola.
48. Entrevistadora: ¿Cómo es eso de estar muy sola?, no lo entiendo
49. Entrevistada: Que a veces yo me aislo poh, pero no siempre (risas), porque casi siempre estoy conversando con ustedes y eso me ha ayudado hartito, también le agradezco hartito mi primera psicóloga que tuve, yo fui su primera paciente y ella fue mi primera psicóloga.
50. Entrevistadora: ¿Antes no habías tenido psicólogo?
51. Entrevistada: No, nunca, solamente que eran psicólogas, así que no tenía fijo, por ejemplo, me veían en el momento no más, no fijo así como yo ahora converso con mi psicólogo aquí, antes conocí a distintos psicólogos o psiquiatras.
52. Entrevistadora: Psiquiatras. ¿Qué te decían ellos con respecto a lo que te sucedía?
53. Entrevistada: Me decían que... (suspira) era una enfermedad poh, que, que tenía esquizofrenia y el doctor Medel también él me atendió ahí en el Félix Bulnes, el me atendió cuando tenía 12 años.
54. Entrevistadora: ¿A los 12 años te dijeron que tenías esquizofrenia?

55. Entrevistada: Sí, o sea, ahí me decían que tenía depresión, pero después, más adelante me detectaron esquizofrenia.
56. Entrevistadora: ¿Qué cosas esperabas encontrar aquí?, ¿Cuáles eran tus expectativas?
57. Entrevistada: No sé, yo pensaba que me iba a encontrar con enfermos, con loco, así, así como por ejemplo, como salen en la...en las comedias, cosa así (risas).
58. Entrevistadora: ¿Qué cosas salen en las comedias?
59. Entrevistada: Que te encierran, así, te ponen de blanco, una cosa así yo pensaba.
60. Entrevistadora: ¿Y qué encontraste?
61. Entrevistada: Algo mucho diferente, muy diferente, eran personas normales poh, normales ehm, en el sentido de hablar, normales como tratar a las personas, que aquí, igual son todos cariñosos.
62. Entrevistadora: ¿Qué sentiste al haber encontrado personas normales, distintas a lo que tú esperabas encontrar?
63. Entrevistada: Me sentí, me sentí contenta, me causó emoción, aquí cuando llegué los chiquillos me decían “cualquier cosa cuenta con mi apoyo”, me decían “aquí estamos pa` apoyarte” y ahí me hice una gran amiga de ellos y ahora nos llevamos super bien.
64. Entrevistadora: Quisiera retomar algo que me dijiste hace un momento atrás. Me contaste que habías tenido algunas complicaciones, que luego te dijeron que tenías una simple depresión...
65. Entrevistada: Sí, una simple depresión.

66. Entrevistadora: Al tiempo después te informaron que tenías esquizofrenia. ¿Quién te informo esto?
67. Entrevistada: El doctor Medel, el psiquiatra.
68. Entrevistadora: Y cuando te dijo que tenías esquizofrenia, ¿qué te sucedió?
69. Entrevistada: Ahí yo quedo mal no mas poh, empecé a llorar, no sabía que hacer (.), quedé pah entro, no quería saber de na.
70. Entrevistadora: Pero, ¿por qué?, ¿tú manejabas alguna información sobre la esquizofrenia?
71. Entrevistada: No poh, yo no sabía tampoco (risas), me lo explicaron, me dijeron que era una enfermedad que, que escuchaban voces, que andaba mirando pah todas partes, que no se sentían seguros, pero, yo no me sentía muy identifica.
72. Entrevistadora: ¿A qué te refieres cuando dices “no me sentía muy identifica”?
73. Entrevistada: Con, con que yo mirara así pah tras a cada rato, a veces lo hago, porque igual a veces me siento un poco insegura, pero no siempre.
74. Entrevistadora: Entonces, no te sentías muy identificada.
75. Entrevistada: Sí poh, (suspira) porque yo decía que estaba bien poh.
76. Entrevistadora: Tú decías que estabas bien, ¿y cómo sentías que estabas?
77. Entrevistada: Mal, de verdad mal.
78. Entrevistadora: Pero ¿qué te hacía sentir mal?
79. Entrevistada: Lo que me estaban diciendo que podría tener.
80. Entrevistadora: Ah, lo que podrías tener.
81. Entrevistada: Sí.
82. Entrevistadora: ¿Que más te dijo el doctor cuando te informó esto?

83. Entrevistada: Me dijo que, que tuviera igual cuidado para andar en la calle, me decía puras cosas y también lo que, lo que también marcó mi vida que un niño (.) me intentó violar, eso, igual no me gusta recordarlo porque me da pena.
84. Entrevistadora: Como te señalé en un comienzo, puedes hablar sólo de lo que tú quieras (.). Hay algo que quisiera aclarar. Me contaste que te habían dicho que tenías esquizofrenia y que luego podía ser que tuvieras.
85. Entrevistada: Si poh, me habían dicho que tenía esquizofrenia y después el mismo doctor me empezó a decir que podía ser.
86. Entrevistadora: Primero te dicen..., tú me corriges si no es así. Un doctor que es psiquiatra te dice que tienes una simple depresión, luego viene otro doctor que también era un psiquiatra y te dice que tenías una esquizofrenia y este mismo doctor luego te dice que sólo puede ser una posibilidad.
87. Entrevistada: Igual, no se a veces a quien creerle, es que también, ehm, mi mamá me dice que puedo haber heredado, podría haber heredado eso de mi abuelita, porque mi abuelita sufría de esquizofrenia, su mamá y mi mamá también tiene algunos problemas, tiene, tiene, así como, es agresiva, eso me dice mi mamá que a lo mejor puede haber sido de mi abuelita.
88. Entrevistadora: ¿Pero fue así cómo te lo dijeron?
89. Entrevistada: No.
90. Entrevistadora: ¿Entonces cómo fue?
91. Entrevistada: Fue así, por ejemplo, no fue como ellos me dijeron que iba a andar mirando a cada rato, que iba, que iba escuchando más voces, pero no estoy así poh, no poh. Dicen que esa, así es la esquizofrenia más grave.

92. Entrevistadora: A los 12 años te dicen que tienes depresión ¿y la esquizofrenia?
93. Entrevistada: Cómo a los 14.
94. Entrevistadora: Me gustaría saber ¿Qué imaginaste cuando te dijeron que tenías esquizofrenia, que ibas a andar mirando para todos lados, escuchando voces?
95. Entrevistada: (.) Así como te dije, que iba a estar mal, así encerra, me imaginé cómo un verdadero monstruo, me imaginé que yo iba a estar mal, que la enfermedad era así, que, que todo lo que había hecho estaba mal, puras cosa, se me vinieron puras cosas a la cabeza, malas y todo eso pasó en el tiempo. (.) Por lo que me decían los doctores, así como feo, así como Scary movie, una cosa así, súper feo, como un monstruo, así como Michael Jackson cuando canta thriller, puras cosas feas (risas).
96. Entrevistadora: ¿Qué sabías de la esquizofrenia antes de que te dijeran que eso era lo que tenías?
97. Entrevistada: No sabía nada, si yo lo único que sabía era jugar, me divertía y ahí cuando después entre al colegio, como a los 12 años conocí a un niño, al Camilo, él me apoyó en todo, ahí una amiga nos presentó y él, él siempre estuvo conmigo en las buenas y en las malas.
98. Entrevistadora: ¿Qué estaba sucediendo cuando conociste a Camilo?
99. Entrevistada: Mira, es que yo entré al colegio en marzo, por ahí, ehm, ya, ahí no estaba mal, estaba bien y después como que me dio eso.
100. Entrevistadora: ¿Eso qué?
101. Entrevistada: Eh, la depresión, que empecé, que iba a cortarme, pero nunca lo había hecho antes, NO SABÍA LO QUE ESTABA HACIENDO y ahora pienso

que eso es tentar contra el cuerpo de uno, que uno mismo tiene que cuidarse (.), el cuerpo es como el templo de uno, que tiene que andar bonito (risas).

102. Entrevistadora: ¿Cómo enfrentaste esta situación?, ¿sientes que la enfrentaste?

103. Entrevistada: Con fuerza, como que de primera no sabía como enfrentarla, no sabía como pararme y decir que yo tenía esta enfermedad, que yo sufría de esto, de hecho mi pura familia sabe lo de, eso no más, que sufro, que sufro de esquizofrenia, mis amigos no saben. Mi familia, ellos, bueno ellos siempre han estado conmigo, ehm, ellos me apoyaron en todo, sobre todo mi mamá y mi papá, mi hermanito igual, ellos se ponen triste cuando yo caía, se ponían triste cuando yo caía en depresión.

104. Entrevistadora: Me dices que el apoyo de tu familia fue importante, ¿pero cuáles fueron tus armas?

105. Entrevistada: Fueron como, ah es que no se como explicarlo, fueron como...

106. Entrevistadora: Si quieres puedes evocar una imagen.

107. Entrevistada: Así como pegarle a algo, como que me enfrenté contra la realidad.

108. Entrevistadora: Te enfrentaste contra la realidad, ¿cuál era la realidad?

109. Entrevistada: El ser normal, así como estoy ahora, me enfrenté contra la enfermedad, empecé (.) a luchar para estar como estoy ahora.

110. Entrevistadora: ¿Qué te dicen tus compañeros del hospital con respecto a la enfermedad?

111. Entrevistada: Igual, conversamos lo que nos pasa, como realmente los sentimos nosotros, vemos los distintas enfermedades que tiene cada uno, conversamos,

por ejemplo, qué pastillas tomas, cómo se sienten ellos y algunos me dicen que no se sienten muy bien, que a veces andan escuchando igual voces.

112. Entrevistadora: Entre lo que conversas con tus compañeros ¿qué has podido captar de lo que ellos creen que es esta enfermedad, la esquizofrenia?

113. Entrevistada: Ellos dicen que se sienten enfermos, como yo decía también, pero algunos han salido con la ayuda de dios, algunos...

114. Entrevistadora: Y a raíz de todo esto, de la simple depresión, de la esquizofrenia, de que podría ser, ¿cuáles fueron los tratamientos que recibiste?

115. Entrevistada: A mi una vez me dieron Diazepam, si poh, y como que na que ver con las pastillas que tomo ahora, eso me hacía puro dormir, ahora tomo Olanzapina, que me hace pensar mejor las cosas, yo encuentro, me quedo dormida al tiro en la noche, duermo relajada, no sueño cosas, ese

116. medicamento me hizo súper bien, porque me habían dado Quetiapina, la Fluoxetina, todos esos remedios, todos esos me daban antes, eso fue cuando me dijeron que tenía esquizofrenia, me dieron Diazepam y esas cosas, (.) estuve internada dos veces en el Félix Bulnes y una vez en el Roberto del Río, ah y en La Avenida la Paz.

117. Entrevistadora: ¿Cómo fue eso?

118. Entrevistada: Terrible, lo más terrible fue en La Avenida la Paz, ahí me inyectaban Amparax, puras cosas que no conocía, Risperidona, andaba super mal, botaba saliva y...y ahí estuve, estuve como dos semanas, casi tres semanas.

119. Entrevistadora: ¿Por qué crees que te hospitalizaron?

120. Entrevistada: Porque andaba depresiva por todo, no me podían molestar, nada poh, es que an...anda, andaba depresiva porque tenía miedo de que alguien me molestara, de que, de que me hicieran algo.
121. Entrevistadora: Después de todo lo que me has contado podría preguntarte, ¿cómo te ves a ti misma?
122. Entrevistada: ¿Ahora?
123. Entrevistadora: Sí, ahora, pero también podríamos recordar cómo te veías antes.
124. Entrevistada: Antes me veía con pena, con susto, con rabia, por cosas que pasaron en Quilicura, problema que tuvimos, ehm, eh también rabia por mi misma que no salía nunca adelante, yo me sentía como solamente yo que tenía esa, esa, eso que sentía por dentro, yo pensaba que era yo no mas, me
125. sentía que era cuestión mía no mas, pero ahora me doy cuenta que no poh, no soy la única, que, que hay más personas así, que salimos adelante.
126. Entrevistadora: ¿Y ahora?
127. Entrevistada: Bien poh, que puedo ser capaz de, de por ejemplo, de hacer tareas, puedo ser cap...puedo ser capaz de, de estar con mis amigos y conversar porque yo no hacía esas cosas antes poh, yo me aislaba no más, ahora converso con todos, me siento mejor, ¡mucho mejor!
128. Entrevistadora: Me gustaría que me contaras ¿cómo te tratan las personas que conocen tu enfermedad?, me decías que solamente tu familia lo sabe y bueno, tus compañeros del hospital y todos aquellos que trabajan aquí.
129. Entrevistada: Me tratan bien, son amables, conversan, ehm, me hacen sentir bien, son cariñosos.

130. Entrevistadora: ¿Estás hablando de las personas del hospital de día?
131. Entrevistada: Sí, pero los que no, los que no saben me tratan igual bien, pero algunos eh, de repente tratan pesado así, es que hay personas y personas no todos son iguales.
132. Entrevistadora: ¿Y tu familia cómo te trata?
133. Entrevistada: Mi familia siempre me ha tratado bien, pero yo (.) estoy igual agradecida de mi mamá, mi papá, super agradecida por que igual ellos, ellos no, no sabían como tratarme al principio pero después ellos aprendieron, siempre han estado conmigo y como todos pasan por altos y bajos.
134. Entrevistadora: ¿A qué te refieres cuándo dices que “como todos pasan por altos y bajos”?
135. Entrevistada: Que a veces mis papás han peleado, mmm, yo me he sentido a veces mal, pero yo dejo que a veces ellos solucionen los problemas, otras veces voy y defiendo a mí mamá pero, ehm, yo dejo igual que ellos solucionen los problemas y trato como de salir de ahí con mi hermana, con mi hermana y con mi hermano, de salir a darlo una vuelta, sacarlos, pah que, no vean lo que, lo que, como mis papás pelean.
136. Entrevistadora: ¿Cómo te sientes cuando te encuentras en esas situaciones?
137. Entrevistada: Eso igual, no muy bien pah mi, pero... es triste, pero (suspira) uno tiene que mirar pal frente, salir y a mí me han dicho que yo soy muy fuerte por todo lo que yo he vivido, me han pasado varias cosas, varios accidentes igual, como que me atropellaron, fue igual fuer (.) cosas fuertes, pero yo igual he salido adelante.

138. Entrevistadora: Me doy cuenta que sientes que has salido adelante pese a todas las cosas que te han sucedido, que como tú bien dices son fuertes, desde ese lugar si pudieras decirle algo a las personas que se encuentran en la misma situación que tú te encontrabas ¿Qué les dirías?
139. Entrevistada: Que no se echen a morir poh, que tiren para arriba, que todo en la vida tiene solución menos la muerte, yo pasé igual por hartas cosas, pero, igual salí adelante poh, siempre se puede salir adelante, el querer es poder.
140. Entrevistadora: ¿Qué fuiste haciendo para salir adelante?
141. Entrevistada: Pasé etapa por etapas, que me sentía mal, que tenía, que me habían dicho que tenía esquizofrenia y yo digo que tiren para arriba no más esas personas, así como yo misma poh, que, que todo en la vida igual tiene solución y, y que a pesar de todo lo que a mi me ha pasado, que hay peleas, cosas que me han pasado a mi, todo eso, igual a pesar de todo eso igual uno tira para arriba solo.
142. Entrevistadora: ¿Solo?
143. Entrevistada: O sea, con ayuda de los papás y uno mismo igual se tiene que dar valor, fuerza, quererse.
144. Entrevistadora: ¿Y qué te gustaría decirle a las personas que nunca han pasado por lo que tú pasaste, pero que sin embargo, manejan cierta información sobre la esquizofrenia y que podrían decir muchas cosas de esta enfermedad, pero que no han estado en tu lugar?

145. Entrevistada: Que igual se den cuenta de las personas, que, que tienen enfermedad y que, que igual ello miren igual a las personas que tenemos esta enfermedad, que, que igual no sean tan orgullosos.
146. Entrevistadora: ¿Cómo es eso de que los miren?, ¿de que no sean tan orgullosos?
147. Entrevistada: Que yo digo que los miren más, que se den cuenta de, de que no solamente nosotros somos como dicen los demás, “locos”, que somos personas como todos no más poh, normales.
148. Entrevistadora: ¿y lo del orgullo?... No lo entiendo, me lo puedes explicar.
149. Es que, hay orgullos malos y buenos, el orgullo por ejemplo, el org (.), bueno a mi me dicen que el orgullo es como, como, haber como, como que, dicen que, hay que no se como explicarlo, pero dice que, que hay...el orgullo bueno es cuando uno se siente bien, cuando se siente orgullosa de uno mismo, de lo que hace y ¡ay!, eso me dijeron en la iglesia poh.
150. Entrevistadora: ¡Ah, de la iglesia viene eso!
151. Entrevistada: Sí, y me dijeron que el otro orgullo era el que te miran con rencor.
152. Entrevistadora: ¿Cómo es que te miren con rencor?
153. Entrevistada: No se, miran como raro, extraño.
154. Entrevistadora: Pero ellos no saben lo de la depresión, lo de la esquizofrenia.
155. Entrevistada: Pero yo igual me he dado cuenta, que cuando ando con algunos compañeros del hospital que son buenos pah tirar chistes, lesear, los quedan

mirando y la gente se ríe de ellos, o los miran a veces extraño, me gustaría que esto no fuera así, porque somos personas como todos no mas.

156. Entrevistadora: Ya que hemos hecho un breve recorrido por el pasado y el presente ¿Qué sueños tienes para el futuro?

157. Entrevistada: Yo quiero ser diseñadora de ropa, eso es lo que me llama la atención y el baile, ¡cuando bailo me pongo feliz!, me siento bien, me encanta, de todo, yo bailo de todo, de todo un poco (risas) y diseñadora, eso sería como un trabajo que yo tendría, así, para comprarme mis cosas igual, y me gustaría diseñar ropa, hacer más ropa, porque yo le hago ropa a las barbies (risas), de ahí viene y a parte que mi tía, la hermana de mi mamá me ha enseñado harto también, porque ella hace, ella hace ropa, así que quiero estudiar eso en un colegio, en un colegio bueno igual, también con que mi abuelita este bien.

158. Entrevistadora: ¿Cuál abuelita?

159. Entrevistada: Mi abuelita, la mamá de mi papá, aunque ya tiene 64 años, como que me gustaría, no se, como, comprarle una casa.

160. Entrevistadora: ¿No tiene casa?

161. Entrevistada: Tiene casa, pero es, es como una media agua, me gustaría comprarle una casa pah que ella viva sola o con mis tíos, el hermano de mi papá y con mi primo y lo otro sería tener bien a mi familia y comprarme ropa (risas) y ayudar igual a mis tíos que siempre han estado conmigo igual, aunque a veces hacen críticas, pero, a veces igual uno aprende de las críticas, han hecho como comentarios aparte, así, como que ahora estoy mejor, que estoy bien, no como antes.

162. Entrevistadora: ¿Y cuáles eran las críticas?

163. Entrevistada: eh...me decían que, son críticas más bien buenas.

164. Entrevistadora: Ah, ya

165. Entrevistada: Igual me gustaría llevarme mejor con mi hermana, con ella me gustaría llevarme mejor ma' a futuro y que ella salga adelante también, se siente un poco sola también, esta yendo al psicólogo, y que se está juntando con malos niños, me preocupa (suspira), (.) pero a pesar de todo igual es una buena hermana yo igual la quiero mucho y ella también, aunque a veces no lo demuestre, pero ella me ha dicho.

9.1.2. Entrevista sujeto 2

1. Entrevistadora: ¿Qué te parece el hospital de día?

2. Entrevistado: El hospital, para mí ha sido, ehm...más que una ayuda, siento que es, siento, no se poh, a mi me ha ayudado más que las terapias y eso, me ha ayudado la gente que esta ahí, porque yo siento que ayudando a los demás puedo ayudar, o sea puedo ayudarme a mí y no se si ha notado, pero es que generalmente la gente se acerca a mi a pedirme consejos oh...no se poh a pedirme ayuda y yo ayudando me siento bien y por eso muchas veces les decía a mi amigos, “pucha yo estoy bien pero igual voy a decir o voy a tratar de hacer que piensen que estoy más o menos no más para seguir aquí”, porque siento que igual yo puedo ser un aporte al hospital, pero siento que para los demás igual

puede ser una ayuda y para mi igual siento que igual fue como parte de la ayuda porque ellos fueron los que me empezaron a hacer notar que yo podía ayudar.

3. Entrevistadora: ¿Quiénes ellos?
4. Entrevistado: Gran parte mi primer terapeuta y la directora, que fueron las dos personas que empezaron a ayudarme desde un principio y después se integró la doctora, pero a ella la conocía desde antes así que no puedo nombrarla parte del hospital y mi terapeuta actual, siento que a él le he contado muchas cosas pero no siento que me ayuda, siento que es más entre comillas, un pañuelo de lágrimas, aunque no siento que sean lágrimas tampoco, es como alguien que me puedo desahogar no mas, no siento que me ayude, como que siento que a veces me da consejos, los tomo pero no me ayudan, sino que ehm... me muestran algo que yo ya había hecho y son consejos que yo ya antes me había dado, y que no funcionaron, pero si fuera por definir el hospital, yo lo definiría como una ayuda, sí, como una gran ayuda.
5. Entrevistadora: ¿Qué te ayudo a ti, o...
6. Entrevistado: A mi, es que yo no encuentro mucha diferencia desde cuando entré al hospital hasta ahora, no, no me he sentido diferente y entré ahí y era super, ¿cómo se puede decir?... extrovertido poh, sí, siempre hablo, nos pusimos a conversar con los chiquillos, y empecé, después cuando empezó a llegar gente yo lo iba reuniendo al ,entre comillas club, así que fui siempre como soy ahora y mis sentimientos, emociones no han cambiado mucho tampoco, porque siempre ha estado esa sensación de que necesito ayudar y esa pena que siempre tenía antes aún la sigo teniendo, pero ahora lo único que ha cambiado es que ahora no

lo demuestro, no lo demuestro, ¿cómo se puede decir?...lo puedo fingir al cien por ciento que estoy lo contrario y ahora nadie puede notar que estoy mal o que tengo alguna pena y eso es lo único que podría haber cambiado y eso no creo que sea alguna ayuda, de hecho creo que ehm...es como lo contrario de una ayuda eso que acabo de nombrar, yo no estoy diciendo que el hospital me haya hecho hacer eso, sino que yo sentía que si es que demostraba algún, entre comillas, síntoma o alguna faceta mal o de algo así, ehm, podría llegar el momento en el cual yo podría haber caído de nuevo a un internado y yo, o sea para mí, para mi juicio eso no se va a repetir (risas), no quiero caer jamás ahí de nuevo.

7. Entrevistadora: Oye, así en concreto, si tuvieras que dar una opinión del hospital... ¿cómo definirías ese lugar?
8. Entrevistado: Más que un lugar de ayuda, es como un lugar de ÁNIMO para autoayuda.
9. Entrevistadora: ¿Cómo es eso?
10. Entrevistado: Que los demás hacen como que les dan como fuerzas para que los usuarios o los pacientes o como los quiera llamar...
11. Entrevistadora: ¿Cómo los llamarías tú?
12. Entrevistado: No se, usuarios yo cacho (.) porque no siento que sean pacientes y para que ellos mismos ehm, se den cuenta de las cosas poh y se empiecen a auto ayudar, onda muchos de ellos les cuesta mucho y es necesario que le ayuden los demás, pero por lo menos en mi caso yo siento que es una autoayuda.
13. Entrevistadora: Entonces, ¿por qué crees que llegaste al hospital de día?

14. Entrevistado: Porque yo no quise internarme de nuevo (risas).
15. Entrevistadora: ¿Cómo es eso?
16. Entrevistado: Ehm...mi psiquiatra del Félix Bulnes, el ex-psiquiatra que tenía me dio dos opciones “o te vai a un hospital diurno o te internamos de nuevo”.
17. Entrevistadora: ¿Y en qué contexto fue eso?
18. Entrevistado: Fue después de, después de que me habían...cuando me sacaron del internado.
19. Entrevistadora: ¡Pero cuéntame esa historia!
20. Entrevistado: porque me sacaron y después aún así...
21. Entrevistadora: Me dices que caíste cómo a un internado, ¿qué es un internado?
22. Entrevistado: El Félix poh, el psiquiátrico.
23. Entrevistadora: Caíste al psiquiátrico, al que tu le llamas “internado”
24. Entrevistado: Si poh, es que es como un internado, porque habían, había gente, uno tenía que estar ahí no más y no podía salir y no podía ver a los padres, bueno, en mi caso yo podía ver a mi puro viejo y mi viejo era súper chato porque (risas) me decía, bueno una vez me dijo y me sentí súper mal por esto, me dijo, es que yo estaba super cansado y quería dormir y mi viejo estaba ahí y yo no quería dormir porque estaba mi viejo y yo quería estar ahí con él, me dice “descansa hijo, duérmete no más porque cuando esté a punto de irme yo te despierto y me voy pah despedirme” y yo le hice caso, yo confié en mi viejo y me dormí y después pasó la hora, desperté, empecé a buscar a mi viejo y no había nadie y fue como super charcha (risas) porque mi viejo, como que después empecé a pensar y dije “pucha como voy a confiar en mi viejo después de que

me, después de que me hizo esto si siendo una cuestión tan tonta, o sea tan mínima como voy a confiarle algo más importante” y fue como súper charcha, ya pero ese no es el punto en realidad, pero el punto es que, después de que salí de ahí (risas).

25. Entrevistadora: ¿Por qué llegaste a ese lugar?, al internado, como tú le dices.

26. Entrevistado: Porque mis viejos no sabían cuidarme.

27. Entrevistadora: ¿Cómo es eso?

28. Entrevistado: Porque yo en ese tiempo, yo como no peleaba con los demás, antes de estar internado, yo para desquitarme por lo que hacían mis viejos, que no recuerdo muy bien ahora qué hacían (risas), pero me hacían, yo me sentía muy mal y como no podía desquitarme ni con ellos, ni con otra gente me desquitaba conmigo, me cortaba o me intentaba suicidar, de hecho varias veces me corté el cuello así y me trataba de ahorcar, o no se poh (.) ¿Qué ma hacia? Me tomaba pastillas.

29. Entrevistadora: ¿Tus papás se daban cuenta?

30. Entrevistado: Mis viejos se daban cuenta de, de cuando me cortaba no más, porque yo generalmente me cortaba en la noche cuando iba a dormirme para que nadie me viera y me cortaba caleta así y dejaba, dejaba toda mi cama llena de sangre, pero yo lo hacía no para que lo notaran, de hecho lo hacía para morir, después sentía que me estaba mareando, yo me cortaba hasta que empezaba a marearme, hasta que estaba perdiendo mucha sangre, después yo decía, ah!, si sigo perdiendo más sangre en vola´ me muero así que me quedaba dormido, cerraba los ojos y al otro día despertaba con todo el brazo con sangre seca, la

cama dura y el piso lleno de sangre igual y mi viejos me iban a ver y “QUE HICISTE Y LA CUESTIÓN” y de nuevo era peor, porque no, no podía ni siquiera huir (risas) de la cuestión, onda como siempre dicen o si es que no lo dicen, deberían decirlo, que los que se intentan matar son, es porque es cobardía y porque se quieren huir de los problemas que tienen y yo ni siquiera podía huir, ni siquiera me resultaba eso, era super charcha (risas), después un día, de hecho cuando me internaron fue super traumante igual, ya poh estábamos en un control normal.

31. Entrevistadora: ¿Un control de qué?

32. Entrevistado: De, en un control con el psiquiatra.

33. Entrevistadora: ¡Ya ibas al psiquiatra desde antes!

34. Entrevistado: Si poh, si ya había como desde los 14 creo o ¿desde los 13? (risas) a no se, pero fue de antes, ya poh y fue un control normal que hacíamos cada, cada una semana, si era o de hecho creo que eran dos veces a la semana, es que supuestamente estaba demasiado mal, bueno, no supuestamente estaba demasiado mal y ya poh fuimos a un control normal y el psiquiatra me dice “llama a tus papás” y yo digo oka, los llamé y me dice “espera afuera un rato”, ya poh y yo me quedo esperando y a mi me apestaba esperar en ese, en ese entonces, a mi no me gustaba esperar, me sentía super mal esperando y estaba así como “pucha la cuestión, no termina nunca” y después salieron los tres, mis viejo y el doctor, que a todo esto es el doctor Fernández, Emilio Fernández, me dijeron que los acompañara y yo dije pah que, quiero irme pah la casa, y dijeron “no si vamos a estar allá no más” y después ehm...ya poh, ya vamos subimos al

ascensor, íbamos al quinto piso, caminamos, después abrieron una puerta, seguimos caminando porque la puerta estaba con candado y después dije, “que onda”, y después abrieron otra puerta y si es que no me equivoco me sacaron sangre y después abrieron la última puerta y me dijeron que pasara, que pasara yo primero, yo pasé y el paramédico CERRO LA PUERTA (risas) y me dejó a dentro.

35. Entrevistadora: ¿Y te dejó a ti solo adentro?

36. Entrevistado: No solo, porque había harta gente.

37. Entrevistadora: Pero, ¿tus papás y el médico quedaron afuera?

38. Entrevistado: Si poh, pero lo que yo no sabía, es que eso no era una sala de espera, esa ya era la sala de los que estaban, ese ya era el psiquiátrico.

39. Entrevistadora: ¿Y no te habían dicho nada?

40. Entrevistado: No me dijeron nada y después yo empecé, yo ahí dije, ah...ya, puta voy a esperar poh, en vola` tengo que esperar y después van a venir a buscarme y ya poh, me da pena, yy, yo después empecé a mirar por la ventana, estaban conversando, mi mamá estaba como media triste y después mis viejos y el doctor se estaban yendo poh (risas) y yo dije, “¿qué onda?, ¡estoy acá!, ¡alo!”, y no me respondieron nada poh y después dije, “que onda” y empecé a tratar de abrir la puerta y estaba cerrada con pestillo y después dije esto “PARAMÉDICO” y me miró así y le dije y justo había en un rincón una silla y yo me senté ahí y como tenía las uñas largas, en ese tiempo yo ocupaba las uñas largas y puntudas y ahí yo estaba en una esquina y empecé a hacerle señas para que me mirara, ¿el cómo se llama?...el paramédico y me empecé a cortar con las

uñas el brazo y me empecé a cortar así y después me empezó a sangrar porque me corte super profundo y el paramédico abrió la puerta, se fue, se ganó al lado mío y me dijo “haber áselo de nuevo” y yo lo quedé mirando y le dije oka y ¡¡pah!!, me corté super fuerte, el paramédico trató de agarrarme, nos pusimos a forcejear, le puse un combo, se fue, llegaron tres locos de nuevos, o sea llegaron tres locos más y empezamos a forcejear entre los cuatros (risas) y después no pudieron tampoco, así que quedamos forcejeando tres, uno se fue y llamó a un loco GIGANTE que era guatón y grande y pelao, ya poh y esos locos me llevaron a una cama y, y llegó otro loco con una camisa de fuerza y ahí entre ellos me pusieron la camisa de fuerza.

41. Entrevistadora: ¿Cómo era esa camisa de fuerza?

42. Entrevistado: Era una camisa con unos brazos largos, pero que se abrochaba atrás y los brazos eran súper largos y después me dieron vuelta y me inyectaron diazepam para que me tranquilizara.

43. Entrevistadora: ¿Y cómo sabías que era diazepam?, ¿te dijeron?

44. Entrevistado: Porque duró, dureémenos de cinco minutos y ya me quedé dormido (risas).

45. Entrevistadora: Ah, tu sabías que el diazepam...

46. Entrevistado: Si poh y después me inyectaron eso y después yo ya no podía moverme muy bien poh, estaba como súper volao', así, estaba tratando de hacer fuerza y no podía y aprovecharon ese momento, me acostaron en la cama de espalda y me amarraron los brazos y como eran super largos lo amarraron a la

cama para que yo no pudiera moverme y después ya poh, ahí yo me quedé dormido así, con el brazo ensangrentado, la camisa de fuerza.

47. Entrevistadora: ¿Cómo graficaría esa postura?

48. Entrevistado: No se, como super momia, como una posición de momia, de sarcófago, ya poh, después desperté y empecé a decir “que onda” y todavía no me daba cuenta que tenía los brazos así, como que estaba super volao’ así y después cache y dije uh!...”que onda, ¡no me puedo mover!” (risas) y me empecé y me empecé a desesperar en ese momento y ahí después empecé a hacer fuerza y no podía sacármela y después, después como pasaron como cinco minutos de que estaba súper alterado me empecé a tranquilizar, empecé a pensar un poco más fríamente, empecé a hacer, entre comillas, cálculo y no se poh, empecé a decir a ver si mi brazo es de este porte y yo igual tengo un poco de elongación tengo que hacer como un poco para abajo con el brazo derecho y después con el brazo izquierdo me ayudó a tirármelo pah bajo y ahí voy a poder sacármela y me saqué la camisa (risas) y dije PARAMÉDICO (risas) y me corté y después de que pasó eso me aburrí y después yo dije “ah, no voy a sacar na porque a parte si ya me encerraron y si hago eso más tiempo me van a dejar poh”, así que, empecé como a pensar muy fríamente ahí, empecé a esperar, a esperar y de repente entró mi viejo.

49. Entrevistadora: ¿Al otro día?

50. Entrevistado: No, ese mismo día entró mi viejo y, y yo le digo () ahí yo me puse a llorar sí poh, me puse a llorar, le dije “¿papá por qué estoy aquí?, ¿qué onda?”, me dice”no si va, es pah mejor, te va hacer bien, te va hacer bien”.

51. Entrevistadora: ¿Por qué te pusiste a llorar?
52. Entrevistado: Porque yo no quería estar ahí poh, si yo, mi papá antes, mi mamá y mi papá me habían dicho, me habían dicho si yo quería estar internado y yo dije no, “si yo estoy seguro que acá me voy a recuperar y estoy seguro que si me internan me voy a quedar peor”.
53. Entrevistadora: Acá, ¿en dónde?
54. Entrevistado: En la casa y ahí mis viejos me dijeron ya no te vamo a internar y después me salen con eso.
55. Entrevistadora: ¿De qué te tenías que recuperar?
56. Entrevistado: Es que yo me sentía demasiado mal emocionalmente, porque, como que había tenido muchas pérdidas, pérdidas de amigos, como que entre comillas todo el mundo se estaba alejando de mi y como que me empecé a sentir solo, sólo en un mundo lleno de gente, y como me empecé a sentir solo me empecé a dar cuenta que estaba cayendo en una, después en una crisis existencial, porque onda me empecé a preguntar “pucha ¿por qué existo?, ¿para qué vine al mundo?, eh... ¿cuál es mi razón de vivir?”, y cosas así y después me puse ma´ profundo, me empecé a meter en la cabeza cosas cómo “¿cómo existió el mundo? o ¿cómo se inició todo?, ¿si es que en realidad existe alguien que sea superior al, al hombre o sea, al ser humano que haya creado todo?”, () y me empecé a deprimir con eso, ahí conocí a la doctora Benito, porque ella me atendía con el doctor Fernández.
57. Entrevistadora: ¿Cómo fue que comenzó todo esto?

58. Entrevistado: Todo empezó, supuestamente, no se si será por eso, pero son, fue como en ese mismo tiempo, yo estaba con una niña, la Fran.
59. Entrevistadora: ¿Estabas qué?
60. Entrevistado: No se, (risas), estaba con ella, pero ni siquiera estábamos, entre comillas, andando, sí, porque nunca dijimos “ah ya estamos andando”, nunca tiramos, nunca nos dimos un beso nada, es que yo (.) antes nunca había pololeado, yo era súper, entre comillas, perno.
61. Entrevistadora: Ayúdame a ubicarme un poco en el tiempo, ¿a qué edad sucedió esto?
62. Entrevistado: Como los 15 pah bajo, yo nunca había pololeado, yo era super, entre comillas, perno, era todo lo contrario a ahora, no me atrevía a hablar en público, yo cuando nos tocaba disertar en el colegio, cuando eran disertaciones individuales, yo a veces hacia la tarea y aunque la tenía le decía, llegaba el momento en que la profe me decía ya te toca disertar y le decía “señorita” o sea tía le decía porque estaba en básica, le decía, “sabe que no la traje”, para no estar en público, era super tímido, era super introvertido.
63. Entrevistadora: ¿Tus papás sabían sobre esto?
64. Entrevistado: No mis papás pensaban que yo igual tenía puras malas notas porque, no, de hecho, no eran puras malas notas, pero decían que las malas notas que tenía eran porque yo no escribía, es verdad en parte, pero más eran porque en las disertaciones no hacia na´, ya poh y justo en ese tiempo pasó que yo estaba con esta niña, podría decirse que estábamos andando porque no se si habrá sido amor o algo así pero ella me decía “te amo” y yo igual a ella y como

yo era, era super ingenuo y ella igual y como yo nunca había pololeado aunque tenía como 14 yo aún seguía siendo un niño super de mente, entre comillas, blanca y de corazón blanco también.

65. Entrevistadora: ¿Por qué blanco?, ¿qué significa el blanco?

66. Entrevistado: Porque, entre comillas, mi corazón nunca había tenido algo escrito, hablándolo poéticamente (risas) y (.) empezamos a andar y vola', me decía te amo y la cuestión y yo le decía también y la cuestión y estábamos así como que empezamos a andar, NOS VEÍAMOS RE POCO así, de hecho nos vimos máximo 10 veces en toda la vida y nos conocimos como, a ver, estuvimos, entre comillas, andando como de 8 meses, 1 año y nos vimos como 10 veces en todo ese tiempo y de hecho si es que no son menos. Yo no sabía donde vivía ella, solo tenía su número y su messenger ahí nos poníamos de acuerdo para juntarnos

67. Entrevistadora: ¿La conociste por internet?

68. Entrevistado: No se como la conocí (risas), ya poh el punto es que como nos poníamos de acuerdo por teléfono o por messenger sólo bastaba con un “te elimino” y “no te contesto” para irse de mi vida y fue el año justo, hace, a ver tengo 17, hace tres años, el 1 de enero (risas) en la mañana, bueno el 31 de diciembre en realidad, la llamé y la saludé, le dije feliz año nuevo, te amo, ya chao y ella también me dijo te amo y esa fue la última palabra que nos dijimos y después trate de llamar y nadie contestaba y era super raro porque ella siempre estaba, le mandaba mensajes por messenger, pasaron tres semanas y yo decía “qué onda”, siguieron pasando semanas y estaba con una duda inmensa y más que, no se poh triste estaba como preocupado y como era un niño y

supuestamente estaba enamorado era, no se poh como un niño se enamora, siempre como que lo daba todo y yo estaba preocupado y empecé a buscar a su amiga, no se como la conocí, pero la conocí con una amiga de ella, y encontré a la amiga de ella por un fotolog, le pregunté por la Fran y me decía, no me decía na´ y después de un tiempo seguí buscando y encontré a otra amiga de ella y ella, la katia, ella me dijo, al momento de hablarle, o sea yo le dije “oye tu hay sabido de la Fran” y me dijo, “sí, está hospitaliza” y yo le dije ¿por qué?, y me dijo “esta internada en la, ¿cómo se llama?, en la, en la clínica Alemana por pérdida de sangre”, y yo ahí quedé así como ¿QUÉ? Y ¿POR QUÉ? Y ME DIJO, “POR TU CULPA” Y YO AHÍ COMO QUE SE ME VINO EL MUNDO ABAJO, después de todo eso que pasó con la Fran empecé como a tratar de desligarme del mundo, onda me encerré en mi mundo, empecé a pensar, a pensar, a pensar, a pensar, a pensar (.) y no llegué a ninguna conclusión lógica, siempre llegaba a conclusiones incoherentes como, “como, la vida es así” y esa no es como una conclusión que no da ninguna respuesta, como super tonta esa respuesta.

69. Entrevistadora: Me habías dicho que te estabas enfermado de tanto pensar, porque sentías que ibas a reventar.

70. Entrevistado: Si poh, por eso, para dejar de pensar, entre comillas, me cortaba para, para sentir más el dolor físico que el psicológico y (risas)...y como sentía más, trataba de sentir más el dolor físico y mientras, mientras menos me dolía aquí, porque entre más me cortaba empezaba a dolerme menos porque ya me iba acostumbrando.

71. Entrevistadora: ¿Qué te dolía menos?
72. Entrevistado: El dolor físico, ya no me iba doliendo casi y después me empecé a cortar más fuerte o en más, en más partes hasta que llegó el momento en que no me dolía nada, yo me empecé a cortar y no me dolía, me hacía fuerte y no me dolía, de hecho me cortaba y empezaba a saltar sangre.
73. Entrevistadora. Y ahí te empezaron a llevar al médico...
74. Entrevistado: No poh, si ya me llevaban, pero ellos, ellos pensaban porque, yo siempre he sido como muy, puedo hacer que la gente piense lo que yo quiero que piense de mi (.) y mi primera psicóloga, que no me acuerdo cómo se llama pero ella, estábamos en su, en su, entre comillas, clínica, en su sala poh y me dijo, me empezó a hablar, me empezó a hablar y me metió tantas veces en el mismo, en el mismo ¿cómo se llama?, en el mismo punto que me aburrí.
75. Entrevistadora: ¿A qué te refieres cuando dices en el mismo punto?
76. Entrevistado: Me metía en el punto, en la cuestión de ¿por qué te cortai?, ¿por qué te cortai? si, si no estoy mal, ¿por qué te cortai si no estoy mal?, en eso, ella pensaba en eso no más y como mi hermano una vez se había cortado yo empecé a decir, “pero puedo hacer que piensen que lo hacía de copión o de, por llamar la atención”, pero no lo quise decir así como LO HAGO POR LLAMAR LA ATENCIÓN sino que empecé a decir cosas como para que ella pensara eso, onda le decía, no es que una vez yo vi a mi hermano cortándose y ¿cómo se llama?, y dije, “es que cuando se cortó, mi mamá empezó como a quererlo más a él que a mi”, empecé a tratar de que ella pensara eso y llego a tal punto la, la

cuestión que mi, la psicóloga le dijo a mi mamá “sabe señora su hijo todo lo que hace lo hace por llamar la atención” y yo como que dije por fin.

77. Entrevistadora: ¿Por qué querías que ella pensara eso?

78. Entrevistado: Porque no me interesaba seguir más en el psicólogo si es que ella pensaba que yo no lo hacía por nada y después ehm, empecé a ir a otro psicólogo porque igual mi mamá no quedó, mi abuela en realidad no quedó conforme con esa opinión, porque ella decía “cómo lo va a hacer pah llamar la atención, ¿quién se corta pah llamar la atención?, es como todo super extraño, la única forma de que fuera así es que estuviera deprimido de verdad” y empezamos a ir a un consultorio raro que no me acuerdo del nombre, pero es que ahí empezamos a ir casi toda la familia, que fue mi mamá, mi papá y que a mi me hicieron hacer un dibujo, me dijo “dibuja una persona” yo hice una persona, la hice con la cara feliz para que no pensara que yo estaba mal y después empezó a decir, a analizar el dibujo y dijo a pero y le empezó a decir a mi mamá mire “aquí el dibujo no tiene suelo, eso quiere decir que su hijo, nos, no está, no sabe donde sostenerse, no sabe adonde sostenerse en pie” y cuestiones así, entero penca y yo lo había hecho así como, pucha tengo que hacer un dibujo entero rápido así (risas) y después empezó a decir esa cuestión y a mi mamá no le gustaba esa, ese consultorio porque, porque ahí lo único que le decían a ella era sepárate.

79. Entrevistadora: Y ahí ¿qué te decían que tenías?

80. Entrevistado: Nada, nunca me dieron un diagnóstico, porque yo (.) siem, nunca ¿o siempre?, siempre ocultaba y nunca decía (risas), nunca dije nada.

81. Entrevistadora: Quiero retomar algo que me dijiste hace un rato atrás, me contaste que cuando caíste hospitalizado nadie te había dicho nada, que no sabías “que onda”, ¿qué te dijeron después?, ¿qué razones te dieron?
82. Entrevistado: Que me iba a hacer bien, porque no se poh, mi papá me dijo “esto es mejor, te va hacer bien, esto es mejor”, el doctor no me dijo ni una cuestión, ni siquiera dio la cara, yo estoy seguro que pensó que si él daba la cara yo lo iba a agarrar a combo.
83. Entrevistadora: Hace poco me dijiste que nunca te dieron un diagnóstico, palabra que por lo que veo ya conoces, quisiera que me contaras, si cuando te hospitalizaron ¿te dieron alguno?
84. Entrevistado: El doctor Fernández me dijo que tenía depresión no se cuanto y después, después empezaron a, DESPUÉS DEL TIEMPO EN QUE YA ME HABÍAN SACADO DE ESA COSA empezaron a decir que yo tenía esquizofrenia, como a los 16 años, pero yo estoy seguro que fue por una confusión, porque aparte que yo quería que ellos pensarán eso, hay una parte de la historia que no se la he contado a nadie, que está en blanco supuestamente, que es, que una vez yo estaba en el liceo y yo en la mañana tenía que tomar Olanzapina, Aldol y otra cuestión más, que son, la Olanzapina era la más fuerte y me tomé cinco pastillas de Olanzapina y cómo 20 Aldol.
85. Entrevistadora: ¿Para qué eran esos medicamentos?
86. Entrevistado: No tengo ni la menor idea, pero la Olanzapina creo que es un tranquilizante así, ya poh y yo me las tomé en la mañana, me fui al liceo, no paso na’, después llegué al liceo, le entregué un cuaderno que tenía que pasarle a

un compañero, me senté y me empezó a dar sueño, como que empecé a mirar borroso y me acosté en el escritorio en el, en mi puesto y después de un rato ahí me acuerdo de puros lapsos de tiempo, onda, ehm, recuerdo que estaba así y después escuchaba, escuchaba, que me intentaban despertar, me decían “despierta, despierta”, el inspector me decía “ya poh despierta” y yo decía “aaaah”, trataba de decir algo pero no podía, trataba de tirar manotazos y después me acuerdo que me estaban tratando de parar y le pego un combo a la silla entero fuerte y como que todos se alejan y de nuevo así y después me acuerdo que estaba en el auto del director con la secretaria del liceo y el director y mi mamá y la secretaria me dice, en estas palabras, me dice “viste ahora me tocó ayudarte a mí a ti” (.) por otra cosa que había pasado antes y después de nuevo me borré y desperté acostado en la cama de mi mamá y yo me acuerdo que me levanté y mi mamá me dijo “oye te llamaron por teléfono” y yo le traté de decir algo y no me salía la voz, fue super chistoso, después me fui a la cama y después me llamaron por teléfono de nuevo, contesté, dijeron “alo” y yo ,no, hablaba super raro así (risas) y después como pude le dije “yo te llamo después”, le dije como super deforme al loco y, y ahí después me acosté a dormir de nuevo pah ver si se me pasaba cuando despertara y ahí desperté y desperté, entre comillas, normal porque igual estaba como medio volao´ y cuestioné así, pero podía hablar y ahí mi mamá me dijo, o sea le dije “oye que onda” y me dijo “te dio una crisis” ahí está ese, ese, el punto en blanco porque todos desde ese día pensaron que esa había sido una crisis, pero esa no fue una crisis, esa fue una intoxicación y de ahí empezaron, dijeron a ya esto en realidad es una

esquizofrenia, como que ahí empezaron, entre comillas, CONFIRMAR, porque yo había estudiado sobre la esquizofrenia.

87. Entrevistadora: A ver, tu dices que hay una parte de la historia que está en blanco, que nadie sabe que lo que te ocurrió fue una intoxicación y todos creen que fue una crisis, luego de esto comienzan a confirmar que si tenías esquizofrenia ¿y qué sentiste al ser catalogado como esquizofrénico? Tú decías anteriormente que esto fue una confusión.

88. Entrevistado: Es que yo quería eso.

89. Entrevistadora: ¿Por qué querías que creyeran que tenías esquizofrenia?

90. Entrevistado: Es que como le digo yo había estudiado antes de esquizofrenia, onda, empecé a estudiar y supe por las noticias de EEUU si no me equivoco (risas), que había un loco que era esquizofrénico y que empujaba a la gente en el metro y la gente se moría y al loco no le podían hacer nada porque era esquizofrénico, lo máximo que le podían hacer era internarlo y yo como estaba super depre, así, yo decía en vola´ un internado no es tan malo y prefiero estar internado por matar a alguien que irme preso y estar con puro matones.

91. Entrevistadora: ¿A quién querías matar?

92. Entrevistado: Yo sentía en esos momentos que quería matar a mi, a mis viejos y, y no quería caer preso poh (risas), así que y como sabía ya de la enfermedad empecé a dar, entre comillas, indicios que hicieran creer que yo tenía eso.

93. Entrevistadora: ¿Y cuál sería el primer indicio que diste?

94. Entrevistado: La supuesta crisis, ese fue como el, entre comillas, mayor porque después empecé hacer como, entre comillas, más crisis pero más piolas, así,

empecé como a crear mis propias crisis, como que empecé a vivir en una mentira, así, en una mentira creada por mi, para, entre comillas, que yo pensaba ahí que eran para mi beneficio.

95. Entrevistada: Entonces, ¿cuándo te dijeron que tenías esquizofrenia, qué te pasó?
96. Entrevistado: Fue cómo bien, lo hice, porque dije ya desde ahora lo que haga, soy como entre comillas, intocable.
97. Entrevistadora: Entiendo entonces, que la enfermedad te daba la posibilidad de ser intocable.
98. Entrevistado: Claro, claro.
99. Entrevistadora: Esto de que tu ya manejabas cierta información de lo que es la esquizofrenia, tu comenzaste a dar síntomas...
100. Entrevistado: Si poh como esa parte la síntomas más conocidos que puede ser la esquizofrenia paranoidea o la esquizofrenia normal, entre comillas, (risas) que es la, es la, los síntomas más normales es que empezai a escuchar voces o vei visiones o te sentí perseguido y yo empecé a decir cosas para que creyeran eso poh, empecé a demostrar que eran eso.
101. Entrevistadora: Pero, ¿no era así?, ¿nunca fue así?
102. Entrevistado: No, en la única forma que yo me sintiera perseguido era que si me estuvieran persiguiendo, que generalmente cuando yo me sentía perseguido era real, porque habían locos que me querían pegar, que estaban siguiéndome y era super charcha.
103. Entrevistadora: Y en el fondo todo esto lo armaste.

104. Entrevistado: Porque yo quería, yo quería en realidad que, que ¿cómo se llama?, que mi mundo cambiara, porque yo sentía que mi mundo ya era como extraño, así, pero en mala, en una forma mala, yo dije “y si lo cambio”, si, si hago aparentar que yo estoy, entre comillas, mal de una forma y me estoy haciendo, estoy enfermo pero estoy, estoy haciendo cosas malas incluido, onda, no se como explicarlo, como antes yo hacía cosas buenas y me sentía mal dije “a ver, haciendo cosas malas quizás me sienta bien” (.) en ese tiempo era super, entre comillas, malo, onda trataba mal a la gente, ehm, lo único bueno que hacía era proteger a mis amigos pero nada más.

105. Entrevistadora: Y con todo lo que hiciste, ¿en qué cambiaron las cosas?

106. Entrevistado: Cambié ehm, no se poh mis viejos se unieron, entre comillas, un poco más, porque empecé a hacer que se unieran por mi hermana no por mi.

107. Entrevistadora: ¿Cómo por tú hermana?

108. Entrevistado: Porque como, como yo cuando no estaba, entre comillas, cuando no estaba enfermo porque en realidad yo siento que es una enfermedad igual el haber pensado en hacer esto, siento que es de una mente enferma, pero el punto es que ehm, yo sentía que cuando estaba, entre comillas, normal ehm...mis padres ya se iban a separar e iban a dejar a mi hermana sola, no me interesaban que se separaran, bueno me interesaba obviamente porque soy su hijo, pero si se separaban, yo conocía igual a varias amigas que tenían padres separados y eran super malas, onda, no malas, pero, eran, entre comillas, prostitutas, eran super

locas, tomaban, fumaban, y yo no quería eso pah mi hermana, pah mi hermana chica no quería eso.

109. Entrevistadora: O sea por un lado te daban ganas de matar a tus padres, pero, por otro lado tenías temor por tú hermana chica, entiendo que pensabas que si estabas enfermo tus papás se mantendrían unidos y además te podías excusar de las cosas malas que pudieses hacer.

110. Entrevistado: Si poh, eran como varias, era como un plan super largo así.

111. Entrevistadora: ¿Y qué sucede ahora con ese plan?

112. Entrevistado: Ahora siento que no necesito la enfermedad.

113. Entrevistadora: Y si ya no necesitas de la enfermedad, ¿qué sucede con los medicamentos?

114. Entrevistado: Los medicamentos me los tomo porque mi mamá me obliga, si de hecho pasó, esto tampoco se lo he contado a nadie, pero se lo conté a mi mamá una vez, pero se lo conté porque me dio rabia, que yo pasé dos, no, como cuatro meses escondiendo las pastillas, las dejaba en mi billetera, la cerraba y seguía como si nada, porque yo sabía que las pastillas no me iban hacer nada porque no tenía nada.

115. Entrevistadora: ¿Qué ocurrió durante ese tiempo en que no tomaste medicamento?

116. Entrevistado: No, si no tenía ningún, yo sentía que, ehm, como yo sabía y yo quise que pensarán eso, es como, es como extraño que me pasara algún síntoma y yo lo único que yo creo que podría ser de alguna enfermedad psicológica que tengo sería en ese aspecto, un mitómano, pero sería de ese puro aspecto, porque

en, en lo demás trato siempre de ser sincero, no se si lo ha notado pero yo siempre soy sincero con los demás y con mi amigo, soy como dicen, no se si vulgarmente o tiernamente pero dicen que son de piel y yo soy como siempre así y pero en esto necesitaba hacer esto porque aparte de ayudar a mi hermana, ayudarme a mí y ayudar a mi amigos también.

117. Entrevistadora: ¿En qué crees que te ayudaste a ti?

118. Entrevistado: Yo me ayudé porque cambié mi vida, porque yo aprendí a pensar y a canalizar mis pensamientos, a ordenarlos.

119. Entrevistadora: Entiendo que me señalas que simulaste tener una esquizofrenia, la cual te hizo transitar por una serie de lugares, como por ejemplo, un psiquiátrico en donde no querías estar. Recuerdo que me contaste que tus papás te habían preguntado si te querías internar y tu les dijiste que no, sin embargo terminaste donde no querías.

120. Entrevistado: Fue super charcha, ME DIO CUALQUIER RABIA, es que no se si será como transmitirle ese sentimiento porque, pero, es que el, el estar ahí a que a uno lo hagan pasar a una parte y le cierren la puerta en la cara y no lo dejen salir y eso fue como super rabia, pero a parte yo estaba conciente en que si lo hacia más, iba a ser como más, entre comillas, como que ahí seguía pensando que iba a ser más benefactorio, me sirvió mucho de hecho, empecé a pensar más fríamente, empecé a pensar y calcular, empecé a ser super frío y calculador y empecé a pensar y ordenar mis pensamientos y empecé a idear y hacer idea hasta el punto que, de hecho al salir de ese, de ese, el psiquiátrico fue como

también una parte de una mentira poh, porque a mi no me iban a dejar salir porque () fue una cuestión super estúpida en realida, porque yo como estaba depresivo, estaba acostado pensando, pensando, () y de repente llega un psicólogo, sí, el doctor Medel un psiquiatra, se acerca a la cama y me dice “cómo estay” y yo “¿cómo me ve?” (risas) y después me empieza a hablar así poh como obviamente iba estar poh “¿cómo cree usted que estoy?” le dije, y después me empezó a hablar y yo me puse a llorar, estaba súper deprimido y la cuestión y después me empieza a preguntar ya poh y después cuando él se fue llegó mi viejo y me dice “cómo estay” y yo le dije la misma cuestión “cómo creí que voy a estar mira ,¡como!” y la cuestión y después le digo “pucha papá tu sabi que yo voy a estar mejor afuera” y dijo “mira, ya, sabi qué, yo tampoco quiero que estés aquí, le voy a preguntar al PSIAQUIATRA, doctor en realidad me dijo, si te puedo sacar”, volvió y me dijo “sabi que dijo que estay demasiado mal, no, dijo que no te van a dejar salir, si te dejan salir me pueden hasta demandar”, por haberme sacado de ahí en un mal estado, después al otro día, o sea cuando se fue mi papá en realidad empecé como a planear, empecé a decir “esta cuestión tiene que ser un escape”, empecé a decir “cuando venga de nuevo el doctor voy hacer como un teatro, voy hacer que el piense que yo estoy bien”

121. Entrevistadora: O sea antes lo habías hecho pensar que estabas mal...

122. Entrevistado: Es que no se lo había hecho pensar, es que estaba mal, estaba depresivo, estaba super depre y, y después empecé a pensar así, ya haber, yo le voy a decir o sea voy cuando a pena entre, voy a demostrar que estoy bien, entre comillas, ya poh estaba esperando, A PENA ENTRO me pare y lo fui a saludar

súper rápido y le dije “hola doctor, ¿cómo está?, y me dice “bien ¿y tú?”, ” súper bien poh”, empezamos a conversar y después me muestra unas manchas, que yo vi pura mancha en realidad (risas), no vi ni una cuestión y yo no le iba a decir una mancha poh, así que le dije veo una mariposa, en la otra veo una flor (), puras cuestiones, entre comillas, buenas y (risas) después llegó mi viejo y le dije “papá por fa, anda a preguntar de nuevo”, entre comillas, no se si habrá sido verdad o mentira pero tenía una sonrisa así y me dijo “ahora te puedo sacar, esperarte, voy a buscar tus zapatillas y la cuestión y nos vamos” y yo como que ¡BIEN! (risas) ¡LO CONSEGUI!

123. Entrevistadora: ¿Cuándo estabas internado ya te habían dicho que tenías esquizofrenia?

124. Entrevistado: No se, después me dijeron, la crisis fue después y empezaron a decir que yo me cortaba por eso.

125. Entrevistadora: ¿Por eso qué?

126. Entrevistado: Por la esquizofrenia.

127. Entrevistadora: Y eso ¿te hacía sentido?

128. Entrevistado: Más, no (risas), no me acuerdo de haber leído en alguna parte que uno por esquizofrenia se cortaba, sentía, o sea, leí que uno se podía hacer daño pero no porque uno quería.

129. Entrevistadora: ¿Cómo te informabas sobre la esquizofrenia?

130. Entrevistado: Por internet, buscaba en google esquizofrenia y después empecé a buscar en wikipedia y varios buscadores, ahí, para saber de la enfermedad y hacer más creíble lo que tenía.

131. Entrevistadora: Y después de lo que has leído, lo que has vivido ¿qué piensas de la esquizofrenia?

132. Entrevistado: Yo creo que la enfermedad viene más, no se, a mi parecer de algo del pasado, algo que le afectó mucho a la persona del pasado y como le atormenta tanto, se hace un corte circuito la mente, que en esos momentos, ahí uno, entre comillas, empieza a ver personas o empieza a escuchar voces que en el momento uno no reconoce las voces, porque siempre dicen no se de quien soy pero me mandan a hacer cosas malas o me mandan a hacer esto o cosa así que son generalmente las cosas que yo ocupaba para decir que yo me cortaba y ¿cómo se llama?, yo siento que es como un escape, entre comillas, de la mente, siento que es como una acción de evadir la realidad, como lo mismo que yo hice, pero yo lo hice consciente y en los otros no son conscientes, como que sus mentes lo hace, yo lo hice propio, de hecho recuerdo todo, RECUERDO DE LA PRIMERA HASTA LA ULTIMA CRISIS.

133. Entrevistadora: ¿Qué ha significado para ti todo este camino que has hecho?

134. Entrevistado: El camino del cambio, porque siento que, en, que aparte, como no se si le dije al principio, siento que ayudando yo me ayudo, como estaba depresivo y de hecho siempre he sido depresivo hasta el día de hoy, necesito ayudar a la gente.

135. Entrevistadora: ¿Qué es para ti la depresión?

136. Entrevistado: Ehm...angustia, algo como, no se, en mi caso podría ser, entre comillas, hipersensibilidad, onda todo me afecta demasiado. La pérdida de un amigo o que mis padres se pongan a pelear, todo me afecta, pero ahora soy como

super, entre comillas, controlado porque no lo demuestro, puedo estar conversando seriamente o riéndome de la, del suceso o de la cosa que haya pasado aunque sea lo más triste para mi, pero yo siento que, no se (.) la depresión es, siento que viene más en mi caso porque me sobreprotegieron, porque eso causó que mi hermano, entre comillas, me odiara y el odio de mi hermano me dolía demasiado, yo, entre comillas, no podía vivir sabiendo que mi hermano me odiaba, porque es mi hermano poh es como na' que ver (risas) pucha mi hermano me odia y como yo era super sensible y sigo siéndolo que mi hermano me odiara era una tortura, es mi hermano, es parte de mi sangre, nació un poco antes que yo, ¿por qué me odia?, yo cacho que eso para mi, entre comillas, es depresión, la hipersensibilidad y lo que hizo que me comenzara mi depresión es que me hayan sobreprotegido.

137. Entrevistadora: Dentro de la historia que hasta el momento me has contado, ¿cómo te ves a ti mismo?

138. Entrevistado: Yo me veo como un, es que va en varios puntos de vista, me veo, en un punto de vista me veo super, en una persona super idiota, por qué, por haber creado todo esto, por haber hecho toda esta mentira, por haber tenido que mentir para cambiar algo, para cambiar mi vida y dejar de ser depresivo y lo logré en parte porque por lo menos ahora no lo demuestro y en otro punto de vista siento que soy una persona híper fría y calculadora, como que todo lo que yo había dicho antes esta pasando y que todo lo que yo he dicho que va a pasar, va a pasar, porque si yo voy, entre comillas, calculando y voy haciendo todo los movimientos como si yo estoy seguro que si lo hago así van a causar otros

efecto, van a pasar, porque soy buen ajedrecista (risas) na' que ver, no, porque siempre pasaron así, desde que dije voy a tener esquizofrenia, desde ese momento que todo lo que yo hacía o sea todo lo que yo quería que pasara, pasaba, onda yo quise quedar internado pero a la vez no quería, pero yo dije VOY A QUEDAR INTERNADO y quedé internado, yo dije mañana voy a salir de aquí, salí del internado al otro día, yo dije, yo decidí gran parte de mi vida y tomé decisiones que puedes ser que hasta el día de hoy me arrepiento, como haber decidido el haber hecho esta mentira, como que me arrepiento porque siento que si cuento la verdadera historia la gente después no va a confiar en mi, pero tampoco estoy agrandando más la historia, porque estoy haciendo parecer que estoy recuperándome, onda no se si, no, no creo que le haya contado a mi psicólogo, pero cada día trato de decir; esto super bien y la cuestión, super happy o cada día mejor, no se poh, trato de siempre hacer que me vean mejor que al otro, que al día anterior.

139. Entrevistadora: ¿Y cómo ves a tus compañeros del hospital?

140. Entrevistado: Siento que si ellos no creen que tienen esta enfermedad no la van a tener, porque si ellos confían en si mismos y dicen “yo no tengo esto, voy a seguir adelante como si nada” van a seguir adelante porque yo siento que toda la mente humana uno no puede dejar que la controle a uno, uno debe controlar su propia mente y como digo, yo siento que la esquizofrenia va como de un recuerdo malo del pasado que esta haciendo cortocircuito en la mente ellos mismos se tienen que deshacer de ese recuerdo o recordarlo de una vez por todas y después continuar la vida.

141. Entrevistadora: ¿A qué te refieres con recordar de una vez por todas?
142. Entrevistado: Porque lo más seguro que si es un recuerdo que esta haciendo, entre comillas, cortocircuito en la mente es porque es un recuerdo vago, que la mente no lo quiere recordar y que hace, como que justo cuando lo va recordar hace un cortocircuito y empieza a hacer pensar otra cosa o, no se poh, un ejemplo, yo digo que ahí empiezan a escuchar, entre comillas, voces o empiezan a ver visiones o cosas así o en mayor, ¿cómo se puede decir?, el mayor ejemplo, que yo encuentro que como super identificativo con lo que digo, es con la paranoia, que como empiezan a recordar eso, empiezan a sentirse perseguido o que los miran mucho, sienten que están haciendo algo malo o algo así.
143. Entrevistadora: Si pudieras decirle algo a la gente que conoce la esquizofrenia, pero que no ha estado en el lugar del paciente o del usuario, ¿qué les dirías?
144. Entrevistado: Que si en realidad quieren ayudarlo que no traten de ayudarlo.
145. Entrevistadora: ¿Me podrías explicar?
146. Entrevistado: Es que si en realidad quieren ayudar a una persona, no se poh, como ayudo yo, yo, por ser, la gente siempre trata de ser consuelo pah la gente, para ayudar supuestamente, siempre tratan de decir "pero si esto va a pasar o esto va a mejorar o mira te doy consejo", pero siempre tienen con el punto de esto va a pasar, onda cuando uno tenga que tomar una decisión, como que camino elegir uno no puede tomar la decisión de los demás, onda no puede decir ah!...él me dijo que tomara esa, no poh, uno tiene que tomar la decisión por si mismo, tiene que sentir la decisión, tiene que vivir la decisión, entre comillas, tiene que sentir que su decisión está bien tomada.

147. Entrevistadora: ¿Qué crees que es lo que tus compañeros están haciendo en el hospital de día?
148. Entrevistado: Tratando de mejorarse por su, en su, por él, con la forma que le están dando, onda la forma impuesta por el sistema.
149. Entrevistadora: ¿Y cuál es esa forma?
150. Entrevistado: En que los demás, si es que uno necesita ayuda, los demás tiene que dártela.
151. Entrevistadora ¿Y qué piensas de la ayuda que se le da?
152. Entrevistado: Creo en la ayuda, pero, siento que en algún momento no va a ser buena para la persona, porque si a una persona lo ayudan mucho se empieza a poner dependiente y una persona dependiente no puede ser autónoma o auto independiente.
153. Entrevistadora: Recuerdo que antes de comenzar la entrevista me dijiste que tú no creías en la enfermedad mental.
154. Entrevistado: Si poh, por eso mismo, porque yo siento que no es una enfermedad, que es un recuerdo no más, un recuerdo que los hace, que ellos mismo se hacen como no quieren recordar, como no quieren recordar, ellos mismo hacen un ¿cómo se puede decir?, como un cortocircuito, es que yo, ¿cómo se puede decir?, encuentro que decirle enfermedad a algo es como discriminar y como yo siento que no soy nadie para discriminar a alguien no puedo decirle a alguien, enfermo, porque yo cacho que me pondría en el, entre comillas, los zapatos del otro y no me gustaría que me discriminaran, de hecho incluso, el otro día con el Eduardo estábamos hablando sobre el bien y el mal y

yo le dije que en el mundo no existe ni el cielo, ni el infierno, porque si es que fuera por decir así, viviríamos todos en el infierno porque aquí existe mucha discriminación, porque aunque sean buenas aún sigue siendo discriminación, porque puede ser a una persona, entre comillas, discapacitada, una persona que no puede mover los pies, va en silla de rueda, si es que va a tomar la micro uno siempre le da la pasa o lo trata de ayudarlo o a la ancianita que no pueden subir bien uno sigue ayudando y eso es discriminar, porque eso aunque sea en buena, aunque sea porque uno quiere hacer una buena acción o porque uno es una muy buena persona o porque, es tela, sigue siendo discriminar, porque uno esta diciendo que esa persona no puede hacer o no puede vivir por si sola y yo, yo, aunque discrimino a esas personas porque ehm, son así, yo no discrimino en mala, porque siento que no me gustaría que me discriminaran, porque siento que si me pusiera en su lugar me diría pucha no puedo hacer, soy un inútil, me sentiría así y eso sería como más, entre comillas, traumante, ¿se me olvidó a que iba!.

155. Entrevistadora: Me estabas diciendo que el concepto de la enfermedad mental para ti es como discriminar, me estabas dando el ejemplo de una persona discapacitada y me decías que en el fondo ayudarla era cómo decirle que no podía vivir solo, pero que tú igual lo hacías.

156. Entrevistado: Es como charcha pensar así, porque si uno piensa así después uno no haya que hacer

157. Entrevistadora: ¿Con qué sueñas para tú futuro?

158. Entrevistado: Con ayudar, siempre ayudar.

159. Entrevistadora: ¿Ayudar a quién?
160. Entrevistado: A todos, a todo aquel que se me cruce, pero ayudar no siendo de ayuda sino que haciendo que ellos se ayuden.
161. Entrevistadora: ¿Y cómo harías eso?
162. Entrevistado: Como lo he hecho hasta ahora (risas), tratando de dar, entre comillas, consejos que no son consejos, porque son cosas que ellos mismos se han dicho, que yo se qué se han dicho y que se las recalco, porque yo me siento super viejo, así, onda yo soy super (), no se, todos me dicen, ah tú soy super pendejo, tú soy super joven, soy un cabro chico no hay vivido na', pero yo me siento super viejo, siento que como creo que una vez le dije, creo que siento que ya di todo lo que podría haber dado, siento que mi sentido de vida, entre comillas, cambió.
163. Entrevistadora: ¿Y cual sería ahora?
164. Entrevistado: No quiero buscarlo, porque siento que me quedo con el anterior que era ayudar.
165. Entrevistadora: Entonces no cambió.
166. Entrevistado: No poh, es que siento que cambió, es que ahora es un sentido, X, que siento la duda de saber que es, pero a la vez no soy curioso y no quiero saberlo, porque quiero quedarme con éste y pa` futuro quiero ayudar, no poh, creo que le he contado a todas las personas desde que tengo como 13 años (risas), que quiero ser psicólogo y estudiar música, quiero estudiar psicología y después pedagogía en música y después, una persona no me acuerdo quien fue, me sugirió la idea de que si me gustaba mucho la música y quería ayudar, de

estudiar musicoterapia, es que me dijeron que ayudaba con música y era como ayuda con lo que más me gusta y aparte que ayudar es lo que más me gusta, Y ERA ASÍ, COMO ¡FELIZ!, porque como que todo se complementa, como super bien.

167. Entrevistadora ¿Y qué crees haber encontrado en el hospital de día?

168. Entrevistado: ¿Qué encontré en el hospital?, yo no encontré nada, pero encontré una escalera, una escalera como dice la canción “una escalera al cielo”, onda, esa escalera, en cada peldaño que podría ser, no se, cada usuario o cada, cada profesional, siento que puedo ir subiendo hasta llegar al punto de llegar al, entre comillas, cielo que sería mi sueño, esto encontré, suena feo sí, suena como ¿ENCONTRASTE UNA ESCALERA?, ¡que feo!, pero es que yo lo tomo en la forma metafórica.

169. Entrevistadora: Y si es una metáfora ¿Qué significaría en este caso?

170. Entrevistado: En este caso es como, entre comilla, un ascensor, pero que, que, me ayuda a subir, pero yo también tengo que poner de mi esfuerzo, onda, tengo que subir cada escalón con mi esfuerzo y eso más que nada.

171. Entrevistadora: Después de todo lo que hemos conversado, podría decir que desde tú punto de vista no tendrías esquizofrenia, que eso fue un error porque simulaste los síntomas, por las razones que anteriormente me señalaste...

172. Entrevistado: No poh, porque si lo viera de esa forma también puede ser que tengo, pero, entre comillas, no lo admito o no leí bien, porque yo sacando conclusiones por todas las cosas que leí yo no tendría, pero es que en vola´ el pensar en crear algo así como lo que hice podría ser parte de una, entre comillas,

enfermedad, que yo como le digo, yo no creo en enfermedad, pero, entre comillas podría ser un estado.

173. Entrevistadora: Pero, por lo que me señalaste anteriormente tenía un sentido, lo hiciste por algo.

174. Entrevistado: Sí, pero aún así podría tomarse en otro sentido, que yo lo hice por eso, pero en ese, en esa misma, en ese mismo momento yo no tenía dado el sentido solamente lo estaba haciendo, pero no se, porque eso se podría tomar de muchas formas.

175. Entrevistadora: ¿Pero tú como lo tomas?

176. Entrevistado: Yo, para mí, yo soy un idiota por haber hecho todo esto, yo siento que lo hice muy bien y conocí a gente, ¿cómo se podría decir?, maravillosa, conocí a mucha gente que me hace sentir bien y conocí a mucha gente que me hizo, que me hizo cambiar, que, que fueron, entre comillas, cálculos erróneos pero que me sirvieron mucho más que los cálculos que sirvieron, pero el punto es que me sirvió de mucho haber hecho esto, haber creído que lo hice porque logré vivir, pude experimentar lo que es la vida de verdad, porque antes yo no vivía o sea actuaba como que vivía, hacía todas las cosas que haría una marioneta, o sea actuaba como una marioneta que fingía estar viva, usted sabe que las marionetas hacen, hablan supuestamente, se mueven pero las actúa el marionetista.

177. Entrevistadora: ¿Y ahora, en el presente qué sientes?

178. Entrevistado: Yo siento ahora que estoy viviendo, como ya, ya salí de todas esas dudas, todas las dudas que tenía la aclaré o ya no me importan, siento que ahora estoy viviendo de verdad.

179. Entrevistadora: ¿Qué fue lo que te permitió vivir?

180. Entrevistado: Los errores de haber creado esto, porque yo con el haber querido hacer esto estaba pensando en quedarme solo, yo quería ayudar a la gente pero que no, que ellos, como le digo, que yo trababa de ayudar sin que sintieran mi ayuda, onda que se ayudaran ellos mismos más que nada, yo quería que, como que se ayudaran a ellos mismos, después sintieran que yo no fui de ayuda y que me pudieran olvidar y que me dejaran solo, pero pasoóese error que la gente empezó, entre comillas, a sentir mi ayuda y empezaron a agarrarme cariño y yo como soy super, híper sensible me encariño muy fácil de la gente y como yo me quería quedar solo me daba lo mismo si me quería la gente o no, yo no pensaba en eso, pero después como empezó a quererme la gente empezaron a acercárase más gente, incluso por decirlo así una amiga me buscó porque otra amiga le había contado que yo la había ayudado, no se si me entiende, es como super raro y no se poh y ahora vivo es como super bakan y como eso, como, como toda esta, entre comillas, vida salió de un error y como que siento que todo es un error porque nadie sabe como se creo el mundo, porque en vola' el mundo no fue pensando, nadie tenía pensado que se iba a crear pero aún así se creo y en vola' fue un error, no se poh son varias cosas que yo tenía en la mente, pero son varias cosas que yo siento que, en sí la vida es un error, porque la vida, el ejemplo más básico y que siempre lo toma la gente uno aprende más de sus

errores y si aprende más de sus errores es porque la vida quiere que la vida, quiere que la vida de los demás se cree de errores y se empiece a formar de errores, porque así después, entre comillas, se podría lograr al éxito, pero, yo me siento vivo por el error grande que cometí.

181. Entrevistadora: ¿Cuál fue ese error?

182. Entrevistado: El haber hecho que la gente me quisiera, no se como lo hizo, que la gente se me acercara, porque yo sabía que me iba a encariñar con la gente.

183. Entrevistadora: Hace un rato atrás me dijiste que, lo que te permitió vivir fue haber fingido los síntomas de la esquizofrenia, ¿por qué te permitió vivir?

184. Entrevistado: Porque al inventar eso ehm, surtió, entre todo eso surtió un error, hubo un error de cálculo que me hizo empezar a vivir, onda como lo mismo que le dije delante, como empezó mi depresión porque yo no le dije que mi hermano me empezó a odiar porque mis padres me sobreprotegieron, yo digo todo por lo que pasa ante, yo quería que esta mentira me dejara solo, pero me hiciera ayudar a los demás.

185. Entrevistadora: Pero entiendo que la mentira no te dejó solo.

186. Entrevistado: No poh yo quería que esta mentira me dejara solo, pero me, me hiciera ayudar a los demás, pero me hizo que la gente se me acercara y al no sentirme solo empecé a vivir, yo vivo mi error.

9.1.3. Entrevista Sujeto 3

1. Entrevistadora: Bueno lo primero que me gustaría saber es ¿qué te parece el hospital de día?
2. Entrevistado: Es una gran ayuda que, que no ayuda para nuevos horizontes, para estar tranquilo, a mejorar, eso.
3. Entrevistadora: ¿Por qué crees que llegaste a este lugar?
4. Entrevistado: Yo, lo primero que pienso es que dios me envió para acá y no sé, yo antes asistía al COSAM después me hospitalizaron y me derivaron para acá.
5. Entrevistadora: ¿En dónde estuviste hospitalizado?
6. Entrevistado: En el hospital de Avenida la Paz, psiquiátrico.
7. Entrevistadora: ¿Y por qué estuviste hospitalizado?
8. Entrevistado: Por qué mi doctor Catarter me dijo que me fuera para allá.
9. Entrevistadora: ¿Qué idea tenías sobre lo que vendrías hacer aquí?, me dijiste que te derivaron.
10. Entrevistado: Si, talleres, terapia, no talleres yo sabía, pero terapia con los psicólogos o con el psiquiatra, no lo conocía, yo creía que hacían puro talleres acá, cuando llegue pensé eso, había harta gente, trataban bien, eran chicos de mi edad, pero como en todo lugar hay gente molesta, hay que aguantarlo pero no sé el destino se encarga de esas cosas.
11. Entrevistadora: ¿Cómo es eso de que el destino se encarga de esas cosas?
12. Entrevistado: Son cosas que a uno le afectan pero dios se encarga de que pasen y no sigan por siempre, eso.

13. Entrevistadora: ¿Podrías relatarme como fueron para ti los primeros meses en que comenzaste a asistir al hospital?
14. Entrevistado: Si, yo sentí como una gran energía en mi mente, libertad, pensaba que era divertido, me gusto porque yo antes pasaba en la cama viendo tele, entonces era un cambio total en mi vida venir para acá, no se, hay muchas cosas que hacer, me acogieron muy bien, y eso, muchas cosas que hacer.
15. Entrevistadora: ¿Cuántos años tenías cuando llegaste al hospital de día?
16. Entrevistado: Tenía 19, llevo cuatro años y medio aquí.
17. Entrevistadora: Y antes estabas solamente en tu casa.
18. Entrevistado: Si, estaba en la casa sin hacer nada, y ahora comparando que cuando llegue acá y a lo que estoy ahora, siento que he avanzado mucho.
19. Entrevistadora: ¿Podrías decirme a que te refieres cuando dices que has avanzado?
20. Entrevistado: No sé, hablo más fuerte, me socializo mejor, ehm no sé, con ayuda de los terapeutas en cosas que me dificultan he avanzado también.
21. Entrevistadora: Me dices que este lugar es de gran ayuda para ti porque tú antes estabas en tu casa sin hacer nada y que cuando llegaste te acogieron bien, también me cuentas que creías que aquí solo se hacían talleres y te encontraste con los terapeutas y los psiquiatras, entonces yo podría preguntarte, ¿qué lugar ocupa el hospital en tu vida?
22. Entrevistado: ¿Qué lugar?
23. Entrevistadora: Sí, ¿qué lugar?

24. Entrevistado: Una muy importante, es que hay harta gente joven que tiene esquizofrenia y pasan en su casa, y hay pocos hospitales de día, entonces me gustaría que esto fuera más reconocido por la gente, por el gobierno, para que hagan más hospitales de día donde los jóvenes con problema mental vengan, porque muchas veces yo no sabía que existían el hospitales de día y estas cosas y son una gran ayuda, por eso debería ser reconocida y haber más hospitales de día, que la gente que lo conociera, eso es lo que me gustaría a mí para los jóvenes que están mal.
25. Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo estuviste en tu casa antes de llegar acá sin hacer nada?
26. Entrevistado: Es que yo antes que me hospitalizaran en el 2004, iba al Cosam de Cerro Navia, pero antes de ir Cosam no hacía nada, pasaba en la tele, jugando video juegos, era como una vida (.) pobre, no se si decir miserable, porque lo único que hacía era estar en la cama, ver tele, videojuegos.
27. Entrevistadora: Cuando dices una vida pobre y miserable ¿a que te refieres?
28. Entrevistado: A que no hacia nada, mi mundo era mi casa no más, no conocía el otro mundo.
29. Entrevistadora: ¿Y cuál es el otro mundo que conociste?
30. Entrevistado: Este, el hospital de día, la gente, mi mente tan atractiva, eso.
31. Entrevistadora: ¿Qué esperabas encontrar aquí?
32. Entrevistado: Ayuda primero que nada, ayuda, mantener mi mente ocupada, (.) aprender nuevas cosas, aprender a sociabilizarme, hartas cosas.
33. Entrevistadora: ¿Y que encontraste?, porque eso es lo que esperabas.

34. Entrevistado: Yo encontré, la primera vez que vine para acá, no se vine con mi mamá y el lugar era grande y me acogieron bien los terapeutas, las asistentes, todos los chiquillos, no me sociabilice al principio, no sé, ahora estoy mejor.
35. Entrevistadora: Podrías contarme ¿Quién te informo que tenías esquizofrenia y que te dijeron al respecto?
36. Entrevistado: No, es que todo empezó cuando el 2003 deje de ir al colegio, entonces me mandaron al Félix Bulnes a psiquiatría y ahí empezó mi tratamiento, me daban pastillas, pero yo no me las tomaba, hasta que abril del 2004, a mí me atendían en el segundo, tercer piso del Félix Bulnes, me atendían no más, pero es que cuando niño me atendían, y estuve un buen tiempo sin ir para allá.
37. Entrevistadora: Cuando niño, ¿cuantos años tenías ahí?
38. Entrevistado: Como 7 o 8 años, me decían que tenía retardo mental y infautismo, principio de autismo y después como le contaba el 2003 mi mamá se fue a cuidar a mi abuelita que esta operada del ojo, yo me quede con mi hermano y mi papá, yo creo que ahí, que eso influyo mucho en caer en la esquizofrenia.
39. Entrevistadora: ¿Ahí te diagnosticaron esquizofrenia?
40. Entrevistado: No, a mí me diagnosticaron como a finales del 2003 la esquizofrenia, me llevaron el 5° piso me dejaron hospitalizado, ahí me pusieron una inyección de Modecate a la fuerza.
41. Entrevistadora: ¿Por qué a la fuerza?
42. Entrevistado: Yo no me la quería poner, pero no se me obligaron, me presionaron mucho los paramédicos, yo creía que el psiquiatra era una persona malvada y

con eso también me dieron el Aldol y todos los días tenía que ir a la posta porque me daban distonía con el Modecate.

43. Entrevistado: ¿Y que te hacían en la posta para que se te pasara la distonía?

44. Entrevistado: Me inyectaban Diacepam y se me pasaba, se me iba la vista para arriba, una vez estuve súper mal, estuvo no se tipo depre así, estuve a punto de morir porque me había puesto el Modecate y fui hacer trámites con mi mamá al Félix Bulnes, que diga el San Juan de Dios entonces yo me arranque fui a la comisaría y me empezó a dar como un ataque de distonía íbamos camino a la posta, al consultorio.

45. Entrevistadora: ¿Por qué te arrancaste?

46. Entrevistado: Si me sentía mal quería denunciar a mi mamá a los carabineros porque yo pensaba que me estaban haciendo cosas malas, no quería ir al psiquiatra a ponerme la inyección y todas esas cosas.

47. Entrevistadora: ¿Por qué pensabas que te estaban haciendo cosas malas?

48. Entrevistado: Porque no me gustaba a mí eso, que me pusieran inyecciones, de ir para allá, no, no me gustaba.

49. Entrevistadora: ¿Por qué no te gustaba?

50. Entrevistado: (.) es que un mundo muy, un mundo temeroso, el de la esquizofrenia.

51. Entrevistadora: ¿Cómo te enteraste que tenías esquizofrenia?

52. Entrevistado: No me lo dijeron a mí nunca hasta ahora, se lo dijeron a mi mamá, la esquizofrenia paranoide, los doctores hablaban entre ellos y yo escuche.

53. Entrevistadora: ¿Que te sucedió cuando escuchaste que tenías esquizofrenia paranoide?
54. Entrevistado: mmm no lo tome con mucha preocupación porque era algo nuevo para mí, yo no creía que tenía esas cosas, para mi era nerviosismo no más, problema a los nervio.
55. Entrevistadora: Para ti eran problema a los nervios.
56. Entrevistado: Si es que yo hace mucho que no me persigo, cuando me pongo nervioso es una cosa extraña como no quiero admitir algo, por ejemplo, cuando estoy avergonzado porque ehm (.) le pido mucho a mi mamá de su ayuda ME AVERGÜENZO Y ENTONCES EN VEZ DE SENTIR ESA VERGÜENZA EN MI SER, me pongo nervioso, me pongo como a hablar solo con mi mente, siento que los demás saben lo que, saben cuándo estoy mal, que cuando estoy mal yo pienso, cuando estoy bien al cruzar no viene ni un vehículo y cuando me siento mal ¡TODOS VIENEN , NO SE PORQUE!
57. Entrevistadora: Me dices que los médicos nunca te dijeron que tenías esquizofrenia, que se lo dijeron a tu mamá, que tú te enteraste por una conversación que escuchaste, ¿cuantos años tenías ahí?
58. Entrevistado: Yo tenía 15 o 16
59. Entrevistadora: ¿Y que pensaste que te iba a pasar?
60. Entrevistado: ¿Con la esquizofrenia?
61. Entrevistadora: Si
62. Entrevistado: Ehm, no que me iba a durar un tiempo no más y después me daban el alta, algo así pensaba.

63. Entrevistadora: ¿Ahí estabas hospitalizado?
64. Entrevistado: No, yo caí hospitalizado el 2 de noviembre del 2004.
65. Entrevistadora: ¿Después de que supiste que tenías esquizofrenia o antes?
66. Entrevistado: Después, es que a mí me empezaron hacer los controles en octubre del 2003 y después en 2004, noviembre del 2004 me llevan al psiquiátrico hospitalizado.
67. Entrevistadora: ¿Y cuánto tiempo estuviste hospitalizado?
68. Entrevistado: Cuatro meses y medio, es que me suspendieron el Modecate gracias a dios y me empezaron a dar Clozapina que justo había entrado en el plan Auge, esa pastilla súper cara.
69. Entrevistadora: ¿Cómo fue estar hospitalizado?
70. Entrevistado: Al principio fue difícil, yo lloraba, estaba asustado, con tristeza, amargura, pero poco a poco me fui acostumbrando.
71. Entrevistadora: ¿A estar en el hospital?
72. Entrevistado: Ser consiente que estaba ahí por mi bien estar, que, que ellos me ayudaban ahí, era por mi bien y lo acepte y tuve valor y paciencia y hasta que me dieron de alta.
73. Entrevistadora: ¿Como llegaste a la conclusión de ser consiente de que te estaban ayudando, que todo iba a ser para tu bien?
74. Entrevistado: Ahí, cuando estaba a mitad de tratamiento, me dije “no debo estar así, al contrario, debo estar contento porque acá me van ayudar”, pero (risas) lo único que no me gustaba y tenía miedo eran los electroshock.
75. Entrevistadora: ¿Te hicieron electroshock?

76. Entrevistado: No, nunca gracias a dios.
77. Entrevistadora: ¿Y conociste gente ahí?
78. Entrevistado: Si, tuve algunos amigos.
79. Entrevistadora: Hiciste amigos.
80. Entrevistado: Si, un estudiante de filosofía que cayó al psiquiátrico era mi amigo tenía 32 años se llama Cristian y también otro que se llama miguel y también tenía la misma edad.
81. Entrevistadora: Todavía los recuerdas.
82. Entrevistado: Si, a todos (risas).
83. Entrevistadora: Me cuentas que caíste hospitalizado, que nadie te lo informo, que te diste cuenta por una conversación, a demás me dijiste que esto era algo nuevo para ti...
84. Entrevistado: Claro de la enfermedades mentales y todas esa cosas.
85. Entrevistadora: Yo quisiera preguntarte ¿qué sabias de la esquizofrenia antes de que te enteraras que eso era lo que tenías?
86. Entrevistado: De las voces, de las voces que escuchaba solo, de la locura de hablar solo, esas cosas, era algo popular, algo popular hasta ahora, si a una persona normal le preguntan “¿que es la esquizofrenia para usted?” yo creo que eso es lo primero que se le viene a la mente.
87. Entrevistadora: ¿Y cómo te enteraste de eso?
88. Entrevistado: (risas) no por la tele, la gente, toda la gente lo sabe, que si uno le dicen que está loco lo primero que se le viene a la gente que habla solo, escucha

voces, lo primero que piensa la gente, si le dicen que opina de la esquizofrenia eso.

89. Entrevistadora: ¿Alguien te explico lo que era la esquizofrenia?

90. Entrevistado: He, la esquizofrenia, no, hasta el momento no lo sé, es que cuando iba a control el doctor me veía, me veía los ojos, escribía y se despedía de mí, no me hacía pregunta ni nada, el otro doctor esta al lado con el celular, hacia preguntas no más, conversaban entre ellos, casi no me hacían preguntas y no se a qué iba yo poh.

91. Entrevistadora: ¿Y que sentías cuando te encontrabas en esa situación?

92. Entrevistado: Que era mala atención poh, eso.

93. Entrevistadora: Me contaste que cuando eras niño te había diagnosticado retardo mental, principio de autismo y luego te enteras que tenías esquizofrenia. Me gustaría saber ¿cómo fue que enfrentaste esta situación?

94. Entrevistado: Al principio yo quería, tenia la oportunidad de ir al primer control con la psiquiatra, tenia dos posibilidad, quedarme ahí o escaparme solo a la casa, esto fue cuando empezó mi tratamiento en Félix, en el 2003 por ahí, entonces yo quería irme para la casa y no venir mas, pero no se, había como una fuerza que me impulsaba a seguir ahí, yo creo que esa fuerza era dios, porque el quería lo mejor para mí, que a pesar de lo que piense yo que no me guste, si el quiso que yo, que mi voluntad fuera seguir ahí para mejorarme.

95. Entrevistadora: cuando llegaste aquí, al hospital, ¿qué te dijeron tus compañeros respecto a tu diagnostico?

96. Entrevistado: (risas) Hasta el día de hoy no me comunico casi nada, hago preguntas cortas, casi no sociabilizo con ellos, a veces comentamos dibujo animados, cartas, videojuegos cosas cortas.
97. Entrevistadora: No hablan de lo que les afecta...
98. Entrevistado: Casi nadie habla de eso, hablan más de cómo le va en la calle, en la casa conversaciones no mas.
99. Entrevistadora: ¿A que atribuyes tú el que te hayan diagnosticado esquizofrenia?
100. Entrevistado: Es que por parte de mi papá todos tienen enfermedades mentales, retardo mental, hartas cosas, entonces yo creo de ahí que me nació, no se si habré nací con esquizofrenia o se me habrá presentado en una etapa de mi vida.
101. Entrevistadora: Tú me hablabas hace poco que tu mamá se había ido a cuidar a tu abuelita, que te habías estado con tu hermano...
102. Entrevistado: Sí, eso fue en el verano del 2003, enero y febrero y parte de marzo, ahí yo me empecé a poner mal, perseguido así, eran 30 grados de calor yo estaba tapado con frazadas y me pasaba rollos así, era un angustia, una mezcla de angustia, soledad, no se.
103. Entrevistadora: ¿Sentías soledad a pesar de estar con tu papá y tu hermano?
104. Entrevistado: Con mi hermana.
105. Entrevistadora: ¿Con tu hermana?
106. Entrevistado: Sí, es que yo tengo 2 hermanas y un hermano
107. Entrevistadora: A ya...

108. Entrevistado: Nos quedábamos con mi hermana hasta las 4 de la mañana escuchando música, viendo tele y cuando mi mamá iba a la casa, iba como una ves a la semana yo tenía ganas, de (.) no se poh ,de, quitarme la vida y esas cosas.
109. Entrevistadora: ¿Por qué querías quitarte la vida?
110. Entrevistado: Me sentía muy mal, (.) estaba muy perseguido, no se la impotencia.
111. Entrevistadora: ¿Y le contabas a alguien lo que te estaba pasando?
112. Entrevistado: No, es que mi hermano también tiene esquizofrenia.
113. Entrevistadora: ¿Cuántos años tiene tu hermano?
114. Entrevistado: 32
115. Entrevistadora: Si tuvieses que compararte con él, ¿qué me dirías?
116. Entrevistado: Hay cosas distintas, como que, el siente (.) sensaciones de extrañeza que yo no siento, como esas cosas.
117. Entrevistadora: ¿A que atribuyes que él siga sintiendo esas sensaciones de extrañeza que tú ya no sientes?
118. Entrevistado: Es que al le querían dar la Clozapina como a mí, pero dijo que no, no le gustaba esas cosas.
119. Entrevistadora: ¿Tú crees que es el medicamento marco la diferencia?
120. Entrevistado: Si poh, yo igual estoy mucho mejor, lo único que a veces me pongo muy nervioso, es lo único que pasas, YO NUNCA HE ESCUCHADO VOCES, ALUCINACIONES, NUNCA, yo más bien creo que tengo algo a los nervios.

121. Entrevistadora: ¿Cómo es eso que tienes algo a los nervios?
122. Entrevistado: No se, cuando algo difícil de explicar, por ejemplo, cuando estoy nervioso me pongo como, bajo la mirada, me pongo a pensar mucho, quién me está mirando, saben lo que pienso, saben no lo que pienso pero, es mi estado anímico, si estoy avergonzado, triste, así , pero rara ves me siento súper bien y pienso que no me ven a mi, yo creo que me ven porque ando agachado, cuando estoy bien pienso eso que me ven por mi postura, pero yo cuando me siento bien, derecho no siento nada, igual como una persona normal.
123. Entrevistadora: ¿Me podrías contar cuales son los tratamientos que has recibido y por que?
124. Entrevistado: Tratamientos de medicamento, tratamiento de psiquiatra y yo creo que los recibí porque lo necesitaba, no se, alguien necesitaba que me ayudara que no fuera de mi familia, alguien, alguien que sea profesional, no se, eso.
125. Entrevistadora: ¿Y el medicamento en que te ayuda?
126. Entrevistado: A estar más tranquilo, a pensar mejor, eso.
127. Entrevistadora: ¿Y la gente en que te ayuda?
128. Entrevistado: Como, ehm los terapeutas que me sirven para hablar arto, yo hablo con él todas las cosas que quiero, como que me desahogo.
129. Entrevistadora: ¿Qué ha significado para ti conocer la esquizofrenia?
130. Entrevistado: Es una dificultad pero no es un impedimento, es algo con lo que puedo evolucionar, ser casi una persona normal, no normal pero, casi, casi normal y esto se mejora con tratamientos primero que nada, un buen ambiente en la casa, eso.

131. Entrevistadora: ¿Y tienes un buen ambiente en la casa?
132. Entrevistado: No, no es muy bueno, mi hermano a veces le ponen Modcate, se le baja la dosi, empieza a pelear con mi mamá, pero dice que es dios, no se po`, nos pone video evangélicos de todo, cree arto en dios pero (risas) se le olvida cuando pelea con mi hermana, mi mamá o mi papá y eso, no esta en la casa lo que quisiera yo.
133. Entrevistadora: ¿Cómo te ves a ti mismo?
134. Entrevistado: Yo me veía hace años como alguien que caminaba por la vida sin pensar, pero con el tiempo hasta ahora soy alguien que me doy cuenta de las cosas, tengo más amplio el pensamientos, se usar mi inteligencia usar mi inteligencia, esas cosas, conocer, amargarme mucho, toda esas cosas.
135. Entrevistadora: ¿Cómo era eso de caminar por la vida sin pensar?
136. Entrevistado: Claro me molestaban, yo iba sin pensar en la maldad, en que ¿por que hacen esto?, yo decía “ah esto lo hacen por lesear” pero ahora yo pienso, no se, soy como mas, me doy cuenta de las cosas, se pensar mas.
137. Entrevistadora: ¿De qué te das cuenta?
138. Entrevistado: De las cosas, de la envidia, la realidad, el respeto, todas esas cosas.
139. Entrevistadora: ¿Y como ves a tus compañeros del hospital de día?
140. Entrevistado: Bien, pero (.) falta como, hay algo que me (.) como que no se expresar mis emociones y se me quedan adentro y hago cosas malas, por ejemplo, estuve haciendo algo con una pala en un taller y viene uno y sin decirme nada me la quita y yo no hago nada, eso es lo que más me ha costado superar, que son irrespetuosos, es que pasan a llevar a gente piensan en ellos no

más, yo comprendo que tienen energía pero yo digo “siempre hay que tener energía, pero siempre respecto a los demás”, porque uno es capaz de guardar esa cosa.

141. Entrevistadora: ¿Qué cosa?

142. Entrevistado: Esa ansiedad por hacer cosas, ta bien ser ansioso pero el llegar a provocar daño al otro eso no me gusta.

143. Entrevistadora: ¿Cómo crees que te tratan las personas que saben de tu enfermedad?

144. Entrevistado: ¿Toda la gente a mi alrededor?

145. Entrevistadora: Si...

146. Entrevistado: Mi mamá me trata especial, más que nada porque tengo esquizofrenia, por que yo nunca le falto el respeto, nos llevamos muy bien con mi mamá, pero ella es alcohólica y no esta en tratamiento y dijo que esta esperando la hora del consultorio pero no llega, pero no muestra gran interés por eso, por superarse, mi papá también es alcohólico estuvo hospitalizado el año antes pasado, en el psiquiátrico estuvo como 2 o 3 semanas y de ahí que ya toma pero no tan seguido, le dieron pastillas igual, controles, pero no va, no se toma las pastillas, a veces veo mal a mi mamá que toma mucho vino, me dan ganas de morirme, de no hacer nada, de mis proyectos, me da una rabia, UNA IMPOTENCIA, RABIA, TRISTEZA, una mezcla de todo lo malo.

147. Entrevistadora: ¿Por que te genera rabia, impotencia ver a tu mamá así?

148. Entrevistado: Porque no me gusta el alcohol, porque es, es, (.) hace a las personas miserables, transforman a las personas que son dignas, cosa así, me

carga la gente con vino, por que uno puede hacer una buena fiesta con bebidas y todo, pero cuando dicen “ya hagamos una fiesta con vino” ME DA RABIA A MI, igual que cuando se estaba haciendo la asistente social los papeles para certificado con tanto esfuerzo de los logros, ella dijo “vamos hacer una fiesta con vino” a mi me da rabia.

149. Entrevistadora: ¿Tu mamá dijo eso?

150. Entrevistado: Sí, yo lo mas que detesto en el mundo es el alcohol, entonces yo rompí el papel, por que me dio rabia.

151. Entrevistadora: ¿Y aquí como te tratan?

152. Entrevistado: Me tratan bien, si a veces (risas) igual mi psicólogo dice yo vengo el lunes y viernes no mas, pero cuando me sienta mal venga igual, pero ahí siento que me tratan mal porque dicen “no tendrías que venir” es otra personalidad de ellos.

153. Entrevistadora: ¿Quién te dice eso?

154. Entrevistado: No es que yo siento eso de los profesionales.

155. Entrevistadora: ¿Te lo dicen o tú lo sientes?

156. Entrevistado: Las dos cosas, casi me lo dicen.

157. Entrevistadora: ¿Cómo es eso?

158. Entrevistadora: Es que no es que me lo digan, si no la voluntad con que se presentan, por ejemplo, yo quedo de venir un martes, el martes pasado me dijeron acá “los que no iban al mañana que no viniera” porque ya me dijeron “ya quédate en tu casita no ma”, yo creo que la principal idea del hospital de día es ayudar y con eso no se cumple el objetivo.

159. Entrevistadora: Si tu pudieses decirle algo a todas las personas que están en las mismas situación que tú, ¿qué les dirías?
160. Entrevistado: Que se esfuercen por las cosas, que no se dejen intimidar, que no sean veleidosos, irrespetuosos por que eso les hace más daños a ellos mismo y no se.
161. Entrevistadora: ¿Qué te gustaría decirle a las personas que nunca han pasado, que no han estado en tu lugar...?
162. Entrevistado: ¿Personas sanas?
163. Entrevistadora: ¿Tú crees que ellos son personas sanas?
164. Entrevistado: No, no, seguí su pregunta.
165. Entrevistadora: Ah ya, pero ¿cómo le llamarías a las personas que nunca han pasado por esto?
166. Entrevistado: Pero es que igual ellos tienen problemas, son sanos, pero toda la gente tiene problemas.
167. Entrevistadora: Ya, pero sin embargo manejan ciertos conocimientos de lo que es la esquizofrenia, me gustaría saber ¿qué les dirías a todo ellos?
168. Entrevistadora: No, que antes de juzgar se culturicen sobre la esquizofrenia que es una enfermedad como cualquier otra y que hay que respetarlos.
169. Entrevistadora: ¿Y qué es para ti la esquizofrenia?
170. Entrevistado: Es como una carga que tengo que llevar, no se poh, me gustaría no tener la enfermedad y ser alguien normal, que estudia, que trabaja, que no siente mal, que no se siente amargura, alguien independiente que no viva de los demás, de lo que hagan los demás, eso.

171. Entrevistadora: Si tuvieras que ponerle una imagen a la esquizofrenia, ¿que imagen le pondrías?
172. Entrevistado: Yo lo vería como un día nublado, que a veces esta mal pero a veces un día soleado que esta bien.
173. Entrevistadora: ¿Qué sueños tienes para el futuro?
174. Entrevistado: Yo he tenido artos sueños en mi vida que no se si cumpliré, sueño con, mi mayor sueño es ir a la universidad y pero primero quiero ir a una academia de música a prepararme, quiero aprender música y guitarra.
175. Entrevistadora: ¿Y a la universidad?
176. Entrevistado: Me dijo el director del colegio que la carrera que se llamaba interprete superior en guitarra.
177. Entrevistadora: ¿Y cómo te gustaría que fuese ese futuro?
178. Entrevistado: No se, con tranquilidad, con felicidad si es que logro mis sueño, estaría feliz, tranquilo, eso.
179. Entrevistadora: ¿Qué es la felicidad para ti?
180. Entrevistado: La felicidad para mi es la paz y la paz y un mundo sin maldad, con respeto a los demás, que cada uno se respete, eso.
181. Entrevistadora: ¿Como te gustaría que la sociedad te mirara?
182. Entrevistado: Como una persona normal, es que, no se, yo, yo (.) es que no se, yo creo que mi mente lo que me pasa, que yo creo que lo que tengo mal yo no esquizofrenia si no es que me pongo muy nervioso, o no se, mi postura, yo tengo algo, el nerviosismo, cuando estoy muy cansado, no se me llega de repente y estoy muy cansado, eso.

183. Entrevistadora: Quisiera retomar un tema del que hablamos hace un momento a tras, me contaste que te supiste que tenías esquizofrenia por una conversación que habías escuchado, hasta el momento nadie te ha dicho nada ¿no sabes lo que es la esquizofrenia?
184. Entrevistado: Esquizofrenia es un problema mental, que me decían en el psiquiátrico que era una venita que se tapaba, las practicantes de enfermería decían eso, una venita que se tapaba en el cerebro.
185. Entrevistadora: ¿Y tu crees que es eso?
186. Entrevistado: Yo creo que son varias cosas, es parte psicológico y parte algún químico en el cerebro que este fallando, algún trastorno.
187. Entrevistadora: ¿Y trastorno de qué?
188. Entrevistado: Trastorno de las cosas malas que le hayan hecho efecto mal.
189. Entrevistadora: ¿A que te refieres?
190. Entrevistado: Me molestaban en el colegio, o sea nunca lo acuse al profesor, al director y eso yo creo que eso influyo mucho en mi malestar, eso.

9.1.4. Entrevista sujeto 4

1. Entrevistadora: Lo primero que me gustaría preguntarte es ¿qué te ha pacido el hospital de día?
2. Entrevistado: Buena, muy buena, todos me ayudaron para, para quedarme aquí, son todos simpáticos, bien, muy bien.
3. Entrevistadora: ¿Y por qué crees que llegaste a este lugar?

4. Entrevistado: Por la esquizofrenia que tenía yo, me diagnosticaron allá en el CRS, ahí me diagnosticaron y llegue hasta aquí, desde los doce años que me la diagnosticaron.
5. Entrevistadora: Tomando en cuenta que solo llevas tres semanas en el hospital me gustaría saber ¿Cuáles eran las ideas que tenías sobre lo que vendrías a hacer aquí?
6. Entrevistado: Que era como, como todos los días talleres, compartir con gente, tener más personalidad, todo eso.
7. Entrevistadora: ¿Cómo es eso de compartir con gente y tener más personalidad?
8. Entrevistado: No se poh, estar opinando cosas cuando uno esta en los talleres, dentro de un taller y opina cosas, que igual yo soy medio tímido entonces me ha ayudado arto esto para tener personalidad, cuando estoy con mis compañeros igual hablo arto, opino, esas cosas.
9. Entrevistadora: Entiendo que antes te costaba hablar con las personas.
10. Entrevistado: Sí, antes me costaba arto, era medio tímido, así callado, ahora encuentro que estoy un poquito más pero igual sigo un poco tímido.
11. Entrevistadora: ¿Cómo han sido para ti estas primeras semanas en el hospital?
12. Entrevistado: Buenas, muy buenas
13. Entrevistadora: ¿Por qué han sido buenas?
14. Entrevistado: Por parte de los profesionales que me acogieron muy bien, que hacían, hacían ideas, no se, me gusto, me gusto arto. Cuando me estaba presentando recién aquí en el hospital me hacían como charlas, tuve como tres charlas antes de ingresar al hospital, me decían cosas de aquí del hospital, todas

esas cosas, que tenía que hacer, en que horario era, en que horario, hasta cuando era, que era de lunes a viernes, que los feriados no atendían, que llevaban casi dos años ya en el hospital todos los profesionales, que se atendía de nueve a tres de la tarde, de nueve a cinco pero el horario de usuario era de nueve a tres.

15. Entrevistadora: ¿Podrías decirme que lugar ocupa el hospital en tú vida, considerando el poco tiempo que llevas aquí?
16. Entrevistado: No, todavía no ocupa un lugar.
17. Entrevistadora: ¿Cómo que es para ti el hospital en estos momentos?
18. Entrevistado: Es como un proceso para tener como más capacidades mentales, más capacidad física.
19. Entrevistadora: ¿a que te refieres capacidades mentales?
20. Entrevistado: No se poh, tener más personalidad, que hablar más (.) plantear un tipo de conversación en un sitio con un tema, esas cosas.
21. Entrevistadora: Me contabas que te habían diagnosticado esquizofrenia a los 12 años...
22. Entrevistado: Sí, primero estuve en un Cosam que queda en Pudahuel, que queda cerca del Salitre, estuve ahí a los 11 años y luego a los 12 años me diagnosticaron esquizofrenia paranoide, después de ahí estuve un mes y medio en un hospital que se llama Félix Bulnes a los 13 años.
23. Entrevistadora: ¿Por qué te hospitalizaron?

24. Entrevistado: Me descompense porque no me preocupaba de mi mismo, no me bañaba, no me lavaba los dientes, esas cosas, era como muy dejado en esas cosas.
25. Entrevistadora: Entiendo que te hospitalizaron por un tema de higiene.
26. Entrevistado: Igual, no se poh, me acordaba yo me quería como matar, suicidar porque pensaba muchas cosas tontas, que me iban a pegar en la calle, todas esas cosas me imaginaba y me internaron esa vez, tenía angustia, no se poh, de repente lloraba pero después de la hospitalización salí bien, ahí estuve como tres o cuatro años bien, estable con pastillas, después la segunda vez como a los 19 años estuve dos meses y una semana por descompensación de pastillas porque no me las tomaba.
27. Entrevistadora: ¿Por qué no te las tomabas?
28. Entrevistado: No se, como ya sentía que estaba bien sentía que dejando las pastillas iba a estar mejor, pero me enferme, empecé a pensar cosas.
29. Entrevistadora: ¿Cómo que cosas?
30. Entrevistado: No se poh, escuchaba voces, voces que me decían que me matara, me suicidara, esas cosas extrañas que me pasaban en esos momentos pero ahí estuve y me diagnosticaron esquizofrenia paranoide de nuevo, lo mismo y hasta el día de hoy sigo hasta acá.
31. Entrevistadora: ¿Quién te informo que tenías esquizofrenia?
32. Entrevistadora: Yo le decía el pelao Correa, se llama Rafael Correa, era del Cosam y me mando al Félix Bulnes, él era el psiquiatra del Cosam y del Félix

Bulnes, trabajaba en dos partes, él dio la autorización para que yo me fuera al Félix Bulnes.

33. Entrevistadora: ¿Qué te paso antes de que te llevaran a este Cosam de Pudahuel?
34. Entrevistado: Yo antes era tenista, jugaba tenis y jugaba todos los días de chiquitito de los 9 a los 12 años más o menos, dos años entrenado duro así tenis y entrenaba todos los días entonces mi papá como no, no llegaba nunca a la casa, a veces me quedaba a fuera en la casa de un amigo, por eso por lo mismo me internaron, no se poh, debe ser porque no llegaba, a veces llegaba muy tarde, esto fue de los 11 o 12 años.
35. Entrevistadora: No llegabas a la casa... ¿y ahí estabas estudiando?
36. Entrevistado: No, no estaba estudiando en ese momento, llegue solo hasta octavo, deje el colegio.
37. Entrevistadora: ¿Qué te dijeron sobre la esquizofrenia cuando te informaron que ese era tu diagnostico?
38. Entrevistado: Que era una enfermedad para casi toda la vida, que si no tomaba las pastillas uno se descompensa y eso (.) me sacaron electroshock también de la cabeza, me ponían cosa en la cabeza.
39. Entrevistadora: ¿Te aplicaron corriente?
40. Entrevistado: No, corriente no, me hacían un examen pa` la mente y ahí nunca supe lo que salio ahí, nunca me dijeron, no me dijeron nunca, solamente me dijeron que tenía esquizofrenia paranoide.
41. Entrevistadora: Me contaste que tenías 12 años cuando te diagnosticaron esquizofrenia paranoide, ¿me gustaría me contaras que te sucedió al saberlo?

42. Entrevistado: Sentí como pena, angustia porque antes de los 12 años yo era un niño súper sano, no fumaba, no tomaba hacía puro deporte, era un cabro súper sano y cuando me dijeron que tenía esquizofrenia me sentí mal, con pena, no tenía ganas de na, pero después con la ayuda de mis papás, de mi hermana, de mis tíos, de mi abuelita empecé a tirar pah arriba y salir solo para arriba.
43. Entrevistadora: ¿Qué te dio pena en esos momentos?
44. Entrevistado: Que tenía esquizofrenia.
45. Entrevistadora: Pero... ¿qué significaba para ti tener esquizofrenia?
46. Entrevistado: No tanto que tenía eso, lo que pasa que la pena que me da es que pah toda la vida, podía haber sido por un año máximo, dos años pero ya toda la vida igual es mucho.
47. Entrevistadora: ¿Qué pensaste cuando te dijeron que esto era para toda la vida?
48. Entrevistado: Pena poh, lata, yo era un cabro súper sano y del día a la mañana me dijeron que tenía esquizofrenia (.) da como pena y angustia, uno se siente mal.
49. Entrevistadora: cuando te informaron que tenía esquizofrenia y a demás te dijeron que era para toda la vida, ¿qué te imaginaste que era la esquizofrenia?
50. Entrevistado: No, nada, ahí en el CRS me enseñaron harto que la enfermedad de la esquizofrenia se le daba a un niño de mil, a un niño de un millón, de cien personas en un grupo a uno le da esquizofrenia, eso me dijeron, me contaron eso y eso no más, no me dijeron nada más.
51. Entrevistadora: Pero independiente de lo que te dijeran ¿Qué te imaginaste tú?

52. Entrevistado: Podría ser (1) que no se poh, estaría tomando pastillas porque gracia a las pastillas no tomo copete, quizás es un paso grande bueno que estoy dando en la vida porque no tomo, puro fumar no más.
53. Entrevistadora: ¿Antes tomabas?
54. Entrevistado: Sí, antes tomaba, antes de tomar pastillas, como de los 15, 16 años tome casi un año, tomaba todos los fines de semana, igual tomaba pastillas pero no me pasaba nada, tomaba cuando iba a la casa de mi hermana, cuando correteaba, ahí tomaba una chela, un pisco sour.
55. Entrevistadora: ¿Y qué sabías de la esquizofrenia antes de que te informaran que ese era tú diagnostico?
56. Entrevistado: No, no sabía nada de la esquizofrenia, la había escuchado pero nunca pensé que me iba a dar, había escuchado que emh la esquizofrenia era las personas que estaban como locas, así, que imaginaban cosas, que se cortaban los brazos, pero a mi me enseñaron que los niños esquizofrénicos no son tan peligrosos como la gente normal, que como están compensados con pastillas no son tan peligrosos que como un delincuente, un drogadicto que son personas que tienen más problemas que uno, fue mula igual imaginar que las personas con esquizofrenia eran eso. Una vez cuando tenía como 10 años la vi por tele un programa de esquizofrenia, un ehm doctor psiquiatra de EEUU hablaba de esquizofrenia pero no me acuerdo bien que decían, pero hablaban, hablaban de la esquizofrenia.
57. Entrevistadora: ¿Cómo fue que enfrentaste esta situación?

58. Entrevistado: Tirando pa` delante no mas, siendo bien fuerte no mas, no pensando tantas cosas raras, estando más cercano de mi familia que me apoya arto, los doctores que estoy con ellos y eso, nunca estar solo, nunca estar en mi casa solo pensando cosas tontas, me gusta estar con gente, con harta gente para que la gente me apoye, me tire pa` arriba.
59. Entrevistadora: ¿Qué te han dicho tus compañeros del hospital con respecto a la esquizofrenia?
60. Entrevistado: Que ellos no saben, saben que tengo esquizofrenia pero no paranoide y me han dicho que tire para arriba no más, que me esfuerce, pero nadie me ha contado sobre sus experiencias, pero son buenos chatos, cuando estoy apenado como achacado me tiran pa` arriba, me dicen arriba.
61. Entrevistadora: ¿Por qué te achacas?
62. Entrevistado: Por la enfermedad poh, quiero ser un cabro normal, estar sin pastillas que pueda, no se poh, que pueda tomar, me gustaría igual tomar copete, es que mi hermana como es buena para tomar, toma todos los viernes y los sábados y mas encima me invita a la casa me dan como ganas de tomar copete de nuevo pero no estoy ni ahí con tomar todavía, me gustaría tener oportunidades más buenas de vida, poder trabajar, estudiar, todo lo que puede hacer un niño normal de mi edad.
63. Entrevistadora: ¿Tú sientes que la vida que llevas no es normal?
64. Entrevistado: No se si es normal pero que, como tengo esquizofrenia entonces como que no es normal, no se poh, la esquizofrenia igual es una enfermedad que

es para toda la vida, no se si por toda la vida pero hay que estar compensado con pastillas, si no se toma las pastillas se descompensa, no se poh.

65. Entrevistadora: ¿A que atribuyes tú, el que te hayan diagnosticado esquizofrenia?
66. Entrevistado: Ah, no cacho, no cacho bien, pero mi papá cuando yo era chico era alcohólico mi papá, cuando yo tenia 12, 13 años era alcohólico llegaba todos los días curao a la casa y todas esas cosas las vi yo y llegaba retaba a mi mamá, le pegaba y eso como que me afecto harto, hasta el día de hoy, un día mi papá lleo enojado a la casa porque no encontró copete y hizo como que se enterraba un cuchillo y todas esas cosas yo las vi, FUE FUERTE, mi papá tomaba todos los días de lunes a domingo, del trabajo lo mandaban pa` la casa porque llegaba curao, graci a dios lleva casi dos años sin tomar () yo creo que por eso igual salí así medio, medio tímido, yo cuando era chico me refugiaba mucho en mi, en mi casa, no salía, tenía poco amigos, eso, creía que me iban hacer algo, que me iban a pegar.
67. Entrevistadora: Me has contado que esto de la esquizofrenia viene desde los 12 años, ahora tienes 20, por lo visto hay un recorrido aquí...
68. Entrevistado: Ya he pasado por todos los tratamientos farmacológico, tomaba Risperidona, he, Olanzapina, Quetiapina, Aldol, Buxon, hace seis meses a tras estuve con esa patilla, el Buxon que es para dejar de fumar, no me daban ganas de fumar y cuando deje la pastilla empecé a fumar a fumar, como en la casa no hago na´ a veces me quedo escuchando música y empiezo a fumar a fumar.
69. Entrevistadora: Me dijiste que estuviste hospitalizado, ¿cómo fue eso?

70. Entrevistado: Las dos veces fueron como mulas, me dio como lata estar ahí, fue como triste estar ahí porque igual ahí hay gente que tiene más problemas que uno, llega ma enfermo, entonces ver todo eso en un hospital es como fuerte poh, yo cuando estuve en el segundo hospital como a los 19 años había, veía como llegaba gente corta en los brazos, en el cuello, los cuchillos enterrados en el estomago, no se o dopado con pastillas, gritaban en la noche cuando estaba durmiendo, entonces uno tenía que estar como atento a que no pasara nada ahí en el hospital.
71. Entrevistadora: ¿Sentías miedo?
72. Entrevistado: Si poh, las primeras, las primeras dos semanas estuve con hartoo miedo, no podía dormir, los doctores que estaban ahí me inyectaban todos los días en la noche porque no podía quedarme dormido de los nervios, después cuando despertaba andaba dopado, fue largo ahí, ahí estuve dos meses y una semana.
73. Entrevistadora: ¿Por qué tanto?
74. Entrevistado: No se poh, como mi papá no me dejaba salir nunca de ahí, quería, quería que saliera bien, cien por ciento compensado, bien psicológicamente, físicamente y empecé a decirle a la doctora que ya estaba bien, que me sentía bien y ahí empezaron a darme permiso de jueve a vierne o de jueve a domingo para ir a mi casa y después tenía que volver al hospital de lunes a miércoles, estar tres días ahí y después de nuevo permiso o si me portaba mal no me daban permiso.
75. Entrevistadora: ¿A qué te refieres con portarte mal?

76. Entrevistado: No se poh, si le pegaba a alguien adentro, para que me dieran permiso me portaba bien.
77. Entrevistadora: ¿Y como es eso de que tú papá no quería que salieras de ahí hasta que estuvieras cien por ciento bien?
78. Entrevistado: Es que había estado muy mal, si poh, si yo estaba flaco antes, pesaba casi treinta kilos, estaba desnutrido, empezaba a vomitar, tuve esta enfermedad... ¿cómo se llama? anorexia, estaba flaco yo, cómo vomitaba, vomitaba todos los remedios o no me los tomaba, pero no sabía yo que vomitando uno se hace daño.
79. Entrevistadora: Ah, tú te generabas lo vómitos.
80. Entrevistado: Sí, me sentía muy gordo en esa instancia y estaba flaco.
81. Entrevistadora: ¿Y como fue que te llevaron al hospital?
82. Entrevistado: Yo cuando estaba, por ahí por noviembre del año pasado justo caí un día mal al hospital, me dio como una crisis, no se poh, empecé a tiritar, me empezó a doler la cabeza, el estomago, todas esas cosas y cuando me llevaron allá, en el hospital, ahí mi papá le dijo al doctor “ya dejemolo aquí por que si no lo dejamos acá no se va a mejorar nunca” () de eso me acuerdo yo no se, igual fue mula, lata, ma´ encima en ese tiempo de la navidad lo pase adentro la navidad entonces da lata igual.
83. Entrevistadora: Hace un rato atrás me dijiste que cuando le empezaste a decir a la doctora que ya te sentías mejor te daban permiso para ir a tú casa ciertos días y

que luego tenías que regresar al hospital, me gustaría me contaras ¿cómo fue eso para ti?

84. Entrevistado: Me costaba hartito, después cuando ya empecé a conocer gente de ahí, a hacer amigos cuando teníamos libre los invitaba pa' mi casa, escuchábamos radio, igual era fuerte, era distinto aquí porque aquí es ambulatorio uno viene y después se va, allá uno dormía con ellos, comía con ellos...yo ahora llevo un control yo de las pastillas, ya se que si no me las tomo me voy a descompensar entonces ahora tengo que tomármela, cuando diga la doctora que ya no puedo tomar más pastillas o una pastilla diaria ahí voy a estar mejor, igual ahora estoy tomando hartas pastillas diarias.

85. Entrevistadora: ¿Cuántas estas tomando?

86. Entrevistado: Estoy tomando Aldol, Quetiapina, Olanzapina, Paroxetina, tomo do en la noche de Olanzapina, a las nueve de la noche tomo dos Olanzapina y media Aldol, a las once de la noche dos Quetiapina y a las nueve de la mañana tomo media Olanzapina, media Quetiapina, un Aldol y mitad de Paroxetina, la Paroxetina me mantiene más animoso, porque igual me bajones, me bajones cuando estoy solo, que empiezo a pensar cosas por eso cuando estoy solo escucho música, veo tele pah no ponerme a pensar cosas raras.

87. Entrevistadora: ¿Me gustaría me contaras como te veías antes?

88. Entrevistado: Me sentía mal, sí me veía muy mal, mejor que me hayan internado, la primera vez cuando me internaron, sí, de principio estaba mal porque no quería hablar con mi papá, le tenía mala porque me habían internado pero

después, a un mes después empecé a decir ah mejor todavía porque me estoy sintiendo mejor, estoy mejor animosamente, físicamente, psicológicamente, esta fue la de los 13 en el Félix, después cuando me empecé a sentir mejor me veía mejor, empecé a decir mejor que me hayan tirado al hospital. Porque sino hasta el día de hoy estaría mal, a lo mejor no estaría vivo, yo creo que me habría matao o cortao los brazos, pero nunca hice nada contra mi vida, pensaba no más, nunca llegue a esa instancia.

89. Entrevistadora: ¿Y ahora cómo te ves a ti mismo?

90. Entrevistado: Bien, muy bien, me siento más bien conmigo, tengo más personalidad cuando hablo con mis compañeros, con las mujeres tengo más personalidad, no se, he cambiado harto y estas semanas que llevo aquí me he sentido mucho mejor, llego a mi casa o voy al negocio de mi hermana que esta cerca del hospital, converso con ella, con la gente que va pa' ya, con la pareja de ella, me gusta salir a todas partes, antes me quedaba en mi casa, no salía ni con mis papás, estaba todo el día en mi casa acostado o estaba en el sillón acostado fumando, fumando, ahora me dan ganas de salir, de hacer cosas, si dios quiere el próximo año voy a empezar a estudiar de nuevo, dos en uno, primero y segundo medio en, en nocturno porque yo en la mañana tengo que venir para acá.

91. Entrevistadora: ¿Cómo ves a tus compañeros del hospital de día?

92. Entrevistado: Sí, buena, son buena onda, algunos me caen mal pero la mayoría me cae bien, son simpáticos, cuando llegue aquí me acogieron bien, son muy buena onda, los veo como niños normales (1) no se poh, tienen una enfermedad igual que yo pero igual los veo como niños normales, no se poh, niños buenos.

93. Entrevistadora: ¿Cómo te tratan las personas que saben que tienes un diagnóstico de esquizofrenia?
94. Entrevistado: Sí, bien, nunca me han dicho nada, nunca me han, me han discriminado en ese sentido, nunca me han discriminado, amigos de mi hermana, lo que pasa es que mi hermana es lesbiana, le gustan las mujeres, entonces cuando iba pa' su casa iban amigos de ella y todos los amigos me caen bien, so súper buena onda y todos saben lo que yo tengo, me dicen que tire pa' arriba, nunca me han dejado botao, nunca me han discriminado así.
95. Entrevistadora: ¿Qué le dirías a las personas que se encuentran en la misma situación que tú, que tienen esta enfermedad?
96. Entrevistado: No se poh, que, que la vida sigue, hay que ser fuerte, la enfermedad igual es como media traicionera porque uno puede estar muy bien un año y de repente de un año pa' otro puede estar mal o puede estar bajoneado, que la gente tire pa' arriba no más, no se poh, que si tienen la oportunidad de estudiar que estudien, que trabajen, que puedan ganarse su platita pa' después a futuro ser una persona de bien poh.
97. Entrevistadora: ¿Qué sería ser una persona de bien?
98. Entrevistado: No se poh, estar con la familia, no tomar, igual puede carretear uno pero no tomar, no estar en la droga, esas cosas que hacen mal.
99. Entrevistadora: ¿Qué te gustaría decirle a las personas que nunca han pasado por esto, que no han tenido esta enfermedad pero que sin embargo manejan ciertos conocimientos sobre la esquizofrenia, pero no han estado en tú lugar?

100. Entrevistado: Que si una vez tienen un amigo que tienen lo mismo que yo que tienen pa' arriba, que lo aconsejen bien, que no discriminen porque igual es fuerte cuando uno llega a una parte y dice que tiene esquizofrenia y lo discriminen, igual es fuerte, da como pena.
101. Entrevistadora: ¿Te a tocado alguna vez estar en esa situación?
102. Entrevistado: No, nunca, pero igual he visto que otras personas discriminan no se poh, por ser gorda, ser feo.
103. Entrevistadora: ¿Qué sueños tienes para el futuro?, me contaste que querías estudiar...
104. Entrevistado: Terminar mi cuarto medio porque llegue hasta octavo como estaba en los hospitales no podía estudiar, como estoy bien gracias a dios ahora me gustaría estudiar o trabajar, no se poh, me gustaría hacer algo, estudiar una carrera técnica de computación o de gasfiteria esas cosas como más o de mecánica, aunque sea de barredor pero ganarme mi plata, es que es rico trabajar y a fin de mes que me den plata porque es esfuerzo de uno, se lo gano.
105. Entrevistadora: ¿Cómo te gustaría que fuese ese futuro?
106. Entrevistado: Tranquilo, con mi familia, con la gente que me quiere, eso me gustaría.

9.2. Carta de consentimiento informado



Carta de Consentimiento Informado Modalidad de Entrevista

El propósito de esta carta es confirmar su participación en la investigación que tiene por título: *Una aproximación hacia las representaciones sociales del diagnóstico esquizofrenia construidas por los usuarios del Hospital de Día para adolescentes “Perspectiva Joven”*.

El presente estudio tiene por propósito, conocer como se representan el objeto social “esquizofrenia” las y los adolescentes a los cuales es remitido.

La información que se registrará mediante grabaciones de audio, será de carácter confidencial y sólo conocida por el equipo de investigación. Su procesamiento será privilegiando el conocimiento compartido en función de los objetivos de esta investigación, garantizando en la etapa de publicación de los resultados, la privacidad y la no identificación de quién ha emitido la información.

Asimismo, si estima conveniente, usted podrá dar por concluida en cualquier momento la entrevista, sin mediar explicación de causa. De la misma forma, en cualquier etapa del estudio, usted podrá solicitar a la investigadora la no utilización de la información entregada.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer las preguntas que considere necesarias durante su participación en él. Se agradece cordialmente su participación.

Acepto participar voluntariamente de esta investigación:

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____